

**EPIDEMIOLOGISK
ÅRSRAPPORT
2004**



SMITTSKYDDSinSTITUTET
Swedish Institute for Infectious Disease Control

INNEHÅLL

Förord	31	Invasiv <i>Haemophilus influenzae</i>	23
Antibiotikaresistenta bakterier	4	Kikhosta – <i>Bordetella pertussis</i>	23
MRSA – Meticillinresistenta <i>Staphylococcus aureus</i>	4	Mässling	24
PRP (Penicillinresistenta pneumokocker) – <i>Streptococcus pneumoniae</i>	5	Påssjuka	24
VRE (Vankomycinresistenta enterokocker) – <i>Enterococcus species</i>	6	Röda hund	24
GAS (beta-hemolyserande streptokocker grupp A) – <i>Streptococcus pyogenes</i>	6	Vaccinationstäckning	24
Hiv/aids	7	Övriga anmälningspliktiga sjukdomar	27
Hiv	7	Botulism – <i>Clostridium botulinum</i>	27
Aids	8	Brucellos	27
Hepatiter	9	Cryptosporidos	27
Hepatit A	9	Denguefeber	27
Hepatit B	9	Echinokockos	27
Akut hepatit B.....	9	HTLV I och II.....	27
Hepatit C	10	Invasiv meningokocksjukdom – <i>Neisseria meningitidis</i>	27
Mag- och tarminfektioner	12	Invasiv pneumokocksjukdom – <i>Streptococcus pneumoniae</i>	28
Amöbainfektion – <i>Entamoeba species</i>	12	Legionärssjuka – <i>Legionella species</i>	28
Campylobacterinfektion – <i>Campylobacter jejuni/coli</i>	12	Leptospiros.....	28
EHEC-infektion – Enterohemorragisk <i>E. coli</i>	13	Listerios – <i>Listeria monocytogenes</i>	29
Giardiainfektion – <i>Giardia intestinalis/lambliaduodenalis</i>	13	Malaria	29
Paratyfoidfeber – <i>Salmonella Paratyphi</i>	14	Mjältbrand – <i>Bacillus anthracis</i>	29
Salmonellainfektion – <i>Salmonella species</i>	14	Papegojsjuka (ornithos) – <i>Chlamydia psittaci</i>	29
Shigellainfektion – <i>Shigella species</i>	15	Pest – <i>Yersinia pestis</i>	29
Tyfoidfeber – <i>Salmonella Typhi</i>	15	Q-feber	29
<i>Vibrio cholerae</i> O1 /O139.....	15	Sars.....	29
<i>Vibrio</i> , övriga	15	Sorkfeber – <i>Nephropatia epidemica</i>	30
Yersiniainfektion – <i>Yersinia enterocolitica/pseudotuberculosis</i>	16	Trikinos – <i>Trichinella spiralis</i>	30
.....	16	Tularemi (harpest) – <i>Francisella tularensis</i>	30
.....	16	Virala meningoencefaliter (TBE)	31
Mykobakterier	17	Sjukdomar som har frivillig rapportering från laboratorierna	32
Tuberkulos – <i>Mycobacterium tuberculosis</i> , <i>Mycobacterium bovis</i> respektive <i>Mycobacterium africanum</i>	17	Influensa	32
Icke tuberkulösa (atypiska) mykobakterier	18	Calicivirus	32
.....	18	RSV – Respiratory Syncytial Virus.....	33
Sexuellt överförda infektioner/STI	19	Övriga sjukdomar	34
Klamydia – <i>Chlamydia trachomatis</i>	19	Creutzfeldt Jakob sjukdom (CJD)	34
Gonorré – <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	20	Anmälningspliktiga sjukdomar enligt Smittskyddslagen	35
Syfilis – <i>Treponema pallidum</i>	21	Allmänfarliga sjukdomar	35
.....	21	Anmälningspliktiga sjukdomar utöver allmänfarliga sjukdomar	35
Sjukdomar som ingår i det allmänna vaccinationsprogrammet	23	Översiktstabeller	36
Difteri, polio och stelkramp	23		
Polio	23		

NY SMITTSKYDDSLAG FRÅN 1 JULI 2004 OCH FLER SJUKDOMAR ATT ÖVERVAKA

Övervakning enligt Smittskyddslagen

Grunden för SMI:s övervakning av smittsamma sjukdomar är de som är anmälningspliktiga enligt smittskyddslagen. Utöver denna övervakning förekommer frivilliga övervakningssystem för bland annat calicivirus, respiratoriskt syncytievirus (RSV) och influensa.

Den lagstadgade övervakningen av smittsamma sjukdomar regleras i Smittskyddslagen (SFS 2004:168), Smittskyddsförordningen och Socialstyrelsens föreskrifter om tillämpningen av Smittskyddslagen.

De senaste fem åren har antalet anmälda fall av anmälningspliktiga sjukdomar ökat med 30 %. Denna ökning beror framför allt på att fler sjukdomar blivit anmälningspliktiga.

I och med att den nya Smittskyddslagen trädde i kraft 1 juli 2004 har fem sjukdomar upphört att vara anmälningspliktiga (fläckfeber, hepatit nonA-nonE, återfallsfeber, ulcus molle, toxoplasmos) medan 13 har tillkommit (se sid 35). Totalt är nu 58 sjukdomar anmälningspliktiga enligt Smittskyddslagen.

Frivillig numerisk laboratorierapportering av STI, förutom hiv: Laboratorierna har här ingen anmälningsplikt, men rapporterar på frivillig basis numeriskt antal diagnoser och antal utförda provtagningar två gånger om året till SMI.

Sammanställning av den epidemiologiska årsrapporten

Den övervägande delen av alla anmälningar når SMI via det nationella datoriserade övervakningssystemet SmiNet2. Responderande anmälningar sker med traditionell inmatning från blanketter. På SMI sammanlänkas de kliniska anmälningarna

och laboratorieanmälningarna med hjälp av personidentitet. Anmälningarna granskas för fel och vid behov tas kontakt med de lokala smittskyddsenheterna eller laboratorierna för klargörande eller komplettering av saknade uppgifter. Trendanalyser görs med utgångspunkt från förändringar i sjukdomsincidens mellan olika landsting, åldersgrupper och kön.

Oväntade avvikelser leder ofta till diskussion med de lokala smittskyddsenheterna och expertis för att klargöra om förändringarna är verkliga, orsakade av slumpen eller ett resultat av någon yttre felkälla, så kallad "bias". Exempel på detta är pågående lokala studier av något smittämne med ökad odlingsbenägenhet eller införandet av ny och känsligare laboriemetodik. De resultat som publiceras i årsrapporten är därför ett resultat av samarbete mellan många personer, såväl inom som utanför SMI.

I översiktstabellerna på sid 36 anges antal fall som inrapporterats till SMI under ankomstperioden 1 januari till 31 december respektive år. Det är alltså ankomstdatumet som avgör vilket år fallet förekommer i statistiken, trots att patienten kan ha insjuknat året innan. En del av de nya anmälningspliktiga sjukdomarna hade så kallad frivilligrapportering under det första halvåret 2004, vilket måste beaktas vid den statistiska tolkningen. En annan viktig aspekt är att de siffror som anges i översiktstabellerna är inte låsta utan fortlöpande justeras beroende på dubbelrapportering, feldiagnostik etc.

På grund av övergång till ett nytt webbaserat övervakningssystem, SmiNet2, kan det finnas en viss differens mellan angivna siffror i texter och översiktstabeller.

TABELL A. Anmälda fall enligt Smittskyddslagen 1997–2004.

1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
44 995	47 847	50 866	41 665	43 833	48 350	48 679	56 822

ANTIBIOTIKARESISTENTA BAKTERIER

MRSA – Meticillinresistent *Staphylococcus aureus*

Ökningen av antalet anmälda MRSA-fall i Sverige fortsätter under 2004 i de flesta landsting, trots de starka åtgärder som vidtagits. Totalt anmäldes 709 fall förra året, vilket är en ökning med 30 % jämfört med 2003. Av dessa fall var 35 % sannolikt smittade utomlands, medan 52 % var smittade i Sverige. Uppgift om smittland saknas för resterande anmälningar. De flesta fall rapporteras från de tre storstadsregionerna Stockholm, Skåne och Västra Götaland.

Antalet fall ökade i alla tre storstadsregionerna, men även i de flesta grannlandsting ser man en tydlig ökning. I Norrbotten, Jönköping, Gotland, Halland, Västernorrland och Jämtland har man sett en minskning av fall under 2004 jämfört med 2003.

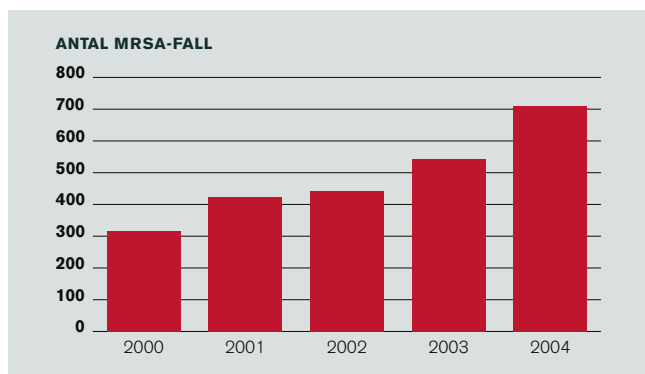
Fall har anmälts från alla åldersgrupper och kön. Fler fall rapporterades bland kvinnor i åldersgruppen 15–29 jämfört med män i samma åldersgrupper, vilket delvis kan bero på ökad provtagning av personal inom vård och omsorg.

Bakterieisolat från samtliga anmälda fall av MRSA sedan 2000 har sänts till SMI och typats med pulsfältsgenelektrofores (PFGE) och i vissa fall även med andra molekylärbiologiska metoder (MLST). Resultaten har jämförts med epidemiska MRSA från andra länder i Europa, och typbeteckningarna har innehållit en referens till sådana stammar där identitet eller likhet i PFGE-bandmönster har förekommit (t ex UK E15 eller UK E15-liknande).

Isolat med PFGE-mönster identiska med eller snarlika UK E15 är vanligast förekommande sedan 2001 och finns nästan

TABELL B. Antal anmälda MRSA-fall per landsting 2000-2004 och procentuell ändring 2004 jämfört med 2003.

Län	År					2004-2003 Ändring
	2000	2001	2002	2003	2004	
Stockholm	96	166	205	228	277	21 %
Västerbotten	3	18	10	13	16	23 %
Norrbotten	3	5	6	9	7	-22 %
Uppsala	18	17	10	12	26	117 %
Sörmland	2	1	4	2	8	300 %
Östergötland	2	7	7	14	14	0 %
Jönköping	7	6	5	24	14	-42 %
Kronoberg	1	0	4	5	17	240 %
Kalmar	3	2	5	6	16	167 %
Gotland	1	10	3	3	1	-67 %
Blekinge	5	1	3	2	3	50 %
Skåne	21	75	68	100	128	28 %
Halland	10	25	13	13	9	-31 %
Västra Götaland	107	52	48	61	118	93 %
Värmland	9	7	5	11	18	634 %
Örebro	8	6	16	8	11	37 %
Västmanland	3	8	7	11	12	9 %
Dalarna	0	4	1	2	3	50 %
Gävleborg	2	1	12	5	5	0 %
Västernorrland	14	12	7	10	5	-50 %
Jämtland	0	0	2	5	1	-80 %
Summa	315	423	441	544	709	30 %



FIGUR 1. Antal rapporterade fall av MRSA i Sverige 2000-2004.

enbart i Stockholms län. Den näst vanligaste typen är DK E97-1, funnen i alla län men dominerande i Skåne och Västra Götaland. Den tredje vanligaste typen relaterar till stammar rapporterade från bland annat Tyskland (Berlin IV-liknande) och har rapporterats från hela landet.

MRSA-isolaten har undersökts med avseende på gener som kodar för Panton-Valentine leucocidin (PVL). Vi har funnit flera PVL-positiva kloner, särskilt typen DK E97-1, men också SE00-3 (UK E16-liknande), SE00-7 (Fra B-liknande), SE01-3, SE02-18 och SE03-5. Flera av dessa uppmärksammas nu också internationellt som s.k.samhällsförvärd MRSA.

Läs mer om resistenta *Staphylococcus aureus* i resistensårsrapporten SWEDRES 2004.

PRP (Penicillinresistenta pneumokocker) – *Streptococcus pneumoniae*

Antalet anmälda fall av PRP har ökat något under de senaste två åren. Liksom tidigare år är majoriteten av de anmälda fallen barn under sex år. Endast enstaka fall rapporteras med ett MIC (minsta inhibitoriska koncentration) av penicillin över 2 mg/L, och majoriteten av dessa fall har smittats utomlands.

Andelen multiresistenta (resistenta mot mer än två antibiotika) är högt bland pneumokockerna med nedsatt känslighet för penicillin, ca 50 %, vilket har betydelse för behandlingen av dessa infektioner. Vi har observerat en förändring i serotypdistributionen de senaste åren. Typ 9V är fortfarande den vanligaste och är genetiskt mycket homogen (en klon), men typ 14 har ökat dramatiskt och är nu nästan lika vanlig som typ 9V. Med molekylärepidemiologisk teknik har vi konstaterat att ökningen av typ 14 till stor del beror på ökningen av en klon (genetiskt nära besläktade stammar). Denna klon är densamma som klonen av typ 9V, men med typ 14-kapseln, och är internationellt spridd. Denna klon har oftast nedsatt känslighet för penicillin och är resistent mot trimetoprim/sulfametoxazole.

Läs mer om resistenta pneumokocker i resistensårsrapporten SWEDRES 2004.

Långsiktig trend

Under de senaste två åren har incidensen av PRP ökat något, men den ligger fortfarande på lägre nivåer jämfört med slutet av nittiotalet.

Rutiner och indikationer för smittspårning kring kliniska fall av PRP varierar betydligt mellan de olika landstingen, vilket gör det svårt att jämföra siffror och trender mellan länen. I vissa områden genomförs en aktiv och intensiv smittspårning vilket resulterar i att fler asymptomatiska fall identifieras, jämfört med län där endast personer som aktivt söker vård provtas.

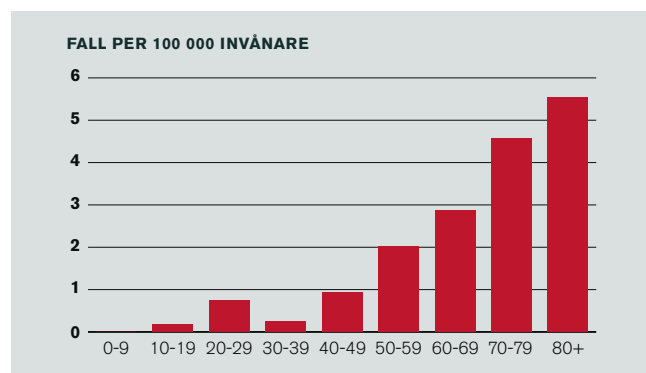
VRE (Vankomycinresistenta enterokocker)

– *Enterococcus species*

Mellan åren 2000 och 2002 rapporterades inte mer än 20 VRE-fall per år. År 2003 ökade denna siffra markant till 51 fall. År 2004 halverades det totala antalet VRE-fall. Överraskande nog rapporterades endast 1 fall i Stockholms län år 2004. Under 2000–2003 rapporterade Stockholms län som minst 8 fall per år. Det skedde också en stor minskning av antalet fall (15 till 3) som rapporterades av Örebro län efter ett utbrott som ägde rum där 2003. Dessa två faktorer svarar i hög grad för den stora minskningen av antalet rapporterade fall mellan 2003 och 2004.

Medianåldern bland fallen steg från 60 år 2002 till 67 år 2003 till 74 år 2004. Hög ålder och underliggande sjukdom är välkända riskfaktorer för VRE-infektion.

Majoriteten av de rapporterade VRE var *Enterococcus faecium* med *vanB*-gen (n = 92), en genotyp som ger resistens mot vankomycin men inte mot teikoplanin, till skillnad från *vanA*-genotyp som medför resistens mot båda dessa antibiotika. Sexton isolat var *E. faecium* med *vanA*-gen, 5 var *E. faecalis* med *vanA*-gen och endast ett isolat *E. faecalis* med *vanB*-gen.

