

STRAMA-nytt januari 2003

www.strama.org

KALENDARIUM

En STRAMA-dag planeras under våren, håll utkik efter datum på www.strama.org

8 april SMI dag om sårinfektioner. Kontaktperson lena.lindberg@smi.ki.se

TIPSET

→ **RAF:s Antibiotikadag.** Den 21 januari anordnade RAF, Referensgruppen för antibiotikaanvändning, en antibiotikadag. Ca 175 personer hade kommit för att ta del av programmet som innehöll föredrag om dosering av antibiotika, resistensövervakning och behandlingstider. OH-bilder från föreläsningarna finns att ladda ner på www.strama.org under innehåll, presentationer.

→ ResNet, en databas som innehåller data över de patogener som rapporterats in till SMI, hittar du på www.srga.org/resnet_sok.htm

→ Du kan prenumerera på Smittskyddsinstitutets tidning Smittskydd och/eller på Epi-aktuellt på

www.smittskyddsinstitutet.se

→ Information om nätverket EARSS, i vilket Sverige ingår, hittar du på www.earss.rivm.nl

STRAMA-nyheter ställs samman av Eva Melander, Kristina Lundh och Otto Cars. Nyhetsbladet som är enbart elektroniskt, planeras att utkomma i slutet av månaden, 8 ggr/år. Uppehåll görs under sommar och julmånad. Du är välkommen med tips på nyheter, aktiviteter etc till: kristina.lundh@smi.ki.se

Aktuellt nationellt

Sjukvården kan inte neka vård till patienter med Sjukhussjuka Sjukvården får inte neka patienter vård inte ens om de bär på sjukhussjuka. Det beskedet ger Socialstyrelsen i ett kritiskt svar till landstinget i Västernorrland sedan två patienter har nekats behandling inom sjukvården i Sundsvall och Härnösand för att vara smittade med sjukhussjuka. Enligt Socialstyrelsen är sjukvården skyldig att ta emot alla. Detta är inte förhandlingsbart, säger smittskyddsläkaren Olle Gustavsson vid Sundsvalls sjukhus till Sundsvalls Tidning. För två år sedan behövde en äldre man, som vårdades vid ett kommunalt sjukhem, rehabilitering efter en allvarlig sjukdom. Men den medicinska rehabkliniken vid sjukhuset i Härnösand ville inte ta emot honom. Orsaken var att han bar på MRSA, bakterien bakom så kallad sjukhussjuka. För ett år sedan hände det igen, den här gången vid sjukhuset i Sundsvall sedan Örnsköldsviks sjukhus remitterade en patient dit. Förutom den sjukdom hon behövde behandling för så bar även hon på bakterien. Sundsvalls sjukhus sade nej. Smittskyddsläkaren reagerade skarpt på det inträffade och vände sig till Socialstyrelsen, som nu gett sitt besked. Sjukvården är skyldig att ta emot patienterna och ge dem vård. (TT)



Nya STRAMA projekt. Vi planerar för närvarande för flera nationella projekt bl a ett kring antibiotikaförbrukning i slutet vård och ett kring infektioner, hygien och antibiotika i daghemsmiljö. Projektledare för dessa projekt är Mats Erntell resp Katarina Hedin. Gunilla Skoog, som är apotekare, kommer fr o m februari att arbeta för STRAMA. Gunilla kommer förutom att delta i projektarbete vara en resurs i det löpande STRAMA arbetet.

Aktuellt internationellt

Ökad dödlighet i MRSA-infektioner i England och Wales: analys av dödsbevis. Dödsbevis med indikation på stafylokockinfektion (enligt ICD-9) utfärdade under perioden 1 januari 1993 till 31 december 1998 analyserades för förekomst av infektion med MRSA någonstans i texten på dödsbeviset. MRSA nämndes på 1387 av 6723 (20,6 %) av de dödsbevis som innehöll en ICD-9-kod för stafylokockinfektion. Andelen dödsbevis där MRSA nämndes ökade från 7,5 % 1993 till 25,0 % 1998. Antalet dödsbevis där man angav stafylokockinfektion som underliggande dödsorsak ökade för varje år. Andelen infektioner med meticillin-känsliga stafylokocker bland dessa var konstant under åren, medan andelen MRSA ökade från 8 % 1993 till 44 % 1998. Bland de individer som haft MRSA som underliggande dödsorsak var mortaliteten högre hos män och hos äldre (86 % var äldre än 64 år). *BMJ 2002;325:1390-1.*

