



Innehåll

- Inledning
- Epidemirapport, 1 januari – 20 maj 2014
 - Statistik
 - Kommentarer för utvalda diagnoser
- Fallbeskrivning mässlingen
- Fallbeskrivning VRE
- Nya PM
- Virala gastroenteriter på Universitetssjukhuset i Linköping
- Hepatit C – ny behandling – nya utmaningar
- Smittspårning av tbc på skola
- Influensasäsong 2013 - 2014

Inledning

Anmälda smittskyddsdiagnoser för 2013 finns nu sammanfattat på Smittskyddsenhetens hemsida ([länk](#)). Genom att klicka på angiven siffra per diagnos får du fram en sammanfattning. Läs om hepatit B, hepatit C och gonorré vilka alla har fler anmälda fall jämfört med tidigare år.

Omorganisationer och ändrade förhållanden inom flera områden där Smittskyddsenheten är involverade pågår:

- Inom arbetet med STI (sexuellt överförbara sjukdomar) har en ny styrgrupp bildats.
- Vem som vaccinerar vad och när utreds för tillfället och beslut i frågan närmar sig.
- Processen kring hur den tuberkulossjuke patienten skall omhändertas bäst går in i ett nytt skede.

- Alla kommuner i Östergötland har ännu inte, genom avtal, tillgång till vårdhygienisk expertis vilket ökar risken för smittspridning som påverkar både kommunal och landstingsverksamhet.

Internationellt har vi uppmärksammats på hot om MERS-CoV (Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus), fågelinfluensa A (H7N9), ebolavirus på Nya Guinea och polio bland flyktingar från Syrien. Inget fall av dessa infektioner är dock konstaterade i Sverige.

Efter välbehövlig stundande sommarssemester väntar nya utmanande uppgifter. Först ut i höst är arbetet med årets influensavaccinationskampanj.

Britt Åkerlind
Smittskyddsläkare

Epidemirapport 1 januari – 20 maj 2014

Statistik

Diagnoser	130101- 130520	140101- 140520
Atypiska mykobakterier	15	17
Betahemolyserande grp A streptokocker (GAS) (invasiv infektion)	16	9
Botulism	0	0
Brucellos	0	0
Campylobacter	63	81
Cryptosporidium (infektion med)	0	0
Denguefeber	6	3
Difteri	0	0
Echinokockinfektion	0	0
EHEC (Enterohemorragisk E coli)	4	8
Entamöba histolytica	0	1
ESBL (Extended Spectrum Beta-lactamase)	104	78
ESBL-carba (anmälningspliktig sedan 2012)	3	1
Fågelinfluensa (H5N1)	0	0
Giardia	17	29
Gonorré	8	18
Gula febern	0	0
Hiv	4	1
HTLV I el II (infektion med)	0	0
Haemophilus influenzae (invasiv infektion)	4	6
Harpest (Tularemi)	0	0
Hepatit A	3	0
Hepatit B	25	34
Hepatit C	35	39
Hepatit D	0	0
Hepatit E	1	0
Influensa A(H1N1)pdm09	56*	41*
Kikhosta	6	10
Klamydiainfektion	529	608
Kolera	0	0
Legionellainfektion	4	0
Leptospirainfektion	0	0
Listeriainfektion	0	1
Malaria	3	0
Meningokockinfektion (invasiv infektion)	2	0

MRSA (Meticillinresistenta gula stafylokocker) (infektion med)	20	38
Mjältbrand	0	0
Mässling	0	3 (t.o.m.140601)
Papegojsjuka	1	0
Paratyfoidfieber	0	0
Pest	0	0
PNSP (Pneumokocker med nedsatt känslighet för PcG)	0	1
Pneumokockinfektion (invasiv infektion)	27	34
Polio	0	0
Påssjuka	0	0
Q-feber	0	0
Rabies	0	0
Röda hund	0	0
Salmonellainfektion	68	44
SARS	0	0
Shigellainfektion	3	0
Sorkfeber (Nephropathia epidemica)	0	0
Stelkramp	0	2
Syfilis	0	2
TBE (Viral meningoencefalit)	1	0
Trikinos	0	0
Tuberkulos	8	10
Tyfoidfieber	0	0
VRE (Vancomycinresistenta enterokocker)	0	4
Vibrioinfektion (exkl kolera)	0	2
Viral meningoencefalit (utom TBE)	9	4
Virala hemorrhagiska febrar	0	0
Yersinia	3	1

* Influenta A(H1N1)pdm09. Statistik baserad på säsong, dvs 120701-130630 och 130701-140630

Kommentarer för utvalda diagnoser

GAS (Betahemolyserande grupp A streptokocker)

Under 2014 har trenden vänt och antalet fall av invasiva betahemolyserande grupp A streptokocker börjar nu minska. Nio fall har hittills anmälts jämfört mot 16 fall vid samma tid 2013. Ett riktigt allvarligt fall med Toxic shock syndrom har anmälts under våren.