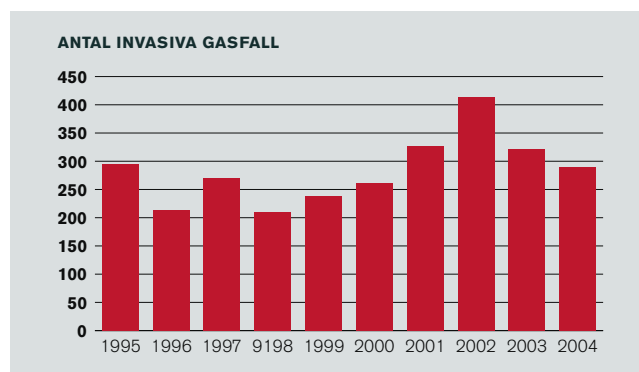


FIGUR 2. Incidens av VRE-infektion per åldersgrupp.

GAS (beta-hemolyserande streptokocker grupp A) – *Streptococcus pyogenes*

Sedan den 1 juli 2004 ska alla fall av invasiv infektion med GAS rapporteras enligt Smittskyddslagen och då anmälas av både laboratoriet och den behandlande läkaren. Tidigare övervakades denna diagnos i den frivilliga laborierapporteringen. Redovisningen för år 2004 bygger alltså på anmälningar från bägge systemen. Övergången till det nya rapporteringssystemet fungerar inte fullt ut ännu och fallen anmäls till största delen endast via laboratorerna.

Under 2004 pågick ett aktivt insamlande av alla invasiva Grupp A-streptokockstammar i Sverige, samt klinisk information om dessa patienter. Totalt 257 stammar insamlades och typades. Den vanligaste T-typen var T3/13/B3264 följt av T28 och icke typbara. Den dominerande emm typen var emm28. 11 % av patienterna hade STSS (Streptococcal Toxic Shock Syndrome) och 40 % av dessa dog. Dödligheten totalt i studien var 11 %.



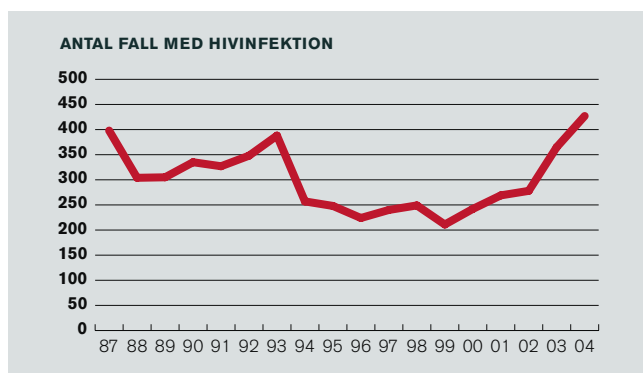
FIGUR 3. Invasiva GAS-fall 1995-2004.

Anmälda fall under 2004 uppvisade en jämn könsfördelning. Invasiv GAS ses främst bland de äldre. Drygt 65 % av fallen som rapporterats 2004 var 60 år eller äldre, bland de övriga finns främst vuxna i övre medelåldern. Runt 5 % var yngre än 20 år.

HIV/AIDS

Hiv

Till och med 2004 hade totalt 6 705 personer anmälts med hiv-infektion i landet. Av de anmälda beräknas 3 500 vara i livet.



FIGUR 4. Årligen anmälda fall med hiv-infektion i Sverige 1987-2004. (Under 1986 anmäldes dessutom 1 290 fall, i och med att hiv-testen blev tillgänglig det året.)

Kurvans variation över åren förklaras till största delen av förskjutningar i Sveriges politik gentemot flyktingar/asylsökande och deras anhöriga.

Bakgrund om hiv-statistik

1. Nyupptäckta hiv-fall anmäls till SMI med så kallad rikskod, det vill säga de första två och sista fyra siffrorna i personnumret. Denna kod har fördelen att den döljer personens identitet, men ändå anger födelseår och kön. I princip skulle detta vara tillräckliga uppgifter för att följa det epidemiologiska läget, men ett stort problem är att många av patienterna saknar personnummer när de anmäls. De anmäls då med någon annan tillfällig kod. Ofta flyttar de strax efter ankomsten till Sverige till någon annan bostadsort, där man observerar att de är hiv-positiva och anmäler dem igen, nu med en annan tillfällig kod. Vi har exempel där vi i efterhand kunnat klarlägga att samma patient anmäls med 14 olika koder.

Rikskoden omöjliggör dessutom all uppföljning av huruvida de anmälda patienterna dött eller flyttat ur Sverige. Om patienten utvecklar aids har de ofta hunnit få ett personnummer, och anmäls då med en ytterligare ny kod, vilket gör det svårt att följa aids-utvecklingen bland de hiv-anmälda.

2. Totalt anmäls över 700 hiv-fall årligen till SMI. Det är ett omfattande arbete att rensa bort alla dubbelanmälningar, och helt lyckas det sannolikt inte.

3. Av de anmälda hiv-fallen har många haft sin infektion länge när de första gången testas positiva. I några fall känner den behandlande läkaren till tidigare negativa test, men för de flesta är smittotidpunkten helt oklar. Statistiken speglar alltså inte incidensen av hiv-infektion, utan en blandning av prevalens, invandring och incidens.

Könsfördelning

Efter bortrensning av troliga dubbelanmälningar kvarstod 427 nyanmälda fall i Sverige 2004, 261 män och 166 kvinnor.

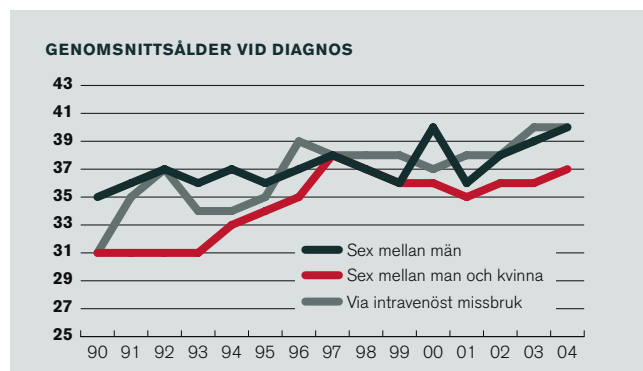
TABELL C: Fördelning på kön och smittväg av nyanmälda hiv-fall i Sverige 2004.

	Män	Kvinnor	Totalt
Sex mellan män	78		78
Sex mellan man och kvinna	121	131	252
Intravenöst missbruk	24	3	27
Via blodprodukt*	3	1	4
Mor till barn-smitta	8	6	14
Övrigt/okänt	27	25	52
Totalt	261	166	427

*Efter 1985 har ingen smittats med hiv via blodtransfusion i Sverige.

Ålder

Genomsnittsåldern för de anmälda fallen ökar långsamt över åren. För alla de tre viktigaste smittvägarna ligger snittåldern nu mellan 35 och 40 år vid diagnos.



FIGUR 5. Genomsnittsålder vid diagnos för de tre viktigaste smittvägarna. Hiv-fall anmälda i Sverige 1990-2004.

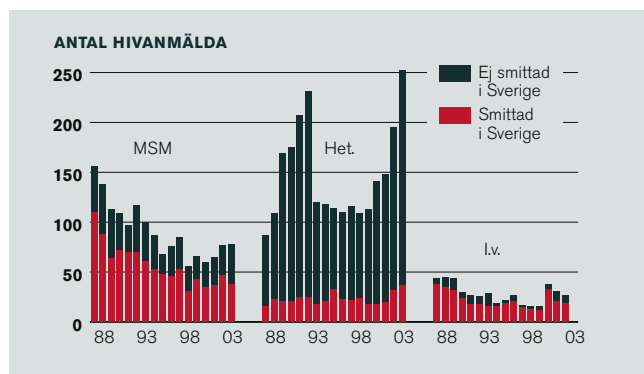
Smittväg

För de två smittvägarna ”sex mellan män” och ”intravenöst missbruk” minskar antalet årligen anmälda fall långsamt över tiden.

För smittvägen ”sex mellan kvinna och man” ses stora fluktuationer, och en tydlig ökning sedan år 2000.

Smittort

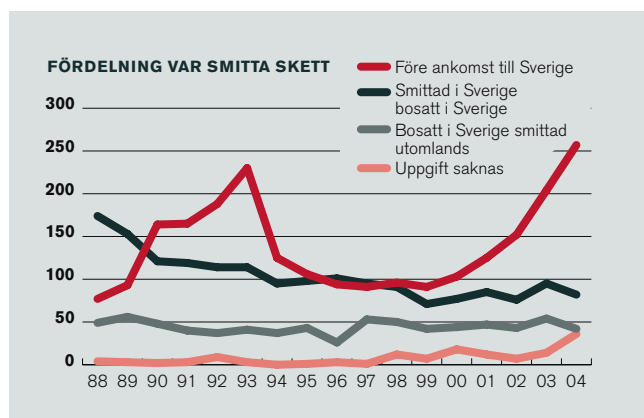
Nedanstående figur visar smittväg, år och var smitta skett oberoende av ursprung.



FIGUR 6. Antalet hiv-anmälda per smittväg, anmälningsår och var smitta skett 1987-2004. MSM = män som har sex med män, Het. = heterosexuellt smittade, I.v. = intravenösa missbrukare.

Här syns ganska tydligt att de stora variationerna i rapporterade antal fall över åren framför allt förklaras av personer födda i andra länder, som (troligen) smittats heterosexuellt.

Fördelningen var smitta skett, inrikes eller utrikes syns ännu tydligare i nedanstående figur.



FIGUR 7. Fördelningen var smitta skett, inrikes eller utrikes 1988-2004. Antal fall på y-axeln.

Aids*

Sammanlagt rapporterades 69 aidsfall till SMI under 2004, varav 53 var män och 16 var kvinnor. 21 var smittade i samlag mellan män, 37 i samlag mellan man och kvinna, och 7 via intravenöst missbruk. Av alla anmälda sedan hiv-epidemiens början har 1 289 rapporterats avlidna.

Antalet aids-fall har ökat något under senare år, till stor del beroende på personer från andra länder som insjuknar i aids mycket snart efter ankomsten till Sverige. Denna grupp utgör nu större delen av de patienter som inte diagnostiserats som hiv-positiva förrän de utvecklar aids.

Sammanfattning

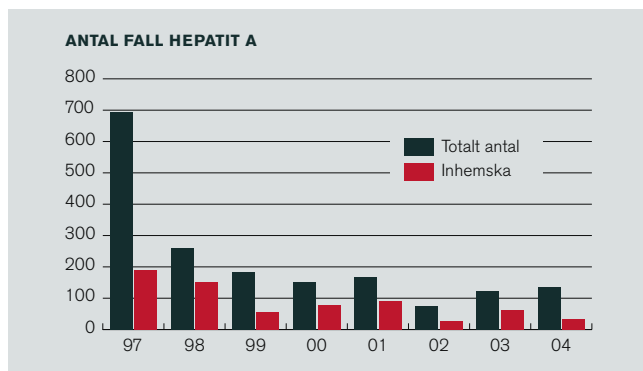
Hiv-spridningen i Sverige visar en långsamt nedåtgående trend. Av de hiv-positiva svenskarna har en inte obetydlig andel fått sin infektion utomlands, såväl i samlag man-kvinna som i samlag man-man. Invandring av heterosexuellt smittade personer från områden där hiv är mycket mer prevalent än i Sverige står för nästan hela den årliga ökningen av rapporterade fall under 2000-talet.

* Komplettering till hiv-anmälan.

HEPATITER

Hepatit A

Det totala antalet anmälda hepatit A-fall låg på samma nivå som året innan.



FIGUR 8. Hepatit A 1997–2004.

Däremot skedde nära nog en halvering av antalet personer som smittats i Sverige. Andelen inhemska anmälningar har de senaste åren varierat mellan en fjärdedel och hälften av det totala antalet. 2004 var siffran dock ovanligt låg, 24 %.

De inhemska fallen var relativt jämnt fördelade över året. Liksom tidigare år är merparten av de anmälda fallen (76 %) från Stockholm, Malmö och Västra Götaland.

Köns- och åldersfördelningen bland de inhemskt smittade fallen varierar kraftigt över åren. I jämförelse med 2003 skedde den största minskningen av fall i åldrarna under 20 år. Från att ha utgjort cirka hälften av de smittade personerna utgjorde den andelen 2004 endast en fjärdedel. De senaste åren har en viss generell förskjutning av fall från yngre till äldre åldrar kunnat skönjas. Under 2004 var två tredjedelar av de smittade män, majoriteten av dessa var i medelåldern. Misstänkta inhemska smittkällor enligt de kliniska anmälningarna var bland andra mat/vatten (33 %) och personkontakt (27 %).

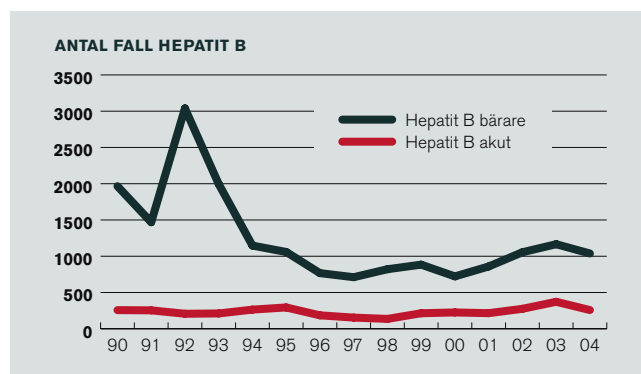
Från utlandet härrörde flest fall från Egypten och Danmark. Förklaringen till detta var två större utbrott. Under sommaren rapporterades ett stort internationellt utbrott med hepatit A från Hurghada, Egypten. Totalt anmäldes 266 fall varav tio personer var svenskar. Flertalet av de insjuknade var tyska turister.

I Danmark rapporterades ett utbrott med hepatit A bland män som har sex med män (MSM). Totalt anmäldes 153 fall, varav 102 från Köpenhamnsområdet. Under samma tidsperiod rapporterades 13 svenska män smittade i samma område i Danmark. Under 2004 typades 48 hepatit A-stammar från spo-

radiska fall, huvudsakligen från Mellansverige, vilket visade en ökning av subtyp IA i Sverige jämfört med 2003. Denna ökning beror på den IA-stam som spridits bland homosexuella män i Skandinavien och Västeuropa. Tolv fall var smittade med denna stam. Fyra av de fall som smittats i Egypten under sommaren hade identisk stam tillhörande subtyp IB. Flertalet övriga fall var orelaterade importfall.

Hepatit B

Totalt anmäldes 1 765 hepatit B-fall och kliniska anmälningar med epidemiologisk information hade inkommit för 1 296 av dessa. Flera av de fall som endast anmäls från laboratorier har anmälts kliniskt flera år tidigare.



FIGUR 9. Hepatit B 1990–2004, akut infektion och bärarskap.

Akut hepatit B

Under 2000-talets första år ökade antalet akuta hepatit B-infektioner men under 2004 sjönk antalet anmälda fall till en mer ”normal” nivå, 258 fall att jämföra med 372 året innan. Det tycks som om de utbrott som pågått bland missbrukare i olika delar av landet har klingat av. Minst 80 % var smittade i Sverige. Medelåldern för män var 35 år, för kvinnor 28. Tre barn i förskoleålder anmäldes, två av dem var smittade före ankomst till Sverige och det tredje hade ett flertal hepatit B-bärare i sin nära omgivning.

Intravenöst missbruk

Antalet fall som smittats via missbruk minskade med nästan hälften år 2004, från 216 fall förra året till 133, 80 män och 33 kvinnor.

Åldersfördelningen har ändrats något över tiden med fler

fall i de yngre åldersgrupperna än tidigare år, ca 30 % var mellan 16 och 24 år gamla. Medelåldern var 33 år för män, 30 år för kvinnor. Antalet fall minskade i samtliga landsting.

