

Smittskydd Skåne

Årets ljuvliga sommar kommer vi att minnas länge. Hur vädret var sommaren 1981 minns jag inte, men den sommaren är likafullt väl ihågkommen bland smittskyddsfolk.

Det var i juni för 25 år sedan som rapporten om de första aidsfallen publicerades i MMWR. Föga anade vi då konsekvenserna av den globala epidemien som fortsatt sprider sig.

Antalet hivsmittningar i Skåne har i år passerat 1000. En fjärdedel av hivbärarna är döda, lika många har flyttat från Skåne. Med hjälp av effektiv antiviral terapi kan allmäntillståndet nu ofta normaliseras hos hivpatienter i västvärlden. Situationen i andra delar av



Foto: Kristina Persson

landsting den 1 juli 1981 skulle utse en smittskyddsläkare.

Förste stads-läkaren i Malmö Ulf Bergdahl föreslog Malmöhus läns landsting att samordna smittskyddet med Malmö stad, och

utse en infektionsläkare, som Ulf Bergdahl åtog sig att lära upp. Det blev undertecknad som fick möjlighet att starta den spännande och intressanta resa som pågår än.

Om du mot förmodan inte ännu delar min uppfattning om att smittskydd är ett spännande verksamhetsfält, låt dig inspireras av detta fylliga nummer av Smittskydd Skåne.

*Hans Bertil Hansson
Smittskyddsläkare*

världen är inte lika tillfredsställande. Världsepidemien växer med mer än 10.000 nysmittade varje dag!

Samma sommar, 1981, lades länsläkarorganisationen ned. Denna socialstyrelsens förlängda arm hade haft ett vitt verksamhetsfält, bland mycket annat epidemiologisk övervakning via tjänsteläkarna av anmälningspliktiga och via behandlande läkare av veneriska sjukdomar. För att ersätta länsläkarna i denna del, lagstiftades om att varje

Innehåll:

EHEC i Skåne sommaren 2006 – ett utbrott och ovanligt många sporadiska fall	2-3
Länsveterinären i Skåne har ordet: EHEC-fall med anknytning till fårbesättning	4
Kokoppor – en underdiagnostiserad sjukdom?	5
Influensavaccination bland ålderspensionärer i Skåne 2005/2006	6-7
Vaccination inför influensasäsongen 2006-/2007	7

Nya rutiner för MRSA-screening i Skåne	8-9
Nu är Skåne med i Sminet	10
MikrobiologiNytt: Enterovirus – nya föreskrifter för skärpt provtagning	11
Misstänkt histaminförgiftning av dålig tonfisk	11
Smittskydd Skåne - ring eller maila	12

EHEC i Skåne sommaren 2006

– ett utbrott och ovanligt många sporadiska fall

EHEC-fall blev plötsligt vanligare i Sverige för drygt 10 år sedan

Fall med EHEC (enterohemorragisk *Escherichia coli*) påvisades första gången i Sverige 1988. Fram till sommaren 1995 rapporterades högst tre fall om året. Men under 1995 hände något, från juli och sju månader framåt rapporterades helt plötsligt 110 fall. Liknande scenario beskrevs i USA men drygt 10 år tidigare. I Sverige har det härefter rapporterats mellan 100-200 fall per år. Undantaget var förra året då 385 personer drabbades. I Halland och Västra Götaland insjuknade 130 personer som smittats av kontaminerad isbergssallad.

EHEC-fall anmälningspliktiga

Fall med EHEC O157 blev anmälningspliktiga 1996 och insjuknade/bärrare av samtliga EHEC-serotyper 2004 (nya smittskyddslagen). I Skåne har vi alltid registrerat personer med alla serotyper, eftersom även andra än O157 har visat sig kunna orsaka hemolytiskt uremiskt syndrom (HUS).

Antalet fall i Skåne

Antal fall i Skåne varierar från år till år. De flesta smittas i Sverige (se diagram). Sedan 1999 har vi haft 244 fall som an-

tingen varit odlingsverifierade eller haft symtom som vid EHEC/HUS och ett starkt epidemiologiskt samband. 60% av dessa har varit av serotyp O157.

Smittkälla oftast nötkreatur – men kan även vara människa

Det är inte alltid lätt att fastställa hur en person blivit smittad. Nötkreatur bär smittan utan att bli sjuka. Smitta kan ske i kontakt med djuren utan ordentlig handrengöring efteråt. Men även indirekt kontakt med kontaminerade matprodukter och vatten orsakar sjukdom. Ibland räcker det med en fika i koghagen, där bakterien kan överleva flera månader i gödsel. Sommartid är bärrskapet hos djuren som högst och då är antalet smittade människor också som flest. Smitt dosen är extremt låg för överföring av smitta. Detta gör att EHEC även kan smitta från person till person. Vid EHEC-fall görs alltid en noggrann smittspårning. Detta med anledning av det allvarliga förlopp som sjukdomen kan få med utveckling av HUS.

Utbrott orsakat av rökt korv

Majoriteten av fallen är sporadiska men då och då sker ett utbrott. I Skåne

inträffade 2002 det så kallade korvutbrottet, där 30 personer insjuknade och ett flertal utvecklade HUS.

Många fall av EHEC under sommaren 2006

Under sommaren 2006 har vi haft ovanligt många fall. Utöver 10 sjuka i ett utbrott (se nedan) så har vi haft ett stort "bakgrundsbrus" med 25 smittade personer där vi inte kunnat knyta ihop fallen sinsemellan (med undantag för smitta inom tre familjer) eller med en säker smittkälla.

