

## OPPDATERING INFLUENZA A (H1N1)-SITUASJONEN

Både forekomsten av influensaliknende sykdom og antallet laboratoriebekreftede influensatilfeller fortsatte å øke kraftig i hele landet i uke 45. Vi er derfor inne i en ny bølge som er betydelig større enn sommerbølgen. Samlet tyder overvåkningsdataene på at det pandemiske influensaviruset nå har spredd seg epidemisk til hele landet, med mest omfattende aktivitet på Sør-, Øst- og Vestlandet. Mer informasjon om influensa A(H1N1)-situasjonen kan hentes på [www.fhi.no/nyinfluensa](http://www.fhi.no/nyinfluensa)

## NOEN UTDYPNINGER OM RISIKOGRUPPER OG KONTRAINDIKASJONER MOT VAKSINASJON MOT PANDEMISK INFLUENZA

Helsemyndighetene har mottatt flere henvendelser om utdyping og nyansering av hvem som tilhører de ulike risikogrupperne og om det er flere absolutte eller relative kontraindikasjoner mot vaksinasjon hos andre enn de som er ekstremt allergiske mot egg.

I dagens anbefalinger står det:

Personer med følgende tilstander anses å ha økt risiko for alvorlig sykdomsforløp:

- kroniske luftveissykdommer (inkludert astma med behov for stadig legemiddelbehandling eller innleggelse), spesielt personer med nedsatt lungekapasitet
- kroniske hjerte/karsykdommer, spesielt personer med alvorlig hjertesvikt. Ukomplicert høyt blodtrykk regnes ikke som risiko
- nedsatt forsvar mot infeksjoner, uansett årsak
- diabetes mellitus type 1 eller 2
- kronisk nyresvikt (GFR < 30 ml/min)
- kronisk leversvikt
- kronisk, nevrologisk sykdom eller skade
- svært alvorlig fedme, dvs. kroppsmasseindeks (BMI) over 40 kg/m<sup>2</sup>

Den viktigste kontraindikasjonen mot vaksinen er tidligere anafylaktiske (dvs. livstruende) reaksjoner mot noen av vaksinens innholdsstoffer eller mot rester fra fremstillingsprosessen, i hovedsak egg.

Fordi gruppene beskrevet over er nokså vidt definert, kan det være vanskelig å si klart om en person har økt risiko eller ikke. En person med ukomplicert høyt blodtrykk vil ikke bli inkludert under andre strekpunkt, mens en med hjertesvikt vil bli inkludert. En kronisk bærer av hepatitt B-virus vil ikke inkluderes med mindre hun har svikt i leverfunksjonen.

### Spesifisering av anbefalinger

Ved Folkehelseinstituttet har fagmiljøene diskutert hvilke anbefalinger som bør gis til noen spesielle grupper og har kommet fram til følgende råd:

- *Rusmisbrukere* (alkoholikere og narkomane) med betydelig misbruk kan regnes blant gruppen med "nedsatt forsvar mot infeksjoner". Det innebærer at de også bør få tilbud om en dose nummer to når alle som ønsker har fått sin første dose.
- *Personer med epilepsi* er en uensartet gruppe hvor en del vil kunne ha økt risiko for alvorlig sykdom, særlig hvis de har hyppige, alvorlige anfall.
- *Personer med multippel sklerose* kan ha økt risiko for å få forverring av sin grunnsykdom hvis de får influensa, mens dette ikke er påvist ved vaksinasjon. Denne gruppen bør derfor inkluderes blant dem med "kronisk, nevrologisk sykdom eller skade".
- *Personer med myalgisk encefalopati (ME)* regnes ikke med blant dem med "kronisk, nevrologisk sykdom eller skade". Personer med ME har ikke kjent økt risiko for å få reaksjoner på vaksinen. Det vites ikke om de har økt risiko for reaksjoner ved influensasykdom. Vaksinasjon er derfor ikke kontraindisert hos

denne gruppen og avgjørelse om vaksinasjon bør tas i samråd med pasientens lege.