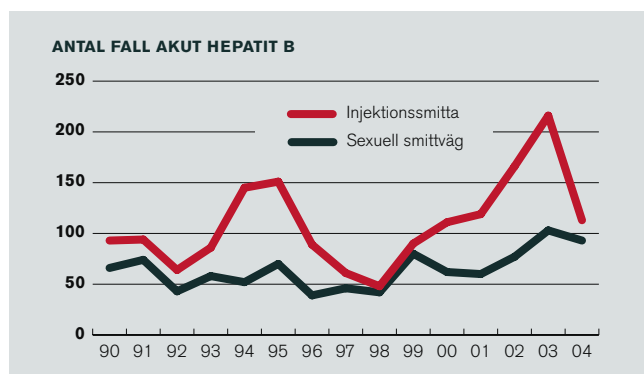
Drygt 50 % hade en tidigare känd hepatit C-infektion som diagnostiserats och anmäls minst ett år före hepatit B-insjukandet och 20 % hade en nydiagnostiserad hepatit C.

Molekylär typning av hepatit B stammar från 56 fall visade att de tre stammar av typen D/ayw3, som under 2003 spreds bland narkomaner, också spreds under 2004. En av dessa stammar har cirkulerat i Sverige sedan 1999 med sin största spridning under 2003 då 59 fall konstaterades. Denna stam återfanns hos 9 fall av akut hepatit B under 2004.

Sexuell smittväg

43 män och 50 kvinnor hade smittats sexuellt. Av kvinnorna var 32 % i åldersgruppen 15-19 år, medelåldern var 27 år (15-57 år). Medelåldern för männen 38 år (18-68 år).

Hälften av männen hade smittats utomlands, främst i Thailand. Av kvinnorna hade sex smittats utomlands. Molekylär typning av stammar från 9 män som sannolikt smittats sexuellt i Sverige, visade tre för Sverige ovanliga typer, C/adr, E/ayw4 och F/adw4.



FIGUR 10. Akut hepatit B 1990–2004, injektionssmitta och sexuell smittväg.

Övriga smittvägar

Tre fall smittades i samband med sjukhusvistelse på en barnavdelning på grund av användning av flerdosampuller med koksaltlösning för spolning av infusionskanyler. Denna smittspridning verifierades genom molekylär typning av stammarna som var av typen D/ayw2.

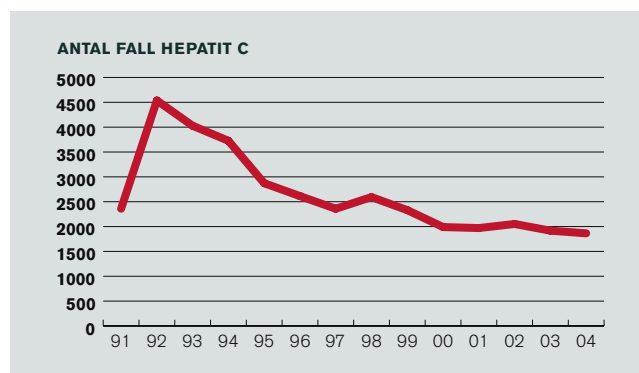
Tre personer hade smittats under brottningssträning/-tävling. Molekylär typning av stammarna från dessa brottare visade att de var identiska och av typen D/ayw2.

Kronisk infektion, "bärare"

Antalet nyanmälda bärare var något färre än föregående år, 1 038 mot 1 165. 90 % var av utländsk härkomst och nästan samtliga hade smittats i sina ursprungsländer, framförallt länder i Asien och Afrika, för ca 100 fall saknas uppgift om smittland. Medelåldern var 30 år, 18 % var under 20 år, 60 % mellan 20 och 40 år gamla. Av de 112 personerna med svenskt ursprung var minst hälften smittade via intravenöst missbruk.

Hepatit C

Fortfarande rapporteras ett högt antal fall av hepatit C-smittade. Till största delen handlar det om personer som är smittade sedan flera år tillbaka och som nu diagnostiseras i samband med utredning av t ex förhöjda levervärden, andra sjukdomssymtom eller i olika screeningundersökningar. Men varje år tillkommer också ett antal nysmittade och det är då främst personer som smittas via intravenöst missbruk.



FIGUR 11. Årligen anmälda fall av hepatit C 1991–2004.

Av totalt anmälda fall av hepatit C under 2004 (2 979) har kliniska anmälningar med epidemiologisk information inkommit för 63 % av fallen (68 % av dessa var män). En stor andel av de fall som enbart anmäls från laboratorier har anmälts kliniskt långt tidigare men på grund av övergång till nya rapporteringssystem kopplas inte anmälningarna automatiskt.

Fördelningen av smittvägar ser likadan ut som tidigare år. Under 2004 uppges 64 % smittade via intravenöst missbruk och för cirka 23 % är smittvägen okänd. Sexuell smitta uppges i 66 fall. 115 personer har smittats via blodtransfusioner, av dem har ett trettiofall smittats före ankomst till Sverige. De som infekterats i Sverige via blod hade blivit smittade före 1992.

Ålder

Medelåldern för de nyanmälda fallen är relativt hög och har inte förändrats under senare år men det har skett en förändring i åldersfördelningen. Man ser nu en två-pucklig åldersfördelning med påfyllnad av yngre fall och det är då främst bland intravenösa missbrukare. Av de nyanmälda fallen i åldersgruppen 15–24 år är 85 % missbrukare.

Kön

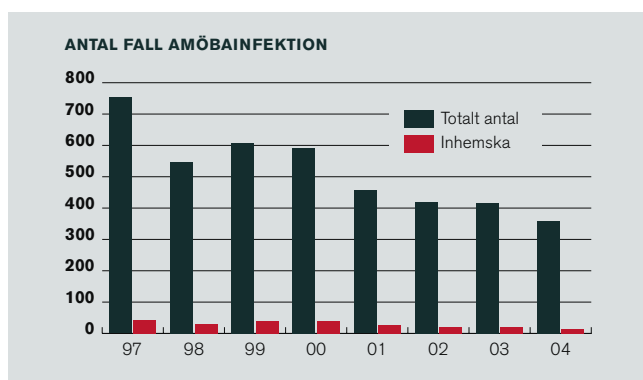
Dubbelt så många män som kvinnor anmäls varje år. Av iv-missbrukarna är 74 % män, av de sexuellt smittade är 68 % kvinnor. För övriga smittvägar, t ex transfusionssmitta, anmäls lika många män som kvinnor.

Typning av hepatit C-virus har visat att trenden mot en förändring av dominerande typ från 1a eller 3a till 2b i Södermanland består efter analys av ytterligare 30 rapporterade fall.

MAG- OCH TARMINFEKTIONER

Amöbainfektion – *Entamoeba species*

Första juli ändrades Smittskyddslagen, så att istället för ”amöbainfektion” blev enbart infektion med *Entamoeba histolytica* en anmälningspliktig sjukdom, således ej *E. dispar*. Ändringarna i anmälningsförfarandet innebär att det senaste årets siffror knappast är jämförbara med tidigare års.



FIGUR 12. Amöbainfektion 1997–2004.

Det stora flertalet (cirka tre fjärdedelar) av de inhemska anmälningarna kom från Stockholm. De flesta andra län anmälde inga eller endast enstaka fall.

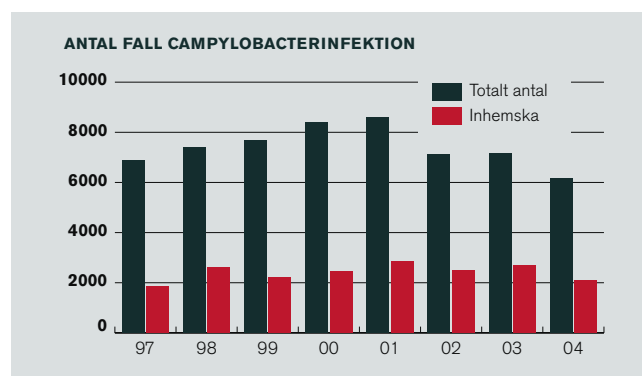
De inhemska anmälningarna var relativt jämnt spridda över året, bortsett från december till februari då inga fall rapporterades.

Som vanligt utgjorde männen en stor majoritet av de inhemska fallen. 2004 var denna del dock lägre (två tredjedelar) än föregående år. Ingen person över 50 år anmälde.

Smittvägen för de inhemska fallen var oftast okänd (47 %), men på de kliniska anmälningar där den angavs var sexuell smitta vanligast. Vad gäller det totala antalet anmälda amöbafall var mat och vatten den dominerande smittvägen.

Campylobacterinfektion – *Campylobacter jejuni/coli*

Totala antalet inrapporterade fall av campylobacterinfektion sjönk under 2004 med 14 %.



FIGUR 13. Campylobacterinfektion 1997–2004.

Antalet personer smittade i Sverige minskade med 20 % jämfört med föregående år. Minskningen av inhemska fall var fördelad över hela året, men syntes särskilt tydligt under sommar och tidig höst. Minskningen var även jämnt spridd över olika åldrar och kön. Liksom tidigare år utgjorde männen en något större andel (totalt 56 %) av fallen.

I alla län förutom Halland, Kalmar och Kronoberg minskade de inhemska campylobacterfallen, speciellt uttalat var detta i Västernorrland.

För de anmälningar där misstänkt smittväg angavs dominerade mat/vatten med 82 %, personkontakt stod för 2 %, smitta genom yrket 1 % och djurkontakt 1 %.

Spanien och Thailand var efter Sverige de länder där flest människor ådrog sig sin campylobacterinfektion.

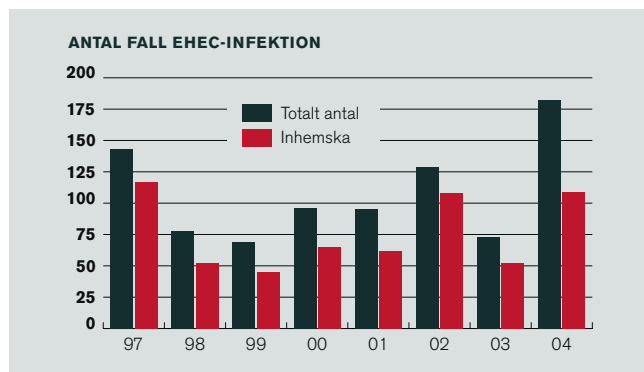
Fyra utbrott av campylobacterinfektion registrerades under 2004:

- I juni insjuknade två personer i Halland efter att ha ätit färdiggrillad kyckling från en butik.
- I juli insjuknade två personer i Dalarna efter att ha ätit kycklinggryta på en restaurang.
- I oktober insjuknade ett par i Stockholm efter att ha ätit på en restaurang.
- I november åt 20-25 personer i ett sällskap kycklingfilé på en restaurang i södra Sverige. Tio av dessa insjuknade. Inga livsmedel fanns kvar för provtagning.

EHEC-infektion – Enterohemorrhagisk

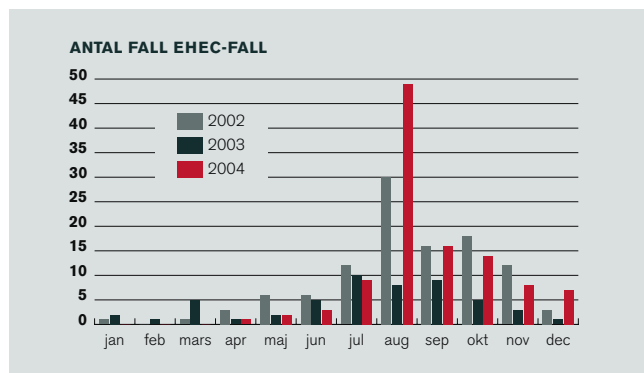
E. coli

Från 1 juli 2004 är samtliga serotyper av EHEC, inte enbart O157, anmälningspliktiga. Detta leder till att 2004 års siffror blir högre och inte jämförbara med tidigare år.



FIGUR 14. EHEC-infektion 1997–2004.

Under årets första del brukar få EHEC-fall anmälas, men under 2004 var antalet extremt lågt. Det första inhemska fallet rapporterades i april. Under augusti observerades en kraftig topp, vilken delvis kan förklaras med utbrottet under Gothia cup (se nedan). Generellt sett ökade antalet anmälningar under andra halvåret markant, vilket till stor del berodde på den nya Smittskyddslagen.



FIGUR 15. Månadsvariation inhemska EHEC-fall 2002–2004.

Bland de inhemska anmälda fallen var könsfördelningen relativt jämn, men liksom under många tidigare år, med en lätt övervikt av kvinnor. Åldersfördelningen liknade den under tidigare år. Ökningen var spridd över alla åldersgrupper hos båda könen.

Vissa förändringar kunde observeras i spridningen av inhemska anmälningar över landets län. I Stockholm och Jönköping skedde en tydlig ökning. I det senare fallet kunde denna förklaras av en prevalensstudie, där faecesprover från alla barn under tio år screenades rutinmässigt för EHEC. I de ”klassiska” EHEC-länen Skåne och Halland låg antalet anmälningar av

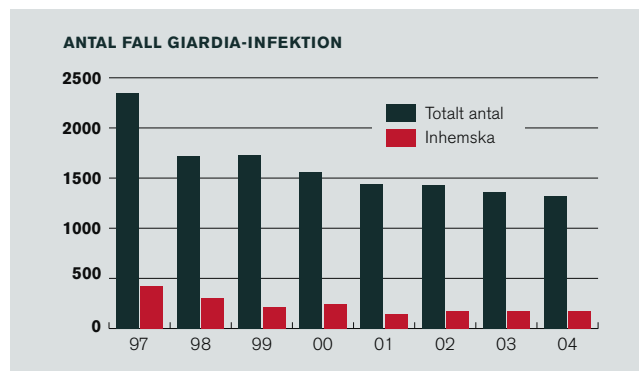
inhemska fall kvar på samma låga nivå som året innan. Följaktligen utgjorde dessa procentuellt sett en mindre del av landets fall än tidigare. Från Västra Götaland rapporterades ett stort antal fall, av vilka ett antal kunde kopplas till Gothia cup.

Endast ett utbrott rapporterades

- I samband med fotbollsturneringen Gothia Cup i juli insjuknade fjorton personer, deltagare och ledare, från olika delar av Sverige med samma typ av EHEC O157. Troligen kom smittan från den mat de hade ätit i ett antal skolor under turneringen. Endast ett fall rapporterades från utlandet, trots det stora deltagandet i Gothia Cup från andra länder.

Giardiainfektion – *Giardia intestinalis/lambliaduodenalis*

Även detta år låg både det totala antalet och antalet inhemska anmälda giardiainfektioner på samma nivå som föregående år.



FIGUR 16. Giardiainfektion 1997–2004.

En stor del av de infekterade personerna ådrog sig smittan utomlands, framför allt i Irak och Indien.

Fördelningen av de inhemska giardiainfektionerna över landet liknade den föregående år. I Stockholm, som generellt brukar ha högsta incidensen, ökade anmälningsfrekvensen ytterligare. I Skåne observerades en tydlig minskning.

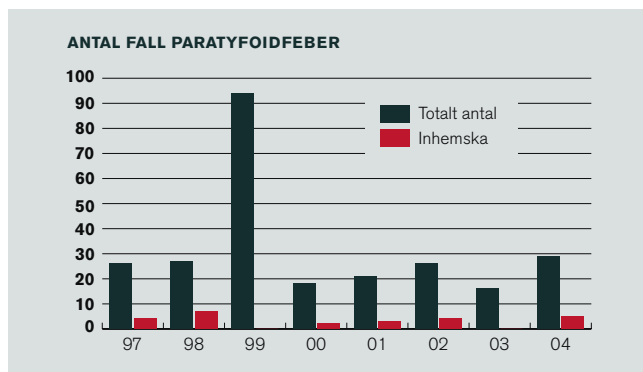
2004 anmäldes mer än tre femtedelar av fallen under årets andra hälft. Från augusti och fram till årets slut skedde varje månad en successiv ökning av antalet anmälda fall.

Ålders- och könsfördelningen såg likadan ut som tidigare.

Misstänkta inhemska smittkällor som uppgavs var mat/vatten (45 %) och personkontakt (23 %).

Paratyfoidfeber – *Salmonella* Paratyphi

Under 2004 observerades en ökning (44 %) av det totala antalet anmälda paratyfoidfall.



FIGUR 17. Paratyfoidfeber 1997–2004.