Fortfarande pågår ändå den utökade nationella övervakningen av invasiva GAS-infektioner där Folkhälsomyndigheten typar alla isolat av invasiv sjukdom.

Giardia

Det är fler fall av giardia i år i jämförelse vid samma tidpunkt förra året (29 respektive 17). Däremot är det ungefär samma antal fall som 2012 vid samma tidpunkt då det var 26 fall. Antal fall per 100 000 invånare i Östergötland är 5,93 och det är ungefär på samma nivå som nationellt (4,91). Det är som tidigare flest barn i åldern 0-9 år (16 fall). Övervägande fall är sannolikt smittade utanför Europa och hittills i år är Somalia (12 fall) det vanligaste smittlandet. Endast två sporadiska fall är anmälda som sannolikt smittade i Sverige. Ingen smittkälla har i dessa fall kunnat fastställas och inga fler fall runt dessa två har påvisats.

Vid hälsoundersökning av nyanlända i Östergötland rekommenderas provtagning av giardiainfektion (cystor och maskägg) på alla barn upp till sex år och på övriga åldrar endast vid symtom. Sju av de 16 barnen i åldersgrupp 0-9 år har upptäckts positiva vid hälsoundersökningen på Medicinsk mottagning för nyanlända.

En anledning till att det är relativt många fall i år är att vid smittspårning inom familjen har många familjemedlemmar påvisats positiva. I år är det sju familjer där 2-5 familjemedlemmar vardera har påvisad giardia.

I ett fall har ett barn varit på förskola med symtom. Föräldrar/vårdnadshavare till barn på aktuell avdelning informerades om att giardia förekommit och om symtom uppkom så skulle de söka sjukvård för provtagning. Inget ytterligare fall i detta utredningsärende påträffades.

Hepatit B

Hittills har 34 fall anmälts vilket tyder på att antalet fall kommer att öka mot föregående år, 56 st. 2013 och 45 st. 2012. I år har hittills endast fyra fall rapporterats i åldersgruppen under 20 år. År 2013 anmälde ovanligt många i denna åldersgrupp, totalt 23 fall. I år är de flesta anmälda i åldersgruppen 20-40 år vilket är det vanliga mönstret. Under våren har två akuta fall anmälts, en person där smittvägen är okänd och en person smittad via intravenöst missbruk. Antalet akuta fall varierar från år till år och under de senaste fem åren har antalet varierat från 0 – 6 fall.

EHEC

Hittills under 2014 har åtta fall av EHEC diagnostiserats och av dessa har tre uppgivits vara smittade i Sverige. Oklar smittkälla i samtliga inhemska fall. Vid samma tidpunkt föregående år hade fyra fall rapporterats och samtliga smittats utomland.

Gonorré

Gonorré har ökat kraftigt jämfört med samma tid förra året. En klar majoritet diagnostiserades i samband med utredning av sjukdomssymtom. Medianåldern var 26 år (spridning 19-60 år) och fördelningen mellan könen var jämn. Sverige och Thailand var vanligaste smittländerna. I ett fall ledde infektionen till en intraabdominell abscess.

Kikhosta

I föregående Nytt om smitta konstaterades att det varit 20 fall under 2013 anmälda. Detta var en ökning jämfört med tidigare år. Hittills i år har

det anmälts 10 fall dvs ökningen kvarstår. Infektionen har drabbat spädbarn och personer upp till 40 år. Några av dessa fall hade samröre med varandra, vilka identifierades genom smittspårning.

Infektionen kan vara mycket allvarlig för spädbarn. Fullvaccinerade personer och personer som tidigare haft kikhosta kan insjukna. Förloppet kan då antas vara mildare men man blir infekterad och kan smitta andra.

Se ytterligare artikel från Folkhälsomyndigheten, [länk](#)

MRSA

I år är det fler fall av MRSA (38) än föregående år (20) vid samma tidpunkt. MRSA har de senaste tre åren ökat i Östergötland och trenden tycks hålla i sig. Det är framför allt samhällsförvärd MRSA som ökar. Antalet fall kan variera under året bl.a. beroende på om något fall genererar en smittspårning där många personer innefattas. Som exempel kan nämnas att under våren, i en smittspårning, påvisades utifrån ett nytt fall ytterligare sju fall av MRSA (närstående).

Även nationellt ökar antal MRSA-fall över åren. Ökningen beror förmodligen på en kombination av reell incidensökning och ökad provtagning då olika lokala vårdprogram har implementerats.