Utbrott i Skurups kommun - 10 fall

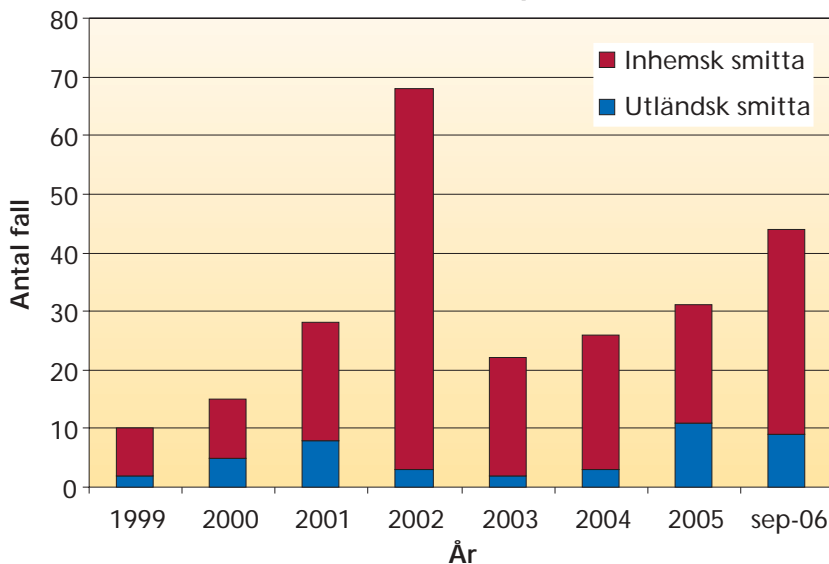
Den 19 juli kommer rapport från hygiensjuksköterskan till smittskydd om att två barn med EHEC vårdas på barnkliniken i Ystad. Båda barnen går i barnomsorg i Skurups kommun. När vi ringer för att höra om det är fler barn sjuka rapporteras att även en personal i en av barngrupperna sjukhusvårdats under helgen på grund av blodig diarré. Tre fall med epidemiologiskt samband gör att ett omfattande smittspårningsarbete påbörjas.

Sjukvårdsrådgivningen, akutmottagningen i Ystad samt vårdcentralerna i Skurups och Ystads kommun får information om att det nu finns flera fall med EHEC i deras upptagningsområde. Personer som söker med diarré med eller utan blod samt buksmärta uppmanas lämna prov för EHEC.

Familjerna med EHEC-fall intervjuas angående resor, utomhusbad, besök på gårdar, picnic i det gröna, intag av opastöriserade livsmedel m m. Den tid som är mest intressant är senaste veckan, men framförallt de senaste dagarna, före insjuknandet. Ett frågeformulär skickas hem till familjerna för att få mer detaljerad information om vad de insjuknade ätit.

Ett barn och en personal kan knytas till samma barnomsorgsavdelning. Det andra barnet går på en annan av-

EHEC i Skåne 1999-september 2006



delning som är belägen på annat ställe i Skurups kommun. Under kontakten med avdelningarna framkommer att flera personer är hemma med diarré och några har även kräkningar.

Det enda gemensamma för de sjuka barnen på de båda avdelningarna är en lunchmåltid torsdagen den 13/7.

Smittskydd Skåne kontaktar matdistributören men ingen personal har varit sjuk. Kommunens livsmedelsinspektör tar prov på några matvaror men det är naturligtvis inte så mycket mat kvar en vecka efter smittifallet. Ett besök hos matdistributören visade på god ordning och goda rutiner i både förvaringen och tillagningen av maten. Personalen provtas.

Hos länsveterinären finns inga uppgifter om några nya EHEC-fynd på djursidan. På Smittskyddsinstitutet i Stockholm känner man inte till några pågående utbrott i övriga landet.

Vi beslutar nu om provtagning av diarrésjuka barn på de båda avdelningarna och föräldrarna får skriftlig information. Under påföljande vecka konstateras ytterligare tre barn ha EHEC och då finner vi det angeläget att utvidga provtagning till att omfatta barn på totalt fem avdelningar som fått samma matleverans. Dock hittar vi inga fler fall.

Av totalt 130 provtagna har 9 personer odlats positiva för EHEC. Ytterligare en person med blodig diarré och starkt epidemiologiskt samband räknas till utbrottet. Vi bedömer att sju personer smittats den 13 /7 och i tre familjer fanns sekundär smitta. Ett barn blev svårt sjuk i HUS och ett annat barn klarade sig med något lindrigare HUS. Samtliga är nu återställda.

Vilken mat som burit smittan får vi nog inte någon klarhet i eftersom odlingarna från matprodukterna var negativa, men viss misstanke faller på grönsaker eftersom dessa är de enda i matleveransen som inte varit upp-

FAKTARUTA 1:

Fakta om EHEC

Smittsamt agens: *E. coli* med toxin (verotoxin/shigellaliknande toxin) som svarar för många av sjukdomssymtomen.

Naturligt förekommande: Framförallt i tarmen hos nötboskap.

Smittvägar: Smittar vid direkt kontakt med djur eller via kontaminerade matprodukter eller vatten. Från människa till människa.

Inkubationstid: 1-8 dygn, vanligtvis 2-3 dygn

Symtombild: Diarré som kan bli blodig, buksmärta, ibland förekommer kräkningar.

Komplikationer: Hemolytiskt uremiskt syndrom (HUS) som uppträder inom 2-14 dagar från insjuknandet med hemolys, njursvikt, koagulation- och blödningsrubbingar.

FAKTARUTA 2:

Goda råd från Statens Jordbruksverk för att undvika att smittas av EHEC

Tänk på följande:

- Besök av grupper med barn under fem år bör undvikas i djurutrymmen, såvida inte en god uppsyn över barnen kan ordnas.
- Tvätta alltid händerna efter kontakt med djur eller deras avföring.
- Undvik att dricka opastöriserad mjölk eller produkter som tillverkats av sådan mjölk.
- Hetta upp kött och köttprodukter ordentligt vid tillagning före konsumtion.
- Undvik att sprida gödsel på växande grönsaker, rotfrukter och bär som äts råa.
- Sprid inte gödsel på ett sådant sätt att badvatten eller vattentäcker kan förorenas genom avrinning.
- Skilj djur på bete i strandområden eller runt sjöar från badande med stängsel eller dylikt.

hettade. Det gjordes en stor inventering av vilka grönsaksodlare och leverantörer som varit involverade, men vi fann inget uppenbart samband. För till-

fallet finns inga indikationer på att denna EHEC-stam fortsätter att sprida sjukdom i Skåne.

