

Snabb-PCR för diagnostik av influensa A, B och RS-virus samt norovirus

Klinisk mikrobiologi är i slutskedet med förberedelser för att den kommande säsongen kunna erbjuda snabb-PCR för diagnostik av influensa A, B och RS-virus samt norovirus. Diagnostiken kommer initialt att utföras på Centralsjukhuset och vara tillgänglig dygnet runt, alla veckodagar under säsong. Klinisk mikrobiologi kommer att informera mer om detta när det är klart.

Smittskydd ser snabb-PCR som ett värdefullt tillskott i diagnostiken av flera högsmittsamma virusinfektioner. Det ökar möjligheten att vid inläggning av patienter styra smittsamma fall till enkelrum, förutsatt att detta finns tillgängligt. Givetvis måste man ändå väga in den kliniska bilden när man ställer diagnos på patienten.

Ingemar Hallén, smittskyddsläkare

Basala hygienrutiner och e-learning

Värmland är bäst i Sverige i den senaste nationella följsamhetsmätningen av basala hygienrutiner och klädregler (BHK)!

Vi har tillsammans med all patientnära personal, i synnerhet hygienombuden, arbetat med dessa frågor i många år så det är roligt att få bekräftelse på att det ger resultat.

Vi har nått långt men det är en bit kvar. Följsamheten ligger "bara" på 84 procent, vilket betyder att det saknas en del till vårt mål 100 procent. Det är ingen omöjlighet att nå målet. Ett flertal enheter har uppnått 100 procents följsamhet och bibehåller det över tid.

Som en hjälp i arbetet att nå full följsamhet till BHK har vi skapat en e-learningutbildning som finns i Kompetensverket. Utbildningen avslutas med ett antal frågor där man ska ha alla rätt för att bli godkänd.

Utbildningen är obligatorisk för all personal som finns i patientnära vård (sjuksköterskor, undersköterskor, läkare, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, städpersonal, servicepersonal) och ska genomföras vartannat år. Det kommer ett automatiskt meddelande via e-post när det är dags. Till dags dato har ca 3000 genomfört utbildningen. Vi har fått mycket positiv respons. En del tycker det är för lätt, andra tycker att det är för svårt. Det innebär förhoppningsvis att vi har lagt en bra nivå på utbildningen. Flera vittnar om att utbildningen har startat diskussioner om hygienrutiner på enheten.

Med tanke på VRE-utbrottet som vi har haft och den kommande säsongen med vinterkräksjuka och influensa, finns all anledning att fortsätta diskutera hygienrutiner och sträva efter 100 procent följsamhet!

Ann-Mari Gustavsson, hygiensjuksköterska

Innehåll

Snabb-PCR för diagnostik av influensa A, B och RS-virus samt norovirus	1
Basala hygienrutiner och e-learning	1
VRE-utbrottet i Värmland 2017	2
Smittspårning tuberkulos i slutenvården	3
Summering av tuberkulosutredningar på två skolor i Filipstad hösten/vintern 2016-2017	4
Centraliserad smittspårning av klamydia	5
Statistik, klamydia och gonorré, första halvåret 2017	5
Antibiotikaresistens i landstinget genom Strama Värmland	6
Influensasäsongen 2016-2017 i Värmland	8
Vinterkräksjuka (calici)	10
Aktuellt om Infektionsverket	10

VRE-utbrottet i Värmland 2017

VRE (vankomycinresistenta enterokocker) är en bakterie som utvecklat resistens mot ett brett verkande antibiotika – vankomycin.

VRE förekommer vid sjukhusutbrott i många delar av världen, så även i Sverige. Under de första åren på 2000-talet rapporterades ca 20–50 fall per år i Sverige. Spridda utbrott runtom i landet har dock drivit upp siffrorna, t.ex. sågs 2010 ett utbrott i Västmanland med över 200 fall. Ett mönster som ses vid flera utbrott är att en första våg av VRE-fall sjunker undan tillfredsställande efter åtgärder, för att sedan följas av en betydligt större våg efter några veckor.

I Värmland har de senaste åren totalt 14 fall rapporterats (2007–2016), dock har vi under första halvåret 2017 redan haft 19 fall kopplade till utbrottet. En ökad VRE-förekomst innebär en risk för fler svårbehandlade infektioner med även en viss ökad mortalitetsrisk. Förutom de individuella riskerna och lidandet medför det förlängda vårdtider och ökade vårdkostnader. VRE är anmälningspliktig och smittspårningspliktig enligt smittskyddslagen. Med denna bakgrund motiverades de smittskydds- och vårdhygieniska åtgärder som vidtogs under utbrottet.

I slutet av januari 2017 påvisades ett allvarligt sjukdomsfall av VRE på Centralsjukhuset i Karlstad (CSK). Fyndet gjordes i en blododling hos en patient där bärarskapet inte var känt sedan tidigare. Smittskydd Värmland inledde i samarbete med berörda verksamheter smittspårning kring fallet, vilket genererade totalt 19 fall av VRE och inkluderade cirka 2500 patientprover. Beslut togs att tillfälligt införa intagningsstopp på vissa avdelningar, stänga en del vårdplatser och initialt senarelägga vissa operationer. Samtliga VRE-fall i utbrottet uppvisar en genetisk profil som verifierar att de tillhör samma bakteriestam. Stammen visar släktskap med ett patientfall, sannolikt primärfallet, som vårdades på CSK i augusti 2016. Denna patient hade vårdats på ett sjukhus i Lettland.

För att få en bild över utbrottets dignitet och för att förhindra vidare smittspridning vidtogs ett flertal åtgärder. Åtgärderna berörde verksamheter inom både slut- och öppen-vård, kommuner och landstingets samtliga sjukhus.

Följande huvudområden betonas i arbetet kring utbrottet:

- *Smittspårning och screeningprogram* av patienter. Den riktade smittspårningen påvisade flera sekundärfall, flertalet hade blivit smittade genom indirekt kontaktsmitta (bakterien överlever länge i miljön). Under en period utförde hela CSK (exklusive psykiatrin) och Torsby utskrivningsodlingar på patienter för att få en bild av utbrottets storlek och utbredning. På fyra avdelningar kunde smittspridning konstateras.
- *Mikrobiologisk diagnostik*. Ett utökat resurskrav ställdes

på mikrobiologen på CSK som utförde tusentals analyser från patienter och från miljön.