MRSA är ett av de största vårdhygieniska problemen i världen. MRSA verkar drabba olika befolkningsgrupper likartat, lika många män som kvinnor och alla åldersgrupper. Av den samhällsförvärdade MRSA-smittan verkar det vara barn och yngre vuxna som oftare drabbas (ref Folkhälsomyndigheten).

I april 2014 gav Folkhälsomyndigheten ut en rapport [Svenskt arbete mot antibiotikaresistens](#).

Rapporten är indelad i sex kapitel som tar upp olika aspekter av det svenska arbetet med antibiotikaresistens. I rapporten finns också fyra intervjuer med tongivande experter i det svenska arbetet mot antibiotikaresistens (Otto Cars, Gunnar Kahlmeter, Per-Åke Jarnheimer, Katarina Hedin). Gunnar Kahlmeter är för många i Landstinget i Östergötland känd för sin föreläsning "Multiresistenta bakterier – en enkel resa till Eländet". I intervjun drar G. Kahlmeter paralleller med antibiotikaresistens och utvecklingen i världen i stort. Länder där antibiotikaresistens blivit ett allmänt och utbredd hot mot folkhälsan måste arbeta på många nivåer för att minska hotet. I det långa loppet handlar det om att se över barnhälsovård, äldrevård, hygienrutiner, latrinhantering,

vattenförsörjning, avfalls-och avloppshantering, utbildning och så vidare. Han säger också att man borde införa nationella laboratorier med gemensam standard och att man borde satsa på bättre och snabbare diagnostik. Samtidigt måste man se över organisationen av vård och omsorg och skärpa inställningen till vårdhygien för att minska smittspridningen inom vården. För att läsa hela intervjun och de andra experternas uttalande och annat intressant i rapporten gå in på länken ovan.

Den 10 juni var det pressträff på Folkhälsomyndigheten. Experter presenterade helt nya årssiffror för antibiotikaresistens och antibiotikaförbrukning för 2013 i rapporten Swedres-Svarm. På pressinbjudan skriver Folkhälsomyndigheten: "Resistenta bakterier som MRSA, ESBL och VRE fortsätter att öka i Sverige och sprids på svenska sjukhus och i samhället. Under året har det varit flera utbrott, varav ett större, på olika sjukhus runt om i landet."*

**Rapporten Swedres-Svarm är ett samarbete mellan Folkhälsomyndigheten med data om människor, och Statens veterinärmedicinska anstalt (SVA) med data om djur.*

Stelkramp

Stelkramp är en ovanlig diagnos, under de senaste 10 åren har 0-3 fall per år rapporterats i Sverige. Anmärkningsvärt nog har vi haft två misstänkta fall i länet under våren. Diagnosen är framförallt klinisk, laboratorieverifiering är oftast omöjlig. Det första gäller en man i 70-årsåldern som är vaccinerad mot stelkramp men som fick den senaste sprutan för över 35 år sedan. Det andra fallet är en ovaccinerad kvinna i 80-årsåldern. Båda hade stuckit sig på föremål i trädgårdsmiljö före insjuknandet.

Syfilis

Det första syfilisfallet hittades i samband med smittspårning av annan venerisk sjukdom, karaktäristiska utslag ingav misstanke om syfilis. Det andra fallet hittades i samband med smittspårning av det första fallet.

Viral meningoencephalit (utom TBE)

Meningoencefaliterna är inte anmälningspliktiga i sig, utan är ett led i polio-övervakningen. I Östergötland hittills i år har det anmälts fyra fall; två fall av enterovirus (dit poliovirus hör) och ett fall av vardera varicella zoster virus och herpes simplex typ 2 virus.

Fallbeskrivning mässling

Tre fall har under året rapporterats infekterade med mässling. I Sverige är de flesta personer födda före 1960 immuna mot mässling pga. genomgången infektion. Personer födda mellan 1960-1970 har en varierande immunitet, flera är icke-immuna. Vaccination med en dos mässlingsvaccin påbörjades under 1970-talet, men med varierande genomslag. År 1982 infördes MPR-vaccination i två doser, vid 18 månaders och 12 års ålder. År 2006 tidigarelades andra dosen till 6-8 års ålder.

Alla tre fall konstaterade under våren ingår i samma smittkedja. Indexpersonen(född 1965) kom hem till Sverige efter en resa till Indien och

vårdades på sjukhus. Den andra personen (född 1967) arbetar inom vården och hade träffat indexpersonen som patient. Den tredje personen (född 2013, ej vaccinerad) befann sig inom vårdens lokaler vid samma tillfälle och passerade förbi indexpersonen. Detta illustrerar återigen att mässling är oerhört smittsamt.

