

W ermlands S mittan

Ett nyhetsblad från Smittskydd Värmland

Nr 1 februari 2011



Innehåll

Kliniskt anmälda fall i Värmlands län	2
Kommentarer till kliniska fall i Värmlands län	4
Tarminfektioner och tarmkolonisationer vid ESBL	5
TBE-information inför säsongen 2011	6-7
HYRU - hygienrutiner	7
Regeringen gör storsatsning angående patientsäkerheten och gör Strama-arbetet till ett prioriterat område	8
Förslag till nationellt 10-punktsprogram för minskad antibiotika-resistens inom slutenvården	8-9
Smittskydd Värmland har flyttat	10

Kliniskt anmälda fall i Värmlands län

Allmänfarliga sjukdomar Anmälningspliktiga sjukdomar

Diagnos	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Atypiska mykobakterier	3	2	10	5	4	6	7	10	8
Betahemolyserande grupp-A-streptokocker (GAS), invasiv	0	0	2	8	7	7	14	19	8
Botulism	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Brucellos	-	-	0	1	0	0	0	0	0
Campylobakterinfektion	147	161	143	146	133	177	175	171	202
<i>Inhemsk</i>	48	66	52	42	37	58	55	70	80
<i>Utländsk</i>	98	94	89	104	94	116	119	96	115
<i>Uppgift saknas</i>	1	1	2	0	2	3	2	1	7
Cryptosporidium	-	-	0	0	0	0	0	0	2
Denguefeber	-	-	0	3	0	2	0	2	2
Difteri	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Entamöba histolytica infektion	13	12	2	7	5	4	8	1	7
Echinokockinfektion	-	-	0	0	0	0	0	0	1
EHEC (enterohemorragisk E.coli)	4	0	4	6	2	1	3	2	4
ESBL	-	-	-	-	-	60	76	107	109
Giardia	41	32	28	33	33	36	27	24	11
<i>Inhemsk</i>	3	10	0	2	3	6	8	2	0
<i>Utländsk</i>	37	22	24	31	30	28	17	19	11
<i>Uppgift saknas</i>	1	0	4	0	0	2	2	3	0
Gonorré	3	4	4	8	3	6	5	6	7
Gula febern	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Haemophilus influenzae, invasiv	0	1	1	3	2	2	3	5	2
Harpest (tularemi)	0	35	36	16	68	50	14	65	35
Hepatit A	1	1	7	3	3	0	0	0	0
Hepatit B	66	50	55	40	19	36	66	45	44
<i>Inhemsk</i>	33	10	10	3	1	4	6	3	4
<i>Utländsk</i>	29	36	42	35	16	30	36	41	34
<i>Uppgift saknas</i>	4	4	3	2	2	2	24	1	6
Hepatit C	122	64	111	76	48	56	67	64	62
<i>Inhemsk</i>	64	42	82	57	33	41	55	52	40
<i>Utländsk</i>	19	3	13	19	2	9	4	5	10
<i>Uppgift saknas</i>	39	19	16	0	13	6	8	7	12
Hepatit D	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Hepatit E	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Hepatit non A-E	0	0	0	0	0	-	-	-	-
HIV-infektion	2	9	13	4	3	10	5	5	8
HTLV I eller II	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kikhosta (pertussis)	12	11	26	30	11	6	2	7	12
Klamydia	683	660	912	1107	944	1466	1159	1069	977

Diagnos	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Kolera	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Legionella	6	1	0	1	2	3	2	3	1
Leptospira	-	-	0	0	0	0	0	0	1
Listeria	1	0	1	3	1	3	3	0	2
Malaria	3	0	0	1	0	0	1	2	0
Meningokockinfektion, invasiv	3	4	5	2	4	4	1	3	3
Mjältbrand	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MRSA (infektion med methicillinsresistenta staphylococcus aureus)	10	8	26	9	13	33	22	33	30
Mässling	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Papegojsjuka	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paratyfoidfeber	0	0	1	0	0	0	1	0	0
Pest	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pneumokocker med ned-satt känslighet för penicillin G	4	0	3	6	3	6	1	6	2
Pneumokockinfektion, invasiv	-	-	8	44	60	50	57	37	39
Polio	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Påssjuka	2	0	0	2	0	0	0	0	0
Q-feber	-	-	0	0	0	0	0	0	0
Rabies	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Röda hund	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Salmonella	80	83	88	88	96	113	106	76	111
Inhemsk	7	15	6	19	27	25	11	15	0
Utländsk	71	68	79	69	68	87	93	61	111
Uppgift saknas	2	0	3	0	1	1	2	0	0
Shigella	10	24	21	25	7	16	12	11	12
Sorkfeber (nephropathia epidemica)	1	5	3	2	9	10	5	3	1
Stelkramp	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Syfilis	2	0	5	2	2	7	3	2	0
Trikinos	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tuberkulos	6	6	23	10	10	7	7	12	12
Tyfoidfeber	0	0	1	1	0	0	0	0	0
Vibrioinfektion exkl kolera	-	-	0	0	0	0	0	1	1
Virala hemorragiska febrar exkl denguefeber och sorkfeber (nephropathia epidemica)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Viral meningoencefalit	-	-	0	1	1	1	5	3	6
VRE (vancomycinresistenta enterokocker)	0	0	0	0	0	0	0	2	1
Yersinia	10	5	15	13	8	6	15	5	2
Inhemsk	7	3	13	9	8	3	11	3	2
Utländsk	3	0	2	4	0	3	3	1	0
Uppgift saknas	0	2	0	0	0	0	1	1	0