Fem fall, det vill säga 17 %, hade smittats i Sverige. Denna andel har de senaste åren varierat mellan noll och en fjärdedel.

En majoritet av fallen anmäldes från Indien, 59 %.

Anmälningarna var spridda över hela året. 76 % rapporterades dock under sommarhalvåret (april–september).

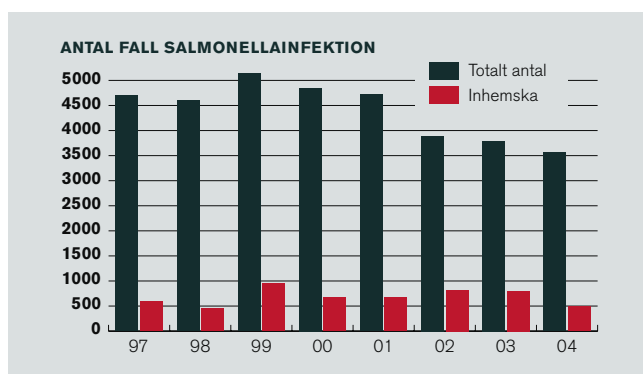
Liksom tidigare år var majoriteten av de smittade personerna unga. 2004 utgjordes största andelen, cirka två tredjedelar, av de infekterade personerna av män. Detta till skillnad från året innan, då könsförhållandet var det omvända.

Enligt de kliniska anmälningarna var den vanligaste misstänkta smittkällan mat/vatten (79 %).

Under våren anmäldes ett spädbarn, en ettåring och dennes mamma med paratyfoidfeber. Det framkom att de båda barnen legat inne på samma barnklinik samtidigt. All personal som varit i kontakt med de smittade barnen kontrollodlades. Inga fler fall hittades, vare sig bland dessa eller bland övriga patienter.

Salmonellainfektion – *Salmonella* species

Den nedåtgående trenden för totalantalet salmonellafall höll i sig även år 2004.



FIGUR 18. Salmonellainfektion 1997–2004.

Antalet inhemska fall var det lägsta sen 1998. Detta är en minskning från föregående år med 38 %, vilket kan förklaras med ett litet antal utbrott med få fall involverade.

Månadsvariationen i antalet anmälda salmonellafall smittade i landet liknade den tidigare år med en liten topp under sensommaren. Minskningen var jämnt fördelad över årets månader, dock observerades en extra kraftig minskning i juli och augusti. Den enda månad då antalet fall ökade var januari, vilket kan förklaras med det utbrott i Sydsvetrike som kunde kopplas till dansk skinka på ett julbord år 2003, där flera av fallen anmäldes i början av år 2004.

Spridningen av inhemska fall över landet visade inga större förändringar. I Jämtlands, Skånes och Stockholms län var minskningen dock påtaglig. De inhemska salmonellafallen var jämnt fördelade mellan män och kvinnor samt över de olika åldersgrupperna. Minskningen från året innan syntes i princip i samtliga grupper, men var extra uttalad bland 0-9- och 20-29-åringar.

Misstänkta inhemska smittkällor som uppgavs var mat/vatten (72 %), personkontakt (5 %) och djur (2 %). 59 olika serotyper fanns bland de inhemska smittade fallen. De vanligaste var *Salmonella* Typhimurium (38 %) och *Salmonella* Enteritidis (15 %).

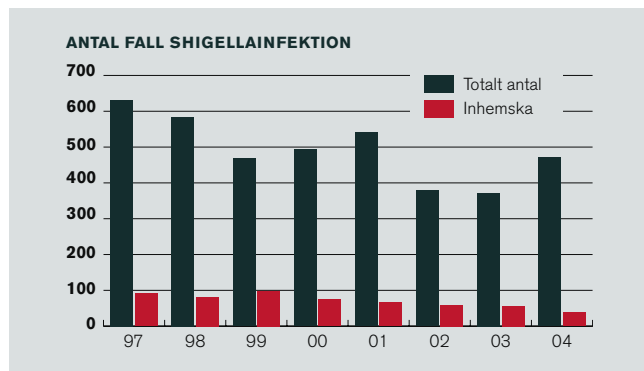
De mest frekvent angivna smittländerna var Thailand (16 %), Sverige (14 %) och Spanien (11 %).

Under året rapporterades fem stycken utbrott med totalt 42 sjuka personer.

- I juni insjuknade fem personer i Stockholmstrakten i *Salmonella* Typhimurium fagtyp 104 efter att ha ätit rostbiff på en restaurang.
- Under sommaren smittades nio personer på ett par platser i södra Sverige av *Salmonella* Typhimurium fagtyp 120. Korv misstänktes vara smittkällan.
- I slutet av sommaren insjuknade tre personer i en familj efter att ha ätit olika kycklingrätter från en kinarestaurang. *Salmonella* Bardo kunde isoleras från den råa kycklingen, som härstammade från Brasilien.
- Under hösten insjuknade tretton personer i olika delar av Sverige med *Salmonella* Thompson. Under samma period rapporterades ett utbrott av samma salmonellatyp i Norge, samt en markant ökning av fall i Storbritannien. Med hjälp av mikrobiologiska och epidemiologiska utredningar kunde fallen i Sverige och Norge kopplas till varandra och en gemensam smittkälla, ruccolasallad importerad från Italien. Bakteriologiska analyser av den italienska ruccolasalladen visade att den innehöll ett flertal olika typer av *Salmonella* samt även *Campylobacter*.
- Under hösten insjuknade tolv personer, spridda över stora delar av Sverige, i *Salmonella* Mikawasima. En fall-kontrollstudie genomfördes. Studien gav inget entydigt resultat. Bakterier kunde inte heller isoleras från något livsmedel.

Shigellainfektion – *Shigella* species

Det totala antalet anmälda shigellafall låg på samma nivå som under tidigare år, däremot fortsatte det antal personer som smittats i Sverige att sjunka.



FIGUR 19. Shigellainfektion 1997–2004.

Minskningen av inhemska fall var en tredjedel, vilket innebär att dessa 2004 endast utgjorde 8 % av samtliga inrapporterade fall.

Från Egypten (19 %) och Indien (13 %) smittades under 2004 fler fall med shigellainfektion än i Sverige.

Vad gällde totala antalet anmälda shigellafall skedde en viss omfördelning över året. Dubbelt så många rapporterades under månaderna november, december, mars och april, medan en minskning observerades under augusti och september. Därmed har fördelningen över året ändrats till fler fall under våren, höstökningen blivit mindre uttalad och en senhöst-vintertopp tillkommit.

De inhemska fallen var spridda över hela året med ett till sju fall per månad förutom i januari, då inga fall alls rapporterades. Under sommarhalvåret insjuknade något fler personer än under vintern.

Köns- och åldersmässigt rådde samma förhållande som föregående år. Minskningen av inhemska fall syntes tydligast bland personer under 20 år.

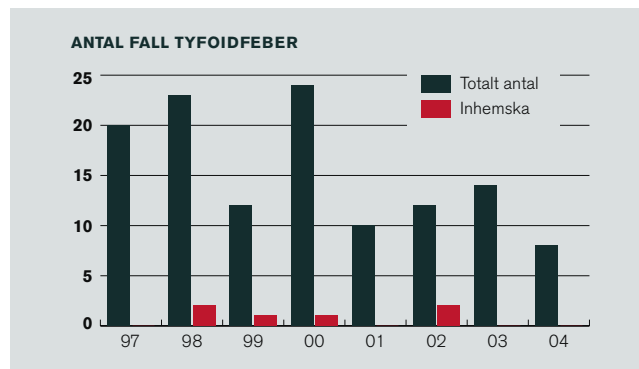
Fördelningen av inhemska fall över landet liknade den från 2003. Värt att notera var dock en kraftig minskning av antalet rapporterade fall i Stockholms län och en ökning i Uppsala län.

Fördelningen mellan olika typer såg även den ut som året före. Av de i Sverige smittade personerna hade 22 *Shigella sonnei* (58 %), tolv *S. flexneri* (32 %), två *S. dysenteriae* (5 %), en *S. boydii* (3 %) och en var otypad.

Under 2004 rapporterades inga shigellautbrott.

Tyfoidfeber – *Salmonella* Typhi

Under 2004 anmäldes åtta personer med tyfoidfeber.



FIGUR 20. Tyfoidfeber 1997–2004.

Samtliga var smittade i Asien, varav fem i Indien.

Liksom tidigare år kom hälften av anmälningarna från Stockholms län.

Till skillnad från året innan, då merparten av fallen anmäldes under andra halvåret, inföll alla fall 2004 före augusti månad.

Liksom tidigare år var de anmälda personerna unga, samtliga var under 40 år. Fem var män och tre kvinnor.

Sex personer angavs vara ovaccinerade och för två personer var vaccinationsstatus okänd.

Vibrio cholerae O1 /O139

Under 2004 rapporterades liksom 2003 ett importfall av *Vibrio cholerae* infektion.

Vibrio, övriga

Sjukdomen blev anmälningspliktig efter 1 juli 2004.

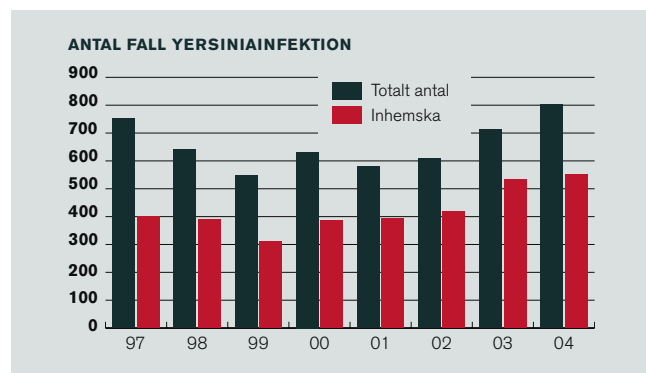
Vibrio cholerae icke-O1, icke-O139: 3 efter 1 juli.

Vibrio parahaemolyticus: 2 efter 1 juli.

Vibrio alginolyticus: 2 efter 1 juli.

Yersiniainfektion – *Yersinia enterocolitica/pseudotuberculosis*

Även under 2004 ökade antalet anmälda yersiniafall, de inhemska smittade med endast 4 %.



FIGUR 21. Yersiniainfektion 1997–2004.

Ökningen var främst lokaliserad till ett antal län i mellersta Sverige.

Köns- och åldersfördelningen överensstämmer med tidigare år. Av anmälningarna gällde 37 % barn under 10 år. I denna yngsta åldersgrupp insjuknar lika många pojkar som flickor. I högre åldrar drabbas män i något större utsträckning. År 2004 var andelen anmälda kvinnor något lägre (44 %) än föregående år.

Enligt de kliniska anmälningarna misstänktes två tredjedelar av de inhemska fallen ha smittats av mat eller vatten. Hos 2 % av fallen uppgavs djur vara smittkällan.

MYKOBAKTERIER

Tuberkulos – *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium bovis* respektive *Mycobacterium africanum*

Under 2004 rapporterades en ökning med 13 % av antalet patienter med nyupptäckt tbc jämfört med 2003 och 2002. Totalt rapporterades 465 nya fall, vilket motsvarar 5,2 nya fall per 100 000 invånare. Av dessa patienter var 24 % födda i Sverige och 64 % födda utrikes. För övriga personer saknas uppgift om nationellt ursprung.

Jämfört med 2003 var ökningen tydligast bland män i åldern 18-64 år och bland utrikes födda personer från Afrika (främst Somalia). Ökningen observerades i 14 av 21 landsting, medan 7 landsting rapporterade en något lägre eller oförändrad nivå jämfört med 2003. Ökningen gällde både odlingsverifierade och icke odlingsverifierade fall. Ökningen omfattade även antalet och andelen patienter med resistenta stammar av *Mycobacterium tuberculosis*.

Tuberkulosdiagnosen bekräftades genom odling hos 375 patienter (80 %), varav *M. tuberculosis* hos 370, *M. bovis* hos fyra patienter och *M. africanum* hos en patient. Hög smittsamhet, det vill säga positiv sputummikroskopi, konstaterades hos 120 patienter (26%).

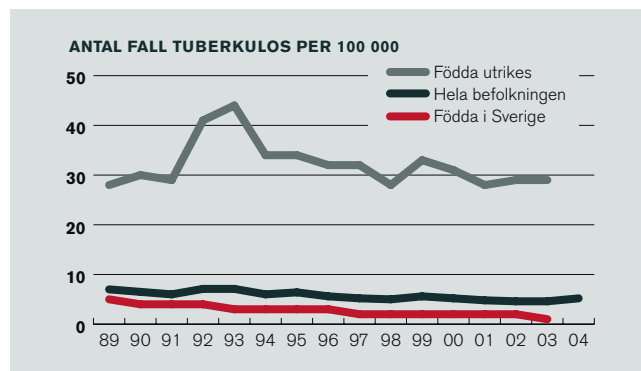
Resistens mot ett eller flera av de vanliga tuberkulosläkemedlen (isoniazid, rifampicin, etambutol, pyrazinamid eller streptomycin) rapporterades hos 57 patienter (15 % av 371 patienter med odlingsverifierad *M. tuberculosis* eller *M. africanum*). Resistens mot isoniazid var vanligast (9 %), följt av streptomycin (5 %), pyrazinamid (3 %), rifampicin (2 %) och etambutol (0,8 %). Multiresistens (resistens mot minst båda medlen isoniazid och rifampicin) konstaterades hos fem patienter (1,3 %).

Vid genetisk typning med restriktionsfragmentlängdpoly-morfism (RFLP) identifierades 49 patienter i 32 olika kluster med genetiskt identiska stammar hos två eller flera patienter inom varje kluster. Patienterna i de olika klustren har insjuknat under 2004 eller under den senaste tio-årsperioden. Under 2004 tillkom fem nya fall i det stora kluster av patienter med isoniazid resistent tuberkulos, som till och med 2004 omfattar totalt 77 patienter (de flesta i Stockholmsområdet) vilka insjuknat under perioden 1996 tom 2004.

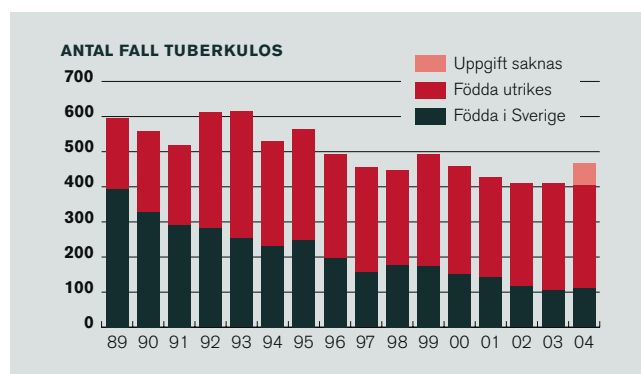
Anmärkning:

Statistiken i denna rapport baseras på antalet rapporterade fall av aktiv tuberkulos relaterat till år för diagnos/behandlingsstart eller om den uppgiften saknas år för provtagning för mykobak-

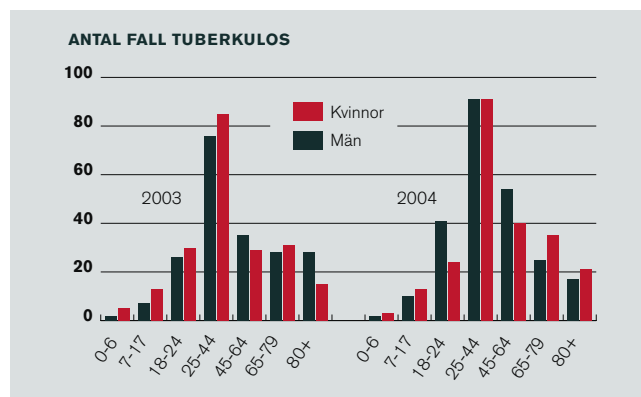
terieodling. Latent infektion ingår inte statistiken. Siffrorna i denna rapport kan avvika från de statistikuppgifter som lämnas via SmiNet.



FIGUR 22. Tuberkulos i Sverige 1989–2004, årlig incidens per 100 000 invånare födda i Sverige respektive utrikes.



FIGUR 23. Tuberkulos i Sverige 1989–2004. Antal nyupptäckta fall per år relaterat till nationellt ursprung.