- *Personer som tidligere har hatt Guillain-Barré syndrom (GBS)* har økt risiko for residiv ved nye infeksjoner. Risikoen for å få GBS hos en som tidligere ikke har hatt sykdommen er beregnet til å være 40-70 per million med influensasykdom, men under 1 per million ved influensavaksinasjon. Om en som tidligere har hatt GBS bør vaksineres er en vanskelig avgjørelse, og vil også avhenge av hvor omfattende influensautbruddet ser ut til å bli. Tidligere GBS er ingen kontraindikasjon mot vaksinasjon. En beslutning om vaksinasjon bør fattes i samråd mellom pasienten og hans/hennes lege etter en nøye vurdering av fordeler og ulemper.

## NYE MELDINGSSKJEMAER FOR TUBERKULOSE

Meldingsrutinene for tuberkulose er forenklet etter revisjon av Tuberkulosekontrollforskriften og MSIS - og tuberkuloseregisterforskriften gjeldende fra mars 2009.

Det skal nå benyttes to ulike meldingsskjemaer

- *MSIS-melding tuberkulose* skal fylles ut av kliniker og sendes MSIS med kopi til kommuneoverlege, tuberkulosekoordinator og pasientjournal når diagnosen tuberkuløs sykdom stilles og behandling startes. Oppstart av forebyggende behandling for latent tuberkuløs infeksjon (LTBI) skal meldes på det samme skjemaet.
- *MSIS-melding behandlingsresultat tuberkulose* skal fylles ut ved (evt. avsluttende) kontroll etter 6-9 mnd. I dette skjemaet skal behandlingsresultatet registreres. Dersom behandlingen av ulike grunner ikke avsluttes innenfor dette tidsrommet skal dette skjemaet sendes inn med angivelse av årsak til ikke fullført behandling. Nytt skjema sendes når behandlingen avsluttes. For multiresistent tuberkulose kan dette dreie seg om 2 år eller mer.

Det er normalt lungeavdelinger, lungepoliklinikker, barneavdelinger og infeksjonsmedisinske avdelinger som behandler tuberkulosepasienter. Tekst på baksiden av skjemaene er veiledning for utfylling.

De som har behandlingsansvar for tuberkulose må ha skjemaene liggende tilgjengelig på sengepost og poliklinikker. Mikrobiologiske laboratorier som påviser tuberkulose skal sende skjemaet "MSIS melding tuberkulose" til kliniker sammen med prøveresultatene.

Flere eksemplarer av skjemaene bestilles fra FHI hjemmeside under Publikasjoner/ skjemaer. De kan også lastes ned som pdf - fil samme sted.

## PREVALENSUNDERSØKELSE AV INFEKSJONER I SYKEHUS OG HELSEINSTITUTSJONER FOR ELDRE

For sykehus er datoen for høstens prevalensundersøkelse av infeksjoner onsdag 25. november. For helseinstitusjoner for eldre er det uke 48 (23-27 november). Se <http://www.fhi.no> under prevalensundersøkelser for mer informasjon.

## SEMINAR, OSLO 18. NOVEMBER 2009 - HVILKE FORHOLD PÅVIRKER LEGERES FORSKRIVNINGSPRAKSIS?

I anledning Den europeiske Antibiotikadagen den 18. november, arrangerer Antibiotikaserteret for primærmedisin et seminar om forhold som påvirker legers forskrivningspraksis. Tema vil blant annet være være myndighetsstyring, trender i antibiotikabruk i Norge, biased based prescribing, kollegabasert terapiveiledning samt perspektiver fra legemiddelindustrien. I tillegg kommer Per Fuglil og snakker om "Legemidler – i rasjonalitetens jernbur og i åndenes hus". Seminaret avsluttes med en paneldebatt. Seminaret varer fra kl 11.30-15.30 og starter med enkel lunsjservering. Sted: Fredrik

Holsts hus, Institutt for allmenn og samfunnsmedisin, Kirkeveien 166. Påmelding skjer til [siri.jensen@medisin.uio.no](mailto:siri.jensen@medisin.uio.no) innen 10. november. På grunn av lunsj er påmeldingen bindende. Les hele programmet på <http://www.fhi.no/she>