Kommentarer till kliniskt anmälda fall i Värmlands län 2010

TEXT: Olle Wik

Invasiv sjukdom med betahemolytiska streptokocker grupp A: Efter två år med ovanligt många fall av invasiv streptokocksjukdom har vi nu bara haft åtta fall under 2010. Den ökning vi såg under 2008-2009 har alltså inte fortsatt. Ingenting tyder på att en mer aggressiv stam blivit vanligare i den värmländska populationen.

Campylobakter: 202 fall under 2010 mot ca 170 fall de två föregående åren. Vi tolkar detta som ett uttryck för ökat resande i samband med att den ekonomiska konjunkturen blivit bättre. De flesta fall är importfall från utlandet. Inget speciellt land sticker ut i statistiken. De smittade har varit i medelhavsområdet såväl som i mer avlägsna resmål som Indien och Thailand.

Cryptosporidium: Efter flera år med noll fall har vi nu haft två fall. Mot bakgrund av vad som skett i Jämtland bör man vara extra uppmärksam på utvecklingen av kliniska cryptosporidiefall.

Denguefeber: Trots ökat resande har vi inte sett ökning av kliniska Dengue-fall i Värmland.

Entamöba histolytica infektion: Kraftig ökning från ett fall 2009 till sju fall 2010. Vi gör samma analys som med campylobacterinfektionerna. Ett ökat resande och en ökad invandring har gjort att vi får fler entamöbafall.

EHEC: EHEC har ökat från två till fyra fall, vilket på inget sätt är alarmerande. Det är ingen rekordnotering och EHEC-problematiken är fortsatt liten i Värmland.

ESBL: 109 anmälda fall mot 107 föregående år. I stort sett samma antal fall. I detta sammanhang får avsaknaden av en ökning bedömas som gynnsam.

Giardia: Nedgång både av inhemska och utländska fall, vilket är något svårförklarligt med tanke på det ökande resandet.

Gonorré: Sju fall. Här är två av patienterna smittade i Sverige, de övriga är smittade utomlands och vanligaste smittland är Thailand. Samtliga smittillfällen har skett genom heterosexuell kontakt.

Harpest (tularemi): 35 fall. En klar minskning mot föregående år men fortfarande är Värmland ett av landets mest drabbade områden av tularemi. Flera utredningar har gjorts, bl.a. insamlande av myggor men hittills har man inte kunnat hitta någon säker smittkälla.

Hepatit A: Fortfarande noll fall, vilket är ett mycket glädjande resultat.

Hepatit B: 44 fall. Av de 44 fallen är 34 smittade i utlandet.

Hepatit C: 62 anmälda fall mot 64 tidigare år. Av de 62 fallen har 10 sitt ursprung i utlandet. Övriga har precis som tidigare genes i intravenöst missbruk.

HIV: Vi har åtta nya fall av HIV-infektion, vilket motsvarar ett genomsnittligt värde under de sista fem åren. Det finns sammanlagt 78 patienter som handhas på infektionskliniken i Karlstad. 94 procent av dessa patienter har antiviral behandling. Av de åtta nysmittade HIV-fallen har en smittats i Sverige och de övriga sju i utlandet.

Klamydia: 977 nyanmälda fall, vilket är den lägsta siffran sedan 2004. År 2006 hade vi också en låg siffra men denna berodde sannolikt på problem med laboratediagnostiken. Det är alltså en gynnsam utveckling av antalet anmälda klamydiafall de två sista åren. Detta sammanfaller med satsning på en ny STI-mottagning och införandet av klamydia.se. Den vanligaste åldern för klamydiasmitta är nu intervallet 20-24 år. För kvinnor är dock intervallet 15-19 år ungefär lika vanligt. Enda ökningen är bland äldre, såväl i gruppen 30-39 som > 40 år.

