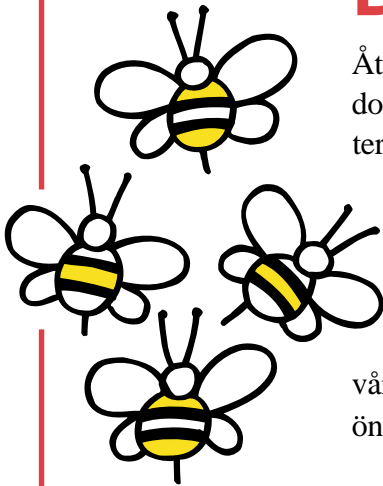


## Den ljuvliga sommaren...



Åter har sommaren infunnit sig med allt underbart den medför. Ljuvliga sommar-dofter, sol, härliga bad, varma känslor, utlandsresor med mörka sammetslena nät-ter, ljumma svenska utesittarkvällar och grillpartyn. Med hjälp av solen och vär-men infinder sig en matthet i kroppen och en känsla av ansvarslöshet i sinnet. Naturligtvis behöver vi detta för att ladda batterierna inför vintern, men somma-ren innebär ju tyvärr också högsäsong för vissa typer av smittsamma sjukdo-mar som magsjukor och sexuellt överförda sjukdomar.

I detta tidningsnummer bjuder vi Er på information om vissa sjukdomar i vårt närområde som naturligtvis inkluderar området på andra sidan bron! Till sist önskar vi Er en skön smittfri sommar!

*Kristina Persson, Bitr smittskyddsläkare*

## Invasiva Grupp A-Streptokock-infektioner i Skåne

Under en tidsrymd på bara tre dagar i maj anlände tre fall med invasiv Grupp A-Streptokockinfektion (GAS- i mass-media kallad "Mördarbakterien") till Intensivvårdsavdelningen på Infektions-kliniken i Malmö. Två företedde klara tecken på hud/muskelangrepp (nekroti-serande fasciit) som krävde kirurgiska ingrepp medan den tredje hade bakterien i sår och blododling men utvecklade inte kirurgikrävande mjukdelinfektion.

Alla tre patienterna har svarat bra på

behandling. Något samband mellan dem har inte kunnat påvisas. Typning av streptokockstammarna har hos alla tre visat T-typ 1. Denna T-typ övervägde också vid de tidigare episoderna med an-hopning av fall 1989 och 1994. I resten av Skåne har det samtidigt förekommit tre fall av invasiv GAS-infektion (ett vardera på övriga tre infektionskli-niker), en erysipelas med positiv blod-odling (T-typ 1), en pneumoni med posi-tiv blododling (T-typ 28) och en

olecranonbursit med spridning till mjuk-delarna och bakterieväxt i sår, men hit-tills ej i blod (T-typ ej klar). Då GAS-in-fektioner inte är kliniskt anmälnings-pliktiga utan endast anmäls som frivillig laboratorierapportering när bakterien upptäckts i blod eller likvorodling finns ingen säker statistik att tillgå avseende sjukdomsförloppet. Enligt laboratorie-rapporteringen har antalet fall i Sverige de senaste tre åren legat på omkring 300. Enligt SMI har man hittills i år inte sett någon onormal anhopning av fall i öv-riga delar av landet.

*Håkan Ringberg, Infektionsläkare,  
Smittskydd Skåne*

### INNEHÅLL

Invasiva Grupp A-Streptokock-infektioner i Skåne	1
Tuberkulos i Öresundsregionen	2-3
Svinkoppor & fusidin-resistenta stafylokocker	4-5
Länsveterinären har ordet: Rävns dvärgbandmask påvisad i Danmark	5

Semestertid är vaccinationstid	6
Klamydiainformation på vårdcentraler	8
Meningokocksjukdom efter pilgrimsfärd till Mecka	8
Smittskydd Skåne – ring eller maila	8
<i>StramaBulletin</i>	
Viss ökning av antibiotika-förskrivningen i Skåne	7

## SMITTSKYDDSDAG I OKTOBER!

Höstens smittskyddsdag blir tisdagen den 10 oktober 2000.  
Boka dagen redan nu!

# TUBERKULOS

## i Öresundsregionen

Vid den nyligen genomförda konferensen "Sund-Sundare-Öresund" be-lystes hälso- och sjukvårdens roll i det förebyggande arbetet i Öresundsregionen. Inom infektionsområdet presenterades förutom tuberkulos även jämförelser av antibiotikaförbrukning, sexuellt överförda sjukdomar och salmonella på båda sidor sundet.

Sverige och Danmark tillhör de länder i världen som har den lägsta förekomsten av tuberkulos (TB). Under det gångna seklet har sjukdomen ständigt minskat fram till mitten av 1980-talet varpå i Sverige skett en avplaning och i Danmark en ökning främst beroende på ett ökat antal fall bland invandrare. Under senare år har mer än hälften av TB-fallen varit utlandsfödda (Fig. 1). Som framgår av Fig. 2 så var den totala incidensen av TB 1998 dubbelt så hög i Danmark, medan däremot skillnaden i incidens bland danskar och personer födda i Sverige\* var betydligt mindre (3,5 resp. 2,2 fall per 100.000 inv. och år).

Det finns betydande skillnader i TB-förekomst inom Öresundsregionen (Fig. 3). I Köpenhamns Kommun är förekomsten av TB ca 3 gånger så hög som genomsnittet i Danmark och i Malmö ca 2 ggr högre än genomsnittet i Sverige. Köpenhamns Amt och Skåne (exklusive Malmö) ligger nära riksgenomsnittet för respektive land. Skillnaderna kan delvis förklaras av en högre andel invandrare i storstadsregioner, men det finns även en högre incidens av TB bland invandrare i Köpenhamn jämfört med invandrare i Skåne

(Fig. 4). Under 90-talet har incidensen bland invandrare bosatta i Köpenhamns Kommun varit 3-6 gånger högre än för invandrare bosatta i Skåne. Det finns ingen uppenbar förklaring till dessa stora skillnader och vi planerar att mera ingående studera denna aspekt.