Aktuellt internationellt

Varför förskriver distriktsläkare antibiotika för halsont? Resultat från brittisk intervjustudie. Med syfte att förstå varför distriktsläkare förskriver antibiotika för vissa fall av haslont och undersöka vilka faktorer som påverkar deras förskrivning genomfördes en intervjustudie bland brittiska distriktsläkare. 40 läkare från olika geografiska områden intervjuades. I resultaten framgick att distriktsläkarna är osäkra på vilka patienter som är i behov av antibiotika, men de förskriver till mer svårt sjuka patienter och till patienter som har det socialt dåligt ställt på grund av oro för komplikationer. De är även mer benägna att förskriva antibiotika då de är under tidspress. Läkarna är huvudsakligen nöjda med sina förskrivningsbeslut och anser inte att de förskriver antibiotika för att behålla en god patient-läkarrelation. *BMJ 2003;326:138-41.*



Snabbdiagnostik för luftvägsvirus minskade antibiotika-användningen hos sjukhusvårdade barn. På grund av att akut luftvägsvirusinfektion är den vanligaste orsaken till sjukhusvård för barn i USA och att dessa barn trots allt ofta får antibiotika på grund av misstanke om bakteriell infektion utfördes en retrospektiv studie. På ett barnsjukhus i Utah gick man igenom journaler på alla sjukhusvårdade barn som genomgått virologisk snabbdiagnostik för luftvägsvirus under två säsonger. Totalt hade 338 patienter testats. De patienter som hade positiv snabbdiagnostik för luftvägsvirus fick signifikant mindre ofta intravenös antibiotikabehandling, de fick färre dagar med peroral antibiotikabehandling samt fick mindre ofta recept på antibiotika vid utskrivningen. Författarna sammanfattar att snabbdiagnostik av luftvägsvirus skulle kunna bidra till att minska onödig antibiotikaanvändning och därmed minskad antibiotikaresistens. *Arch Pediatr Adolesc Med 2002;156:1230-4.*



Risikfaktorer för fluorokinolonresistens vid nosokomiala *Escherichia coli* och *Klebsiella pneumoniae* infektioner. Med bakgrund av ökande incidens av fluorokinolonresistens hos vanligt förekommande sjukhuspatogener önskade amerikanska läkare studera riskfaktorer för nosokomial fluorokinolonresistens. En fall-kontrollstudie av sjukhusvårdade patienter med infektioner med fluorokinolonresistenta respektive fluorokinolonkänsliga *E coli* samt *K pneumoniae* genomfördes under perioden 1 januari 1998 till 30 juni 1999. 123 patienter med infektion med fluorokinolonresistenta patogener inkluderades samt 70 slumpvis utvalda patienter med fluorokinolonkänsliga patogener. Oberoende riskfaktorer (justerad odds ratio; 95 % konfidensintervall) för fluorokinolonresistens var nyligen fluorokinolonbehandlad (5,25; 1,81-15,26), vistelse på långtidsvårdinrättning (3,65; 1,64-8,15), nyligen behandlad med aminoglykosider (8,86; 1,71-45,99) samt hög ålder (1,03; 1,01-1,06). Författarna konkluderar att man bör rikta insatser mot dessa riskfaktorer för att bromsa den ökande fluorokinolonresistensen hos *E coli* och *K pneumoniae* och därmed bibehålla användbarheten av fluorokinoloner mot dessa patogener. *Arch Intern Med 2002;162:2469-77.*



Risikfaktorer för utveckling av bakteriemi med vankomycinresistenta enterokocker (VRE) hos cancerpatienter koloniserade med VRE

Eftersom VRE bakteriemi utgör en vanlig dödsorsak hos cancerpatienter analyserade amerikanska läkare journaler från 197 cancerpatienter koloniserade med VRE mellan 1997-2000. 179 patienter (91 %) hade journaler för fullständig utvärdering. Av dessa fick 24 (13,4 %) nosokomial VRE-infektion. Riskfaktorer (relativ risk; 95 % konfidensintervall) för VRE-