*Eva Gustafsson
Läkare
Smittskydd Skåne*

Länsveterinären i Skåne har ordet:

EHEC-fall

med anknytning till fårbesättning

En ettårig pojke i östra Skåne insjuknade under början av sommaren i blodiga diarréer. Vid bakteriologisk undersökning kunde verotoxinbildande *Escherichia coli* O157 isoleras från pojken. Stammen var positiv för både verotoxin 1, verotoxin 2 och eae.

Vid den epidemiologiska utredning som Smittskydd Skåne gjort initialt framkom det att familjen bodde på gård. Det fanns 20 tackor med 29 lamm samt hund och katter på gården. Eftersom möjligt samband mellan sjukdomsfallet och djuren förelåg kontaktade Smittskydd Skåne länsveterinären för vidare utredning och eventuell provtagning av fåren.

Vid samtal med familjen framkom att barnen, ettåringen samt en fyraårig storebror, hade deltagit i skötseln av fåren och vistats en hel del i fårhuset. Men ettåringen hade suttit i sin vagn och inte kravlat omkring i ströbädden. Enligt frun i huset hade fåren, både tackorna och lammen, varit lösa i magen under den aktuella tidsperioden. Det tycktes inte föreligga några andra sannolika smittvägar än direktkontakten mellan djuren och barnet. Man hade inte slaktat några djur på senare tid, vattenhygien syns vara god, etc.

Nio av tio prov positiva

Jordbruksverket kontaktades om fallet och det var inga problem att få dem att skicka ut distriktsveterinären i

Sjöbo för att provta fåren. Eftersom tackorna och lammen gick på bete togs tio samlingsprov av färsk spillning från betesmarken med tio färpiller per prov. Proverna skickades till SVA och provresultatet senare visade att i nio av tio prov kunde verotoxinbildande *E. coli* O 157 påvisas.

Stammar från fem positiva prov analyserades med PCR-teknik. Alla de fem undersökta stammarna var VT 1-positiva, VT 2-positiva och eae-positiva. De fem stammarna skickades till SMI för jämförande DNA-teknik (PFGE = pulsfältgelelektrofores) med den stam som isolerats från den ettåriga pojken.

Full överensstämmelse mellan human- och fårstam

Jämförelsen mellan PFGE-mönstret hos isolatet från pojken och fyra av de fem isolaten från fårträck visade full överensstämmelse mellan human- och djurisolaten.

I och med detta stod det helt klart

att pojken smittats av fåren och sannolikt genom att han på något sätt fått i sig färs spillning. Mamman tror att smittan överförts via antingen föräldrarnas eller storebrors smutsiga fingrar.

Pojken tillfrisknade på en vecka och han behövde aldrig läggas in på sjukhus. För övrigt undersöktes också föräldrarna och storebror men utan att *E. coli* O 157 kunde påvisas.

Begränsad kunskap om får och VTEC/EHEC

Det finns än så länge begränsad kunskap om verotoxinbildande kolibakterier hos får. I en studie från 1999, där man endast letade efter *E. coli* O 157, påvisades en prevalens på 1% hos de undersökta fåren.

Ett stort praktiskt problem vad gäller får och verotoxinbildande kolibakterier är upprätthållande av god slakthygien. Avpalsningen av får och lamm är i hög grad ett manuellt arbete jämfört med slakt av nötkreatur där maskiner gör jobbet.

I det aktuella ärendet har familjen fått ett antal råd om hur man bör förbättra hygien i sin fårbesättning, bland annat att barnen inte ska delta i skötseln av fåren.

Under hösten kommer nya prover att tas från fåren för att undersöka hur smittoläget utvecklas.

Lennart Sjöland
Länsveterinär



Kokoppor

– en underdiagnostiserad sjukdom ?

I början av augusti 2006 insjuknar en tvåårig pojke med lättare feber under några dygn samt ett myggbettsliknande utslag på ena kinden. "Myggbettet" utvecklar sig under en vecka till ett vätskande sår och vårdcentralen kontaktas.

På misstanke om sårinfektion insättes Heracillin. Såret progredierar dock och det utvecklas en central nekros. Ny kontakt, nu med barnklinik, föranleder byte till Rocephalin intravenöst polikliniskt.

Pojken remitteras därefter, p g a utebliven förbättring, till infektionsklinik cirka två veckor efter debuten. Han är då opåverkad, afebril samt uppvisar ett crustabelagt sår med central svart nekros med vallartad kant (se bild 1). Förstorade körtlar palperas cervikalt på samma sida som hudlesionen.

Sårsekret samt bitar av crustan skickas för PCR-analys och elektronmikroskopi. PCR-undersökningen utfaller positivt för orthopoxvirus, vilket tillsammans med den kliniska bilden bekräftar diagnosen kokoppor. Antibiotika utsättes. Kontroll fem veckor efter debut visar begynnande läkning med ärrbildning (se bild 2).

Människa smittad av katt

Kokoppor är en zoonotisk hudsjukdom som orsakas av kokoppsvirus. Virusnet cirkulerar inte hos kor såsom namnet antyder, utan reservoiren är olika gnagare såsom skogsmöss och sorkar. Människan blir oftast smittad genom kontakt med en kokoppssjuk katt men smitta direkt från gnagare finns beskri-



Bild 1. Kokoppan vid första besöket på infektionsklinik. Tröst sökes hos mjukisdjur.

ven. Smitta människa till människa torde vara teoretiskt möjligt men inga belagda fall finns rapporterade i litteraturen.

I ovannämnda fall hade pojken vistats på en bondgård utanför Kalmar i samband med debuten, men även träffat olika djur på en 4H-gård och ett minizoo i Malmö!