Förutom en högre incidens bland invandrare finns även en högre förekomst av TB bland den inhemska befolkningen i Köpenhamn. Motsvarande utveckling har ännu inte noterats i Stockholm och situationen i Köpenhamn är mer jämförbar med storstäder på kontinenten. Åldersfördelningen bland TB-patienter i Köpenhamns Kommun (Fig. 5) tyder på en aktiv smittspridning bland yngre och medelålders danskar. Mer än 60% av dessa patienter tillhör högriskgrupper (alkoholister, narkomaner, hemlösa m.fl.). Epidemiologiska undersökningar visar att den ökande förekomsten av TB bland danskar i Köpenhamn inte beror på smittspridning från invandrare utan är ett tecken på mikroepidemier i en yngre och medelålders befolkning.

Det finns idag molekylärbiologiska metoder för att typa enskilda isolat av tuberkelbakterier. Detta ger ökade möj-

ligheter att påvisa smittspridning som inte upptäcks genom traditionell smittspårning. Danmark är ett föregångsland avseende epidemiologisk typning av tuberkelbakterier och sedan 1992 har alla nya isolat typats. För att övervaka smittspridningen inom Öresundsregionen bör isolat från tuberkulospatienter i Skåne undersökas med samma metod och jämföras med de resultat som finns lagrade i den danska databanken.

Brister i TB-övervakningen idag kommer att sätta spår under en stor del av det kommande seklet. Det krävs en ökad satsning för att tidigt diagnostisera och behandla samt för att förebygga tuberkulos. Detta gäller främst marginaliserade invånare i storstadsregioner samt invandrare från områden med hög förekomst av TB.

*Håkan Miörner, Överläkare,  
Kliniskt mikrobiologiskt laboratorium,  
Universitetssjukhuset i Lund*

\* I den officiella statistiken används olika definitioner i Danmark och Sverige. I Danmark skiljer man emellan danskar och invandrare (inkl. barn <25 år till invandrare). I den svenska statistiken görs en uppdelning av personer födda i Sverige resp. födda utomlands.

### Referenser

Tuberkulos i Sverige 1991-1998, Smittskyddsinstitutet

Epi-Nyt, Statens Serum Institut

Tuberkuloseudviklingen i Danmark 1972-1996. Poulsen S, Rønne T, Kok-Jensen A, Baueer J, Miörner H. *Ugeskrift for læger* 161:3452-7, 1999.

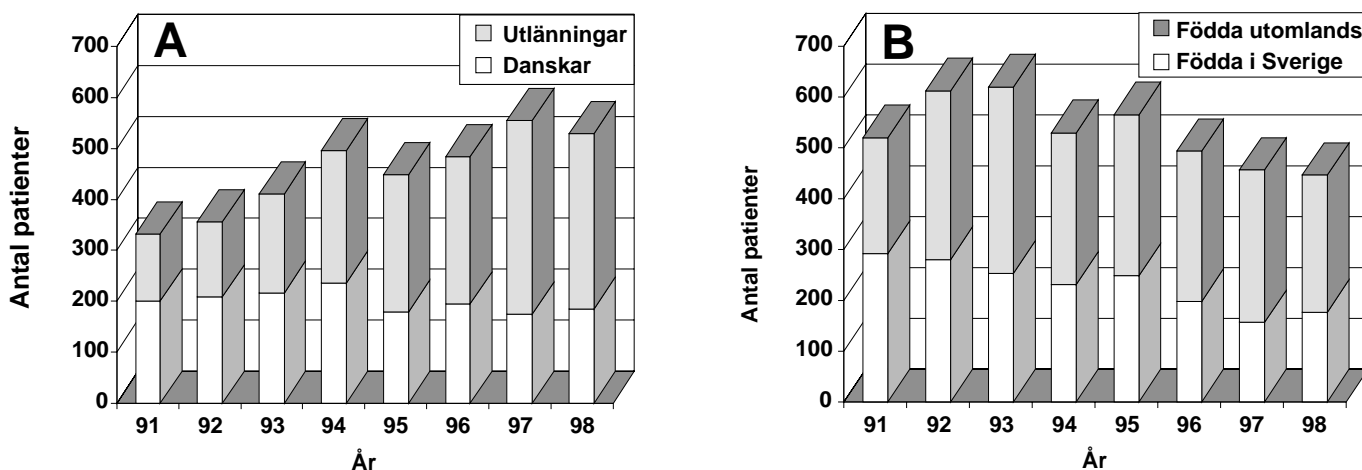


Fig. 1: Antalet anmälda nya fall av tuberkulos i Danmark (A) och Sverige (B) 1991-1998.

Fig. 2: Antalet fall av TB per 100.000 invånare och år i Sverige och Danmark 1991-1998.

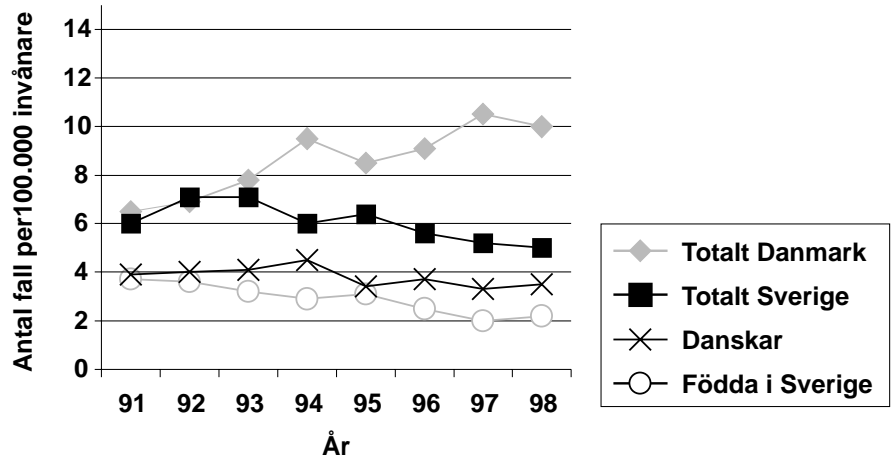


Fig. 3: Antal fall av TB per 100.000 invånare och år i Skåne och i Köpenhamn 1991-1998.