Information har gått ut till personer som haft kontakt med patienterna, både inom vården och ute i samhället. Kortfattat upplystes personer om att de varit riskutsatta för mässlingsvirus, att inkubationstiden kan vara så lång som ca 20 dagar, att om symtom skulle uppstå skall man ringa sjukvården och då berätta att man varit utsatt för mässlingsvirus.

Fallbeskrivning VRE

VRE hos två patienter hösten 2013.

Enterokocker förekommer naturligt i den normala tarmfloran, i genitalia och i munhåla. De som orsakar infektion hos människa är *Enterococcus faecium* och *Enterococcus*

faecalis. Dessa bakterier kan kolonisera på exempelvis urinvägskatetrar, ineliggande intravenösa kanyler, hjärtklaffsprotoser och andra protoser. Enterokocker associeras vanligen med urinvägsinfektioner och sår-infektioner. Enterokocker är lågvirulenta men om de infekterar blodbanan kan de orsaka

sepsis och endokardit, främst hos patienter med nedsatt immunförsvar. VRE är enterokocker som utvecklats resistens mot det brett verkande antibiotikapreparatet Vancomycin. Enterokocker kan överleva under lång tid i den yttre miljön vilket ställer extra krav på städning och vårdhygienrutiner för att minska smittspridningen.

Enterococcus faecium (vanA) påvisades hos en man i november 2013. Mannen vårdades vid upprepade tillfällen på Universitetssjukhuset i Linköping under nästan ett halvår och han behandlades lång tid med Vancomycin på grund av en djup sårinfektion. När odlingsvar verifierades vårdades mannen på enkelrum med egen toalett. Vårdhygien rekommenderade ändå att samtliga toaletter/duschrum på avdelningen skulle städas omgående för att på så sätt reducera smittrisken. Smittspårning inleddes och begränsades till att innefatta de patienter som samvårdats med indexpatienten på aktuell vårdavdelning. Ungefär ett tjugotal patienter kontrollodlades avseende VRE och prov togs från faeces, ev. kateterurin och ev. sår (ej nya operationssår). Vårdhygien gav råd och utbildning till aktuell avdelningspersonal. avseende smittämne, smittspridning, smittspårning, städning, desinfektion m.m. Miljöodlingar i patientrum, toalett och dusch genomfördes efter patientens hemgång och städning av rum. VRE hittades på armstöd till toalett trots slutstädning och ny städning fick ske. Kontakt togs med städbolag om det inträffade och städpersonal fick kompletterande information kring VRE.

I december påvisades VRE hos patient nummer två, en kvinna som haft flera vårdtillfällen på samma klinik som indexpatienten. Mellan dessa vårdtillfällen på US vistades kvinnan på ett korttidsboende. Smittspårningen utökades nu till att innefatta alla patienter som vårdats på

kliniken (flera vårdavdelningar) under kvinnans senaste två vårdperioder. Trettio inläggande patienter kontrollodlades. Många patienter var redan utskrivna och brev skickades då hem med uppmaning om kontrollodling avseende VRE, faecesprov. Omkring 220 patienter erhöll brev där de uppmanades att uppsöka närmaste vårdinrättning och kontrollodla sig. De patienter som överflyttats till annan sjukhusvård kontrollodlades där.

Även smittspårning på korttidsboendet genomfördes i samråd med Vårdhygien och Smittskyddsenheten och 40 personer på två olika avdelningar kontrollodlades.

Resultatet efter denna omfattande smittspårning är att inga fler fall än dessa två har kunnat identifieras. De två fallens enterokockstammar är identiska (PFGE) och de skiljer sig från alla tidigare VRE-stammar i Sverige.

Vårdhygiens bedömning är att aktuell VRE sannolikt har uppkommit p.g.a. indexfallens långvariga Vancomycinbehandling och att den selekterats fram ur patientens egen bakterieflora. En begränsad smittspridning har skett på vårdavdelningen och beror troligtvis på indirekt kontaktsmitta antingen på grund av att patienterna delat rum/toalett eller via personalens händer/kläder. Aktuell VRE-stam har inte hunnit få fäste i sjukhusmiljön och är mindre spridningsbenägen än andra VRE-stammar som förekommer i andra län.

Förekomst av VRE i Östergötland är låg, men vi kan ändå se en ökning. Andra delar av Sverige som i dagsläget har problem med VRE i sjukhusmiljön är bl.a. Gävleborgs län.

[Vancomycinresistenta enterokocker \(VRE\) — Folkhälsomyndigheten](#)

Christina Cammerudh
Hygiensjuksköterska,
Vårdhygien Östergötland

Nya PM

Det PM som heter "Hiv - samarbete mellan vården, Klinisk mikrobiologi (virologi) och Smittskyddsenheten avseende patienter med hivinfektion" har reviderats, v.g. se [länk](#).