Handfull fall beskrivna i Sverige

Kokoppsinfektion verkar vara lokaliserad till Europa samt norra och centrala



Bild 2. Kokoppan i läkningsfas fem veckor senare.

Asien. I Sverige finns en handfull fall beskrivna de senaste decennierna, alla från södra Sverige. Preliminära resultat från Smittskyddsinstitutet (SMI) pekar på att uppemot 10% av skogsmöss, fångade i mitten av Skåne, bär på antikroppar mot orthopoxvirus.

Kokoppsvirus, tillhörande genus Orthopoxvirus, tros vara det fylogenetiskt äldsta kokoppsviruset. Besläktade virus är smittkopps-, vaccinia-, apkopps- och kamelkoppsvirus.

Genomgår flera stadier

Kliniskt yttrar sig kokoppor såsom en hudlesion, vanligen i ansikte eller på händer, där virus implanteras. Hudlesionen genomgår under flera veckor flera stadier ifrån ett papulovesikulöst till pustulöst stadium och vidare till en sårbildning med eschar (svart sårskorpa) som till slut läker efter 4-8 veckor med ärrbildning. Konjunktivit kan förekomma och hos atopiker kan en mer generaliserad bild ses. Svår sjukdom med dödsfall finns beskriven hos immunkomprometterade individer.

Diagnosen bekräftas genom PCR eller elektronmikroskopi av sårmaterial, vilket utföres på SMI. Ingen etablerad behandling finns. Cidefovir har effekt in vitro men är alltför toxiskt för att kunna användas rutinmässigt. Vaccinia immunglobulin har givits vid svåra infektioner.

Sammanfattningsvis tänk på kokoppor när er behandling av den "bullösa impetigon" inte verka fungera!!

*Jonas Bläckberg
Överläkare
Infektionskliniken, Lund*

Influensavaccination bland ålderspensionärer i Skåne 2005/2006

Socialstyrelsen rekommenderar vaccination mot influensa till vissa riskgrupper som personer ≥ 65 år d v s ålderspensionärer. Inför vintern 2002/2003 beslutade regionfullmäktige i Skåne att vaccination mot influensa skulle vara gratis för alla ålderspensionärer i Skåne. Antalet ålderspensionärer som lät vaccinera sig ökade därefter till en nivå strax under 60 % jämfört med den tidigare nivån strax under 50 % (Figur 1).

Rykten om tömda lager

Hösten 2005 var uppmärksamheten runt fågelinfluensa mycket stor och även den "vanliga" säsongsbundna influensan fick mycket utrymme i medierna. Personer som inte tillhör någon av Socialstyrelsens angivna riskgrupper för influensa lät vaccinera sig, antingen på eget initiativ eller via företagshälsovården. Detta föranledde rykten om tömda vaccinalager och hos vissa vårdgivare var det mer än ett rykte.

Smittskydd Skåne har även i år undersökt vaccinationsviljan hos de skån-

ska ålderspensionärerna via en enkätundersökning.

Av 800 utskickade enkäter inkom 570 (71%) bedömbara svar. Den totala vaccinationstäckningen var 61,4% vilket med statistiska centralbyråns siffror för 31 december 2005 motsvarar 126.500 skånska ålderspensionärer.

Av kvinnorna vaccinerade sig 62,1% medan andelen pensionerade skånska män som vaccinerade sig var 60,6% (Tabell). Könsskillnaden i vaccinationsbenägenhet är inte statistiskt signifikant. Däremot var de som lät vaccinera sig signifikant äldre än de som lät bli (76,4 år vs. 73,9; $p < 0,0001$). Hos kvinnor sågs ingen åldersskillnad i vaccinationstäckning medan vaccinerade män var äldre än de ovaccinerade (76,2 vs. 72,4 år; $p < 0,0001$).

Bättre vaccinationstäckning >75 år

Delar man upp pensionärerna i åldersgrupper yngre eller äldre än 75 år är det tydligt att vaccinationstäckningen är mycket bättre i den äldre åldersgruppen (69,6% vs. 52,7%; $p < 0,0001$). Denna

skillnad är särskilt uttalad bland männen där 74,4% av 75+ vaccinerat sig mot endast 48,2% av de mellan 65 och 75 år ($p < 0,0001$).

Att traditionen spelar in i vaccinationsbeteendet demonstreras av att mer än 95% av dem som vaccinerade sig inför säsongen svarade att de brukade vaccinera sig. Mycket få (5,5%) av de som vaccinerade sig inför säsongen 2004/2005 underlät att vaccinera sig inför denna säsong (Tabell). Omvänt vaccinerade sig 26 av 226 (11,5%) personer inför säsongen som uppgav att de inte vaccinerat sig säsongen dessförinnan (Tabell).

Andelen pensionärer som känner till att vaccinationen numera är gratis för denna befolkningsgrupp är över 90%. Denna siffra har varit konstant de senaste undersökningarna. Det samma gäller andelen personer som känner till att Socialstyrelsen rekommenderar alla ålderspensionärer att vaccinera sig mot influensa (89%). Av de 350 personer som lät vaccinera sig svarade alla utom en på frågan var de gått för att göra det. Den övervägande majoriteten (251 personer; 72%) hade gått till sin vårdcentral eller distriktssköterskemottagning. 80 personer (23%) hade gått till en privat vårdgivare.

Biverkningsrisk oroar

I vår undersökning uppgav 220 personer (39%) att de inte vaccinerat sig inför denna säsong. Det vanligaste skälet, som uppgavs (43%) var att influensa inte avskräcker som sjukdom och att de därför inte anser sig behöva vaccin. 41 personer oroade sig för biverkningar och 19% tvivlade på effekten av vaccinet. 22 av 541 (4%) uppgav att de insjuknat i influensa under vintern 2005/2006, hälften av dessa var vaccinerade.