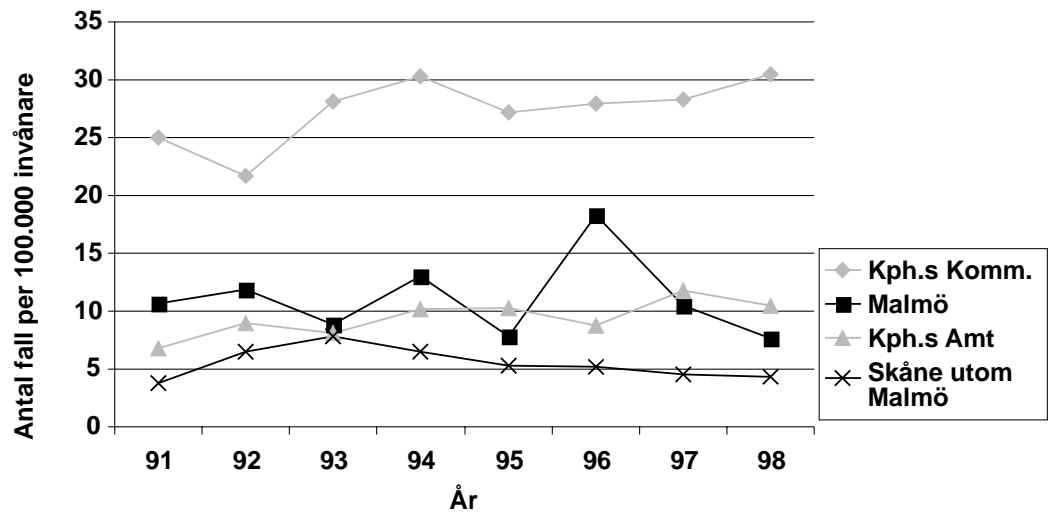


Fig. 4: Tuberkulos bland inhemska respektive invandrad befolkning i Köpenhamn och Skåne 1991-1998.

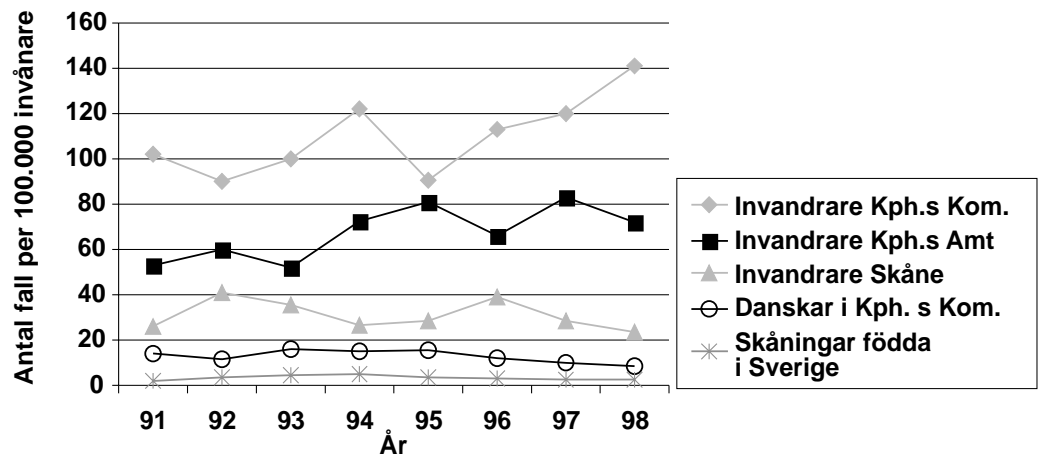
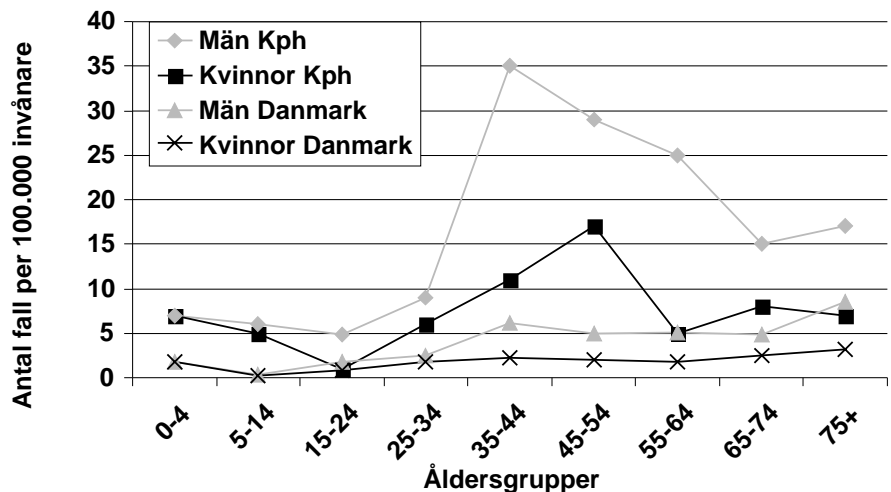


Fig. 5: Åldersrelaterad incidens av lungtuberkulos bland danskar 1992-1996.



# Svinkoppor & fusidinresistenta stafylokokker – utbredd klonal spridning

Sommaren 1999 noterades en markant ökning av antalet fusidinresistenta gula stafylokokker (*Staphylococcus aureus*) på avdelningen för klinisk bakteriologi vid sjukhuset i Kristianstad. Resistensfrekvensen, som varit "normal" under första halvåret (ca 3% totalt sett), var tre gånger större i juli och nästan fem gånger större i augusti. I augusti var ungefär var sjunde nyisolerad stam (14-15%) på laboratoriet fusidinresistent.