MRSA: Vi hade 30 nya fall jämfört med 33 år 2009. Som ett av få länstingsområden har vi ett minskat antal nyanmälda MRSA-fall.

Pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin G: Två fall jämfört med sex föregående år.

Salmonella: 111 nyanmälda fall gentemot 76 anmälda fall 2009. Samtliga 111 fall är smittade i utlandet. Vi tolkar även uppgången i salmonella som beroende på ett ökat resande. Smittskydd Värmland har inte möjlighet att påverka smittsituationen i de länder dit våra resenärer beger sig. Risken att få salmonella är störst i Nordafrika och Thailand.

Tuberkulos: 12 anmälda vilket är samma nivå som tidigare år. Här finns dock ett stort mörkertal, då latent tuberkulos inte är anmälningspliktig. Vi har ett stort antal fall som bedömts som latent tuberkulos varav flera har fått behandling.

TBE: Vi har fyra anmälda fall 2010. Två av dessa fall är troligen smittade på ostkusten och två är smittade i Värmland. Vi har också fått uppgifter från Västra Götaland där man har en patient som uppger sig smittad i Värmland men som är hemmahörande i Västra Götaland. Detta skulle då ge sammanlagt tre fall av TBE som är smittade inom Värmlands gränser vilket är den högsta siffran någonsin.

Sammanfattning: Vi har under 2010 sett en gynnsam utveckling för de flesta av de anmälningspliktiga och allmänfarliga infektionssjukdomarna. Mest glädjande är att klamydian gått ner och att de smittsamma sjukdomar som beror på ökad bakterieresistens i Värmland inte ökat utan snarare minskat. Detta kan mycket väl bara vara en tillfällig variation men så långt får vi ändå vara relativt nöjda.

De HIV-patienter som vårdas på infektionskliniken i Karlstad har i mycket hög omfattning antiviral

behandling, vilket starkt reducerar smittrisen.

Mag- tarmsmitta som genererats i utlandet har ökat till följd av ökat resande. Detta är emellertid en fak-

tor som Smittskydd Värmland inte har möjlighet att påverka.

Tre TBE-fall som smittats inom Värmlands gränser är inte mycket men det är ändå ett tecken på att

smittan sprider sig norrut längs Vänerens stränder. Se separat artikel om årets TBE-vaccinationsrekommendationer. □

Tarminfektioner och tarmkolonisation av ESBL

TEXT: Ingemar Hallén

Svenskarnas resvanor har förändrats under de senaste årtiondena. Vi reser oftare och till nya och avlägsna destinationer, vilket i en del fall klart ökar risken att smittas av olika sjukdomar. Vintertid har stora turistmål varit Sydostasien, framför allt Thailand och fram till nyligen Egypten. Den vanligaste infektionen som dessa turister drabbas av är "magsjuka", dvs. illamående, kräkningar och diarré. De tre vanligaste rapporterade tarmpatogenerna som hemvändande resenärer drabbas av är campylobakter, salmonella och shigella. Endast de som söker läkarvård och provtas vid hemkomst återfinns i statistiken, siffrorna för Värmland återfinns i tabellerna i början av tidningen och de nationella siffrorna finns på Smittskyddsinstitutets hemsida. Det finns således ett visst mörkertal men de rapporterade fallen ger trots allt en god fingervisning om vad man smittas av och var man smittas. Risken att smittas med dessa tarmpatogener varierar något mellan olika länder men några högriskregioner kan utkristalliseras bland de vanligare resmålen. När det gäller **campylobakter** är det vanligen utlandssmitta men det är inte ovanligt med inhemsk smitta. När det gäller utlandssmitta är de flesta rapporterade fallen smittade i Thailand men ser man på risken att smittas (antal fall/antal resenärer) är risken störst i Indien, Marocko och Indonesien. När det gäller **salmonella** är Thailand sedan flera år det vanligaste smittlandet och generellt är risken att smittas av salmonella något högre i Asien än i norra Afrika men det finns också många fall rapporterade från både Nordafrika och Turkiet. I Värmland var 100 procent av de rapporterade fallen utlandssmittade, nationellt ligger nivån på

75-80 procent. När det gäller **shigella** är det i ännu högre grad en typisk utlandssmitta. Här dominerar klart resenärer till Indien och Egypten, både i absoluta tal och i riskberäkning. Det rapporteras vanligen fler shigellafall från Egypten än Indien men eftersom färre personer reser till Indien blir risken att smittas trots det högre för detta land.