Ett nytt PM, "Hiv – handläggning vid positivt provsvar" har publicerats, v.g. se [länk](#).

Virala gastroenteriter på Universitetssjukhuset i Linköping

Virala gastroenteriter uppträder huvudsakligen under vinter och vår och orsakas vanligen av calici-(noro- och sapovirus) men även av rota-, entero- eller astrovirus.

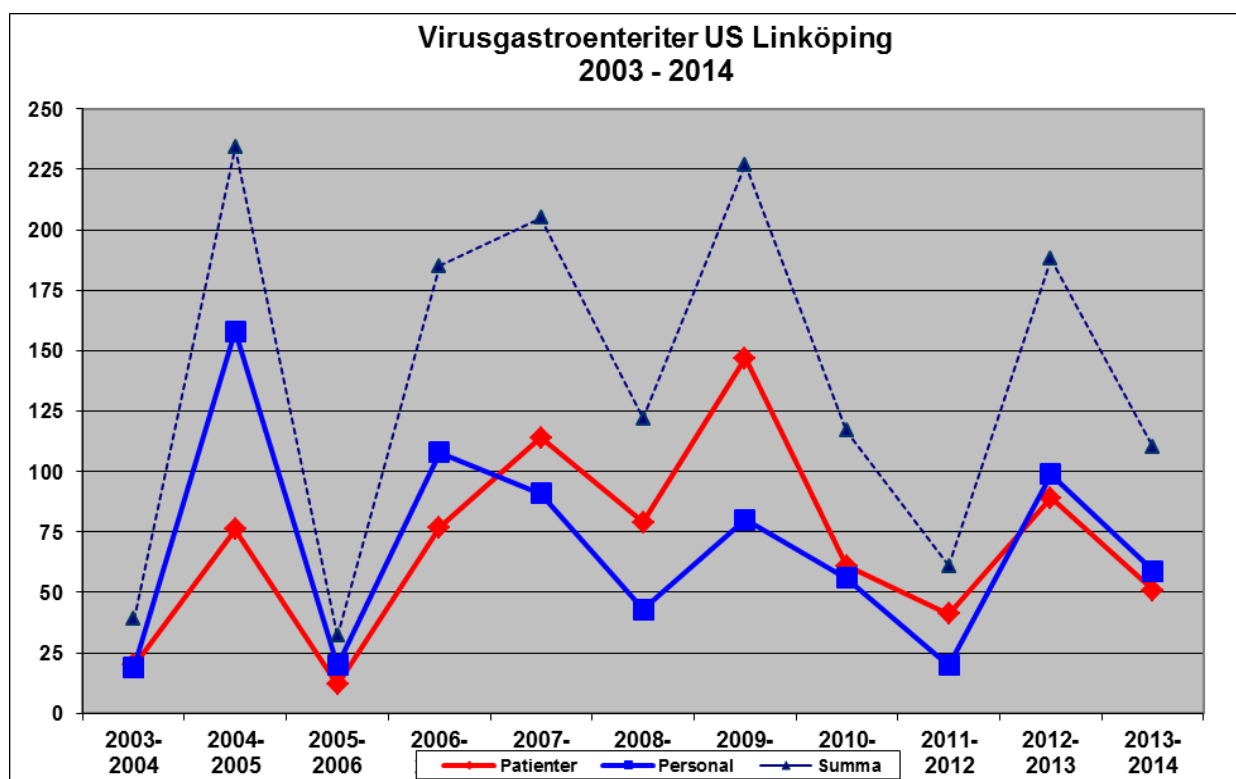
Varje år sedan 1995 har vårdhygien samlat in statistik avseende virala gastroenteriter i LiÖ. Bilden visar Universitetssjukhuset i Linköpings (US) statistik för säsongerna 2003-2004 till och med 2013-2014 och uppvisar den typiska

välkända säsongvariationen. Säsongen 2003-2004 var ett "toppår" då hela Europa drabbades av en epidemi av calicivirusinfektioner. Situationen i vårt landsting var mycket ansträngd med intagningsstopp på ett flertal kliniker.

Vissa år drabbas bara enstaka kliniker men då antalet sjukdomsfall är högt även ute i samhället insjuknar patienter och personal på ett stort antal kliniker. Senaste säsongen

(förhoppningsvis nu avslutad) har varit lugn. På Lasarettet i Motala och Vrinnevisjukhuset i Norrköping förekommer virala gastroenteriter också varje säsong men ofta inte i lika hög omfattning som på US.