## OPPDATERING AV TILTAK, KONTROLL OG OPPFØLGING VED EHEC INFEKSJON

Vi har i år sett en økning av meldte tilfeller med EHEC-infeksjon. Vi har hittil hatt relativt få pasienter årlig, og alle har blitt nøye fulgt opp med smitteoppsporing og tiltak. Forbedret diagnostikk fører til at det nå også påvises varianter som er mindre virulente, og i slike tilfeller kan det være mindre nødvendig med omfattende smitteoppsporing og tiltak. Vi har derfor oppdatert rådene mhp oppfølging av EHEC-infeksjoner i tråd med dette, og åpnet for en gradert smittevernrespons i henhold til klinikk, analysesvar fra laboratoriet og epidemiologisk situasjon.

### Om tiltak

Ved tilfeller av enterohemoragisk *E.coli*-infeksjon (EHEC) eller diaréassosiert hemolytisk uremisk syndrom (HUS) tilsier mulighet for kontaktsmitte at ethvert påvist tilfelle bør følges opp med undersøkelser blant familie og andre nære kontakter. Ved både enkelttilfeller og ved mistanke om innenlands felleskildeutbrudd bør det iverksettes smitteoppsporing i samarbeid med det lokale Mattilsynet og evt. Folkehelseinstituttet. Alle mistenkte eller verifiserte isolater skal sendes inn til Folkehelseinstituttet for verifisering, virulensprofilundersøkelse og epidemiologiske markørundersøkelser. Undersøkelse av næringsmidler, husdyr og miljø kan være aktuelt både ved enkelttilfeller og ved utbrudd, og gjøres i regi av Mattilsynet.

Noen EHEC gir mildere sykdomsbilde, og kan derfor etter en samlet vurdering av klinikk, laboratoriefunn og epidemiologisk situasjon (f eks om tilfellet er knyttet til et pågående utbrudd eller ikke) følges opp som om de var enteroinvasiv *E.coli* (EIEC) (se kapittel om "Kontroll og oppfølging av pasienter med tarminfeksjoner").

Ingen spesielle tiltak i nærmiljøet er påkrevet ved påvisning av andre typer tarmpatogene *E. coli*, men ved påvisning av atypisk enteropatogen *E. coli* (aEPEC) der det ikke kan utelukkes at bakterien er en EHEC som har tappt toksingenene, bør det vurderes å følge smitteverntiltakene for EHEC.

### Om kontroll og oppfølging

I henhold til "Råd om bakteriologiske fecesundersøkelser ved kontroll og oppfølging av pasienter med pasienter med tarminfeksjoner" (kunngjort i MSIS-rapport 52B 1999) og med tidsmessige tilpasninger anbefales følgende:

#### Ved yrkesrelatert smittefare

Personer som arbeider i følgende virksomheter/institusjoner skal ikke utføre sitt ordinære arbeid så lenge de har symptomer, hvis de har fått påvist tarmpatogene *E. coli* eller diaréassosiert HUS;

- Næringsmiddelvirksomheter (inkl. serveringssteder, herunder også barnehager der det serveres mat) hvis vedkommende kommer i direkte eller indirekte kontakt med næringsmidler som skal spises rå eller uten ytterligere oppvarming, eller
- Helseinstitusjoner hvis vedkommende har direkte kontakt (inkl. servering av mat) med pasienter som er særlig utsatt for infeksjonssykdommer eller for hvem infeksjoner vil kunne ha særlig alvorlige konsekvenser f.eks. premature barn, pasienter ved intensivavdeling o.l.

Personer i disse yrkesgruppene som har fått påvist EHEC eller diaréassosiert HUS, skal ikke vende tilbake til arbeidet før det foreligger 5 negative avføringsprøver tatt med minst 24 timers mellomrom.

Ved påvisning av aEPEC der det på bakteriologisk, klinisk eller epidemiologisk grunnlag ikke kan utelukkes at bakterien i realiteten er en EHEC som har tappt toksingenene, bør det vurderes å følge smitteverntiltakene for EHEC.