Majoriteten av dessa stammar kom från prov, där remissupplysningarna nämnde "svinkoppor" (impetigo), eller beskrev en motsvarande sjukdomsbild. En genomgång av remisser till prov, varifrån gula stafylokokker isolerats, visade att antalet odlingar från svinkoppor hade sexfaldigats under juli-september 1999, jämfört med första halvåret samma år. De gula stafylokockerna i dessa odlingar var fusidinresistenta i inte mindre än 65% av fallen (Tabell 1). Det rörde sig ej om något lokalt utbrott. Fynden var tämligen jämnt fördelade över hela östra Skåne, dvs Hässleholms-, Kristianstads-, Simrishamns- och Ystadsområdena.

## Tjugofem stammar

Tjugofem sådana stammar, isolerade under september-oktober på laboratoriet i

Period Isolat från	1999 Jan-Mars	1999 Apr-Juni	1999 Juli-Sept	1999 Okt-Dec	2000 Jan-Mars
Impetigo	30	18	149	167	114
Varav fusidin R	10	7	97	78	45
Fusidin R (%)	33,3	38,9	65,1	46,7	39,5
Övriga prov	759	709	863	876	802
Varav fusidin R	20	10	35	43	22
Fusidin R (%)	1,6	1,4	4,1	4,9	2,7

Tabell 1: Fusidinresistens hos *Staphylococcus aureus* vid Klin Bakt Lab i Kristianstad

Kristianstad, fagtypades vid avdelningen för klinisk mikrobiologi vid Universitetssjukhuset i Malmö, tillsammans med stammar av samma karaktär, dels isolerade på Malmölaboratoriet under samma period (10 st), dels på avdelningen för klinisk mikrobiologi vid Centrallasaretet i Växjö (5 st). De sistnämnda hade isolerats och sparats redan under juli-augusti på grund av den kraftiga ökning av antalet fall av blåsbildande svinkoppor, som då noterades i Kronobergs län. Samtliga fyrtio stammar visade sig vara av fagtyp 3A/55/71, en fagtyp som ingår i fag-grupp II och därmed kännetecknas av utpräglad hud-affinitet.

Tjugo av dessa 3A/55/71-stammar (10 från Malmö, 5 från vardera Kristianstad och Växjö) typades molekylärbio-logiskt på laboratoriet i Malmö tillsammans med tjugo danska stammar, isolerade 1998 och tillhörande såväl fag-

grupp II som andra fag-grupper. PCR mot arbiträra primers (AP-PCR) visade identiskt mönster hos alla sydsvenska stammar. Detta mönster kunde ej återfinnas hos de danska stammarna, vilka i sin tur hade olika mönster sinsemellan.

Samtliga undersökta fusidinresistenta gula stafylokokker från svinkoppefall i Kronoberg, östra Skåne och Malmö-Trelleborgs-området kan således betraktas som tillhörande samma klon. Rimliga slutsatser är

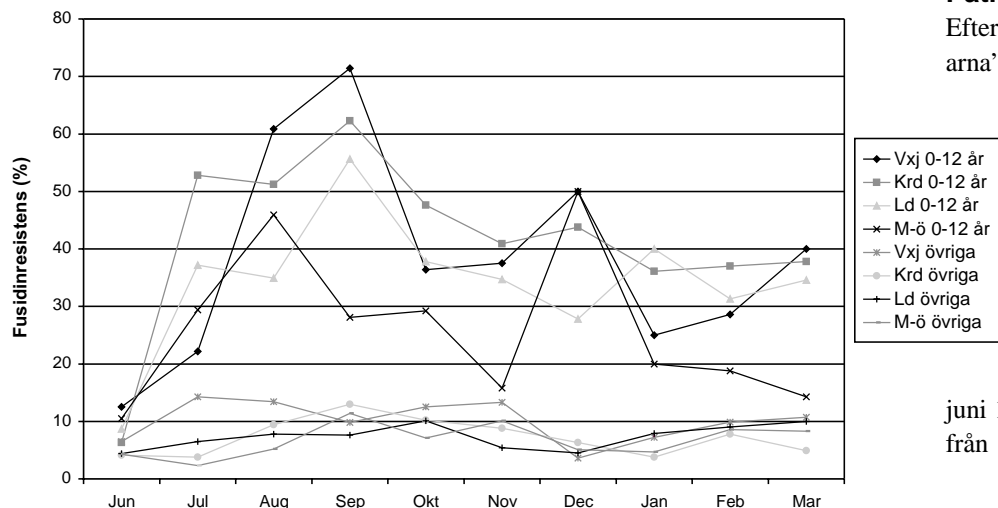
- att denna klon introduceras i södra Sverige juli 1999,
- att den är höggradigt smittsam, och
- att den har stor benägenhet att orsaka svinkoppor, ofta av besvärlig natur.

Det är inte sannolikt, att användningen av fusidin spelat någon roll i sammanhanget. Den snabba spridningen har stafylokokkstammen ifråga åstadkommit "av egen kraft".

## Patienter 0-12 år gamla

Eftersom 80-90% av "impetigo-odlingarna" i Kristianstad kommer från patienter 0-12 år gamla, har den månatliga fusidinresistensen hos gula stafylokokker, i odlingar dels från denna åldersgrupp, dels från alla övriga prov, tagits fram på laboratorerna i Växjö, Kristianstad, Lund och Malmö under perioden juni 1999 – mars 2000 (Fig. 1). Bortsett från ett lågt novembervärde i ålders-

Fig. 1: Fusidinresistens (%) hos *Staphylococcus aureus* i södra Småland och Skåne juni 1999 - mars 2000



forts. nästa sida

gruppen 0-12 år från Malmö-laboratoriet är bilden ensartad: I denna åldersgrupp är resistensen tämligen "normal" i juni 1999, men stiger snabbt till mycket höga värden i juli-september, för att sedan avtaga, snabbast i Malmö, långsammare övriga områden. I mars i år är dock frekvensen fusidinresistenta gula stafylokocker i denna åldersgrupp fortfarande alarmrande hög, rimligtvis beroende på att svinkoppor är en lika dominerande orsak till odlingarna i Växjö, Lund och Malmö som i Kristianstad.