FIGUR 24. Tuberkulos i Sverige 2003 och 2004, ålders- och könsfördelning.

Icke tuberkulösa (atypiska) mykobakterier

Icke tuberkulösa mykobakterier är opportunister som i första hand framkallar sjukdom hos personer med nedsatt immunförsvar eller underliggande kronisk sjukdom.

Den vanligaste manifestationen är lunginfektion hos personer med underliggande kronisk lungsjukdom. Andra tillstånd är cervikal lymfadenit hos tidigare friska små barn samt allvarlig disseminerad infektion hos personer med immundefekt.

Icke tuberkulösa mykobakterier rapporteras internationellt i ökande omfattning vara associerade till nosokomiala utbrott. Smittspridning har bland annat kunnat hänföras till vattenledningsvatten och kontaminerat vatten i badbassänger. Under 2004 har bland annat rapporterats utbrott i Dominikanska republiken av postoperativa sårinfektioner av *Mycobacterium abscessus* hos patienter som genomgått kosmetisk kirurgi. I Kalifornien har spridning av svåra hudinfektioner av icke tuberkulösa mykobakterier rapporterats i samband med bubbelbad i fotvårdssalonger.

I Sverige rapporterades icke tuberkulösa mykobakterier hos totalt 300 patienter under 2004 jämfört med 259 fall år 2003.

Det är oklart i hur många fall som odlingsfyndet av icke tuberkulösa mykobakterier från luftvägarna har haft klinisk relevans. Extrapulmonella fynd bedöms dock alltid vara av

klinisk betydelse. Flera patienter har från början anmälts under diagnos tuberkulos, men har senare, när odlingsvaret anlänt, efter förfrågan till behandlande läkare avregistrerats från denna diagnos.

Icke tuberkulösa mykobakterier påvisades vid odling från luftvägsprov (sputum, bronksekret, bronkialsköljvätska eller ventrikelsköljvätska) hos 78 % av totalt 300 patienter. Hos 35 patienter (11,5 %) rapporterades isolat från extrapulmonell lokal (pleura 3, lymfkörtel 15, blod 5, urin 4, faeces 1 och hud 7) samt hos ytterligare 31 patienter (10 %) från icke specificerad, men sannolikt extrapulmonell lokal.

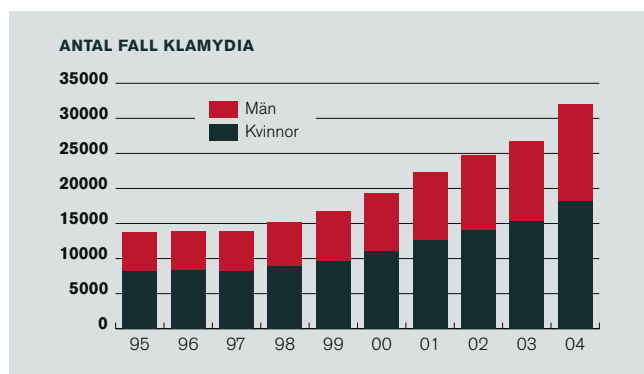
Könsfördelningen var i stort sett lika jämfört med perioden 2000-2003. Andelen kvinnor uppgick till 62 % under 2004 jämfört med 63 % år 2003 och 61 % år 2002. Medianåldern var 66 år under 2004, 63 år under 2003 och 71 år under 2002. Antalet barn under 5 år var 23 under 2004 jämfört med 32 under 2003 respektive 23 under 2002.

Artbestämning visade som tidigare år en dominans för *M. avium-intracellulare* 177 (59 %), följt av *M. malmoense* 29 (10 %), *M. marinum* 13, *M. gordonae* 13, *M. xenopi* 9 och *M. abscessus* 8 samt ytterligare 1-7 fall vardera av 18 olika arter. Jämfört med 2003 var ökningen tydligast av *M. avium*.

SEXUELLT ÖVERFÖRDA INFEKTIONER/STI

Klamydia – *Chlamydia trachomatis*

Under 2004 anmäldes 32 075 fall med klamydiainfektion, vilket är en ökning med 20 % jämfört med året innan. Detta är den största ökningen som skett i Sverige sedan 1997, då antalet klamydiasmittade började öka efter att ha minskat under flera år.



FIGUR 25. Antal rapporterade fall av klamydia per kön 1995–2004.

Trots att det i de utomnordiska länderna i Europa saknas övervakningssystem för klamydia, ses i de flesta länder en ökning av klamydiainfektioner vid de kliniker där provtagning sker. Ett undantag är Nederländerna där antalet smittade stabiliserades mellan 2002 och 2003. Sverige har ett mycket väl uppbyggt system för övervakning och smittspårning av klamydia. I andra länder har man funnit andra lösningar. I England har man på försök startat ett screening-program för klamydia för att nå sexuellt aktiva kvinnor i åldrarna 16 till 24 år och i Österrike testas alla gravida kvinnor för klamydia och registrerade prostituerade undersöks regelbundet.

Landsting och smittland

I nästan alla landsting sågs under 2004 en ökning av antalet smittade med klamydia per 100 000 invånare jämfört med 2003. Semestermålet Gotland, som under 2003 uppvisade en minskad incidens, ökade något under 2004. Den största ökningen av incidensen i landet sågs i Halland, Västernorrland och Värmland. Bara två landsting, Kalmar och Västerbotten, visade en minskad incidens. Storstadsregionen Stockholm, som står för den största andelen smittade i Sverige ökade endast måttligt under 2004.

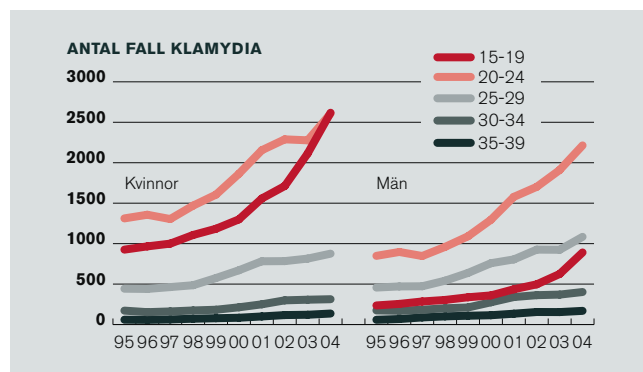
De flesta av de personer som smittades med klamydia under 2004 smittades i Sverige (87 %), medan 5 % uppgavs vara smittade utomlands, framför allt i Spanien, Thailand och Grekland.

Den största andelen smittade i Spanien och Grekland uppgavs vara kvinnor, medan den största andelen som smittades i Thailand var män. För 8 % saknas uppgift om smittland.

Kön och ålder

Fler än hälften av de rapporterade fallen var, liksom tidigare år, kvinnor (57 %).

De som vanligen smittas med klamydia är män och kvinnor i åldrarna 15–39 år. Om man studerar incidensen per kön och åldersgrupp ser man att flickor i åldrarna 15 till 19 år smittas med klamydia i nästan lika stor utsträckning som 20–24-åriga kvinnor, en grupp som åter ökat under 2004 efter en utplaning under 2003. Pojkar som smittas med klamydia i åldern 15–19 år är färre än motsvarande åldersgrupp av flickor, men ökningen bland pojkarna var markant under 2004 liksom bland män i åldersgruppen 20–24 år. Den största ökningen jämfört med 2003 sågs i åldersgruppen 15–19 år, men också bland 14-åringar ökar antalet fall.



FIGUR 26. Anmälda fall av klamydiainfektion per kön och åldersgrupp per 100 000 invånare 1995–2004.

Sex mellan män

Även bland män som har sex med män smittas fler med klamydia och under 2004 smittades 338 män, vilket var en ökning jämfört med 2003 då 229 män smittades. De flesta smittade var i åldern 20–29 år.

Lymfgranuloma venereum

Under 2004 har en studie startats där man undersöker klamydiapositiva prover från män som har sex med män, för att få svar på om könssjukdomen lymfgranuloma venereum (LGV) förekommer i gruppen. Studien startades till följd av rapporte-

rade utbrott av sjukdomen bland dessa män i Europas storstäder. I Sverige har under 2004 två fall upptäckts i Stockholm.

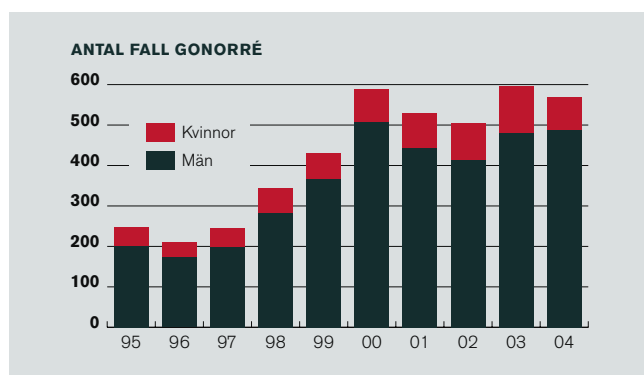
LGV orsakas av serotyp L1-L3 av den bakterie, *Chlamydia trachomatis*, som ger klamydiainfektion. De två fallen har med sekvensanalys verifierats som typ L2, samma typ som förekommer i Europa. Studien utförs i samarbete mellan SMI, Akademiska Sjukhuset i Uppsala och Venhälsan i Stockholm. De två fallen hade inget samband med varandra och vid partnerspårningen hittades inga fler fall. Eftersom det förekommer asymptomatiska fall, är det viktigt att spåra dem som eventuellt har smittats.

Gonorré – *Neisseria gonorrhoeae*

År 2004 anmäldes 569 fall fall av gonorré, vilket är en minskning med 5 % jämfört med föregående år. Sjukdomen har dock under de senaste åtta åren blivit vanligare i Sverige efter att tidigare kontinuerligt ha minskat under mer än två decennier. Ökningen under senare år beror framför allt på en ökad inhemsk smittspridning, som varit särskilt uttalad bland män som har sex med män, men också bland unga heterosexuella. Idag är majoriteten av fallen smittade i Sverige – framför allt i storstadsområdena – till skillnad från i mitten av 1990-talet då knappast någon reell inhemsk smittspridning förekom. Gonorré är åter fast etablerad i Sverige på en nivå mellan 500 och 600 rapporterade fall om året.

Den svenska ökningen sammanfaller i tid med liknande trender i andra Västeuropeiska länder under slutet av 1990-talet och 2000-talets början, en ökning som föregicks av en kraftig ökning av sexuellt överförda infektioner i delar av Östeuropa, särskilt i Baltikum och Ryssland.

Ett ökat resande till Thailand och andra länder i Sydostasien under de senaste tio åren, har medfört en ökad resistensproblematik i Sverige. I Sydostasien är gonorrébakterien ofta resistent mot de vanligaste antibiotikapreparaten och en ökad importsmitta från denna del av världen har fått till följd att spridning av resistent gonorré även ökat påtagligt i Sverige under 2000-talet.



FIGUR 27. Anmälda fall av gonorré i Sverige 1995–2004, uppdelat på kvinnor och män.

Landsting och smittland

Majoriteten av fallen 2004 anmäldes från Stockholms läns landsting som ensamt stod för 51 % av alla fall, följt av Västra Götaland med 18 % och Skåne med 12 %, medan övriga landsting tillsammans stod för 19 %.

Andelen som hade smittats i Sverige var 60 %, medan utlandssmittade stod för 36 % och okänt smittland 4 %. 40 olika länder var representerade av vilka Thailand, Spanien och Danmark var de vanligaste smittländerna vid utlandssmitta.

Kön, ålder och smittväg

Könsfördelningen är mycket ojämn; kvinnorna stod endast för 14 %. Detta var en minskning med 30 % jämfört med föregående år, medan antalet fall bland männen däremot ökade något. Av männen hade 229 smittats genom heterosexuell kontakt, 252 hade smittats genom homosexuell kontakt och för 7 saknades angiven smittväg. Medan fallen bland heterosexuellt smittade män minskade med 9 % ökade fallen bland homosexuellt smittade män med 14 % jämfört med 2003.

Medelåldern för kvinnorna var 27 år och för männen 33 år; 34 år för heterosexuellt smittade män och 33 år för homosexuellt smittade män. Antalet fall bland tonåringar var 31, en minskning från 48 fall året innan. Även bland 20–24-åringarna skedde en minskning under 2004, medan däremot en viss ökning sågs bland 25–29-åringarna och 30–34-åringarna.

Sex mellan kvinnor och män

Av dem som smittats heterosexuellt var männen nästan tre gånger så många som kvinnorna. Skillnaderna är också stora mellan heterosexuella kvinnor och män när det gäller smittland. Majoriteten av kvinnorna, 70 %, hade smittats i Sverige, medan majoriteten av männen, 55 %, hade smittats utomlands. Två tredjedelar av männen som smittats utomlands hade smittats i Sydostasien, framför allt i Thailand.

Av de inhemskt smittade fallen var flertalet, 70 %, anmälda från de tre storstadslandsting, men enstaka inhemska fall förekom även i övriga landsting.

Sex mellan män

Majoriteten, 72 % av de män som smittats genom sex med män, hade smittats i Sverige. Framför allt hade de smittats i Stockholm, men inhemsk smitta förekom också med 15–20 fall vardera i Göteborg och Malmö. Av männen som smittats utomlands var flertalet smittade i Västeuropa, framför allt i Danmark, Spanien och Tyskland.

Laboratorierapportering

Enligt den numeriska laboratoriestatistiken provtogs 53 113 personer för gonorré år 2004, en ökning med 7 % jämfört med året innan. Kvinnornas andel av de provtagna utgjorde

62 %, men endast 0,3 % av kvinnorna var positiva för *Neisseria gonorrhoeae* jämfört med 2,8 % av männen. Sammantaget var 1,2 % av alla provtagna positiva för gonorrébakterien.

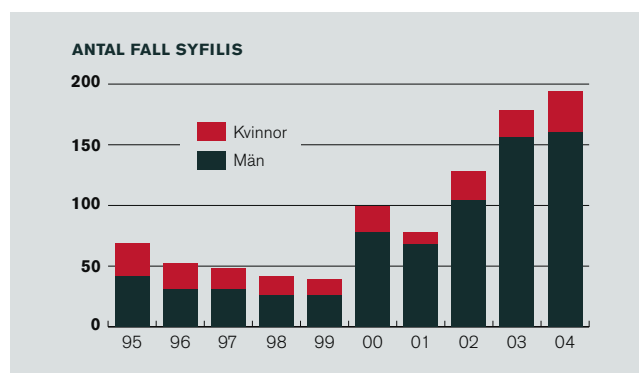
Vid Nationella referenslaboratoriet för patogena neisseria (Kliniskt mikrobiologiska kliniken, Universitetssjukhuset i Örebro) analyserades under året totalt 161 isolat av *N. gonorrhoeae* från 149 patienter, vilket motsvarar en fjärdedel av de till SMI anmälda fallen.

Betalaktamasproducerande (PPNG) stammar utgjorde 26 % av isolaten, medan andelen stammar med nedsatt känslighet eller resistens mot ciprofloxacin var så hög som 51 %, vilket kan jämföras med 1998 då denna andel endast var 18 %.

Syfilis – *Treponema pallidum*

År 2004 anmäldes 194 fall av syfilis, vilket är en ökning med 8 % jämfört med föregående år. Det är den högsta årsincidensen i Sverige sedan 1980-talets början då 300 till 500 fall om året rapporterades. Därefter sjönk incidensen snabbt, vilket sammanfaller i tiden med förändrade sexvanor på grund av hiv-epidemin. I slutet av 1990-talet rapporterades endast omkring 40 fall om året i Sverige och inhemsk smittspridning förekom knappast alls.

Under de senaste fem åren har emellertid sjukdomen åter ökat påtagligt, vilket främst beror på pågående smittspridning i Stockholm bland män som har sex med män, men också på en ökad förekomst bland heterosexuella. Denna ökning har skett samtidigt med att utbrott och en ökad incidens rapporterats från flera europeiska och nordamerikanska storstäder från slutet av 1990-talet och framåt. Noterbart är att hivinfekterade har rapporterats vara överrepresenterade i flera av de rapporterade utbrotten.



FIGUR 28. Anmälda fall av syfilis i Sverige 1995–2004, uppdelat på kvinnor och män.