- *Patientrelaterade åtgärder*. Under perioder med smittspridning bedrevs kohortvård på tre avdelningar. Kohorterna pågick i 9, 18 respektive 22 dagar innan avdelningarna kunde fungera som vanligt igen. Återkommande kontrollodlingar från vårdrummen visade att VRE fortsatte växa i miljön trots städning. Detta ledde till ändrade städrutiner och indikationerna för när ett rum bör kontrollodlas innan beläggning. Stängda vårdrum förekom frekvent och resurskraven på städservice ökade. Vikten av följsamhet till basala hygienrutiner belystes vid upprepade tillfällen som en essentiell del i att minska smittspridningen.
- *Organisatoriska åtgärder*. Tidigt tillkallades en lokal kris- och beredskapsgrupp. Hälso- och sjukvårdschefen tillsatte en styrgrupp som träffades regelbundet för att bl.a. kunna ta verksamhetsövergripande beslut.
- *Kommunikationsrelaterade åtgärder*. Ett flertal utbildnings- och informationsmoment hölls för flera personalgrupper. Återkommande uppdateringar skickades ut under utbrottet och en nära dialog fördes med involverade verksamheter. Information gick ut till övriga Sveriges smittskydds- och vårdhygienheter som tog prov på värmländska patienter på vidare indikation. En grannregion identifierade på så vis ytterligare en handfull VRE-fall som hänger ihop med värmlandsutbrottet.

Den ”andra vågen”, som beskrivs ovan, har till dags dato inte drabbat Värmland.

Framgångsfaktorer som vi vill betona är

- stöd från landstingsledningen att vidta nödvändiga åtgärder,
- ett mycket aktivt arbete och engagemang hos berörda avdelningar,
- följsamhet hos personalen,
- flexibel och kompetent personal på mikrobiologen och stadenheten.

Bedömningen är att fler enkelrum och toaletter hade minskat utbrottets storlek. Miljöodlingarna visade att det kan vara mycket svårt att få bort VRE-bakterierna från vårdrum och toaletter. Sannolikt skulle andra städrutiner, som t.ex. frekvensen av städning på delade patienttoaletter, ha minskat risken för smittspridning.

Efter utbrottet har ett övervakningsprogram införts för att upptäcka fler oidentifierade bärarskap samt att tidigt kunna larma om VRE tar sig in i vården. Programmet fortlöper åtminstone under hela år 2017.

Andreas Harling

**ST-läkare infektion / Vik. underläkare Smittskydd Värmland
Ingemar Hallén, smittskyddsläkare**

Smittspårning tuberkulos i slutenvården

I mellandagarna december 2016 fick smittskydd ett telefonsamtal om en nydiagnostiserad öppen, högsmittsam lungtuberkulos. Patienten, som låg intuberad på intensivvården, hade vårdats ineliggande i över en månad och hunnit passera åtta vårdavdelningar.

Patienten var född på 40-talet i Sverige men hade annars ingen uppenbar epidemiologi för tuberkulos. Senaste utlandsresa var en kort resa till Baltikum för över 15 år sedan. Sommaren 2016 startades behandling med TNF-alfahämmare mot patientens grundsjukdom ulcerös kolit. Inför behandlingsstarten hade patienten negativt quantiferon och normal lungröntgen.

Tio veckor efter startad behandling insjuknar patienten med feber utan uppenbart fokus. Under hösten och vintern fluktuerar febern och så småningom presenterar sig hosta och tillkomst av lunginfiltrat på röntgen. Andra diagnoser verifieras som orsak till symtombilden vilket grumlar diagnostiken av tuberkulos. Bland annat får patienten ett flertal olika antibiotika samt högdos kortison.

Patienten försämras successivt och hamnar slutligen på IVA, intuberas och prover tas som konstaterar en definitionsmässigt högsmittsam lungtuberkulos. Bakteriestammen talar för att patienten inte blev smittad i sin ungdom. Tidigt i utredning stod det klart att stammen inte var känslig för de vanligast använda tuberkulosläkemedlen. Efter hand kom det klarlägganden från mikrobiologen, Karolinska sjukhuset, gällande resistensen som gör att stammen uppfyller kriterier från WHO för XDR.

Smittspårning

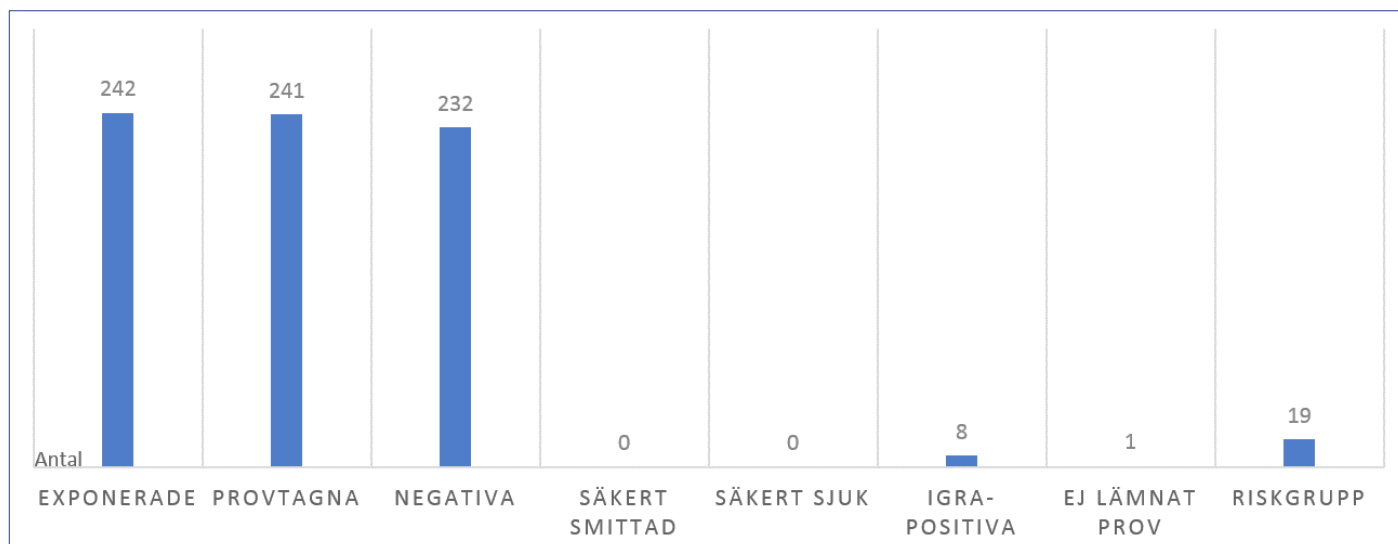
En smittspårningsprocess startades. Denna inkluderade över 240 personer, varav 220 var sjukvårdspersonal, som hade träffat patienten i olika utsträckning under tiden för smittsamhet.