Den aktuella klonen torde fortfarande vara den vanligaste orsaken till svinkoppor i åtminstone Kronoberg och Skåne, möjligen även i övriga delar av södra Sverige.

För alla andra isolerade gula stafylokocker är fusidinresistensen lägre, och uppvisar inga dramatiska fluktuationer. Remissuppföljningen vid laboratoriet i Kristianstad tyder i själva verket på, att gula stafylokocker i alla andra samman-

hang utom svinkoppor uppvisar en "normal" fusidinresistens på <4% från och med första kvartalet i år (Tabell 1).

Det finns all anledning att vara observant på resistensläget för fusidin vad gula stafylokocker beträffar, inför den till sommarsäsongen hörande allmänt ökade risken för svinkoppor. Avdelningen för klinisk bakteriologi i Kristianstad har utfärdat följande rekommendationer upprepade gånger sedan september-99:

- Odla på alla fall av svinkoppor eller liknande ytliga hudinfektioner, oavsett planerad behandling.
- Behandla inte svinkoppor med fusidin (lokalt eller generellt) förrän odlings svar "tillåter" detta.
- Vid övriga hud-mjukdelsinfektioner, purulenta konjunktivititer och andra "fusidin-aktuella" infektioner kan fusidin för närvarande användas "som vanligt". Odla dock alltid före sådan behandling!
- Ge adekvata uppgifter om sjukdoms-

bild och provets typ på odlingsremisserna!

Dessa rekommendationer bör än så länge fortsätta att gälla, inte bara för östra Skåne utan för hela Skåne samt för Kronobergs län. De kan gärna också anammas i övriga delar av södra sjukvårdsregionen.

### Slutligen:

Bactrobansalva (mupirocin) har uppenbarligen börjat användas som ett alternativ till fusidin för utvärtes behandling av svinkoppor. Bactroban är ett medel som skall reserveras för näs- och/eller hudbärande av MRSA, alltså de fruktade meticillinresistenta stafylokockerna. Det är ur samhällsepidemiologisk och vårdhygienisk synpunkt ytterst olyckligt om Bactroban skrivs ut på andra indikationer.

*Tony Edén, Överläkare,  
Klin Bakt Lab, Sjukhuset, Kristianstad*

**Rävens dvärgbandmask (*Echinococcus multilocularis*), har påvisats hos en trafikdödad räv i Köpenhamn. Parasiten kan också infektera hundar och katter och är potentiellt en mycket allvarlig zoonos. *E. multilocularis* har aldrig tidigare påvisats i Norden.**

Genom t.ex. förorenade bär eller svamp kan en människa smittas med ägg från rävens dvärgbandmask. Efter 5 – 20 års inkubationstid kan hon drabbas av s.k. alveolar echinococcosis. Sjukdomen kräver kirurgisk behandling i kombination med mångårig (livslång) benzimidazol behandling. Obehandlad har sjukdomen mycket hög mortalitet.

Fram till slutet av 80-talet var förekomsten av *E. multilocularis* i Europa begränsad till Österrike, Frankrike, Tyskland och Schweiz. Under 90-talet påvisades en spridning av parasiten till Holland, Luxemburg, Liechtenstein, Polen och Tjeckien. I februari 2000 påvisades den i tarmen hos en trafikdödad räv i Köpenhamn.

*E. multilocularis* mellanvärd är smågnagare. Hundar och katter kan också bli bärare av bandmasken om de

## Länsveterinären i Skåne har ordet:

# Rävens dvärgbandmask påvisad i Danmark

äter en infekterad sork eller mus. Bandmasken ger inga symptom hos hund och katt. I vissa områden i Schweiz är prevalensen av *E. multilocularis* hos räv nästan 50% och upp till 12% av hundarna i hyperendemiska områden har visats vara bärare.

I alpområdet påvisas årligen cirka 45 fall av human alveolar echinococcosis och incidensen har inte ändrats under de senaste 40 åren. Man utesluter emellertid inte att incidensen kan komma att öka p.g.a. ökning av rävpopulationen. Dessutom har det skett en oförklarlig urbanisering av rävarna och därmed en ökad risk för spridning till hund och katt i städerna.

Under 1999 utfärdade Jordbruksverket 20 204 införseltillstånd för hund från EU. Ett införseltillstånd gäller för upp till tio hundar och medger återinförsel efter ett obegränsat antal vistel-

ser i EU under ett år. Efter att *E. multilocularis* påvisats i Danmark rekommenderas avmaskning av hund och katt som har vistats i Danmark med Droncit<sup>®</sup> vet. (prazikvantel) innan införsel till Sverige. Detta är ett krav för införsel från övriga EU länder. Droncit har ingen ovidicid effekt, så faeces som avges upp till 48 timmar efter avmaskning kan innehålla ägg, som är infektiösa för såväl gnagare som människor.

Om rävens dvärgbandmask introduceras till Sverige och etableras hos den vilda population visar erfarenheterna från andra länder att det med nuvarande kunskaper och metoder inte är möjligt att utrota den. Under hösten 2000 planeras en undersökning av skånska rävar med syfte att dokumentera att *E. multilocularis* inte förekommer i Sverige.

*Pia H. Törnquist, Länsveterinär*

# Semestertid är vaccinationstid

Vaccinationsråd är alltid individuella och baseras på resans mål, längd och resenärens hälsotillstånd. Även inför turistresor är det viktigt att i god tid (helst 6 veckor innan utresa) få reseråd och vaccinationer via läkare som är utbildade inom området.