Landsting och smittland

Stockholms läns landsting stod för majoriteten, 51 %, av de anmälda syfilisfallen 2004, följt av Skåne med 11 % och Västra Götaland med 9 %, medan övriga landsting tillsammans stod för 29 %.

Personer som smittats i utlandet utgjorde 48 % av fallen, medan personer som smittats i Sverige var nästan lika många, 44 %. För 8 % av fallen saknades uppgift om smittland. Förutom Sverige förekom 47 olika länder i alla världsdelar, flertalet dock med något enstaka fall, undantaget Danmark och Ryssland som stod för ett tiotal fall vardera.

Kön, ålder och smittväg

Fördelningen mellan könen är, precis som för gonorré, mycket ojämn. Kvinnorna utgjorde endast 17 % av fallen, vilket dock var en ökning med hela 48 % jämfört med föregående år. Av kvinnorna hade 22 smittats heterosexuellt och för 12 var smittvägen okänd (10 stycken) eller en annan (medfödd respektive

blodsmitta, båda före immigration). Även fallen bland män, som var 160 till antalet, ökade under 2004, dock bara med 3 %. Av männen hade 42 smittats genom heterosexuell kontakt och 103 hade smittats genom homosexuell kontakt. Medan fallen bland heterosexuellt smittade män låg kvar på samma nivå som föregående år, så ökade fallen bland homosexuellt smittade män med 6 %. För 15 män var smittvägen okänd (13 stycken) eller annan (medfödd respektive blodsmitta, båda före immigration).

Nästan alla fallen bland kvinnor och män med okänd smittväg var diagnostiserade inom flyktinghälsovården. Flera av dessa hade sen latent (icke smittsam) syfilis och bland dem kan även ingå fall av närbesläktade icke-veneriska treponematoser som inte går att skilja serologiskt från sen syfilis och som förekommer endemiskt i tropikerna.

Medelåldern för kvinnorna var 31 år och för männen 38 år; 36 år för heterosexuellt smittade män och 41 år för homosexuellt smittade män.

Sex mellan kvinnor och män

42 män och 22 kvinnor var smittade genom heterosexuell kontakt. Flertalet av kvinnorna och männen var smittade utomlands, främst i Östeuropa, Asien och Afrika och många av dessa var asylsökande. Men för 18 personer (9 män och 9 kvinnor) som smittats heterosexuellt uppgavs Sverige som smittland, varav de flesta hade smittats i Stockholm och Södermanland. Detta är en förändring jämfört med 1990-talet då mycket få personer angavs vara smittade i Sverige (cirka 5 fall/år) och det i de flesta fall rörde sig om enstaka sekundärfall till utlandssmittade personer.

Sex mellan män

Majoriteten av de anmälda fallen förra året, 103 personer, var män som smittats genom sex med män. Av dem hade omkring två tredjedelar smittats i Sverige, varav flertalet i Stockholm där ett syfilisutbrott startade år 2000. Inhemskt smittade fall förekom även i Göteborg, liksom några enstaka fall i andra orter. Smitta i utlandet hade framför allt skett i Västeuropiska storstäder och turistmål. Den vanligaste utländska smittorten var Köpenhamn, där tio män hade smittats, och där ett syfilisutbrott rapporterades under 2004.

SJUKDOMAR SOM INGÅR I DET ALLMÄNNA VACCINATIONSPROGRAMMET

Difteri, polio och stelkramp

Inga fall av difteri, polio eller stelkramp anmäldes under 2004. Europa förklarades fritt från polio den 21 juni 2002.

Polio

Som ett led i certifieringsarbetet för polioutrotningen har omgivningsundersökning av avloppsvatten genomförts på 251 prov från olika delar av landet. Fyra vaccinstammar av poliovirus typ 2 påvisades med molekylära metoder från vattenverk i Stockholm och Göteborg. Förekomst av hepatit A virus har använts som jämförelse för att mäta teknikens känslighet.

Invasiv *Haemophilus influenzae*

I alla länder inom EU ingår numera vaccination mot *Haemophilus influenzae* typ b (Hib) i vaccinationsprogrammet, vilket har medfört att incidensen hos barn under fem år, den grupp som hade den högsta incidensen innan man började vaccinera, har minskat avsevärt. Införandet av vaccinationsprogrammen har kommit olika långt i de olika EU-länderna, som också arbetar enligt olika vaccinationsscheman och har uppnått olika nivåer av vaccinationstäckning. Trots detta har incidensen sjunkit i alla länder jämfört med tiden innan vaccination mot Hib infördes.

Den högsta incidensen i Europa hos barn under fem år rapporterade Storbritannien, Irland och Nederländerna under 2002. I Storbritannien gjordes under 2000 och 2001 ett byte av vaccin och där liksom på Irland ges ingen booster under andra levnadsåret, motsvarande vår vaccination vid tolv månaders ålder. I Nederländerna ges denna vaccination vid elva månaders ålder.

Under 2004 rapporterades 38 personer, 21 kvinnor och 17 män, i Sverige med invasiv Hib, vilket gav en incidens på 0,4 fall per 100 000 invånare. Antalet rapporterade fall ökade med 65 % jämfört med 2003. Inte sedan 1997 har så många fall rapporterats. De flesta, 25 personer, var äldre än 55 år. Fyra barn i åldern upp till sju år rapporterades. En sexåring och två sjuåringar hade fått tre vaccinationer och ett barn under ett år hade vaccinerats två gånger.

Invasiv infektion med *H. influenzae* oavsett serotyp har tidigare övervakats genom den frivilliga laboratorierapporteringen, men sedan den nya Smittskyddslagen trädde i kraft den 1 juli 2004 blev sjukdomen anmälningspliktig.

Under första halvåret 2004 rapporterades 60 fall av invasiv *H. influenzae* oavsett serotyp i den frivilliga laboratorierapporteringen. Efter 1 juli anmäldes 44 fall. Sammanlagt under året anmäldes alltså 104 fall, som inte typats till *H. influenzae* serotyp b. 29 av dessa 44 isolat har sänts till SMI för serotypning. 66 % var utan kapsel (NT), 31 % av typ f och 3 % av typ a.

Kikhosta – *Bordetella pertussis*

Sedan acellulärt kikhostevaccin infördes i barnvaccinationsprogrammet 1996 har incidensen av rapporterad kikhosta i landet minskat tiofalt från cirka 150 till 9–17 per 100 000 under åren 2001–2004.

En särskild uppföljning av kikhosteläget i landet genomförs sedan 1997 av SMI på uppdrag av det europeiska läkemedelsorganet, EMEA, med stöd från berörda vaccintillverkare. Av 7-årsrapporten från denna undersökning framgår att minskningen av kikhosta är mindre uttalad bland spädbarn – särskilt bland ovaccinerade barn under 3 månaders ålder (225 per 100 000 personer/år) och barn som endast fått en dos (före 5 månaders ålder, 211 per 100 000 personer/år). De helt ovaccinerade spädbarnen vårdas i betydligt större utsträckning på sjukhus; 71 % av rapporterad laboratorieverifierad kikhosta under 3 månaders ålder jämfört med 42 % av ovaccinerade och 32 % av vaccinerade med en dos kikhostevaccin. Sjukhusvård på grund av kikhosta är ovanligt efter två eller tre doser.

Kikhosta har minskat kraftigt för de årskullar som fått minst två doser kikhostevaccin. Under åren 2000–2003 observerades den högsta åldersspecifika incidensen för barn födda under tidigt nittital det vill säga innan allmän kikhostevaccination hade införts. Denna trend bröts 2004. Den högsta incidensen efter spädbarnstiden observeras nu bland barn födda 1996, den första årskullen som fick kikhostevaccin i programmet. Detta är det första klara tecknet på att skyddseffekten av de acellulära vaccinerna börjar avta 6–7 år efter tre vaccinationer under spädbarnsåret. Den observerade tendensen bör bekräftas med en bestående trend under ytterligare ett år innan man tar ställning till när en fjärde dos kikhostevaccin bör ges, vilket också bör medföra en sammanslagning av påfyllningsdoser för difteri, stelkramp och polio. Det främsta skälet för en eller flera påfyllningsdoser av kikhostevaccin är att om möjligt minska svår kikhosta bland spädbarn, ett kvarstående problem inte bara i Sverige utan även i länder som vaccinerat spädbarn och förskolebarn sedan många år.

Mässling

Under 2004 anmäldes fem personer med mässling, varav en uppger att han tidigare vaccinerats. Två var smittade utomlands, en smittades av en utlandssmittad och hos en person smittad i Sverige saknas fall i omgivningen.

Påssjuka

34 fall anmäldes under året. Endast 4 uppger utlandssmitta.

Från Västra Götaland rapporterades 19 personer med verifierad eller misstänkt påssjuka i åldersgruppen 2-56 år. Bland dessa var det nio personer som var födda 1982 eller senare varav sex uppger att de tidigare vaccinerats mot påssjuka. Andra virus än parotitvirus kan orsaka svullnad av parotiskörtlarna men misstankar finns att några av fallen kan ha infekterats med annan subtyp av parotitvirus än den som ingår i MPR-vaccinet. Detta har hittills visats hos en patient som infekterats med parotitvirus av subtypen H. Denna subtyp har ej tidigare isolerats i Sverige.

Röda hund

Under 2004 anmäldes inget fall av röda hund. Sedan allmän vaccination mot röda hund infördes för flickor under 1970-talet och allmänt sedan 1982 har sjukdomen blivit sällsynt i Sverige. Inte sedan mitten av 1980-talet har något barn fötts med rubellaorsakade missbildningar i Sverige.

Vaccinationstäckning

Vaccinationsstatistik från barnvårdscentralerna

Anslutningen till det allmänna barnvaccinationsprogrammet övervakas genom årlig insamling av vaccinationsstatistik från alla barnvårdscentraler i landet. Rapportblanketter insamlas och registreras vid de regionala barnhälsovårdsenheterna och vidarebefordras till SMI för nationell sammanställning. Uppgifter lämnas i januari månad varje år beträffande vaccinationsstatus hos de barn som under föregående kalenderår fyllt två år. I januari 2005 insamlades uppgifter om barn födda 2002.

Statistiken visade med några undantag en god vaccinationstäckning mot difteri, stelkramp, polio, *Haemophilus influenzae* typ b och kikhosta, drygt 98 % hade fått minst tre vaccindoser. Vaccinationstäckningen mot mässling, påssjuka och röda hund (MPR) har under 1990-talet legat strax över 95 %, men i januari 2002 rapporterades en tydlig nedgång för barn födda 1999 till 88,5 %. Vaccinationstäckningen har därefter förbättrats till 90,5 % av barn födda 2000 (rapport januari 2003) respektive 93,4 % av barn födda 2001 (rapport januari 2004) samt 94,5 % av barn födda 2002 (rapport januari 2005). För den senaste årskullen varierade vaccinationstäckningen i olika kommuner mellan 72 % och 100 %. Totalt 24 av 290 rapporterade kom-

muner låg under 90 % vilket är den för "herd-immunity" kritiska gränsen.

Vaccination mot tuberkulos rekommenderas för barn med ökad risk att utsättas för tuberkulossmitta. Totalt 15,9 % av barn födda 2002 hade blivit BCG-vaccinerade med variationer i olika landsting från 3,7 % till 23,3 %. Andelen barn som bedömdes tillhöra riskgrupp för tuberkulos uppgick till i genomsnitt 17,3 % varav 88,9 % hade blivit BCG-vaccinerade.

Vaccinationstäckningen av riskgrupper varierade i olika landsting mellan 71 % och 93 %. I januari 2004 insamlades för första gången uppgift om vaccination mot hepatit B, som erbjuds till barn med ökad risk att utsättas för hepatit B-smitta. Uppgift om vaccination mot hepatit B har dock visat sig vara ofullständigt dokumenterad i barnhälsovårdsjournalerna. I årets rapport, januari 2005, rapporterades i genomsnitt 1,8 % av barn födda 2002 ha fått en eller flera vaccindoser mot hepatit B, med variation i olika landsting från 0 till 3,9 %.

Även om siffror på riksnivå visar en tillfredsställande vaccinationstäckning både av det allmänna och det riktade vaccinationsprogrammet mot tuberkulos, så observeras lokala och regionala avvikelser som påkallar uppmärksamhet. Förbättrad dokumentation i barnhälsovårdsjournalerna behövs beträffande vaccination mot hepatit B, som utförs vid mottagning eller klinik utanför barnhälsovården.

Fullständig rapport publiceras på SMI:s hemsida www.smittskyddsinstitutet.se.

Vaccinationsstatistik från skolhälsovården

Statistiken omfattar vaccinationsstatus hos elever i årskurs 6 enligt redovisning i slutet av vårterminen läsåret 2003/2004. Statistiken gäller alla vaccinationer som eleverna fått under hela livet, före eller under skoltiden.

Rapporter inlämnades från 3 152 skolor med totalt 120 931 elever, vilket motsvarar 94,8 % av elever i årskurs 6 enligt skolverkets statistik för läsåret 2003/2004. Detta är en något lägre rapporttäckning än läsåret 2002/2003 (96,8 %).

Granskning på kommunnivå visar områden med större bortfall i rapporteringen. Från fem kommuner har inga rapporter inkommit och i elva kommuner motsvarar rapportfrekvensen mellan 47 och 79 % av antalet elever enligt skolverket.

Den riksomfattande vaccinationsstatistiken visar en god anslutning till det allmänna vaccinationsprogrammet bland elever i de flesta skolor, där vaccinationsrapporter lämnats. I genomsnitt 97 % av eleverna i de rapporterade skolorna hade fått minst fyra doser vaccin mot difteri, tetanus och polio. 95,2 % hade fått två doser av vaccin mot mässling, påssjuka och röda hund, medan ytterligare 3,8 % hade fått endast en dos vaccin mot mässling, påssjuka och röda hund. Vid granskning av resultaten på kommunnivå respektive skolnivå uppdagas enstaka kommuner och skolor med otillfredsstäl-

TABELL D. Rapporter från barnvårdscentralerna gällande vaccinationsstatus vid två års ålder hos barn födda 2000, 2001 och 2002.

Rapportmånad/år	januari 2003	januari 2004	januari 2005
Födelseår	2000	2001	2002
Folkmängd dec. 2002/dec 2003/dec 2004	92 180	93 204	97 625
Antal med uppgift (N)	91 029	92 516	97 390
Procent av folkmängd	98,8%	99,3%	99,8%
	Procent av N	Procent av N	Procent av N
Vaccinerade mot			
Difteri minst 3 doser	98,6	98,5	98,6
Tetanus minst 3 doser	98,6	98,6	98,7
Kikhosta minst 3 doser	98,3	98,3	98,6
Polio minst 3 doser	98,5	98,4	98,6
<i>Haemophilus influenzae</i> typ B minst 3 doser	98,2	98,2	98,3
Mässling, påssjuka, röda hund minst 1 dos	90,5	93,4	94,5
Ingen vaccination mot			
Difteri	0,7	0,8	0,8
Tetanus	0,6	0,7	0,7
Kikhosta	0,9	1,0	0,8
Polio	0,7	0,8	0,8
<i>Haemophilus influenzae</i> typ B	0,9	1,0	0,9
Mässling, påssjuka, röda hund	9,5	6,6	5,5
Vaccinerade mot tuberkulos (BCG), totalt	15,8	15,7	15,9
Andel BCG-vaccinerade bland barn med ökad tbc-risk	87,1	88,4	88,9
Vaccinerade mot hepatit B	Ingen information		
4 doser		0,1	0,2
Endast 3 doser		0,9	1,0
Endast 2 doser		0,3	0,3
Endast 1 dos		0,2	0,3
Totalt 1–4 doser		1,5	1,8

lande vaccinationstäckning i form av en hög andel helt ovaccinerade elever.

Beträffande det riktade vaccinationsprogrammet mot tuberkulos (BCG-vaccin) och hepatit B konstateras att dokumentationen i skolhälsovårdsjournalerna är ofullständig. Enligt befintlig information rapporterades i genomsnitt 13,2 % av elever i de rapporterade skolorna ha blivit BCG-vaccinerade och 1,4 % uppgavs ha fått en eller flera doser vaccin mot hepatit B.