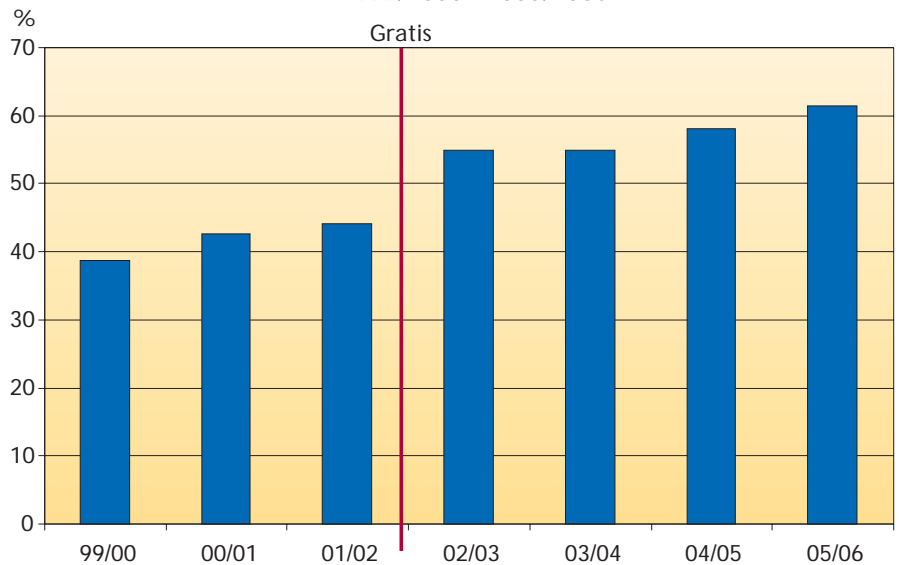
Sex personer uppgav att de ville vaccinera sig men inte erbjöds tillfälle.

Tabell

Andel vaccinerade i förhållande till kön, boende och vaccinerande

	n	Vaccinerad 05/06 (%)	p-värde
Män	269	163 (60,6)	0,39
Kvinnor	301	187 (62,1)	
God eller mycket god hälsa	351	210 (59,8)	0,24
Någorlunda eller dålig hälsa	204	129 (63,2)	
Nordväst (svarsfrekv: 66%)	138	92 (66,7)	ref.
Nordöst (svarsfrekv: 70%)	102	60 (58,8)	0,13
Mellersta (svarsfrekv: 70%)	84	56 (66,7)	0,56
Malmö (svarsfrekv: 70%)	122	77 (63,1)	0,32
Sydväst (svarsfrekv: 75%)	57	32 (56,1)	0,11
Sydöst (svarsfrekv: 68%)	52	26 (50,0)	0,027
Vaccinerad 04/05	327	309 (94,5)	<0,001
Ej vaccinerad 04/05	226	26 (11,5)	
Brukar vaccinera sig	348	329 (94,5)	<0,001
Brukar ej vaccinera sig	214	16 (7,5)	

Figur 1: Vaccinationstäckningen bland skånska ålderspensionärer 1999/2000 - 2005/2006



Tre av dessa lyckades inte få en tid som passade och tre uppgav att vaccinet var slut på den vårdcentral de vände sig till. Ytterligare tre personer menade att de blivit avrädda av sina läkare att vaccinera sig. Att tre personer missade vaccinationen p g a att vaccinet var slut är svårt att dra några slutsatser av. Men tre av 570 personer i denna undersökning motsvarar 1000 personer i Skåne. Felmarginalen här är emellertid mycket stor.

Andelen vaccinationer ökar

Andelen skånska ålderspensionärer som väljer att vaccinera sig mot influensa fortsätter således att öka (Figur 1). Man kan nog utifrån denna och tidigare undersökningar dra slutsatsen att skåningarna nu både känner till Socialstyrelsens rekommendationer i frågan och att vaccinet är gratis. Att vi förra säsongen passerade 60%-gränsen kan

misstänkas höra ihop med det ökade intresset för fågelinfluensa i medierna. Även om den säsongbundna humana influensan inte ska förväxlas med fågelinfluensan var det sannolikt inte bara journalister som gjorde kopplingen. Vi har också visat att traditionen spelar stor roll och oavsett vilka bevekelsegrunderna är kan vi hoppas att de som bestämde sig för att för första gången

vaccinera sig inför denna säsong fortsätter att göra det i framtiden. Det är också glädjande att notera att uppgången skett helt utan några särskilda kampanjer från landstingets sida.

*Niclas Wingqvist
Rosmarie Fält
Smittskyddssjuksköterskor*

Vaccination inför influensasäsongen 2006/2007

Årets influensavaccin är försenat och kommer till Sverige först i veckorna 42-44. Orsaken till förseningen är att det varit problem vid tillverkningen. En av de tre i vaccinet ingående virusstammarna har vuxit dåligt.

Full effekt av vaccinationen får man efter 1-2 veckor och skyddet är bäst de första månaderna efter vaccination.

Vaccinationsstarten i hela landet blir försenad och beräknas ske måndagen den 6 november. Det blir ju ändå relativt gott om tid för att vaccinera då de första influensafallen sällan insjuknar förrän in i december.

Toppen för influensainsjuknandet har dessutom under de senaste fem säsongerna endast en gång sammanfallit med julfirandet. Under övriga fyra säsonger har de flesta insjuknat först i slutet av februari, och så var fallet även föregående säsong.

Influensavaccinet för 2006/2007

I mars 2006, baserat på cirkulerande influensastammarna under 2005/2006, bestämde WHO att vaccinet 2006/2007 ska ha följande sammansättning (endast H1N1-stammen är densamma som föregående säsong):

1. A/New Caledonia/20/1999 (H1N1)-liknande stam
2. A/ Wisconsin/67/2005 (H3N2)-liknande stam
3. B/ Malaysia/2506/2004-liknande stam

*Kristina Persson
Bitr smittskyddsläkare*

Nya rutiner för MRSA-screening i Skåne

Rutinerna för screening av MRSA i Skåne har varit oförändrade i 5 år. Under den tiden har antalet MRSA-fall ökat från 79 fall 2001 till 160 fall 2005, alltså en fördubbling. Det kan synas oroväckande med en ökning på 100% men å andra sidan räknar vi fortfarande alla enskilda fall, koloniserade såväl som infekterade med MRSA.