På senare tid har man börjat titta på hur många av resenärerna som koloniserar av multiresistenta bakterier som **ESBL** i samband med utlandsresa. Även när det gäller dessa bakterier är det ju fekal oral-smitta liksom för tarmpatogenerna beskrivna ovan. Mindre svenska studier har visat att när det gäller vissa resmål är det mycket vanligt med tarmkolonisation av ESBL. Det finns också större utländska studier som konfirmerar dessa resultat. I Uppsala har man från november 2007 under 15 månader inkluderat 100 resenärer i en prospektiv studie där deltagarna lämnade faecesprov och enkätuppgifter före avresa och åter ef-

ter hemkomst. Framodlade isolat testades för ESBL-produktion och antibiotikakänslighet. Av studerade resenärer som var negativa för ESBL före utresa var så många som 24 procent koloniserade med ESBL-producerande E-coli efter resan. Allra störst var risken vid resa till Indien där sju av åtta resenärer hade ESBL vid hemkomst.

Under åren 2007-2009 ökade antalet rapporterade ESBL-bärare drastiskt i länet. Under 2010 planade ökningen ut och förhoppningsvis kan man hålla nivån stabil eller t.o.m. minska den i länet. Man måste då arbeta på två fronter. Den första frontlinjen är att de enskilda resenärerna får bra råd inför resan (se faktaruta) som de sedan förhoppningsvis också följer. Den andra är på hemmafronten och det är ju där som vi som hälso- och sjukvårdsanställda kan göra skillnad genom att använda antibiotika på ett förnuftigt sätt enligt de terapi-riktlinjer som finns framtagna och att bl.a. tillämpa basala hygienrutiner i alla lägen (se sid 9).

Råd inför resan för att undvika magsjuka

Tvätta händerna – var noggrann med handhygien och tvätta händerna efter toalettbesök och innan måltider.

Ät väl upphettat – ät kött, kyckling och fisk som är väl genomstekt och grytor, såser och liknande som är rykande heta.

Vattenkvalitet – var försiktig med att dricka kranvattnet i länder där vattenkvaliteten är osäker eller dålig.

Färska frukter och grönsaker – tänk på att sallader, grönsaker och frukter kan ha bevattnats eller sköljts i smutsigt vatten.

Bufféer och gatumat – mat som står framme länge på bufféer och liknande i höga temperaturer ger bra förutsättningar för bakterietillväxt. Ät mat som ser fräsch ut och som luktar och smakar gott. Använd sunt förnuft.

Små barn – var extra försiktig med små barn som i regel är känsligare för infektioner än vuxna.

TBE-information inför säsongen 2011

TEXT: Olle Wik

Förändringarna i årets rekommendationer är små om ens några jämfört med tidigare två år. Det kan dock vara särskilt viktigt att genomföra de rekommendationer som följer nedan. Trots ökad vaccinationstäckning hade vi tre inhemska fall av TBE under sommaren 2010. Samtliga fanns då i västra Värmland, i ett område från Grums ner mot gränsen till Västra Götaland. Tidigare har vi också sett fall i Gullspångstrakten. Vår grundläggande rekommendation om försiktighet vid vistelse i vänernära områden och på Vänerens öar kvarstår därför och bör förmodligen tas på ännu större allvar den kommande säsongen.

TBE-fakta

Diagnostik

Diagnosen verifieras serologiskt genom påvisande av IgM-antikroppar i serum.

Smittvägar

Virus finns i saliven på smittade fästingar i alla utvecklingsstadier och kan överföras vid bett. Fästingar kan smitta när som helst under levnaden och förblir smittsamma livet ut. Smittan har hittills varit ovanlig bland fästingpopulationen i Värmland. Man tycker sig dock se en trend vid analys av infångade fästingar som associerar en nordlig smittutbredning längs Vänerens stränder. Immunitet efter genomgången sjukdom synes vara livslång.

Inkubationstid

En vecka (4-21 dygn), ofta dubbelinsjuknande med återkommande, förvärrade symtom efter några dygns till någon veckas initial förbättring. Första symtom är ofta influensaliknande med lätt huvudvärk, frossa och lite muskelvärk. Efter några dagars förbättring kan man sedan insjukna med typiska encefalit-/meningitsymtom.

Patienten

Fästingar som biter sig fast bör alltid, bl.a. med tanke på risken för borrelios, avlägsnas skyndsamt.