Smittspårningen styrdes av smittskydd tillsammans med tuberkulosmottagningen. Trots en högsmittsam tuberkulos, flera högriskmoment för smitta samt en betydande andel kontakter med ökad risk för mottaglighet (exempelvis småbarn och immunosupprimerade) resulterade inte smittspårningen i några fall av säkert smittade eller sjuka. Andelen IGRA-positiva var låg, risken för att dessa kontakter ska ha blivit smittade av aktuellt indexfall bedöms vara låg av flera skäl. Ett positivt IGRA behöver inte innebära att det är orsakat av nysmitta. T.ex. kan en person ha haft ett positivt IGRA redan innan exponeringen, vilket innebär att resultatet av uppföljande prov blir svårbedömt. Dessa personer har inte uppvisat sjukdomstecken men kommer att följas av tuberkulosmottagningen som en säkerhetsåtgärd. För en del exponerade personer fanns det tidsmässigt möjlighet att ta 0-prov. Detta prov ska tas innan ett eventuellt omslag i IGRA orsakat av nysmitta skulle kunna förväntas. Vi hade god hjälp av dessa prover i totalbedömningen.

Tuberkulos får inte glömmas bort som en differentialdiagnos, även hos personer födda i Sverige. TNF-alfahämmare är en högriskbehandling för att aktivera en latent tuberkulos och även hos personer som har negativt IGRA och normal lungröntgen innan immunosuppressionen ska man ha tuberkulos i åtanke vid oklara symtom. Man måste beakta att en negativ IGRA inte helt utesluter latent tuberkulos och sannolikt är risken för en falskt negativ IGRA större ju längre tid som gått sedan smittotillfället. Enligt uppdaterad rekommendation från Folkhälsomyndigheten bör både PPD och IGRA tas inför behandling med TNF-alfahämmare.

Kännedom finns sedan länge att en äldre, sängliggande person är mindre smittsam än en ung, hostkraftig person även om bägge fallen definitionsmässigt skulle klassificeras som högsmittsam tuberkulos.

Andreas Harling
ST-läkare infektion / Vik. underläkare Smittskydd Värmland
Ingemar Hallén, smittskyddsläkare



Summering av tuberkulosutredningar på två skolor i Filipstad hösten/vintern 2016-2017

De tuberkulosutredningar som gjordes i Filipstad under hösten/vintern 2016-2017 kan nu summeras. Det rörde sig från början om ett fall av smittsam tuberkulos som under en tid gått med pågående sjukdom på en grundskola.

Vid en första utredning i den nära omgivningen (klass och ämnesklasser) visade 11 av 33 personer tecken på att ha nåtts av smittan, vilket signalerar hög smittsamhet hos den primära patienten. Av dessa elva hade tio smittats utan att själva ha blivit sjuka (så kallad latent tuberkulos). Parallellt med att dessa erbjöds behandling för att minska risken att insjukna vidgades tuberkulosutredningen på sedvanligt sätt. Successivt identifierades och utreddes, i samarbete med framför allt skolhälsovården, den primära patientens yttre omgångscirklar på skolan och olika fritidsaktiviteter, tills man kommit till en yttre krets där ingen nysmitta kunde påvisas (se figur). I dessa utvidgningar hittades totalt ytterligare två smittade, förutom de initialt elva smittade.

Den elfte av de smittade visade under uppföljning röntgenologiska tecken på att vara på väg att utveckla sjukdom, men kunde få behandling innan vare sig symtom eller smittsamhet hunnit utvecklas.

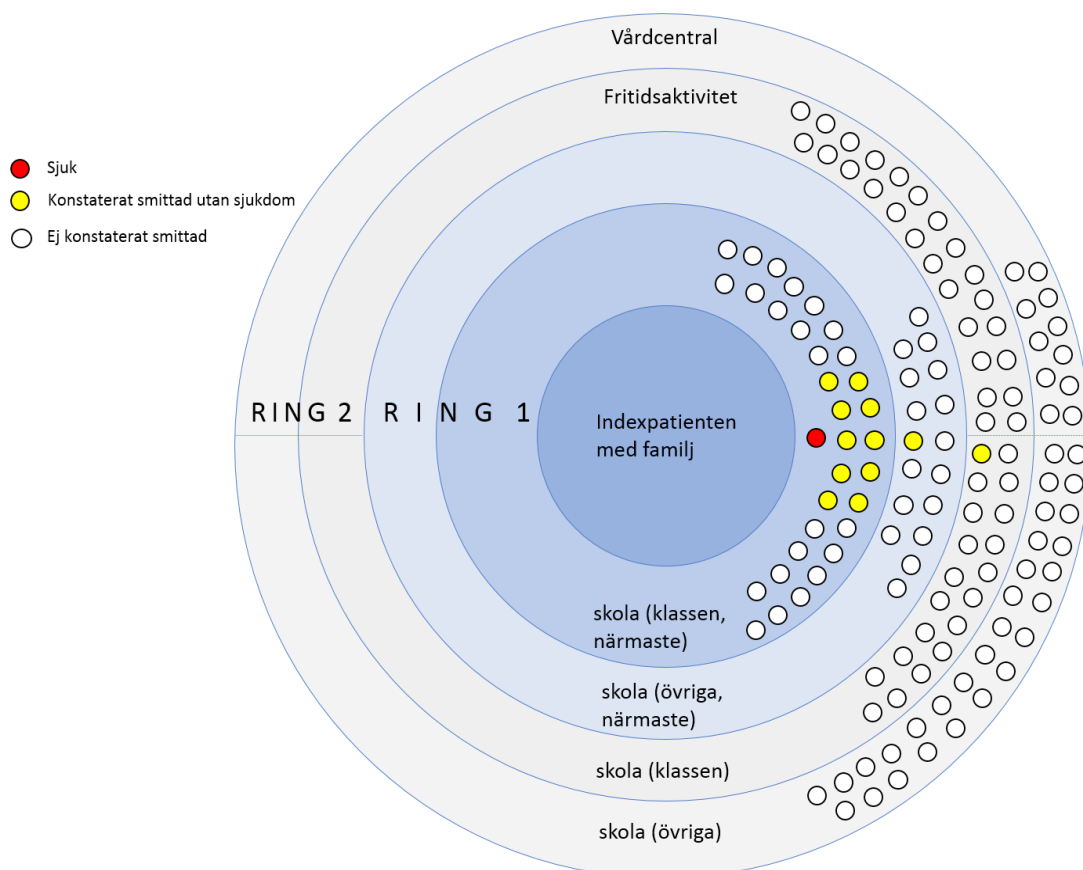
Sammanfattning:

- Totalt ledde denna utredning till att 143 personer provtogs som möjligt exponerade.
- Utredning i skola och andra fritidsaktiviteter påvisade att 13 personer smittats. Dessa kunde erbjudas behandling mot latent tuberkulos (förebyggande behandling) och/eller uppföljning.
- En person (se ovan) fick diagnosen tuberkulos och fick tidigt full behandling innan han/hon blivit smittsam.