Anita Antonsson-Schütz
Hygiensjuksköterska
Vårdhygien Östergötland



Hepatit C – ny behandling – nya utmaningar

Hepatit C är en virusinfektion som finns i hela världen, som hos 70-80% av alla som smittas leder till en kronisk infektion. Sjukdomen utvecklar sig olika hos olika individer där en del får avancerad leverskada medan andra får ingen eller mycket liten leverpåverkan. Komplikationerna av hepatit C är fr a levercirrhos och hepatocellulär cancer. Hepatit C virus indelas i olika undergrupper, genotyper som benämns 1-6. Man räknar med att ca 0,2 - 0,4% av Sveriges befolkning är infekterade med hepatit C virus och man beräknar att det finns ca 170 000 000 infekterade i hela världen.

Fram till nu har behandling mot kronisk hepatit C inneburit en kombination av pegylerat interferon + ribavirin. Behandlingstidens längd har bestämts utifrån graden av leverskada och vilken genotyp man har. Av patienter med

genotyp 2 svarar ca 90 % på denna behandling efter 24 veckor, motsvarande siffra för genotyp 3 är ca 70 %. Genotyp 1 infekterade patienter har varit svårast att behandla med en ungefärlig utläkning på ca 50 %. För dessa patienter har sedan slutet av 2011 ovanstående preparat kunnat kombineras med ytterligare ett läkemedel, en proteashämmare, som ökat chansen till utläkning ytterligare, ca 70 %. Interferonbaserad terapi är behäftad med svåra biverkningar. Den leder den till hämning av benmärgen med åtföljande anemi, leukopeni samt trombocytopeni. Det som varit mycket påtagligt för patienterna är uttalade neuropsykiatriska biverkningar som nedstämdhet, mardrömmar etc. Den kan också utlösa eller förvärra en existerande autoimmun sjukdom. Läkemedlet är kontraindicerat hos många patienter. Ribavirin ger fr a upphov till anemi.

Nya hepatit C läkemedel.

Det finns ett starkt behov av nya läkemedel mot hepatit C, dels för att få bättre effekt men också för att minska biverkningarna. Man vet från många studier att en utläkt infektion reducerar risken påtagligt att utveckla levercirros och primär levercancer.

Sedan en tid tillbaka finns Sofosbuvir (Sovaldi) tillgänglig för behandling av hepatit C. Sofosbuvir (SOF) är en nukleotidanalog som hämmar hepatit C virusets RNA beroende RNA-polymeras (NS5B). Den kan ges antingen i kombination med interferon + ribavirin i 12 veckor, alternativt i enbart kombination med ribavirin i 24 veckor. Behandlingstiden blir således kortare för de flesta patienterna. Enligt de studier som ligger till grund för registrering medför detta en klart ökad chans till utläkning, för genotyp 1 och 2, över 90 %. För genotyp 3 är behandlingsresultaten lite sämre, kring 60-70 %. Biverkningar och interaktioner är få för detta preparat liksom risken för resistensutveckling.

Simeprevir (Olysio) är en ny proteashämmare med färre biverkningar och färre interaktioner än sina föregångare och som kan ges i olika kombinationer med och utan interferon. Simeprevir har effekt på alla genotyper utan 3 och är registrerat nu i maj 2014.

I början av hösten beräknas Daclatasvir som är verksamt mot alla genotyper finnas tillgängligt för förskrivning. Daclatasvir hämmar viruset NS5A-enzym som behövs för replikation av virus. Daclatasvir måste också ges i kombination med andra läkemedel mot hepatit C.

Under nästa år kommer ytterligare nya läkemedel att registreras t.ex. AbbVies kombinationen ABT 450/r (en proteashämmare boostad med ritonavir på samma sätt som vid HIV-behandling), ABT 267 (en NS5A-hämmare) och ABT 333 (en icke-nukleosid-analog/polymerasehämmare). Denna kombination, med eller utan ribavirin, har god effekt fr a på genotyp 1. Sofosbuvir i kombination med ledipasvir som tas som en tablett en gång om dagen förefaller också mycket lovande i studier. I många av de förväntade kombinationerna av läkemedel kommer varken interferon eller ribavirin att behövas även om det i dagsläget

ser ut som om ribavirin är en fördel hos hepatit C patienter med levercirros.

Dessa nya läkemedel ger i många fall en mycket god chans till utläkning. Den genotyp som tidigare varit svårast att behandla, genotyp 1, visar nu i studier mycket goda behandlingsresultat där genotyp 1b är enklare att behandla än genotyp 1a. För genotyp 2 är resultaten också goda medan det för genotyp 3 generellt visar en något lägre chans till utläkning. Dessa preparat har hittills visat sig ha en mycket gynnsam biverkningsprofil och risken för resistensutveckling förefaller låg. För patienterna innebär behandlingen förutom färre biverkningar även mindre provtagning och kortare behandlingstid. Behandlingen är dock mycket kostsam, behandling för en patient varierar mellan 400 000-800 000 enligt de första beräkningarna. De studier som ligger till grund för resultaten är i flera fall också små och särskilt är behandling hos de svårast leversjuka patienterna dåligt studerad, d.v.s. de patienter som är i störst behov av behandling. Detta gör att vi inte med säkerhet kan säga att hepatit C kan behandlas bort hos alla på ett enkelt sätt. Ett stort steg har dock tagits från att ytterst få patienter kunde botas med interferonbehandling för 20 år sedan till att man inom några år på ett enkelt sätt sannolikt kommer att kunna bota de flesta.