Familiemedlemmer eller andre nære kontakter til en person som har fått påvist EHEC eller diaréassosiert HUS, og som arbeider i

ovennevnte yrker med spesiell risiko for smittespredning, eller med matservering i barnehage, bør (uavhengig av egne symptomer) likeledes ekskluderes fra arbeid med mat inntil det foreligger 3 negative prøver.

Ved EIEC-infeksjon kreves 3 negative avføringsprøver før personer i ovennevnte yrker kan gjenoppta arbeidet.

Første kontrollprøve tas tidligst 2-3 dager etter symptomfrihet, evt. etter avsluttet antibiotikakur.

Kontrollprøver er ikke nødvendig ved EPEC-infeksjon med mindre det er en aEHEC som er vurdert som en EHEC uten toksiner. I slike tilfeller følges regime som for EHEC.

Personer utenom disse yrkene kan vende tilbake til arbeidet ved symptomfrihet. Imidlertid bør alle som har fått påvist EHEC eller EIEC få tilbud om å følges opp inntil de har avgitt 3 negative kontrollprøver, selv i tilfeller der dette ikke har praktiske smittevernsmessige konsekvenser for yrkesutøvelse. Alle bør ha forsterket håndhygiene inntil de har avlagt 3 negative prøver, særlig personer som omgås små barn.

#### For barn i barnehager

- Barn som har fått påvist EHEC eller diaréassosiert HUS, skal ha 5 negative kontrollprøver før barnet kan vende tilbake til barnehagen.
- Barn som har fått påvist EIEC, skal ha 3 negative kontrollprøver før barnet kan vende tilbake til barnehagen.
- Barn som har et husstandsmedlem som har fått påvist EHEC-infeksjon eller diaréassosiert HUS, bør (uavhengig av egne symptomer) holdes borte fra barnehagen til det foreligger 3 negative avføringsprøver fra barnet.
- Personell i barnehager som har fått påvist EHEC infeksjon, eller som har et husstandsmedlem med påvist EHEC-infeksjon, er omtalt i avsnittet om yrkesrelatert smittefare

Kontrollprøver bør tas med minst 24 timers mellomrom, og dersom mange barn prøvetas bør prøvetakingsregimet avtales med det lokale laboratoriet. I situasjoner hvor mange personer prøvetas bør kommunelegen sørge for å få kopier av laboratoriesvarene, slik at hun/han klarer å holde oversikt.

Ved enkelttilfelle av EHEC/HUS hos barn som går i barnehage, bør andre barn i barnehagen og evt. ansatte som har eller nylig har hatt diaré, prøvetas. Vanligvis bør det være unødvendig å ta prøver fra asymptomatiske barn, men i en situasjon med et alvorlig tilfelle eller ved mistanke om smittespredning i barnehagen, bør det vurderes å ta prøve også fra barn uten symptomer. Det samme gjelder dersom det foreligger stor bekymring blant foreldre eller ansatte.

Hvis det er berettiget mistanke om at smitte eller smittespredning av EHEC-infeksjoner har skjedd i en barnehage, bør kommuneoverlegen vurdere midlertidig å stenge de(n) aktuelle avdeling(er) av barnehagen for å få tid til gjennomgang av hygieneregler med personalet og desinfisering av aktuelle kontaktpunkter. I en utbruddssituasjon bør barna, uavhengig av symptomer, avlegge negativ avføringsprøve for EHEC før de sendes tilbake i barnehagen.

Personer med påvist EPEC-infeksjon eller enterotoksigen *E. coli* (ETEC) kan som en hovedregel vende tilbake til skole eller barnehage ved symptomfrihet, kontrollprøve anses ikke nødvendig. Som for yrkesrelatert smitterisiko, må det for barn i barnehage og ansatte i barnehage ved påvisning av aEPEC som på bakteriologisk, klinisk eller epidemiologisk grunnlag mistenkes å være en EHEC som har tappt toksingenene, vurderes å følge smitteverntiltakene for EHEC.

#### Tiltak i helseinstitusjoner ved EHEC-infeksjon eller diareassosiert HUS

Standard hygienrutiner.

Kontaktsmitteregime dersom pasienten har ukontrollerbar diaré eller ikke kan ivareta sin personlige hygiene. Pasienten bør uansett ha eget toalett.