TBE-virus smittar via fästingens saliv och överförs tyvärr omgående. Borrelia-bakterierna finns däremot i fästingens maginnehåll och överförs först efter viss tid, eller om man klämmer hårt på fästingen.

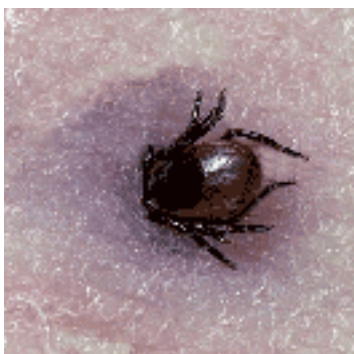
Smittspårning/åtgärd

Man bör efterhöra kända fästingbett och smittort. Man bör också ställa frågan om det finns kända TBE-fall i patientens närhet. Data om eventuell TBE-vaccination bör efterfrågas och i så fall också hur många doser som har givits och när dessa har givits. Om vaccinationen skett de senaste åren finns förmodligen alla uppgifter i Svevac, varför vi råder att man ska slå upp patientens data i Svevac vid varje TBE-fall.

Åtgärd: Var frikostig med råd om vaccination till anhöriga, grannar, arbetskamrater etc. som bor eller regelbundet vistas i samma område där patienten smittats.

TBE-insjuknande kan i undantagsfall inträffa trots fullgod vaccination, s.k. vaccinationsgenombrott. Detta är betydligt vanligare om snabbvaccinationsschemat använts varför vi avråder från detta annat än i nödfall. Änjo påpekar vi att i fall där man misstänker vaccinationsgenombrott är det viktigt att man tittar i Svevac för att få korrekta uppgifter i journalen.

Generella skyddsåtgärder mot fästingbett



Fästingar trivs i gräs- och buskvegetation, särskilt där det är fuktigt. Bästa sättet att minska risken för

insjuknande i TBE-encefalit är att undvika sådan terräng. Myggmedel ger inget tillförlitligt skydd mot fästingbett, även om detta kan anges på förpackningen. Det är gynnsamt att bära stövlar och långbyxor med byxbenen nerstoppade innanför stövelskaften. Inspektera gärna kläderna regelbundet och borsta bort fästingar. Man kan även torktumla kläder för att snabbt avdöda fästingar.

Efter vistelse i fästingområden ska man inspektera hela kroppen, speciellt mjuka och behårade kroppsytor. På barn fäster sig fästingarna gärna på huvudet, speciellt vid öronen i hårfästet. Eftersom fästingar ofta tar ganska lång tid på sig att hitta ett lämpligt bettställe kan det också vara klokt att duscha och kamma håret.

TBE-vaccinationen kan rekommenderas till:

- Fast boende och sommarboende samt personer som vistas i skog och mark i områden med smittrisk.
- Resenärer som ska vistas i skog och mark på Åland, i Baltikum eller i särskilda riskområden i Centraleuropa eller Östeuropa. Vaccinationsindikationen är mindre angelägen för personer som endast mycket kortvarigt vistas i områden med smittrisk och personer som visserligen bor i riskområden men inte brukar vistas ute i skog och mark. Små barn, i synnerhet barn under 3 år, som insjuknar i TBE får i regel lindrigare symtom än vuxna och därför är vaccination mindre angelägen i denna åldersgrupp. Men föräldrar som bor i områden med känd smittrisk och som önskar vaccinera sina förskolebarn behöver inte avrådas från detta. Tänk dock på att berätta för föräldrarna att man behöver boosta vaccinationen med jämna mellanrum för att upprätthålla ett skydd. Änjo; registrera korrekt i Svevac för senare bedömningar.

Vaccin har funnits tillgängligt sedan

1980-talet och det finns därför skäl att i olika sammanhang påminna grundvaccinerade om att vaccinationsskyddet bör förnyas med en fjärde dos efter tre år. Därefter ges påfyllnadsdos var femte år. Om individen är äldre än 60 år bör man fylla på vaccinet vart tredje år.

Vid avvikelser från rekommenderat vaccinationsschema gäller att personer som enbart erhållit en dos, ges en andra dos inom ett år och fortsätter därefter enligt grundschema. Personer som erhållit två doser, men som missat dos tre, ges en tredje dos oavsett tid sedan dos två och fortsätter därefter enligt grundschema. Det bör poängteras att samtliga boosterdosor bör ges innan fästingsäsongen för att få ett optimalt skydd.