Av särskilt intresse kan också vara att ingen smitta konstaterats vid den vårdcentral där patienten handlagts under smittsam period, varken bland berörd personal eller bland patienter som passerat. Detta stämmer med erfarenheten att längden på tiden i samma rum som smittsam patient är en avgörande faktor för om smitta skall överföras eller inte.

En ytterligare utredning fick senare göras på en gymnasieskola i Filipstad, som en försiktighetsåtgärd, då en elev där visat sig ha en möjligen smittsam tuberkulos. Utredningen här blev betydligt enklare och mer begränsad, då det visade sig att ingen nysmittad kunde konstateras i en väl tilltagen inre cirkel, bestående av de närmaste 34 eleverna samt lärare på skolan.

Figuren är framtagen av Andreas Harling.



Centraliserad smittspårning av klamydia

Smittspårning är en av de viktigaste delarna i bekämpningen av smittsamma sjukdomar och bidrar till att stoppa smittspridningen genom att hitta personer som kan ha blivit smittade.

Klamydia är den vanligaste sexuellt överförda infektionen i Sverige. För att begränsa smittspridningen av klamydia är det viktigt att försöka nå personer med riskbeteende och /eller personer som inte testar sig. Ett sätt att nå dessa personer mer effektivt kan vara att förbättra smittspårningen av klamydia.

Centraliserad smittspårning av klamydia infördes i Värmland 2014. Syftet var att effektivisera och förenkla smittspårningen av klamydia genom att koncentrera denna till enheter där man är specialiserad på smittspårning.

Smittspårningen av klamydia har sedan införandet av centraliserad smittspårning i huvudsak varit centraliserad till två enheter; Ungdomsmottagningen Druvan i Karlstad respektive STI-mottagningen, Centralsjukhuset i Karlstad.

I utvärdering av centraliserad smittspårning av klamydia för åren 2014-2015 ses gynnsamma effekter.

Efter införande av centraliserad smittspårning har såväl det totala antalet klamydiafall som klamydiaincidensen (fall per 100 000 invånare) i länet sjunkit. Denna minskning kan inte förklaras med minskande befolkningsunderlag i de

åldersgrupper där klamydia är vanligast.

Provtagning för klamydia ökar i Värmland och därför kan minskande antal klamydiafall inte förklaras av minskande provtagning.

Efter införandet av centraliserad smittspårning ser man att kvaliteten på smittspårningen av klamydia har bibehållen hög kvalitet på de båda smittspårningsenheterna; STI-mottagningen, Centralsjukhuset i Karlstad, och Ungdomsmottagningen Druvan, Karlstad. De båda enheterna har ett tätt samarbete med möjlighet att hjälpa varandra i smittspårningar och att samordna smittspårning vid behov. Detta i kombination med med hög kompetens avseende smittspårning på de båda enheterna bedöms bidra till ökad kvalitet i smittspårningar.

För mottagningar (vårdcentraler och barnmorskemottagningar) som sedan 2014 inte längre smittspårar klamydia frigörs vissa resurser till fördel för patientkontakter istället för handläggning av smittspårningsärenden.

Antal överlämnanden av smittspårning (s.k. paragrafärenden) gällande klamydia till Smittskydd Värmland har minskat drastiskt sedan införandet av centraliserad smittspårning. Detta har medfört att myndigheten har kunnat omdisponera sina resurser med möjlighet att fokusera mer på det förebyggande arbetet.

Anna Skogstam, ST-läkare klinisk mikrobiologi

Statistik, klamydia och gonorré, första halvåret 2017

Klamydia

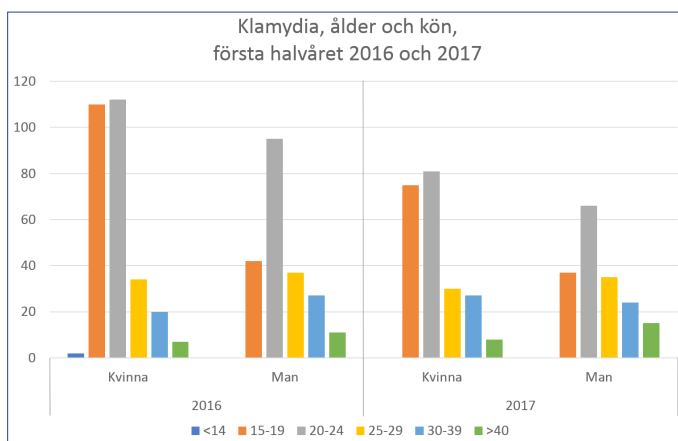
Under första halvåret 2017 har antalet fall minskat med cirka 20 procent jämfört med första halvåret 2016. Antal prover har samtidigt endast gått ned ett par procent. I stort sett hela nedgången i antal fall har varit i åldersgrupperna 15-19 och 20-24 år.

Hela orsaksbilden till nedgången har vi inte men sannolikt bidrar den centrala smittspårningen samt möjligen ökad försiktighet i de aktuella åldersgrupperna. Kompletterande bedömning görs efter årsskiftet när årsstatistiken är klar.

Gonorré

Under första halvåret 2017 har det varit nio fall av gonorré jämfört med tolv fall första halvåret 2016. Fallen under 2017 ingår inte i något lokalt utbrott utan är separata fall som smittspårats på ett bra sätt av centrala smittspårare inom landstinget.

I några fall har vi sett att diagnostiken försenats för att man inte haft diagnosen i åtanke. Även om det är relativt få fall



Klamydia, antal fall

Första halvåret	Kvinnor	Män	Totalt
2016	285	212	497
2017	219	179	398

av gonorré så är det viktigt att ha med diagnosen i differentialdiagnostiken och ta prov från relevanta ställen, inte bara urin, när misstanke på diagnosen finns. Åldersgrupper med flest fall är över 40 år och det skiljer sig från klamydia där yngre åldersgrupper dominerar.