I flertalet länder räknar man inte längre enskilda fall utan procentandel MRSA hos patienter med blodförgiftning med *Staphylococcus aureus*. Många länder i Europa ligger mellan 40 och 50%. I Skåne ligger procentandelen fortfarande under 1%. Detta innebär att vi fortfarande kan bära fanan högt och fortsätta kämpa för att hålla MRSA på lägsta möjliga nivå. Slaget är inte förlorat och vinsterna för sjukvården, och inte minst den enskilde patienten, är oerhört stora jämfört med de länder där man tappat greppet och en stor andel infektioner på sjukhus är orsakade av

resistenta och därmed svårbehandlade bakterier.

Vi ser nu en oroväckande utveckling i våra nordiska grannländer vilka tidigare inte inkluderats i rutinscreeningen. Liksom i Sverige förekommer det ökade antalet fall ofta som lokala utbrott. Då det inte finns någon möjlighet att ständigt hålla sig uppdaterad på lokala utbrott i våra nordiska grannländer inför vi nu krav på MRSA-screening även från dessa länder.

Rutiner anpassas

Då utbytet av personal med våra grannländer är större och riskerna något mindre än med övriga länder, har rutinerna för screening anpassats till det. Tex om man som personal har sin ordinarie tjänstgöring i Skåne och arbetar någon vecka i Norge då och då krävs att man vid återkomsten MRSA-odlar sig. Man får dock lov att gå i tjänst i väntan på provsvar, förutsatt att man inte har nå-

gon riskfaktor såsom sår/eksem. Däremot om man har sin ordinarie tjänstgöring utanför Sverige eller om man arbetat utomlands >1 månad krävs att MRSA-odlingssvaret är klart innan man får påbörja tjänstgöring med patientkontakt på sjukhus i Skåne.

Viktigt är alltid att iaktta strikta vårdhygieniska rutiner! *Se faktaruta 1.*

Odlingsrutinerna är i övrigt väsentligen oförändrade förutom att adoptivbarn ska provtas även om de inte varit sjukhusvårdade och, med erfarenhet inte minst från Tsunamin, att patienter som kommer från vård utomlands och nyligen stått på eller står på antibiotika måste odlas om efter ett antibiotikafritt intervall. *Se faktaruta 2.*

Nytt MRSA-PM

Det nya MRSA-PM:et finns på www.skane.se/smittydd/mrsa där det numera även finns ett "aktuellt" dokument där aktuella geografiska områden varifrån screening ska utföras finns angivna. Detta dokument kan ändras t ex beroende på lokala utbrott i Sverige.

*Håkan Ringberg
Bitr smittskyddsläkare*



Utbyte av personal med andra länder gör att kraven ökar på rutinerna för MRSA-screening.

FAKTARUTA 1:**Nya riktlinjer avseende screening av patienter/vårdpersonal för MRSA**

På grund av en ökad förekomst av MRSA i våra nordiska grannländer har Smittskydd, Vårdhygien och Infektionsklinikerna i Skåne även inkluderat de nordiska länderna i screening för MRSA. Följande riktlinjer gäller sålunda:

- Patienter, personal och studerande som de senaste 6 månaderna vårdats eller arbetat på **sjukhus utanför Sverige** skall undersökas för MRSA. Provtagning skall även ske efter poliklinisk behandling av sårskada.
- Tills vidare skall patienter, personal och studerande som de senaste 6 månaderna vårdats eller arbetat på **sjukhus i Stockholm eller Linköping/Norrköping** undersökas för MRSA. Provtagning skall även ske efter poliklinisk behandling av sårskada.

För att underlätta för vårdpersonal som regelbundet arbetar utomlands görs vissa ändringar avseende tjänstgöringen i Skåne i väntan på MRSA-odlingssvaret.

- Personal som har sin ordinarie tjänstgöring på sjukhus i Skåne och som tjänstgjort utanför Sverige eller i Stockholm/Linköping under kortare tid (< 1 månad) kan återgå i tjänst i Skåne innan svaret på MRSA-odlingen föreligger, förutsatt att man har intakt hud och iakttar strikta hygienrutiner.
- Personal som har sin ordinarie tjänstgöring utomlands skall före tjänstgöring med patientkontakt på sjukhus i Skåne uppvisa negativa MRSA-odlingssvar tagna i Skåne. Detta gäller även de som har sin ordinarie tjänstgöring i Skåne och som tjänstgjort utomlands eller i Stockholm/Linköping/Norrköping under längre tid än 1 månad.

FAKTARUTA 2:**Odling ska ske på:**

- Patienter vid polikliniska besök vid sjukhusanknuten öppenvård
- Patienter som läggs in för kroppsjukvård
- Gravida inför förlossning
- Personal, studerande, gästarbetare och forskare inför aktivt deltagande i patientvård

om vederbörande:

- under de senaste sex månaderna arbetat eller vårdats på sjukhus eller har behandlats polikliniskt för sårskada utanför Sverige eller där okontrollerad MRSA förekommer
- tidigare varit känd bärare av MRSA, även om senaste kontrollodlingar varit negativa
- är ett nyanlönt utländskt adoptivbarn

Odling görs rutinmässigt från följande lokaler:

- vestibulum nasi
- svalg
- perineum

och i förekommande fall från:

- sår och varje annan hudlesion som paronychi/eksem
- insticksställen för kanyler och katetrar
- KAD-urin

Patienter som vid screeningtillfället står på, eller nyligen avslutat, antibiotikabehandling och som är i fortsatt behov av sjukhusvård omdöms en till två veckor efter avslutad behandling. I avvaktan på dessa odlingsresultat kan dock patienten, i samråd med Vårdhygien, vårdas i enkelrum på den specialistklinik som svarar mot hans/hennes behov.