Inga nya resevacciner har kommit i år, men jag vill dock gärna göra Er uppmärksamma på några punkter.

## Gott grundskydd mot polio, difteri och tetanus – alltid viktigt

95 % av svenskar yngre än 50 år har skydd mot polio. I Sverige immuniseras barnen med tre doser på BVC, och en fjärde spruta 5 år efter dos 3. Observera dock att de som är födda 1948-1959 bör erbjudas en extra, femte, poliospruta p g a att polio-vaccinet var sämre under dessa individers barndom.

Difteri-tetanussyddet är sämre. Studier har visat att 30 % av vuxna män, och 50 % av vuxna kvinnor har ett otillräckligt difteriskydd i Sverige. Immuniteten är ännu sämre bland de äldre i befolkningen. En annan svensk studie från 1994 visade att 26 % av befolkningen saknar antikroppar mot tetanus. Det är välkänt att kvinnor > 50 år har det sämsta skyddet mot stelkramp och bör grundvaccineras om inte detta är gjort. Flertalet av jämnåriga män > 50 år har blivit vaccinerade under värnplikten, och har då fått ett skydd som varar omkring 30 år. De som blivit vaccinerade med Duplex enligt svenskt program (med 3 doser på BVC och 1 dos i årskurs 4), be-

höver en booster först 30 år senare d v s när de är > 40 år.

## Vaccination mot hepatit A

Mindre än 10 % av svenskar < 50 år är immuna mot hepatit A. Vaccination mot hepatit A rekommenderas då det ger ett mer långverkande skydd (10-20 år), jämfört med att tillföra passiva, snabbt konsumerade antikroppar med gammaglobulin (ca 3 månader). **Glöm ej att rekommendera förskolebarn som ska besöka släktingar i invandrade föräldrars hemland (söder om alperna) att vaccinera sig.** Dessa barn utsättes för en mycket större risk att smittas med hepatit A än andra turistande barn. Även om barnen själva sällan får kliniska symtom kan de föra smittan vidare t ex till dagisgrupper.

## Turistdiarré

Turistdiarré är vanlig i stora delar av världen. Man räknar med en 30-50 % risk för resenärer till utvecklingsländer om resan varar två veckor. Detta är oberoende hur försiktig resenären varit med mat och

dryck. Enterotoxinbildande *E. coli* (ETEC) är vanligaste orsaken till turistdiarré. Det nuvarande svenska vaccinet mot ETEC/kolera (Dukoral) har en skyddseffekt mot ETEC runt 60-70 %, mot kolera till 85 %, och mot turistdiarré oavsett genes 26 %. Vaccinet har rekommenderats till de som åker till verkliga högriskområden: ökända är Mexico, Indien, och Egypten med Nilen. Med tanke på den låga skyddseffekten mot turistdiarré NUD kan det ur resenärens synvinkel vara väl så bra att erbjuda norfloxacin till självbehandling om diarré uppstår.

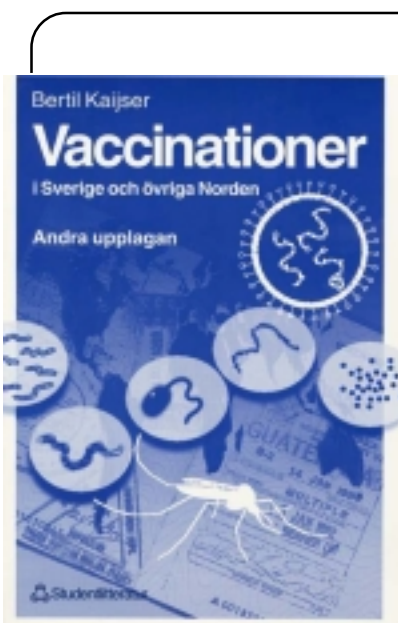
Riskpersoner med underliggande sjukdom som t ex kronisk inflammatorisk tarmsjukdom, nedsatt immunförsvar e t c bör vid denna typ av resa erbjudas antibiotikaprofylax (norfloxacin). Reseprofylax till riskpersoner bör ske av/i samråd med infektionsspecialist. Antibiotikaprofylax ger runt 70 % skyddseffekt mot turistdiarré/salmonella/shigella.

## Tips om reseråd och vaccinationer

SBL Vaccin har under åratall gett ut "Reserådet" som man kan prenumerera på för kontinuerlig uppdatering. Inom ett år kommer "Reserådet" också att finnas på internet mot en prenumerationsavgift. Redan nu finns reseråd för allmänheten från SBL Vaccin på hemsida [www.resfeber.com](http://www.resfeber.com) under rubrik Förberedelser, Vaccination.

Anna Nyhlén

Infektionsläkare, Smittskydd Skåne



## Vård- & barnavårdscentraler

Vaccinationer är en av grundpelarna i ett effektivt smittskydd. Som uppskattning för ett väl utfört arbete och bidrag till fortbildning erbjuds **vårdcentraler och barnavårdscentraler** att rekvirera ett exemplar av "Vaccinationer i Sverige och övriga Norden" skriven av Bertil Kaijser och utgiven 1999. Boken fås **kostnadsfritt** via Elisabeth Titze, tel 040-33 71 80.

## Till samtliga skolsköterskor inom Region Skåne!

### Angående vaccinationsrapporten för grundskolan årskurs 6, läsåret 1999-2000

Jag vill tacka alla som skickat in rapporten och uppmanar Er andra att ta ytterligare ett krafttag och lämna in de efterfrågade uppgifter. Gör det så fort Ni kan!