Ingemar Hallén, smittskyddsläkare

Antibiotikaresistens i landstinget genom Strama Värmland

I dessa tider, när vi hoppas att utbrottet av VRE* i Landstinget i Värmland kunnat begränsas till ett tjugotal fall, påminner vi om de tre benen i MRB**-bekämpning:

- En hög allmän nivå på hygien i vården
- Åtgärder enligt smittskyddslag
- En optimal användning av antibiotika

Nivån på **vårdhygien** är i de senaste mätningarna god (se artikel sid 1) – detta har säkert hjälpt till att begränsa VRE-utbrottet. **Smittskyddslagen** föreskriver att alla fall av VRE ska anmälas, vilket hjälper oss att kartlägga, spåra och isolera (på sjukhus), och så småningom begränsa antalet fall. Det tredje benet, **antibiotikaanvändningen**, är kanske inte lika känt för gemene man, men är ändå tydligt kopplat till spridning av MRB. Förekomsten av resistenta bakterier är tydligt beroende av antibiotikaförskrivningen, det är visat på studier på alla nivåer; länder, regioner och även på individnivå. I realiteten är det resistensdrivande ”antibiotikatrycket” en funktion av både total användning och

användning av antibiotika med bredare spektrum. Bäst för både samhälle och enskild patient är alltid smalast möjliga, effektiva spektrum. Därför är det glädjande att Värmland behåller sin plats i den nationella ”ligan” vad gäller antibiotikaförskrivning.

Allra tydligast syns detta i de två aspekter av spektrumval som Strama följer sedan många år:

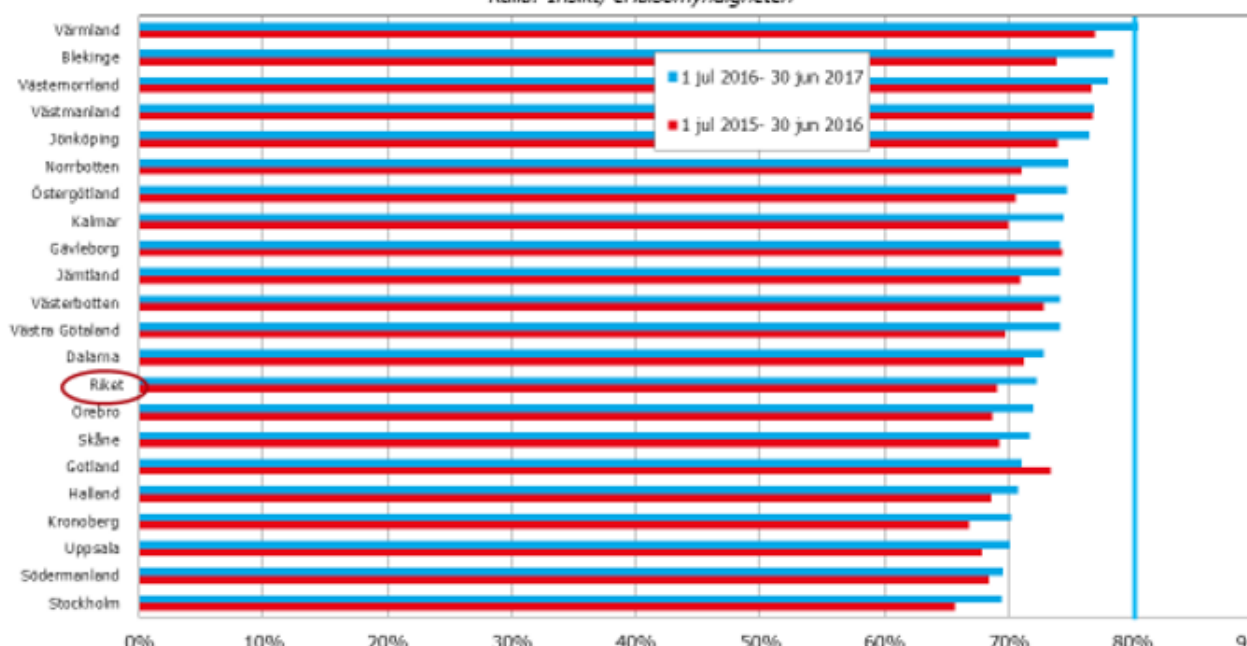
- andel pcV av antibiotika som ofta används till luftvägsinfektioner hos barn 0–6 år (smalt spektrum = andelen bör vara hög och Värmland ligger i topp; figur 1),
- andelen ciprofloxacin och norfloxacin av antibiotika som ofta används mot urinvägsinfektion, kvinnor 18–79 år (brett spektrum = andelen bör vara låg och Värmland ligger lågt; figur 2).

Nedanstående figurer visar data för den senaste ettårsperioden. Observera att under andra kvartalet när Värmland också som första landsting/region Stramas målnivå på 80 procent, figur 1 - ett gott betyg till primärvården!

Figur 1.

Andel PcV av antibiotika som ofta används mot luftvägsinfektioner, barn 0-6 år, riket och per län, försålt på recept

Källa: Insikt, eHälsomyndigheten



En av Stramas kvalitetsindikatorer för antibiotikaförskrivning i öppenvård: Andelen PcV-recept (J01CE02) av alla uthämtade recept på amoxicillin (J01CA04), amoxicillin m. klavulanat (J01CR02), PcV (J01CE02), cefalosporiner (J01DB-DE) och makrolider (J01FA), till barn 0-6 år. Den blå linjen indikerar Stramas mål på minst 80%.

Kommentar: Under senaste 12-månadersperioden ökade andelen PcV till barn 0-6 år med 3,1 procentenheter på riksnivå jämfört med motsvarande period föregående år. Andelen ligger på 72,3% i riket. I denna jämförelse ökade andelen något i 19 av 21 län/regioner. Det skiljer 11,0 procentenheter mellan det län/region som har högst respektive lägst andel. Värmland har nu den högsta andelen PcV och ligger på 80,5%.