Metod

Kartläggning av vaccinationsstatus hos skolbarn genom årlig insamling av vaccinationsstatistik från skolhälsovården infördes 1982 i samband med införandet av tvådos-programmet för vaccination med kombinerat vaccin mot mässling, påssjuka och röda hund vid 18 månader respektive 12 års ålder. Syftet var att säkerställa en god anslutning till det nya vaccinationsprogrammet med en minst 90-procentig vaccinationstäckning för att uppnå ”herd immunity”.

Från och med läsåret 1997/1998 ansvarar landets smittskyddsenheter för insamling av vaccinationsrapporter från enskilda skolor/ kommuner samt vidarebefordran av regionala rapporter till SMI för sammanställning av statistiken på riksnivå.

Under läsåren fr.o.m. 1997/1998 till och med 2000/2001 var övervakningen inte heltäckande på grund av att några landsting inte kunde medverka. Från och med läsåret 2001/2002 deltar alla landsting i rapporteringen med ett tillfälligt undantag för ett mindre landsting under 2003/2004.

Fullständig rapport publiceras på SMI:s hemsida www.smittskyddsinstitutet.se under rubrik Vaccinationsstatistik.

TABELL E. Vaccinationsstatistik från skolhälsovården läsåret 2003/2004 jämfört med läsåret 2002/2003.

Läsår		2002/2003		2003/2004	
Antal elever i årskurs 6 enligt skolverket (N1)		118 963	% av N1	127 583	% av N1
Antal elever i årskurs 6 i rapporterade skolor (N2)		115 135	96,8	120 931	94,8
Vaccinationsstatus mot		Antal	% av N2	Antal	% av N2
Difteri och Tetanus	minst 4 doser	112 036	97,3	117 779	97,4
	1-3 doser	2 185	1,9	2 157	1,8
	Ingen dos	43	0,04	92	0,1
	Ingen uppgift	805	0,7	903	0,7
Polio	minst 4 doser	111 795	97,1	117 603	97,2
	1-3 doser	2 068	1,8	2 024	1,7
	Ingen dos	48	0,04	77	0,1
	Ingen uppgift	1 093	0,9	1 227	1,0
Mässling, påssjuka och röda hund	minst 2 doser	109 408	95,0	115 146	95,2
	endast 1 dos	4 712	4,1	4 546	3,8
	Ingen dos	441	0,4	508	0,4
	Ingen uppgift	599	0,5	731	0,6
Tuberkulos (BCG vaccin)	Vaccinerade			15 908	13,2
	Ej vaccinerade			62 037	51,3
	Ingen uppgift			42 986	35,5
Hepatit B	Vaccinerade			1 655	1,4
	Ej vaccinerade			53 382	44,1
	Ingen uppgift			65 894	54,5

ÖVRIGA ANMÄLNINGSPLIKTIGA SJUKDOMAR

Botulism – *Clostridium botulinum*

Botulism är en ovanlig sjukdom i Sverige. Under senare år har endast två fall rapporterats (båda 2003). I båda fallen rörde det sig om spädbarnsbotulism varav ett importerat fall. Inga fall inrapporterade under 2004.

Brucellos

Brucellos är en ovanlig sjukdom i Sverige. För närvarande finns ingen inhemsk brucellos, men ett fåtal svenskar smittas varje år utomlands. Under de tolv senaste åren har upp till sex fall rapporterats årligen. Första juli 2004 blev sjukdomen anmälningspliktig och under detta år anmäldes tre fall, samtliga över 25 års ålder.

Cryptosporidos

Tidigare har cryptosporidieinfektion anmäls på frivillig basis från laboratorier och varje år inkom cirka 50 till 150 rapporter. Första juli 2004 blev sjukdomen anmälningspliktig. Under detta år anmäldes totalt 66 fall, varav 17 antogs vara smittade i Sverige. Infektionen drabbade vanligen personer under 50 års ålder och i något större utsträckning kvinnor än män.

För det stora flertalet fall saknades uppgift om smittväg. I en femtedel av de kliniska rapporterna angavs mat som orsak.

Denguefeber

Sedan den nya Smittskyddslagen infördes den 1 juli 2004 rapporterades 26 fall av denguefeber. Av dessa var 15 stycken män och 11 kvinnor. Medelåldern hos de smittade var 37 år och de var mellan 22 och 69 år. På Sri Lanka, som var det vanligaste smittlandet, hade sex personer smittats. För sex personer fanns ingen smittort angiven.

Echinokockos

Echinokockinfektion är en ovanlig sjukdom i Sverige, där den inte sprids. Ibland uppträcks fall hos personer, som härstammar från områden där sjukdomen förekommer.

Sedan frivilligrapportering från laboratorier infördes 1994 har tre till fjorton fall anmäls årligen, samtliga smittade utomlands. Första juli 2004 blev sjukdomen anmälningspliktig. Detta år anmäldes nio fall.

Invasiv meningokocksjukdom – *Neisseria meningitidis*

Sverige har en låg och stabil incidens i jämförelse med många andra europeiska länder, inklusive de nordiska. En stor del av fallen i Europa inträffar hos barn under ett år och hos tonåringar. De flesta fallen i Europa förorsakas av grupp B följd av grupp C.

Följande länder har infört allmän vaccination av barn med konjugatvaccin mot grupp C: Storbritannien, Irland, Island, Spanien, Luxemburg, Nederländerna samt vissa delar av Belgien. Till följd av vaccinationerna har en minskning av antalet personer under 20 års ålder som insjuknade i invasiv meningokock grupp C sjukdom minskat i dessa länder. I Sverige har medelincidensen för grupp C under de sista nio åren varit 0,2 fall per 100 000 invånare och år. Den låga incidensen har gjort att allmän vaccination inte har bedömts vara indicerad.

Dödligheten i meningokocksjukdom har de senaste nio åren varit 11 % för grupp B och 13 % för grupp C. Det finns all anledning att följa inte bara incidens och mortalitet, utan också antibiotikakänslighetsmönstret med stor uppmärksamhet.

Under 2004 anmäldes 59 fall av meningokocksjukdom i Sverige. Incidensen var därmed 0,7 fall per 100 000 invånare. Av de insjuknade var 35 personer under 20 år och av dessa var 16 stycken barn yngre än 10 år. Fördelningen mellan könen var lika. Ingen anhopning av fall noterades under året. Antalet avlidna som rapporterades under 2004 var sex stycken och två av dessa var tonåringar. Dödligheten i sjukdomen var 10 %.

54 av fallen var odlingsverifierade och det mikrobiologiska referenslaboratoriet i Örebro fick stammar från 50 av dessa fall. Fördelningen av grupper bland de stammar som karaktäriserats var följande: 25 grupp B, 10 grupp C, 6 grupp Y, 6 W-135 och 3 tillhörde andra grupper.

En ökning av meningokockisolat med nedsatt känslighet för bencylpenicillin (MIC > 0,1 mg/L) till 17 % kan noteras under 2004. De föregående nio åren har antalet isolat med nedsatt känslighet varierat mellan 4 och 14 procent. Internationellt räknar man en meningokockstam med ett MIC värde < 0,064 som känslig. Med denna definition var 23 % av stammarna inte fullt känsliga för bencylpenicillin.

Invasiv pneumokocksjukdom – *Streptococcus pneumoniae*

Invasiv pneumokockinfektion har tidigare övervakats genom den frivilliga laborierapporteringen, men från och med den 1 juli 2004 blev sjukdomen anmälningspliktig enligt Smittskyddslagen.

Under halvåret juli till december 2004 rapporterades 406 fall av invasiv pneumokocksjukdom enligt Smittskyddslagen. Tillsammans med de 818 fall som anmäls i den frivilliga laborierapporten mellan januari och juni samma år ger detta totalt 1 224 fall under 2004. Invasiv pneumokocksjukdom har en klar säsongvariation med majoriteten av antalet fall rapporterade under årets första månader.

Under 2004 hade 94 % av fallen pneumokocker isolerade i blod och 4,5 % i likvor. Nästan hälften av alla fall var 65 år eller äldre, och endast enstaka fall var barn. Dessa siffror överensstämmer väl med vad som tidigare noterats i den frivilliga laborierapporten.

Under 2004 genomfördes en aktiv övervakning av invasiva pneumokockinfektioner i Stockholm. Totalt ca 240 pneumokocker insamlades. De vanligaste serotyperna var typ 14 och 4 med 12 % vardera, typ 9V med 10 %, följt av typ 6B, 23F, och 19F i sjunkande ordning.

Långsiktig trend

Antalet rapporterade fall av invasiva pneumokocker i blod ökade under slutet av 80-talet och under större delen av 90-talet utan känd orsak. Sedan slutet av 90-talet har dock antalet fall av invasiva pneumokocker i blod legat relativt stabilt mellan 1 100–1 200 fall per år.

Med molekylärepidemiologisk metodik har vi konstaterat att den dramatiska ökningen framför allt berodde på ökningen av två kloner (genetiskt nära besläktade stammar) av serotyp 14 under första delen av perioden och sedan av typ 1 under mitten av 90-talet. Typ 14 klonen är internationellt spridd sedan en längre tid. Typ 1 klonen har nu även påträffats i andra delar av världen. Däremot har inga stora förändringar skett av antalet fall med pneumokocker isolerade i likvor under perioden, där ungefär 45–70 fall anmäls per år.

Legionärssjuka – *Legionella* species

Under året rapporterades fler fall än tidigare år, 108 personer. Inte sedan 1997 har så många fall av legionellos rapporterats. Denna ökning beror på de olika utbrott som skett under året i landet. Antalet utlandsmittade personer har minskat något. För 6 personer saknas uppgift om smittland. Den manliga övervikten bland rapporterade fall är fortsatt konstant 2/3 män och 1/3 kvinnor.

L. bozemanii har diagnostiserat hos fyra personer och *L. longbeachae* hos fem personer, alla smittade i Sverige. För sju personer saknas uppgift om species.

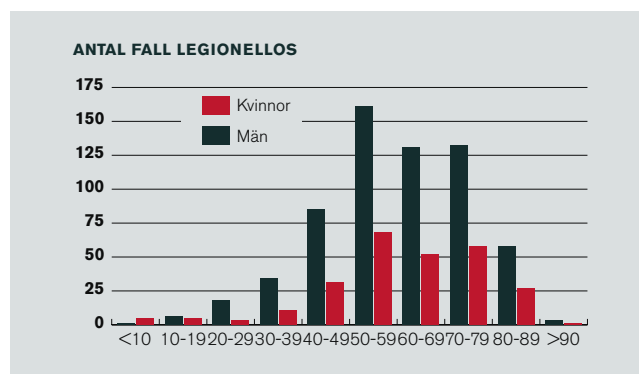
Inhemska fall

Under sensommaren skedde ett större utbrott av legionärssjuka i Lidköping. Minst 15 personer smittades varav två personer avled. Utredningen visade att ett industriellt kyltorn var orsaken till smittspridningen. Detta är det första utbrottet i Sverige där ett kyltorn spridit smitta. Vid utbrottet 1979 i Västerås var smittkällan också ett kyltorn på ett varuhus, men där spreds smittan via friskluftsintaget till varuhuset som var placerat 1 meter från kyltornet.

Bubbelpooler har orsakat tre olika utbrott med legionärssjuka eller Pontiacfeber, men endast ett fåtal av de drabbade personerna har anmälts.

Utlandsförvärvad legionellos

28 personer uppger att de smittats under utlandsvistelse. För 20 personer har vistelsetiderna vid olika hotell rapporterats vidare inom det europeiska EU-nätverket EWGLINET, och därmed bidragit till att flera hotell har undersökts och fått förekomst av legionellabakterier i duschvatten konstaterat, vilket då åtgärdats. De vanligaste smittländerna är Madeira (Portugal) och Turkiet med tre smittade personer vardera, följt av England, Italien Polen och Spanien med två smittade personer per land.



FIGUR 29. Ålder och könsfördelning av rapporterade fall av legionellos 1994–2004 (n=690)

Leptospiros

Leptospiros blev anmälningspliktig enligt Smittskyddslagen den första juli 2004 och sedan dess har två fall rapporterats. Båda är smittade utomlands.

Listerios – *Listeria monocytogenes*

I Sverige har en långsam ökning av listeria skett de senaste tio åren.

Inom Europa har konsumentens livsstil förändrats så, att mindre tid finns för matlagning och alltmer färdiglagad mat konsumeras. Detta, samt försäljning av fler rätter med lång hållbarhet, ökar risken för listeriainfektion.

Antalet utbrott har ökat över tiden i Europa, medan antalet fall per utbrott minskar. Under perioden 1992–1996, då sju utbrott rapporterades i Europa jämfört med 1997–2001 då elva utbrott anmäldes, minskade antalet smittade per utbrott från i genomsnitt 57 till 11 personer. De flesta utbrotten förorsakades av färdiga köttprodukter. Den andra stora orsaken till utbrott var ost.

Under 2004 inträffade 44 fall av listeria i Sverige. Av dessa var 16 kvinnor och 28 män. Incidensen var 0,5 fall per 100 000 invånare. Av dessa skickades 20 stammar in till SMI för typning. 75 % var av typ 1 och 25% av typ 4.

Två gravida kvinnor, som insjuknat i listeria under graviditeten, födde friska barn. I övrigt drabbades de med nedsatt immunförsvar och äldre oftare än andra. Av de insjuknade var 66 procent 65 år eller äldre. En 45-årig frisk man insjuknade, men orsaken till insjuknandet var okänd. Ett barn i ettårsåldern, som bor på en lantgård, insjuknade men tillfrisknade senare. Antalet personer som avled inom tre månader från dagen för insjuknandet var 18 stycken.

Malaria

Under år 2004 anmäldes 109 fall. Kliniska anmälningar med epidemiologiska uppgifter har inkommit för 101 av dessa.

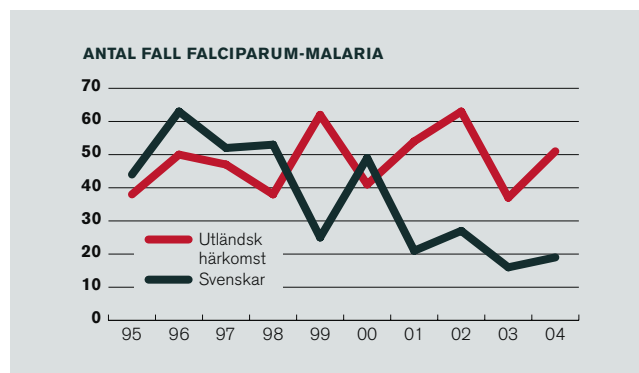
Plasmodium falciparum svarade för nästan 70 % av fallen, och *P. vivax* för 19 %. Av falciparumfallen var 19 svenska resenärer, varav 16 hade smittats under vistelse i olika delar av Afrika, tre hade smittats i Asien. Av anmälningarna framgick att bara tre hade tagit något profylax-läkemedel. Av de 51 falciparum-fallen bland personer som kommer från malaria-endemiska områden var 16 nyanlända eller på tillfälligt besök i Sverige och för dem saknas uppgifter om eventuell malariaprofylax. De övriga 35, bosatta i Sverige, som varit på besök i sina ursprungsländer hade bara i enstaka fall tagit profylax.

Vivax-malaria drabbade 19 personer, 14 av dem var svenskar varav fem hade tagit profylax.

Trender

Sedan mitten av 1980-talet har infektion med *P. falciparum* varit den vanligaste malariatypen som importerats till Sverige, men allt färre svenska resenärer har drabbats. 1998/99 ändrades profylaxrekommendationerna till mer effektiva läkemedel för resenärer till länder i Afrika och det ligger troligen bakom minskningen som skett under senare år. (Det stora antalet fall

år 2000 berodde på ett utbrott bland Gambia-resenärer som inte använt adekvat profylax). De flesta av de falciparum-smittade har de senaste åren varit personer med utländsk härkomst som smittats före ankomst till Sverige eller vid besök i tidigare hemland. Många av de sistnämnda har inte tagit någon form av medikamentell profylax.



FIGUR 30. Falciparum-malaria 1995–2004, svenskar (grön linje), utländsk härkomst (röd linje).

Mjältbrand – *Bacillus anthracis*

Under den senaste tioårsperioden har inget fall av mjältbrand anmälts.