Skicka rapporten till

Maivi Bjeremyr, Hygien och smittskyddssjuksköterska, Lasarettet, 271 82 Ystad

# Viss ökning av antibiotikaförskrivningen i Skåne

### Ändrad antibiotikapolicy vid otit leder till minskning?

Fig. X visar den totala förskrivningen av antibiotika i öppen vård i Skåne och Sverige under första kvartalet de senaste 11 åren. Med utgångspunkt från dessa jämförelseperioder tycks minskningen av antibiotikaförskrivning i Skåne ha upphört. Det är t o m, till skillnad från förhållandet i hela riket, en liten ökning år 2000. Om detta beror på att t ex antalet luftvägsinfektioner varit särskilt stort i Skåne i år är ofullständigt känt. Smittskydds-institutets övervakningssystem för influensa i primärvården antyder, att antalet influensafall i Skåne kan ha varit större än i landet i övrigt. Detta är emellertid säkert inte hela sanningen, och i avsaknad av mera exakt kunskap får förhållandena tjäna som ännu en påminnelse om vikten av en omsorgsfull antibiotikaförskrivning.

Fig. Y visar förskrivningen av några olika preparatgrupper, som kan tänkas komma till användning t ex vid luftvägsinfektioner, som ju är de kvantitativt dominerande infektionerna i öppen vård. Tetracykliner och penicilliner med utvidgat spektrum har ökat under flera år. Bland penicilliner med utvidgat spektrum finns emellertid även urinvägsmedlet pivmecillinam (Selexid). Den ökning av förskrivningen av pivmecillinam som skett kan vara motiverad, om den innebär ett utbyte av kinoloner vid okomplicerade urinvägsinfektioner (se nedan och fig. Z). Ökningen av tetracykliner är mera svårförklarlig.

Något som har förutsättningar att påverka antibiotikaförskrivningen är den konsensuskonferens om behandling av akut öroninflammation hos barn som 10–12 maj hölls i regi av Landstingsförbundet, Medicinska forskningsrådet och Socialstyrelsen med deltagande av landets expertis på området. Denna öppnar möjligheter att under kontrollerade former avstå från antibiotikabehandling av akut otitis media utan trumhinneperforation hos i övrigt friska och ej allmänpåverkade barn över två års ålder. Konsensusuttalandet finns från slutet av maj på Medicinska forskningsrådets hemsida [www.mfr.se](http://www.mfr.se) och kommer säkerligen inom kort att finnas i tryckt form. Vi kommer säkert att höra talas om det mera i olika sammanhang framöver.

Fig. Z visar förskrivningen av några antibiotikagrupper som kan användas vid urinvägsinfektioner. Som synes har kinolonförskrivningen minskat första kvartalet i år. Om detta är ett resultat av

Fig. X: Total antibiotikaförskrivning (J 01) i öppen vård i Skåne resp. Sverige första kvartalet åren 1990-2000

Källa: Apoteksbolaget, Christer Luthman.

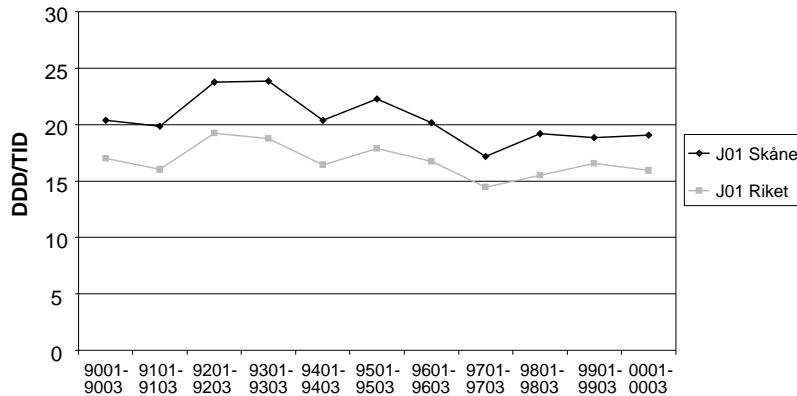


Fig. Y: Förskrivning av antibiotika i öppen vård i Skåne första kvartalet åren 1990-2000

Källa: Apoteksbolaget, Christer Luthman.

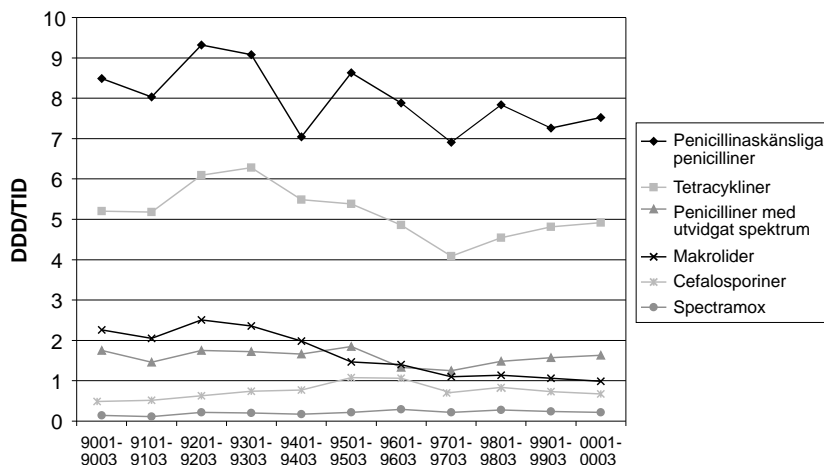
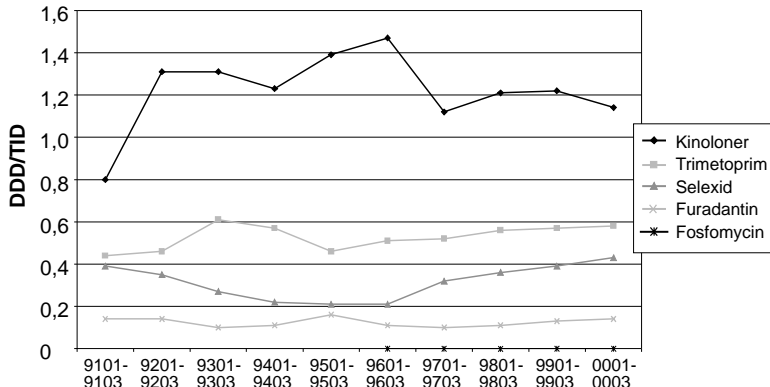


Fig. Z: Förskrivning av "urinvägsantibiotika" i öppen vård i Skåne första kvartalet 1991-2000

Källa: Apoteksbolaget, Christer Luthman.



maningarna i förra numret av Smittskydd Skåne och andra informationsinsatser är naturligtvis högst osäkert. I vart fall är det en önskvärd utveckling, som uppmuntrar till fortsättning i samma riktning.