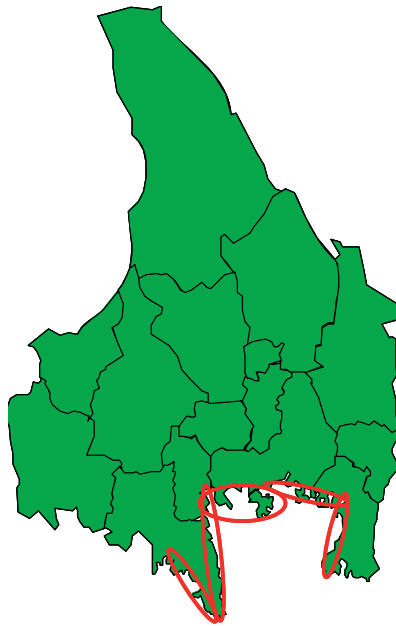
Som ovan påpekats bör vaccinationen alltid påbörjas i god tid före fästingsäsongen.

TBE-områden i Sverige men utanför Värmland

- Östkustens skärgårdar inkl Gotland, Öland och Åland.
- Skärgården i östra Mälaren.
- Södra Vänerskärgården.

Immunisering, allmänna synpunkter

Två fabrikat finns, FSME-immun och Encepur. Just nu är FSME-immun upphandlat i Värmland men detta kan i närtid alltid komma att ändras. Dosering vuxna och ungdomar äldre än 16 år: 0,5 ml intramuskulärt. Barn 1-16 år: 0,25 ml intramuskulärt. De två första doserna bör vara av samma fabrikat.



TBE-områden i Värmland

Intervall: Dos två ges 1-3 månader efter dos ett. Man bör undvika kortare intervall än fyra veckor eftersom det har rapporterats vaccinationombrott vid det förfarandet. Om det absolut inte hinns med är det dock bättre att ge två doser än en. Dos tre rekommenderas för individer under 60 års ålder 5-12 månader efter den andra dosen. Eftersom personer som är äldre än 60 år ibland svarar sämre på givna vaccindoser kan man rekommendera en grundvaccination som omfattar fyra doser för personer i den här ålderskategorin. Man ger då en tredje dos tre månader efter dos två och ger sedan dos fyra 6-12 månader efter dos 1. Detta betyder att personer som är äldre än 60 år som primovaccineras bör ha fått tre vaccindoser innan fästingsäsongen börjar om man bedömer smittrisken som hög.

Booster: Som redan nämnts under vaccinationsrubriken tidigare bör första booster ges efter tre år och därefter beroende på ålder och immunstatus. Personer yngre än 60 år och immunfriska behöver booster vart 5:e år, övriga vart 3:e år.

HYRU - hygienrutiner

TEXT: Gun Fridh

HYRU är ett webbaserat program i avvikelshanteringssystemet Aha för att registrera och rapportera följsamhet till basala hygienrutiner.

Hygienombuden gör tio observationer av personal varje månad och besvarar sju olika frågor gällande följsamhet till basala hygienrutiner. Resultatet förs in i HYRU i Aha-systemet. Varje månad levereras resultatet för den egna enheten jämfört med Landstinget i Värmland via mail till hygienombuden. Hygienombuden rapporterar till sin chef.

I Sveriges kommuner och landsting, SKL, görs nationella följsamhetsmätningar och sammanställningar som nu i vår kommer att äga rum i april 2011. Resultatet av vårt eget system HYRU kommer att skickas in till SKL och den nationella mätningen. Det är därför viktigt att hygienombuden gör mätningen i april under de dagar som är föreskrivna. Resultatet måste läggas in i HYRU omgående när mätningen är gjord.

Endast två landsting i Sverige har webbregistrering av dessa följsamhetsmätningar. Vi ser vår möjlighet till detta som ett sätt att underlätta rapporteringen till SKL och för att underlätta egenkontrollen i verksamheten.



Tillämpa basala hygienrutiner

Regeringen gör storsatsning angående patientsäkerheten och gör Strama-arbetet till ett prioriterat område

TEXT: Olle Wik

Regeringen kommer att dela ut statliga stimulanspengar till de landsting som uppnår ett förskrivningsmål på 250 antibiotikarecept per 1000 invånare och år. Detta förskrivningsmål ska nås mot slutet av 2014. På vägen dit har man satt upp olika delmål (se nedan). Förutom förskrivningsmålet finns också andra krav. Varje landsting måste ha en finansierad Strama-grupp med definierad budget och sammansättning som överensstämmer med nationella Stramas rekommendationer. Det bör också finnas en infektionskonsult vid samtliga sjukhus i länet.

Under det första året, dvs. 2011 är kravet att man ska minska förskrivningen med 10 procent av skillnaden mellan aktuell förskrivning och 250-målet.