Revidering av nationella riktlinjer för hepatit C behandling beräknas vara klar till strax före sommaren och publiceras digitalt i slutet av juni 2014.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis kan sägas att vi nu är på väg att få uppleva en revolution när det gäller behandling av hepatit C där den absoluta majoriteten av patienter kommer att kunna botas inom några få år dock till en trolig mycket hög kostnad. Kvar kommer att finnas en liten grupp patienter, mycket svårt sjuka med kanske framförallt genotyp 3 som fortfarande är i behov av ytterligare läkemedelsutveckling. Det blir en utmaning för vården att tillgodose behovet av behandling och optimera tidpunkt för behandling hos varje patient.

Kristina Cardell
Överläkare
Infektionskliniken i Östergötland

Smittspårning av tbc på skola

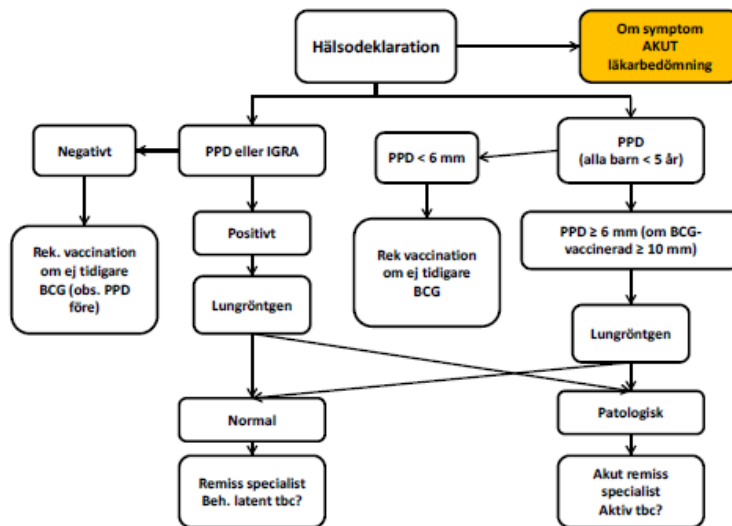
Ett barn i årskurs 5 på en skola i Norrköpings kommun fick under hösten 2013 diagnosen tuberkulos. 2008 hade barnet genomgått en hälsoundersökning i annat län. PPD var då 12 mm och lungröntgen var normal. I

Socialstyrelsens nuvarande dokument *Rekommendationer för preventiva insatser mot tuberkulos Artikelnr 2012-3-16* rekommenderas att barn med positiva PPD remitteras till

specialist för ställningstagande av behandling mot latent tuberkulos (se flödesschema nedan). I detta fall är det oklart varför inte barnet följdes upp av specialist.

Barnet sökte sedan vård i Östergötland efter ca 3-4 veckors symtom med bl. a viktminskning, trötthet och hosta. Utredningen på Barn- och ungdomskliniken i Norrköping visade aktiv smittsam lungtuberkulos. Barnet sattes in på behandling och efter ca två veckor bedömdes det inte längre finnas någon smittrisk.

Figur 4. Person 18 år eller yngre, inflyttad till Sverige från land med hög tuberkulos-incidens, det vill säga 100 fall eller fler per 100 000 invånare och år (riskfaktorer – se tabell 1)



Barnet hade inte varit i skolan många dagar under smittsamhetsperioden, men då lärare och elever under en skoldag tillbringar många timmar tillsammans i klassrummen görs alltid en smittspårning i skolan kring smittsamma skolbarn. Det är dock ovanligt att barn i Sverige smittas på förskolor och skolor. Smittspårning utförs efter "ringar på vattnet principen". Det vill säga att man börjar med att undersöka de personer som är närmast runt den sjuke och om man hittar fler smittade i den närmaste "ringen" fortsätter man att undersöka personer som har mindre nära kontakt o.s.v. Om en ny smittad person upptäcks börjar en ny smittspårning med denna person som index och "nya ringar". Smittspårningsutredningen i detta fall innefattade 16 elever och åtta lärare.