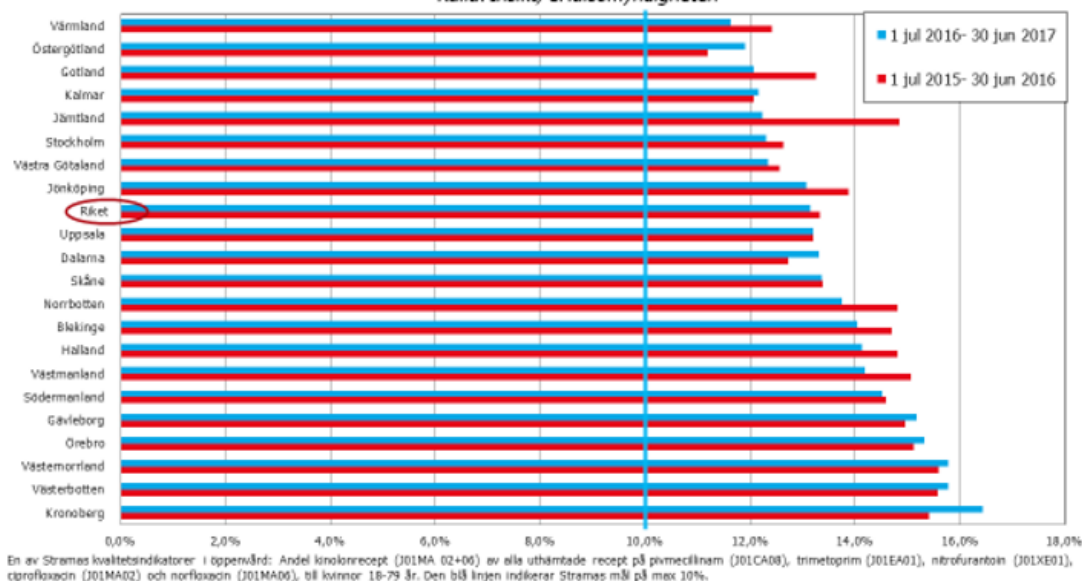


*VRE = vancomycinresistenta enterokocker (en anmälningspliktig resistensform)

**MRB = multiresistenta bakterier (ett paraplybegrepp för resistenser)

Figur 2.

Andel ciprofloxacin och norfloxacin (kinoloner) av antibiotika som ofta används mot urinvägsinfektion, kvinnor 18-79 år, per län och för riket, försälat på recept
Källa: *Insikt, eHälsomyndigheten*



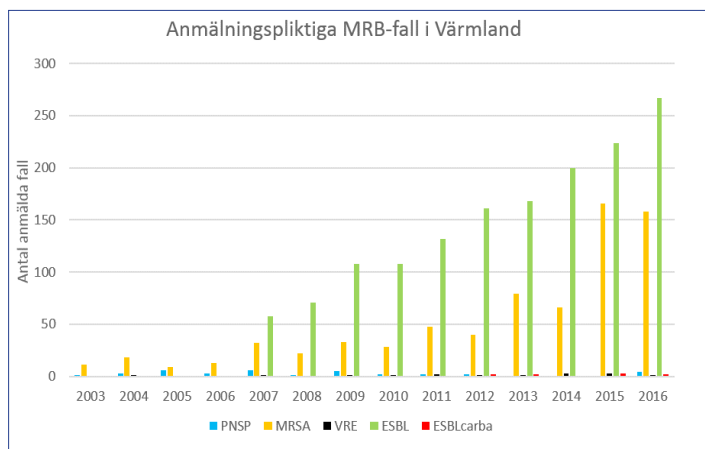
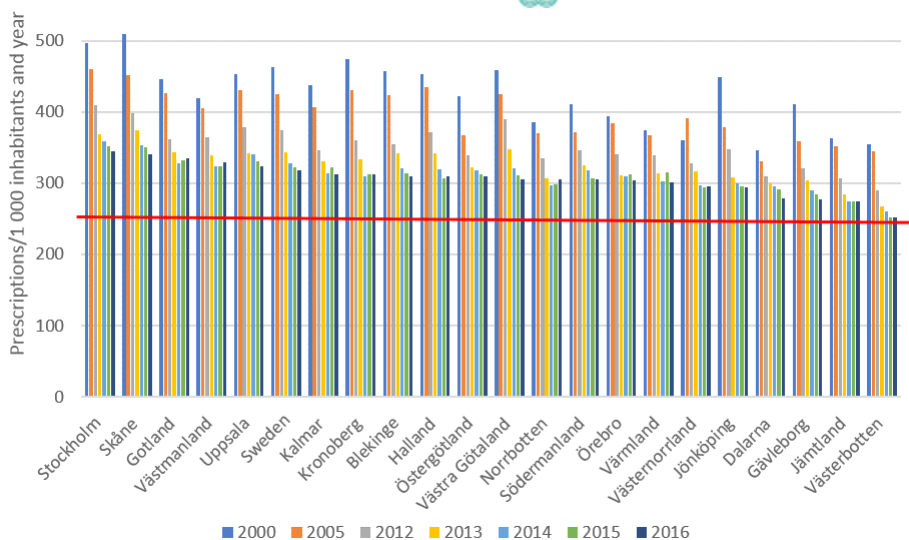
En av Stramas kvalitetsindikatorer i öppenvård: Andel kinolonrecept (J01MA 02+06) av alla uthämtade recept på pivmecillinam (J01CA08), trimetoprim (J01EA01), nitrofurantoin (J01XE01), ciprofloxacin (J01MA02) och norfloxacin (J01MA06), till kvinnor 18-79 år. Den blå linjen indikerar Stramas mål på max 10%.

Kommentar: Andelen kinoloner till kvinnor 18-79 år minskade med 0,2% under senaste 12-månadersperioden jämfört med motsvarande period föregående år. Andelen under den senaste 12 månaders perioden ligger på 13,2% i riket. I denna jämförelse minskade andelen kinoloner något i 14 av 21 län/regioner. Det skiljer 4,8 procentenheter mellan det län/region med högst respektive lägst andel kinoloner.



Figur 3.

Försäljning av antibiotika i öppen vård 2000–2016, recept/1000 invånare och år. Den röda linjen visar det svenska långsiktiga målet på 250 recept/1000 invånare och år. Data är sorterade efter försäljningen 2016. Källa: SWEDRES-SVARM 2016



Figur 4. Antalet anmälda fall av enligt smittskyddslagen anmälningspliktiga resistensformer i LiV 2003–2016. Källa: SmiNet.

Observera att de 19 fallen av VRE i LiV under första halvåret 2017 inte är med på figuren.

Även i total användning i öppenvård ligger Värmland lägre än genomsnittet för Sverige, vilket är önskvärt, se figur 3. Här är det viktigt att inte totalanvändningen ökar. Idag finns inga tecken på att det finns en underföreskrivning av antibiotika (nationell uppföljning/MIRA, och vid lokal uppföljning i LiV). När vården nu står inför delvis nya vårdformer (e-hälsomöten, BEON i primärvården) är det en viktig utmaning att även i dessa säkerställa att Värmlands gynnsamma läge behålls vad gäller både total användning och spektrum. Det har sjukvården och patienterna nytta av på såväl längre som kortare sikt. Det kan understrykas med en sista bild, figur 4, som visar hur ökningen och därmed trycket av de antibiotikaresistenta bakterierna mot sjukvården ökar, trots våra insatser. Det räcker alltså inte att vara lika bra, vi måste fortsätta att bli bättre!