I Sverige förskrivs f.n. 386 recept per 1000 invånare och år, vilket är den lägsta siffran på många år. Detta motsvarar 13 s.k. definierade dygnsdoser per 1000 invånare och år, DDD. De flesta länder i Europa mäter sin antibiotikaanvändning i DDD. De länder som har lägst förbrukning är Ryssland, Lettland och Holland. Deras förbrukning ligger runt 10 DDD per 1000 invånare och år. Det finns en god korrelation mellan DDD-begreppet och antal recept. Omvandlat till recept innebär att dessa länder har en förskrivning på ca 250-300 recept per år. I Värmland var förskrivningen ca 330 recept per 1000 invånare och år. Detta betyder att vi ska minska 10 procent av 80 recept, dvs. 8 recept per 1000 invånare och år för att få ta del av de 100 miljonerna i statsbidrag. Detta naturligtvis under förutsättning att de andra kriterierna som nämns ovan också uppfylls.

Bakgrunden till 250-målet finns i en analys av läkemedelsepidemiologiska data från Kalmar län. I detta län har data gällande

diagnos, utfärdade recept och utfärdade diagnostiska test analyserats från primärvårdens journalsystem. För befolkningen på 146 000 invånare studerades alla läkarbesök för luftvägsinfektioner mellan åren 2000 och 2005. Baserat på dessa års medelvärden förskrevs i primärvården 111 recept per 1000 invånare och år för luftvägsinfektioner. Ett antal recept på antibiotika förskrivna vid halsinfektioner med negativt snabbtest för streptokocker och cirka hälften av recepten utskrivna vid diagnosen akut bronkit och övre luftvägsinfektion bedömdes inte vara förskrivna enligt gällande rekommendationer. Målvärdet för förskrivning av antibiotika till följd av luftvägsinfektioner inom primärvården borde snarare vara 95 recept per 1000 invånare och år. Om man förutsätter att övriga recept för bl.a. urinvägsinfektioner och mjukdelsinfektioner som förskrivs idag är utskrivna enligt nu gällande rekommendationer och till det adderar det beräknade behovet av recept för luftvägsinfektioner och sedan adderar den förskrivning som sker inom övrig öppenvård (sjukhusbaserad) så beräknas att cirka 250



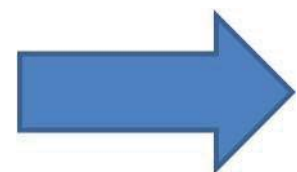
Samverkan mot antibiotikaresistens

recept per 1000 invånare och år ska täcka det som idag enligt riktlinjerna är det medicinska behovet av antibiotika. Observera alltså att det är den totala receptförskrivningen av antibiotika som nu ska mätas. Detta inkluderar alltså läkare som skriver recept i primärvården, sjukhusläkare, företagshälsovårdsläkare och andra privatpraktiker. För att vi ska kunna följa utskrivningen kommer flera studier av utskrivningsvanor att studeras via den värmländska Strama-gruppen och Smittskydd Värmland. Vi kommer att ge en återkoppling till förskrivarna baserad på vilken enhet man tillhör. Personliga förskrivardata kommer inte att publiceras eller återkopplas utan detta får ske på varje arbetsplats. Vi har redan nu noterat anmärkningsvärda skillnader mellan olika förskrivande enheter som inte kan förklaras av annat än att enskilda medarbetare har olika syn på behovet av antibiotika. Vi betonar därför åter att enda rimliga förhållningssättet är att skriva ut antibiotika strikt enligt de rekommendationer som utfärdats av läkemedelskommittén i Landstinget i Värmland. □

Förslag till nationellt 10-punktsprogram för minskad antibiotikaresistens inom slutenvården

TEXT: Olle Wik, ordförande, Strama Värmland

Strama och Svenska infektionsläkarföreningen har formulerat följande förslag till 10-punktsprogram för att minska antibiotikaresistensen inom slutenvården. Förslaget har föredragits för vår landstingsstyrelse med förslag om att även landstingsstyrelsen i Landstinget i Värmland ska ställa sig bakom förslagen. Följande punkter ingår:



Förslag till nationellt 10-punktsprogram

A Minska behovet av antibiotika

1. Smittspridningen på sjukhus måste minimeras

- Enkelrum med hygienutrymme måste finnas i tillräcklig utsträckning inom alla enheter som vårdar smittsamma patienter.
- Patienter ska vårdas där den mest lämpliga kompetensen finns för det aktuella tillståndet.
- Infektion/kolonisation med resistenta bakterier får aldrig leda till att en patient nekas eller får sämre vård.