Ett blodprov togs på samtliga personer som innefattades i smittspårningen. Analysen, som benämns Quantiferon, mäter tuberkulos-antigen och visar om immunsystemet varit utsatt för och reagerat på tuberkulosbakterien. Analysen är bäst lämpad att påvisa latent tuberkulos. Analysen bör användas som komplement till anamnes, klinik, epidemiologi och andra fynd.

Resultatet av provtagningen visade att en elev bedömdes ha latent tuberkulos d.v.s. vara smittad men inte utvecklat någon aktiv sjukdom. Latent tuberkulos innebär att man är frisk men bär på en inkapslad, vilande form av tuberkulosbakterien. Denna form av tuberkulos finns hos cirka 1/3 av jordens befolkning och är inte smittsam. I Sverige erbjuder vi ändå tuberkulos-medicin till barn/ungdomar med latent tuberkulos i förebyggande syfte för att de

ska slippa utveckla en aktiv form av sjukdomen senare i livet.
Ingen av lärarna var smittad.

Smittskyddsenheten, Infektionskliniken, Barn- och ungdomskliniken i Norrköping samarbetade med skolledning, klasslärare och skolhälsovård under pågående utredning. Informationsmöte på skolan anordnades där berörd personal, elever/vårdnadshavare blev

inbjudna. Det skickades också ut brevmed information om tuberkulos och provtagning skulle gå till.

Brev till elever/vårdnadshavare på resten av skolan skickades också ut. Där informerades om den pågående smittspårningen och att de som fick detta brev inte var aktuella för provtagning i den pågående utredningen för närvarande.

Influensasäsong 2013 - 2014

Folkhälsomyndigheten bedömer att säsongen 2013 – 2014 har varit mycket mild. Antalet fall är det lägsta sedan pandemin 2009 -2010 och ingen nämndvärd överdödlighet har setts. De virus som cirkulerade under säsongen var lika stammarna i säsongsinfluensavaccinen och de som cirkulerade under förra säsongen. Vaccinationstäckningen bland personer över 65 år har ökat i landet jämfört med förra säsongen. Detta trots att det nu finns fler personer i åldersgruppen, vilket innebär att vården måste vaccinera allt fler för att bibehålla samma täckningsgrad som tidigare år. I Sverige har Halland högst vaccinationstäckning med 55,6 % och Västernorrland lägst med 27,1 %. Riksgenomsnittet är 45,7 % och Östergötlands län ligger strax under med 44 %. Positivt är ändå att under de tre senaste åren syns en långsam ökning av vaccinationstäckningen i länet från 41 % säsongen 2011 -2012.

I Östergötland tas få prover cirka 300 så mörkertalet av antal fall är sannolikt stort. Under säsongen har A(H1N1)pdm09 dominerat med 41 fall, övriga influensa A 7 fall och influensa B 4 fall. Endast A(H1N1)pdm09 är anmälningspliktig. Alla fall anmäls från laboratorerna och behandlande läkare anmäler enbart sjukhusvårdade fall. Trots färre fall mot säsongen innan (56) har en större andel

sjukhusvårdats och IVA-vårdats. Jämfört med Sverige som helhet har fyra fall respiratorvårdats i Östergötland mot totalt 23 landet och fyra personer har avlidit i länet mot totalt 11 i landet. Av fallen tillhörde 20 av 41 en känd medicinsk riskgrupp, immunsupprimerade (8), astma (7) och kronisk obstruktiv lungsjukdom (5) och tre fall tillhörde ålderskriteriet. Endast tre av de 23 personerna som tillhörde en känd riskgrupp som rekommenderas säsongsinfluensavaccinering var vaccinerade. I åldersgruppen 18 – 64 år har 1,9 % vaccinerats (6 296 personer). I denna åldersgrupp har vi inte tillgång till några nämnardata dvs. hur många som tillhör en riskgrupp. Folkhälsomyndigheten har gjort en skattning att cirka 10 - 20 % av personer som är yngre än 65 år tillhör en medicinsk riskgrupp. I år erbjöds all landstingspersonal gratis vaccinering. Det finns ingen redovisning på hur många av personalen som antog erbjudandet men i åldersgruppen som är i arbetsför ålder, 18 -64 år så har antalet vaccinerade ökat med cirka 1 200 personer sedan föregående säsong.

Kommande influensasäsongers utmaning blir att med en ökande äldre generation ändå öka vaccinationstäckningen och ha det europeiska målet (WHO:s mål) om 75 % täckning i äldre åldersgrupper som långsiktigt mål.

Ha en fin sommar så återkommer vi med ett nytt nummer i höst

Smittskyddsenheten i Östergötland

S:t Larsgatan 49B, 581 91 Linköping

Fax.nr 010-103 70 80

E-post: 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, smittskyddsassistent

010-103 70 81