STRAMA-nytt januari 2003

www.strama.org

bakteriemi var vankomycinanvändning (1,98; 1,25-3,14), diabetes mellitus (3,91; 1,20-12,77), gastrointestinala ingrepp (4,56; 1,05-19,7) samt akut njursvikt (3,10; 1,07-8,93). Författarna anser att kännedom om dessa riskfaktorer hos patienter koloniserade med VRE skulle kunna var användbara för att förhindra sjuklighet och dödlighet i VRE-infektioner. Framförallt bör man begränsa vankomycinanvändningen. *Clinical Infectious Diseases* 2002;35:1139-46.



Prevalens och riskfaktorer för bärarskap av MRSA vid inläggning på intensivvårdsavdelning. En prospektiv multicenterstudie genomfördes på 14 franska intensivvårdsavdelningar under 6 månader. Alla patienter screenades med provtagning från näsa och hud inom 24 timmar efter inläggning. Även kliniska prover togs. Riskfaktorer för MRSA-bärarskap vid inläggning på intensivvårdsavdelning togs fram. En "cost-benefit"-analys utfördes. Av 2347 inläggningar där man utfört MRSA-screening var 162 (6,9 %; range 3,7-20,0 % per intensivvårdsavdelning), varav 54,3 % hittades enbart med hjälp av screening. 2310 inläggningar var förstagångsinläggningar och bland dessa hittades 96 MRSA-bärare. Med multivariat analys fann man att ålder över 60 år, långvarig sjukhusvistelse före inläggningen, anamnes på tidigare sjukhusvård eller kirurgiskt ingrepp samt öppna sår utgjorde riskfaktorer för MRSA-bärarskap. Endast allmän screening detekterade MRSA-bärarskap med tillförlitlig känslighet. En "cost-benefit"-analys bekräftade att allmän screening och förebyggande isolering var av nytta. *Arch Intern Med* 2003;163:181-8.



Debatt om att förbjuda/inte förbjuda antibiotika som tillväxtfaktorer i djurfoder

Sex experter på samspelet mellan antibiotika-användning i djurhushållning och antibiotikaresistens hos människor uttalar sig i februariumret av *Lancet Infectious Diseases*. Experterna ifrågasätter inte terapeutisk användning av antibiotika hos lantbruksdjur och de anser alla att den humana antibiotikakonsumtionen utgör en större risk för resistensutveckling hos människor än djurkonsumtionen. Deras åsikter går emellertid isär om nyttan av användning av antibiotika som tillväxtfaktorer hos djur och huruvida ett förbud mot dessa skulle innebära en vinst för människors hälsa. *Lancet Infectious Diseases* 2003;3:47-51.



Antibiotika-användning i öppenvård och prevalens av antibiotikaresistenta pneumokocker i Frankrike och Tyskland: Ett sociokulturellt perspektiv

Prevalensen av pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin (PNSP) skiljer sig kraftigt mellan Frankrike (43 %) och Tyskland (7 %). Samma skillnader mellan länderna ses i deras antibiotika-användning. 1997 använde Frankrike 36,5 DDD/1000 invånare/dag, medan Tyskland enbart använde 13,6 DDD/1000 invånare /dag. Vidare använder Frankrike mer bredspektrumantibiotika och Tyskland mer smalspektrumantibiotika. Ett försök till förklaring till skillnaderna på tre nivåer görs i denna artikel. 1) Skillnader i antibiotikaförskrivningspolicy för luftvägsinfektioner. 2) Skillnader i "krav" från patienten och uppfattning om hälsa hos patienten. 3) Faktorer på samhällsnivå såsom sociokulturella skillnader (tex olika användning av barnomsorg utanför hemmet) och olika reglering av hälso- och sjukvård (tex reglering av läkemedelspriser). Författarna konkluderar med att skillnaderna ej rimligen kan orsakas av skillnader i förekomst av luftvägsinfektioner utan snarast av en kombination av faktorer inom ovanstående tre nivåer. Man bör ta dessa skillnader i beaktande då man startar interventioner för att begränsa antibiotika-användningen och bekämpa fortsatt spridning av resistens i olika länder. *Emerg Infect Dis* 2002;8(12):1460-7.