2. Basala hygienrutiner ska alltid tillämpas

- All personal ska arbeta i kortärmad arbetsdräkt utan klocka och ringar för att noggrann handdesinfektion med alkoholbaserat desinfektionsmedel ska vara möjlig före och efter all patientkontakt.
- Vid nära patientkontakt ska engångsförkläde av plast användas. Handskar ska användas vid kontakt med kroppsvätskor.

3. Riskfaktorer för vårdrelaterade infektioner måste begränsas

- KAD, intravenösa infarter, intubering och antibiotikabehandling är påverkbara riskfaktorer. På varje avdelning ska finnas fastställda rutiner för daglig utvärdering av behovet av dessa.

4. Tillgång till infektionsexpertis måste säkras

- Varje sjukhus ska ha tillgång till infektionsexpertis, antingen i form av infektionsklinik eller av regelbunden konsultverksamhet.

B. Förbättrad diagnostik

5. Odling ska tas före antibiotikabehandling

- Odling tas alltid före intravenös antibiotikabehandling eller behandling för en misstänkt vårdrelaterad infektion.

6. Samarbetet mellan laboratorium och behandlande läkare måste öka

- Relevanta kliniska uppgifter och frågeställningar måste anges i odlingsremissen för att laboratoriet ska kunna optimera diagnostiken.
- Alla potentiellt patogena bakterier behöver inte behandlas.
- Laboratoriet ansvarar för att snabb och avancerad diagnostik är tillgänglig för karaktärisering av multiresistenta stammar.
- Det måste ingå i det mikrobiologiska laboratoriets uppdrag att fortlöpande tolka och leverera epidemiologiska resistensdata till verksamheterna och snabbt återkoppla vid fynd av antibiotikaresistenta bakterier.

C. Använd antibiotika rationellt

7. Lokala förskrivnings- och resistensdata måste följas

- Lokal antibiotikaförbrukning och lokalt resistensläge ska följas och återkopplas såväl till verksamhetsledningen som till förskrivare.
- Vårdgivare och Strama-grupper ska ha fri tillgång till lokala data.

8. Riktlinjer ska finnas och följsamheten mätas

- Varje enhet ska ha aktuellt behandlingsriktlinjer baserade på nationella och lokala resistensdata.
- Följsamheten till riktlinjerna ska mätas regelbundet och ingå i verksamhetens kvalitetsuppföljning.

9. Antibiotikaprofylax måste ges på rätt sätt

- Användningen av antibiotikaprofylax bör baseras på SBU:s rapport om antibiotikaprofylax vid kirurgiska ingrepp från 2010 med hänsyn till det lokala resistensläget.
- Fastställda rutiner ska finnas tillgängliga på varje opererande enhet.

10. Antibiotika ska användas rationellt

Rationell antibiotikaterapi innebär att:

- behandlingen ges i enlighet med terapirekommendationer,
- dosen är optimal i förhållande till diagnos, ålder, kön och njurfunktion,
- redan vid ordinationen planeras datum för omvärdering/utsättande (stoppdatum),
- terapin anpassas efter odlingssvar,
- indikationen för fortsatt behandling utvärderas dagligen,
- intravenös terapi övergår till oral så snart som möjligt.

Smittskydd Värmland har flyttat



Sedan årsskiftet finns vi i den nya vårdbyggnaden för medicinsk service och internmedicin, Centralsjukhuset Karlstad, Hus 2.

**Denna tidning och mycket mer, finns att läsa på Smittskydds hemsida:
www.smittskyddvarmland.se**

Vi som arbetar på Smittskydd Värmland:

Anette Andersson	Smittskyddsassistent	054-19 13 02	anette.m.andersson@liv.se
Eva Andersson	Vårdhygieniker	054-19 13 08	eva.m.andersson@liv.se
Gun Fridh	Hygiensjuksköterska/ Avdelningschef	054-19 13 12	gun.fridh@liv.se
Ann-Mari Gustavsson	Hygiensjuksköterska	054-19 13 05	ann-mari.gustavsson@liv.se
Ingemar Hallén	Bitr smittskyddsläkare	054-19 13 06	ingemar.hallen@liv.se
Ingrid Persson	Smittskyddssjuksköterska	054-19 13 04	ingrid.persson@liv.se
Monica Rydh	Smittskyddsassistent	054-19 13 11	monica.ryd@liv.se
Birgitta Sahlström	Hygiensjuksköterska	054-19 13 09	birgitta.sahlstrom@liv.se
Olle Wik	Smittskyddsläkare	054-19 13 13	olof.wik@liv.se