Lars Blad
Bitr. smittskyddsläkare/ordförande Strama Värmland

Influensasäsongen 2016–2017 i Värmland

Influensasäsongen i Värmland startade tidigt, vecka 45–47 med några få fall för att sedan ta fart från vecka 49. Under jul och nyår toppade antalet med flest insjuknade för att sedan dala. En lite mindre topp av influensafall sågs i slutet av februari för att sedan klinga av. Senaste influensafallet i Värmland sågs så sent som i vecka 29, då av typ B.

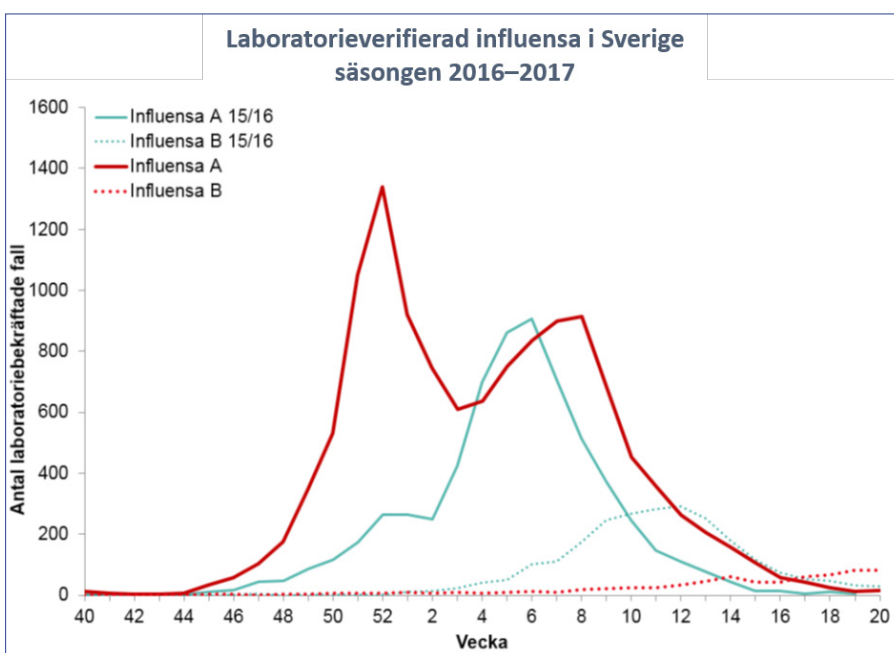
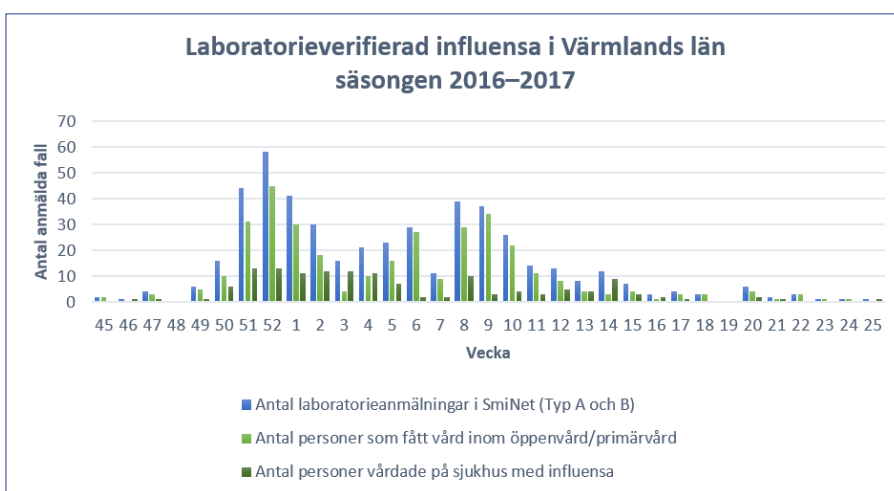
I övriga landet sågs en första högre topp i delar av Svealand samt Norrland. Den andra toppen sågs främst i Götaland och övriga delar av Svealand.

Totalt i Värmland har 483 fall av influensa anmälts enligt smittskyddslagen, 446 fall av influensa A och 37 fall av influensa B. Av influensafallen har 142 sjukhusvårdats vilket är fler än föregående säsong då 105 sjukhusvårdades. Fem patienter har krävt intensivvård (alla typ A) mot nio patienter

för förra säsongen. 113 av de sjukhusvårdade fallen var 65 år eller äldre och av dem hade 78 vaccinerat sig mot säsongens influensa. 54 influensafall var barn, 18 år och yngre, av dem sjukhusvårdades 23 med influensadiagnos. De flesta av de sjukhusvårdade fallen har även haft andra kliniska diagnoser.

Typningar som gjorts vid Folkhälsomyndigheten visar att influensa A(H3N2) dominerat helt och har stått för 95 procent av de diagnostiserade fallen. Influensa A(H3N2) drabbar äldre personer i större utsträckning än yngre. 60 procent av de rapporterade influensa A-fallen var 65 år eller äldre.

Föregående säsong dominerade influensa A(H1N1)pdm09 och främst personer 40–64 år drabbades.



Källa: Folkhälsomyndigheten

Vaccination

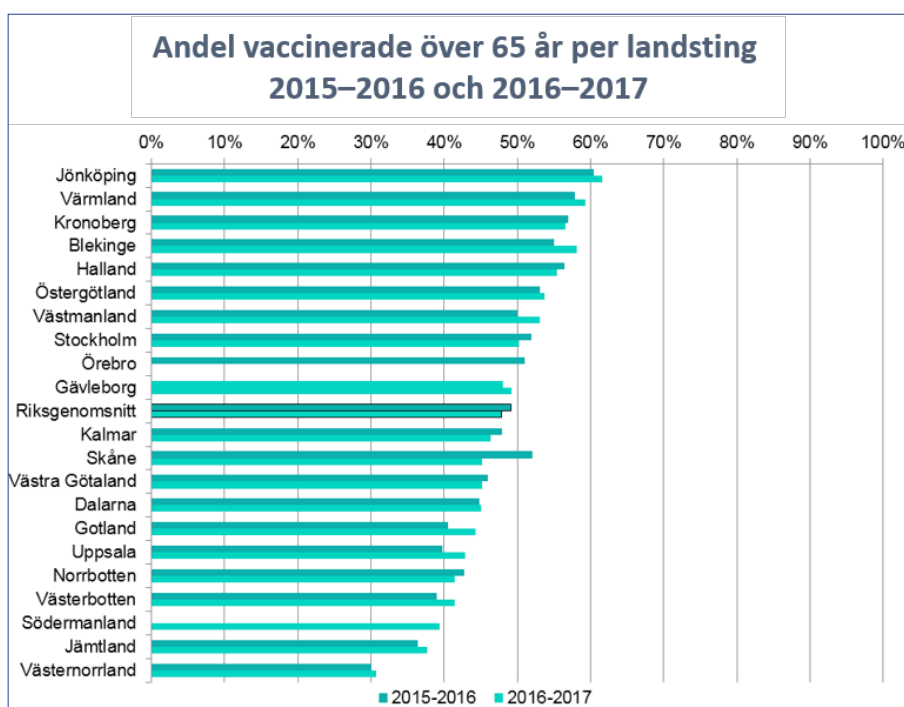
Vaccinationskampanjen pågick mellan 9 november 2016 och 31 januari 2017.