Nu är Skåne med i SmiNet!

Anmäl via webben

Det gamla sättet att göra smittskyddsanmälningar med den gröna blanketten har gått ur tiden och blanketten kommer inte att tryckas upp mer. Istället har vi sedan juli 2004 kunnat göra anmälan via blankett på datorskärmen där varje blankett är anpassad efter den diagnos man anmäler. Man har sedan fått skriva ut och skicka in anmälan.

Det är nu dags för Skåne att börja med smittskyddsanmälningar som skickas in via webben. En webbanmälan går direkt till en gemensam databas för Smittskyddscentralerna och SMI. Inga ytterligare kopior behöver skickas.

Det går fortfarande att fylla i sin blankett via datorn, skriva ut och posta men både för avsändare och mottagare innebär webbanmälan en förenkling.

I nödfall kan gamla blankettkopior fyllas i för hand och skickas per post. Det räcker då att skicka ett exemplar till Smittskydd Skåne. Detta är dock inte att rekommendera om man har tillgång till dator!

Hur gör man en webbanmälan?

1. Gå till www.sminet.se
2. Välj "Elektronisk anmälan med login"



3. Ange typ av klinik, namn på klinik och lösenord som du får från smittskyddet
4. Fyll i anmälan och tryck på "Skicka"
5. Du får en bekräftelse och möjlighet att skriva ut en egen kopia alternativt spara som en pdf-fil att spara i patientjournalen.

Hur får man sitt lösenord?

För elektronisk anmälan krävs ett lösenord som är specifikt för varje mottagning/vårdcentral/klinik. Det är alltså inte personbundet, utan samma lösenord gäller alla inom verksamheten.

Utse en lämplig kontaktperson (ofta med fördel en sekreterare) som kan ansvara för inloggningsinformationen, meddela den till behöriga i verksamheten och tillse att ingen obehörig får tillgång till informationen.

Denna kontaktperson är välkommen att kontakta Smittskydd Skåne via vår, för ändamålet speciella, e-postadress: **anvandare.sminet@skane.se**. Vi kommer i svaret med e-post att meddela uppgifterna ur SmiNet som krävs för att kunna logga in i systemet.

Exempel:



Det går att spara inloggningsinformationen i datorn så att man inte behöver fylla i allting varje gång.

Vad ska fyllas i?

Ett fåtal uppgifter är obligatoriska i smittskyddsanmälan, de är märkta med en röd asterix. Anmälan går inte att skicka om dessa inte är ifyllda.

Vi på Smittskydd Skåne är dock tacksamma för lite mer information än bara den absolut nödvändiga för att kunna utföra vårt arbete på ett bra sätt. Viktiga uppgifter kan inkludera yrke, smittväg, smittland/ort, smittdatum/insjuknadedatum, givna förhållningsregler, utförd smittspårning, namn på smittspårare m.m, allt beroende på vilken diagnos man anmäler.

Många uppgifter kan fyllas i med hjälp av rullister med snabbval och det finns hela tiden hjälptext att tillgå om man är osäker på hur man ska fylla i någon uppgift.

En väl ifylld smittskyddsanmälan, där inte bara de asteriskmärkta rutorna är ifyllda, är guld värd för oss på Smittskydd Skåne!

Direktlänk för anmälan via SmiNet kommer att finnas på Smittskydd Skånes startsida från 2006-10-01.

www.skane.se/smittydd

*Håkan Ringberg
Bitr smittskyddsläkare*

Utse kontaktperson som via anvandare.sminet@skane.se kan erhålla nödvändig information för inloggning i SmiNet!

ENTEROVIRUS

– nya föreskrifter för skärpt provtagning

Årets enterovirus säsong, som började relativt tidigt i maj, börjar nu lida mot sitt slut. Den vanligaste manifestationen, som för patienten till sjukhus, är meningit-meningoencefalit. I år har encefalitinslaget varit mera uttalat, bland annat har flera fall med övergående kramper noterats ifrån Syd-Sverige.

Andra vårdpåkallande infektioner som (peri)myocardit, har i år varit ovanliga. Likaså har vi inte sett några fall av den fruktade formen av nyföddhetsinfektion. Denna kan inträffa när en höggravid kvinna med pågående enterovirusinfektion utvecklar bukstatus med appendicitmisstanke appendektomerar och kejsarsnittas i samma seans. Dyliga barn kan smittas via blod och får då svår sepsislikande sjukdom efter att fötts friska.

Det ska påpekas att merparten enterovirus ger inga eller t ex lindriga luftvägssymtom. Framför allt ger enterovirus sällan tarmsymptom.

Enterovirus är små **RNA-virus** utan hölje vilket gör dem stabila i miljön. Virus förökas i tarmväggen och utsöndras i faeces. Ett drygt 70-tal varianter har varit kända sedan decennier och modern molekylär teknik har identifierat ytterligare ett 20-tal, många av de sistnämnda från exotiska länder.

Diagnosen ställdes förr med odling i cellkultur från faeces, liquor, svalg, men har nu ersatts av **påvisande av virus RNA** och då i första hand från liquor. Medan virusodling tog veckor, ibland månader, så tar RNA påvisning någon dag. Antikroppss jämförelser mellan akut och konvalescentprov är av visst diagnostiskt värde liksom IgM test, men huvuddiagnostiken är som sagt RNA påvisning på liquor, serum, faeces, biopsimaterial.

Av speciell vikt bland enterovirus är de tre poliotyperna 1-3 som tidigare utgjorde att stort hälsoproblem och som man nu bemästrar med världsomspännande övervakning och vaccination. Den globala vaccinationskampanjen var nära att lyckas då den av religiösa skäl tillfälligt stoppades i Nigeria. Därefter har en viss återspridning skett till Jemen, Indonesien, Afrikas horn, Namibia och Kongo. Vaccinationskampanjerna har nu återupptagits/intensifierats liksom smittövervakningen. Fyra länder räknas som endemiska nämligen Nigeria, Indien, Pakistan and Afghanistan.