Rolf Alsterlund  
Bitr. smittskyddsläkare

## Klamydia- information på vårdcentraler

**Marita Hultner, barnmorska och Pia Marie Keanius, kurator Ungdomsmottagningen, Kristianstad och Kerstin Nilsson, sjuksköterska, Smittskydd, Skåne har gemensamt arbetat med att försöka minska antalet klamydiafall i Skåne.**

Detta har skett genom personliga besök och information till ett drygt tiotal vårdcentraler i Kristianstadsområdet. De har bl a propagerat för ökad provtagning för att upptäcka besvärsfria smittbärare och kvinnor med urinvägsbesvär orsakade av klamydia. Pia Marie har informerat om att hon i Kristianstadsområdet gärna tar över ansvaret för smittspårningen på personer under 25 år, behandlande läkare skriver då en konsultationsremiss till henne. Om man vill ha hjälp med smittspårning på personer över 25 år skickas remissen istället till kurator Ingrid Nilsson på hudmottagningen.

Alla personalkategorier har deltagit vid informationstillfällena. Mötena har upplevts stimulerande och givande. Ett framgångsrikt förebyggande arbete vad gäller klamydia är av stor vikt. Tack alla Ni som gjort detta arbete möjligt. Hoppas att statistiken framöver visar en ökad provtagning.

Önskar Ni på vårdcentralen få besök för denna typ av informationsträff kontakta smittskyddssjuksköterskan Kerstin Nilsson tel 044-13 16 18.



## Smittskyddsinstitutets hemsida rekommenderas

Smittskyddsinstitutet har tagit fram en mycket bra och läsvärd hemsida med adress [www.smittskyddsinstitutet.se](http://www.smittskyddsinstitutet.se). På denna kan man t ex läsa deras tidning SMITTSKYDD. Vaccinationer behandlas också och mycken annan information som t ex statistik för smittsamma sjukdomar i Sverige. Via många länkar kan man skaffa sig mer kunskaper om infektionsläget ute i världen.

## Meningokocksjukdom efter pilgrimsfärd till Mecka

### Fall även i Skåne

Från flera länder har meningokocksjukdom rapporterats hos hemvändande pilgrimer och deras bekantskapskrets. Enligt EPI-NYT vecka 16/17 i år (Seruminstitutet, Danmark) har 40 fall rapporterats från England (22), Frankrike (14), Holland (3) och Tyskland (1). Åtta patienter har avlidit. De flesta fallen har insjuknat med meningokocker tillhörande den ovanliga serogruppen W 135.

Saudi-Arabien kräver att pilgrimsresenärer ska vara vaccinerade mot meningokocker tillhörande serogrupperna A och C. Vaccinet som användes i Europa ger endast skydd mot dessa två serogrupper. Ett tetravalent vaccin som även skyddar mot W 135 finns, men måste i Sverige fås på licens.

I Sverige har två små barn, ett i Malmö och ett i Stockholm, insjuknat i meningokocksjukdom orsakat av W 135. Klara epidemiologisk samband med pilgrimsresenärer finns.

## Smittskydd Skåne – Ring eller maila!

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

### Smittskydd Skåne, 205 02 Malmö Fax: 040-3371 88

		Telefon:	E-post:
Hans Bertil Hansson	Smittskyddsläkare	040-33 71 81	HB.Hansson@pop.skane.se
Kristina Persson	Bitr. smittskyddsläkare	040-33 71 84	Kristina.Persson@pop.skane.se
Håkan Ringberg	Läkare	040-33 71 85	Hakan.Ringberg@inf.mas.lu.se
Anna Nyhlén	Läkare	040-33 71 83	Anna.Nyhlen@pop.skane.se
Ulla Stamer	Smittskyddssjuksköterska	040-33 71 87	Ulla.Stamer@pop.skane.se
Lasse Hellström	Smittskyddssjuksköterska	040-33 71 86	Lasse.Hellstrom@pop.skane.se
Elisabeth Titze	Assistent	040-33 71 80	Elisabeth.Titze@pop.skane.se
Taisto Vierimaa	Smittskyddskonsulent	040-33 71 82	Taisto.Vierimaa@pop.skane.se

### Smittskydd Skåne, 291 85 Kristianstad Fax: 044-13 16 03

		Telefon:	E-post:
Rolf Alsterlund	Bitr. smittskyddsläkare	044-13 16 08	rolf.alsterlund@skane.se
Kerstin Nilsson	Smittskyddssjuksköterska	044-13 16 18	Kerstin.Nilsson@pop.skane.se
Marie Steen	Assistent	044-13 16 16	Marie.Steen@pop.skane.se
<b>Ystad</b>	<b>Fax: 0411-751 51</b>		
Maivi Bjeremyr	Hygien- o. smittsk.sjuksköt.	0411-751 27	maivi.bjeremyr@skane.se

## Smittskydd Skåne

<b>Ansvarig utgivare:</b>	Hans Bertil Hansson
<b>Redaktör:</b>	Kristina Persson, tel 040-33 71 84
<b>Layout:</b>	Ann-Christine Jönsson
<b>Tryckeri:</b>	Tryckeri Malmö
<b>Upplaga:</b>	1.700 ex
<b>Papper:</b>	MultiArt Silk, miljömärkt med Svanen