Värmlands län tog en hedrande andraplats i landet efter Jönköpings län vad gäller vaccinationstäckningen; 59 procent av personer över 65 år valde att vaccinera sig den här säsongen. Genomsnittet för riket var 49 procent.

Skyddseffekten av influensavaccinet varierar från säsong till säsong beroende på hur bra matchning man får mellan de tre influensastammar som ingår i vaccinet och de virusstammar som sedan cirkulerar under säsongen. Det kan även under

säsong ske en viss förändring genom mutationer i virusstammarna. Enligt beräkningar från Stockholms län uppskattas skyddseffekten den gångna säsongen legat på runt 30 procent, vilket är lägre än det vanligen varit. Det är angeläget att fortsätta arbetet med att motivera och vaccinera för att få en ökad vaccinationstäckning hos personer i riskgrupp som har ökad risk för svår eller komplicerad influensasjukdom eftersom vaccination är det bästa skydd man kan få. Det är sedan tidigare känt att vaccineffekten är lägre hos äldre människor beroende på sämre immunsvar.

Vaccinationskampanjen för säsongen 2017–2018 startar vecka 45, tisdag den 7 november.



Källa: Folkhälsomyndigheten

Vaccinationskampanj säsongen 2017-2018

- **Vaccinationsstart** för influensa är tisdag den 7 november.
- **Information om vaccinationstider** kommer att publiceras på **1177** och i tidningen **1177 Vårdguiden Värmland** med tema influensavaccination.
- **Säsongens vaccin är Inluvac**, vilket även användes förra säsongen.
- Världshälsoorganisationen, WHO, bestämmer i februari varje år hur influensavaccinet för kommande säsong ska sättas samman. I årets vaccin ingår som vanligt tre stammar och det är två influensa A-stammar och en influensa B-stam:
 - A H1N1/Michigan
 - A H3N2/Hong Kong
 - B /Brisbane

Tomas Wilhelmsson, hygiensjuksköterska

Ingemar Hallén, smittskyddsläkare

Vinterkräxsjuka (calici)

Säsongen 2016–2017 var förhållandevis lugn när det gäller utbrott av vinterkräxsjukan inom slutenvården. Inom den kommunala vården var det lite mer belastat med utbrott.

Det har varit många patienter inlagda med misstänkt eller säkerställd calicisjukdom. I ett fåtal fall har det resulterat i en smittspridning. Totalt under säsongen har hela eller delar av vårdavdelning infört intagningsstopp vid fem tillfällen.

Den kommunala vården har drabbats i större omfattning. Mer omfattande utbrott har skett vid fem tillfällen med cirka 10-40 personer som har insjuknat.

Nu närmar sig magsjukesäsongen återigen. Ha gärna en genomgång med personalen, inkl. läkarna, vilka rutiner som gäller vid misstänkt/säkerställd calicivirusinfektion.

Rutiner och blanketter för registrering av misstänkta eller säkerställda fall finns på www.smittskyddvarmland.se under Sjukdomar A-Ö/Calici. Rutinerna finns även i Vida.

Landstingets personal hittar också blanketten på Livlinan: livlinan.liv.se/Vardanvisningar/vardplatsrapport3/Vardplatsrapport/Registrera-varldplatser/

När rapporten skickas hamnar den automatiskt hos Smittskydd Värmland.

Ann-Mari Gustavsson, hygiensjuksköterska

Aktuellt om Infektionsverktyget

Infektionsverktyget är tills vidare avstängt för inmatning av data i och med uppgraderingen av Cosmic till R8.1.

Infektionsverktygets väg mot full funktion har varit lång och svår i Värmland som i de flesta landsting. Ännu är det en bit kvar till fulländning. Samtidigt kommer det knappast i närtid, de närmaste 5-10 åren, något annat bättre verktyg för att skärpa insatserna mot vårdrelaterade infektioner eller för att få en bättre bild av diagnos-/indikations-

relaterad antibiotikaanvändning i slutenvården. Arbetet med Infektionsverktyget kommer därför att fortsätta, både nationellt och i Landstinget i Värmland.

Sedan april 2017 är Infektionsverktyget stängt för inmatning på grund av en inkompatibilitet med väsentliga delar av Cosmic R8.1 för Landstinget i Värmland och för flertalet landsting med vårdinformationssystemet Cosmic. Det finns förhoppningar om att detta skall kunna åtgärdas första kvartalet 2018.

Lars Blad, bitr. smittskyddsläkare

Vi arbetar på Smittskydd Värmland

Anette Andersson	Smittskyddsadministratör	054-19 13 02	anette.m.andersson@liv.se
Lars Blad	Bitr. smittskyddsläkare Överläkare vårdhygien Ordförande Strama Värmland	054-19 13 16	lars.blad@liv.se
Ann-Mari Gustavsson	Hygiensjuksköterska	054-19 13 05	ann-mari.gustavsson@liv.se
Ingemar Hallén	Smittskyddsläkare	054-19 13 06	ingemar.hallen@liv.se
Clas Lundgren	Överläkare vårdhygien Bitr. smittskyddsläkare	054-61 50 00 vx	clas.lundgren@liv.se
Monica Rydh	Smittskyddsadministratör	054-19 13 11	monica.ryd@liv.se
Elisabeth Skalare Levein	Smittskyddssjuksköterska	054-19 13 15	elisabeth.skalare.levain@liv.se
Tomas Wilhelmsson	T.f. avdelningschef/hygiensjuksköterska	054-19 13 12	tomas.vilhelmsson@liv.se

Wermlands**S**mittan

WermlandsSmittan
Ansvarig utgivare: Ingemar Hallén
Layout: Monica Rydh

Smittskydd Värmland
Centralsjukhuset
651 85 Karlstad

Telefon: 054-19 13 00
Telefax: 054-61 64 15
www.smittskyddvarmland.se
E-post: smittskydd@liv.se



Landstinget
i Värmland