Smittövervakningen för att förklara ett område **poliofritt** kan antingen baseras på att man utesluter poliovirus i det i landet inträffade fallen av slapp pares, eller att man för ett stort

antal laboratorieverifierade enterovirus CNS infektion i samtliga fall kunnat utesluta poliovirus 1, 2 och 3. Detta sker med virusodling och neutralisation med specifika antikroppar.

I Sverige går det till så att man vid varje positiv enterovirusdiagnos gör ett allvarligt försök att odla fram stammen. Eftersom de flesta diagnoser numera sker via RNA-påvisning på cerebrospinalvätska där virusnivåerna är små, **äligger det behandlande läkare att vid CNS engagerande enterovirusinfektion se till att** det mest optimala provmaterialet, **faeces, skickas in till viruslaboratoriet**. Provet vidarebefordras till Smittskyddsinstitutet där uteslutande av poliovirus med virusodling/neutralisation och andra specialanalyser sker. Dessa är kostnadsfria.

Socialstyrelsen utkom i år med en föreskrift (SOSFS 2006:7) som klart anger behandlande läkares skyldighet att göra detta. Anledningen är att Sverige ska kunna bibehålla sitt status som poliofritt land.

2006-09-12

Anders Widell

Docent, överläkare

Klinisk Mikrobiologi,

UMAS, Malmö

Misstänkt histaminförgiftning av dålig tonfisk

Ett gift medelålders par på genomresa sökte på jourcentralen i Kristianstad i maj med symptom diarré, klåda i halsen och på huden samt synpåverkan. Under väntetiden utvecklades snabbt generell hudrodnad och båda blev allt mer påverkade. Det framkom att de just före insjuknandet hade intagit tonfisksallad på en restaurang i trakten. Man hade inte noterat något konstigt med maten.

Makarna togs nu snabbt omhand och det konstaterades att båda var all-

mänpåverkade och hade blodtrycksfall.

Allvarlig allergisk reaktion misstänktes och behandling med adrenalin, steroider, antihistamin och vätskeinfusion gavs och de fördes över till medicinklinikens akutmottagning.

Efter en stund stabiliserades tillståndet, men båda fick stanna på sjukhuset över natten för observation. De kunde skrivas ut följande morgon.

Vid genomgång av anamnesen framkom att ingen av de båda hade nä-



Tonfisken i sallad en var kanske smittkällan?

gon känd födoämnesallergi och ej heller någon sjukdom eller medicinering. Den mest sannolika förklaringen till

forts. nästa sida

forts. från föregående sida

insjuknandet var att de ätit samma tonfisksallad minuterna innan de första symptomen. Denna information fick oss att misstänka histaminförgiftning som finns rapporterat tidigare i samband med dåligt hanterad tonfisk.

Histaminförgiftning

Mekanismen bakom denna förgiftning är att bakterier i fiskköttet omvandlar aminosyran histidin till histamin. Histamin är det ämne som utsöndras av

mastceller vid en allergisk reaktion och ger upphov till allergiska symptom som t ex klåda och kärl dilatation. Fiskarter tillhörande familjen *Scombridae*, t ex tonfisk och makrill, har en naturligt hög halt av histidin.

Histaminförgiftning är relativt ovanligt i Sverige men finns beskrivet i litteraturen vid ett flertal tillfällen, bland annat ett utbrott i Danmark för ett par år sedan kopplat till tonfiskburgare.

Vid uppföljning via smittskydds-

enheten kunde tyvärr inget av det aktuella tonfiskköttet tas omhand för analys. Dock kunde konstateras att det kylskåp där köttet förvarats öppet i nästan ett dygn höll 14°C.

Johan Fält
ST-läkare

Infektionskliniken, CSK, Kristianstad

Referenser:

1. Taastrom A, Sondergaard I. Ugeskrift laeger 2004 Sep 13;166(38):3307-8.

Smittskydd Skåne

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

Smittskydd Skåne, 205 02 Malmö

Fax: 040-33 71 88

Hans Bertil Hansson
Kristina Persson
Håkan Ringberg
Eva Gustafsson
Rosmarie Fält
Niclas Winqvist
Ulla Stamer
Taisto Vierimaa
Helene Rosenqvist

Smittskyddsläkare
Bitr. smittskyddsläkare
Bitr. smittskyddsläkare
Läkare
Smittskyddssjuksköterska
Smittskyddssjuksköterska
Smittskyddssjuksköterska
Smittskyddskonsulent
Assistent

Telefon:

040-33 71 81
040-33 71 84
040-33 71 85
040-33 71 42
040-33 71 83
040-33 71 86
040-33 71 87
040-33 71 82
040-33 71 80

E-post:

HansBertil.Hansson@skane.se
Kristina.M-S.Persson@skane.se
Hakan.Ringberg@skane.se
Eva.X.Gustafsson@skane.se
Rosmarie.Falt@skane.se
Niclas.Winqvist@skane.se
Ulla.Stamer@skane.se
Taisto.Vierimaa@skane.se
Helene.Rosenqvist@skane.se

Smittskydd Skåne, 291 85 Kristianstad

Fax: 044-13 16 77

Mattias Waldeck
Åsa Ståhl
Marie Steen

Bitr. smittskyddsläkare
Smittskyddssjuksköterska
Assistent

044-13 16 08
044-13 16 18
044-13 16 16

Mattias.Waldeck@skane.se
Asa.Stahl@skane.se
Marie.Steen@skane.se

SmiNet

För inloggningsbehörighet maila: anvandare.sminet@skane.se

Smittskydd Skåne

Ansvarig utgivare: Hans Bertil Hansson
Redaktör: Kristina Persson, tel 040-33 71 84
Layout: Ann-Christine Jönsson
Tryckeri: Wallin & Dalholm AB, Lund
Upplaga: 2.000 ex
Papper: Maxisilk, miljömärkt med Svanen