Papegojsjuka (ornithos) – *Chlamydia psittaci*

Antalet anmälda fall av papegojsjuka har stadigt minskat från ett 50-tal fall årligen under större delen av 1990-talet till 12 respektive sju fall under 2003 och 2004. Samtliga av de sju rapporterade fallen 2004 var i medelåldern eller äldre, tre personer var kvinnor och fyra var män.

Pest – *Yersinia pestis*

Under den senaste tioårsperioden har inget fall av pest anmälts.

Q-feber

Q-feber blev anmälningspliktigt enligt Smittskyddslagen 1 juli 2004. Sedan dess har ett importfall rapporterats. Under hela 2004 rapporterades totalt tre fall varav två hade smittats på Kanarieöarna och en i Saudiarabien. I Sverige är Q-feber framför allt en importerad sjukdom även om enstaka inhemska fall beskrivits. I genomsnitt diagnostiseras fem fall årligen.

Sorkfeber – *Nephropatia epidemica*

Sorkfeber är en virussjukdom som sprids via urin, saliv och avföring från skogssork och sjukdomen är i princip begränsad till områden norr om Dalälven.

2004 anmäldes 451 personer och 61 % av dem uppger att de smittats i norrlandslandstingen Norrbotten, Västerbotten, Jämtland, Västernorrland. Uppgift om smittort saknas hos 151 av de rapporterade fallen. Hur många människor som insjuknar varierar beroende på sorktillgången, toppar kommer vart tredje till vart fjärde år. De flesta fallen smittas under höst och tidig vår, ofta samband med att folk tar in hö eller städar i lador.

Tabellen visar dels landsting där smitta skett och dels anmälade landsting.

Trikinos – *Trichinella spiralis*

I Sverige är sjukdomen ovanlig. Sedan 1990-talets början har endast två fall anmälts, 1991 och 2004. Fallet från 2004 smittades i Bosnien efter att ha ätit kallrökt fläskkött.

Tularemi (harpest) – *Francisella tularensis*

Antalet anmälda tularemifall varierar mycket år från år. År 2004 var ett mellanår med 224 rapporterade fall, varav 66 % män, medelåldern var 48 år.

Tidigare har tularemifallen främst varit koncentrerade till de norra och mellersta delarna av Sverige och då framförallt Dalarna och Hälsingland, men under senare år har det endemiska området utvidgats söderut. De flesta fallen anmälda under 2004 är smittade i Örebro (52), Värmland (32) och Stockholms län (26).

Vad som orsakar den stora spridningen av harpest i Sverige de senaste åren (2000 och 2003) är oklart. Vi ser både en ökning av antalet fall men också en spridning i områden där vi inte tidigare haft rapporterade fall. Harpest har i Sverige framförallt setts som en myggburen sjukdom och det har därför spekulerats i om ökningen bland annat beror på våta somrar och mycket mygg. I enstaka fall uppges även fästingbett som orsak till smitta

Virala meningoencefaliter (TBE)

2004 anmäldes 216 fall. Här nedan kommenteras endast TBE (tick-borne encephalitis = fästingburen virusencefalit). Enstaka enterovirus och herpesvirus anmäldes, för övriga saknas uppgift.

TBE var en anmälningspliktig sjukdom mellan 1969 och 1989 och har sedan fram till den 1 juli 2004 rapporterats frivilligt från de diagnostiserande laboratorerna. Den första juli 2004 blev sjukdomen åter anmälningspliktig enligt Smittskyddslagen både från behandlande läkare och från laboratorier

TABELL F. Antal fall av sorkfeber per anmälade landsting och landsting där smitta skett.

	Anmälade landsting											
	Västmanland	V:a Götaland	Värmland	Uppsala	Dalarna	Stockholm	Gävleborg	Jämtland	Västernorrland	Norrbotten	Västerbotten	Totalt
Västerbotten		1			1	1					115	118
Norrbotten										73		73
Jämtland				2		1	1	41				45
Västernorrland				1		5			34			40
Gävleborg				1		5	8					14
Dalarna					1	2						3
Uppsala	1											1
Värmland			4									4
Stockholm						1						1
V:a Götaland		1										1
Uppgift saknas	1			1		3	10	17	52	34	33	151
Totalt	2	2	4	5	2	18	19	58	86	107	148	451

erna. Redovisningen för år 2004 bygger alltså på anmälningar från de båda systemen.

TBE-fallen som här redovisas kommer båda från frivilligrapporteringen och smittskyddsanmälan enligt Smittskyddslagen. 2004 rapporterades 186 fall av TBE till SMI varav 172 personer troligtvis smittats i Sverige. Det är det högsta antalet anmälda fall sedan TBE började uppmärksammas på mitten av 50-talet. Under 1990-talet anmäldes mellan 50 och 70 fall per år i hela landet.

Områden där smittan skett

Som tidigare är de flesta fallen 78 % (146) smittade i Stockholms, Södermanlands och Upplands kusttrakter, både vid Östersjökusten och i Mälarens östra del. I tabellen nedan anges landsting där smitta skett respektive landsting som anmält fallet.

TBE-fall förekommer också varje år längs Östersjökusten i Östergötland och kring Vättern, både vid den östra kusten vid Omberg och den västra kusten i Hjotrakten. Under förra året smittades fyra personer utanför Kungälv där det endast tidigare rapporterats fyra fall sedan 1990.

Mellan tre och sex fall rapporteras årligen från södra delen av Väneren. Enstaka personer smittas årligen på öarna utanför Gotland (Fårö, Gotska Sandön och Karlsöarna) men under förra året var det ingen som smittats där. De senaste åren har

två till tre personer smittats längs Blekingekusten och i Skånes sydöstra hörn årligen.

Av de utlandssmittade har nio personer smittats på Åland och de övriga smittade har uppgett Estland, Tyskland och Polen som smittland.

Sjukhusvård och öppenvård

Av de anmälda fallen framgår det att under 2004 har 60 % krävt sjukhusvård, 27 % har enbart vårdats i öppenvård och uppgift saknas för 13 %. Under 1990-talet var så gott som alla anmälda sjukhusvårdade.

Orsak till ökningen?

Anledning att vi ser en ökning av antal anmälda TBE-fall kan ha flera orsaker. Dels kan det bero på att TBE uppmärksammas i media betydligt mer under senare år. Detta i sin tur visar på att det troligtvis finns en ökad uppmärksamhet både hos patienter och vårdpersonal och att det säkert tas flera prov för att säkerställa diagnos även inom öppenvården.

Studier tyder även på att mildare vintrar ökar fästingpopulationen följande sommar och fuktiga somrar gör att fästingarna förökar sig snabbare.

Troligtvis är ökningen av rapporterade fall en kombination av ovanstående påståenden.

TABELL G. TBE – Landsting där smitta skett/anmälande landsting

	Anmälande landsting																
	Blekinge	Halland	Jönköping	Kronoberg	Norrboten	Skåne	Stockholm	Södermanland	Uppsala	Värmland	Västerbotten	Västernorrland	Västmanland	Västra Götaland	Örebro	Östergötland	Totalt
Blekinge	1																1
Skåne						1								1			2
Stockholm		2		1	3	2	83						1	3	1		96
Södermanland							11	20			1		1				33
Uppsala							7		10								17
V:a Götaland														7			7
Värmland										1							1
Västmanland								1					1				2
Östergötland			1				1	1								5	8
Utland							9	2				1		1			13
Uppgift saknas							4							1		1	6
Totalt	1	2	1	1	3	3	115	24	10	1	1	1	3	13	1	6	186

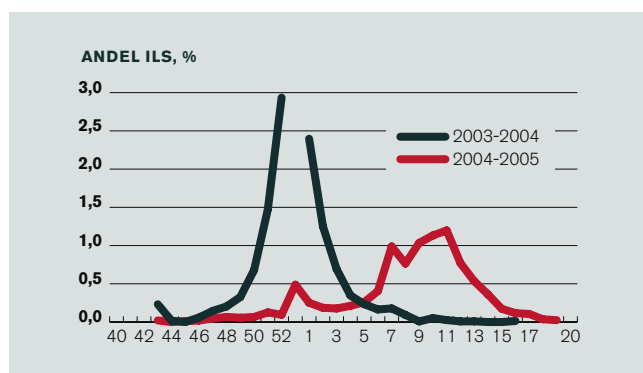
SJUKDOMAR SOM HAR FRIVILLIG RAPPORTERING FRÅN LABORATORIERNÄ

Influensa

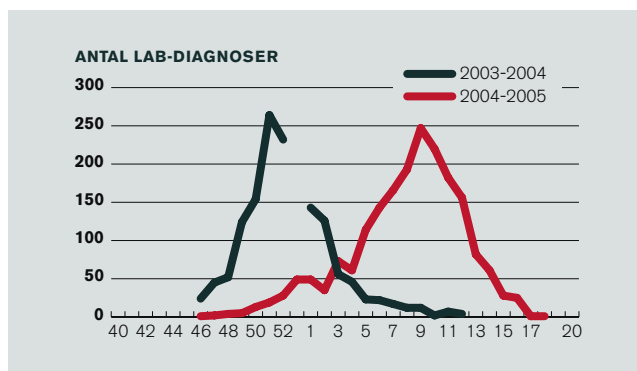
Influensa övervakas genom veckovisa rapporteringar mellan vecka 40 ett år till vecka 20 nästföljande år. Dels rapporterar cirka 150 distriktsläkare proportionen patienter med misstänkt influensa, dels rapporterar de mikrobiologiska laboratorier antalet influensadiagnoser per vecka. Cirka 40 svenska influensastammar analyseras årligen vid SMI och vid WHO:s referenslaboratorium i London med sekvensering och immunologisk analys av de immunologiskt viktiga ytstrukturerna på influensavirus. Eftersom utbrotten under vinterhalvåret alltid sträcker sig över nyår, täcker en årsvis rapportering alltid två hela säsonger och blir därför inte speciellt informativ.

Säsongen 2003–2004 och 2004–2005 uppvisade måttlig influensaaktivitet. 2003–2004 drabbades fler unga än 2004–2005 och tippen inträffade betydligt tidigare. Båda säsongerna dominerades Influensa A/H3. Denna subtyp har de senaste två åren förändrats snabbt och matchningen mellan vaccinstam och epidemistam har varit något sämre än för tidigare säsonger.

För en detaljerad redovisning av influensaövervakningen hänvisas till den sammanfattande influensarapport för säsongen 2004–2005 som i slutet av augusti läggs ut på SMI:s hemsida.



FIGUR 31. Sentinelrapportering för influensa säsongerna 2003–2004 samt 2004–2005.

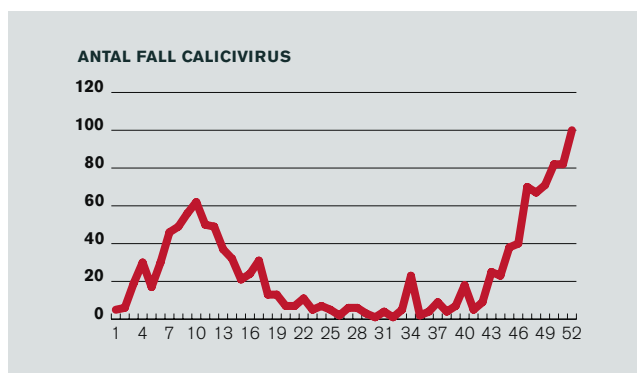


FIGUR 32. Laboratoriediagnoser gällande influensa säsongerna 2003–2004 samt 2004–2005.

Calicivirus

Den frivilliga laboratorierapporteringen av calicivirus omfattar noro- och sapovirus. Denna rapportering påbörjades under hösten 2003 på grund av den kraftiga ökningen av calicivirus som förekom under säsongen 2002–2003. Det är nu samtliga 11 laboratorier som gör calicivirusdiagnostik som rapporterar sina fynd. Säsongen 2003–2004 var lugn avseende sjukhusutbrott orsakade av calicivirus jämfört med samma period 2002–2003.

Efter en topp under februari till april har antalet anmälningar varit få fram till oktober då en tydlig ökning skedde.



FIGUR 33. Antal diagnostiserade fall av calicivirus per vecka 2004.

Molekylärtypning av cirkulerande stammar visar på att en typ är dominant (genogrupp/typ II:4) den har dock genomgått en liten men tydlig förändring från föregående år.

Under 2004 rapporterades femton livsmedelsburna utbrott orsakade av calicivirus, som drabbade totalt cirka 825 personer. Typ av misstänkta smittkällor har varit konditorivaror, smörgåstårter, produkter innehållande djupfrysta importerade hallon samt bufféer.

Ett badvattenrelaterat utbrott har också rapporterats, detta är mycket ovanligt.

RSV – Respiratory Syncytial Virus

Laboratorieverifierade fall av RSV rapporteras veckovis till SMI, där antal och ort läggs ut på SMI:s hemsida. Under säsongen 2003–2004 rapporterades 1 577 RSV-fall, medan endast 738 fall rapporterades under säsongen 2004–2005. RSV-aktiviteten har i Sverige sedan många år rapporterats variera med en högre topp vartannat år, och 2003–2004 har alltså varit en säsong med relativt liten aktivitet.

ÖVRIGA SJUKDOMAR

Creutzfeldt Jakob sjukdom (CJD)

Sporadisk CJD förekommer i alla delar av världen medan fall av den nya varianten hittills endast rapporterats från Storbritannien, Irland, Frankrike, Italien, USA, Kanada, Japan och Hong Kong.

I Storbritannien där den första patienten med den nya varianten av CJD, benämnd vCJD (variant CJD), insjuknade 1994 finns tecken som kan tyda på en neråtgående trend av anmälda fall av vCJD. Antalet fall har minskat de fyra sista åren. Denna nedgång kan dock vara tillfällig. Hittills har 148 personer avlidit i vCJD i Storbritannien.

I övriga Europa syns inte någon större förändring av antalet fall av sporadisk CJD, utom i Schweiz där antalet fall ökat de senaste åren. Vad detta kan bero på är oklart.

Sedan Creutzfeldt Jakobs sjukdom blev anmälningspliktig 1998 har situationen varit oförändrad. Sverige har sedan dess deltagit i ett EU-nätverk för övervakning av CJD, som syftar till att öka medvetenheten om sjukdomen. På detta sätt har möjligheten att upptäcka fall av vCJD förbättrats. Inga fall av den nya varianten har ännu identifierats i landet. Incidensen av sporadisk CJD har sedan 1998 varit 0,1 fall per 100 000 invånare.

Under 2004 anmäldes 24 patienter som misstänkta fall av sporadisk CJD i Sverige. Av dessa var tolv stycken säkert fastställda genom obduktion. Fem var män och sju kvinnor. Medelåldern bland de insjuknade var 70 år. Fallen fanns spridda över landet. Övriga var vid årets slut ännu inte färdigutredda. Två inte obducerade fall klassificerades som sannolika fall enligt fastställda kriterier.

TABELL H. Antalet säkra fall av sporadisk CJD i Sverige.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Män	4	7	7	4	6	6	5
Kvinnor	7	4	7	6	4	5	7
Totalt	11	11	14	10	10	11	12

ANMÄLNINGSPLIKTIGA SJUKDOMAR ENLIGT SMITTSKYDDSLAGEN

Allmänfarliga sjukdomar

Campylobacterinfektion
Difteri
Infektion med enterohemorragisk *E. coli* (EHEC)*
Giardiainfektion
Gonorré
Hepatit A – E
HIV-infektion
Infektion med HTLV I eller II
Klamydiainfektion
Kolera
Infektion med meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA)
Mjältbrand
Paratyfoidfeber
Pest
Infektion med pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin G
Polio
Rabies
Salmonellainfektion
Shigellainfektion
Svår akut respiratorisk sjukdom (SARS)
Syfilis
Tuberkulos
Tyfoidfeber
Virala hemorragiska febrar exkl. denguefeber och sorkfeber (nephropathia epidemica)

Anmälningsskyldiga sjukdomar utöver allmänfarliga sjukdomar

Infektion med atypiska mykobakterier
Botulism
Brucellos*
Infektion med cryptosporidium*
Denguefeber*
Echinokockinfektion*
Infektion med entamöba histolytica*
Gula febern
Invasiv infektion β -hemolyserande grupp A-streptokocker (GAS)*
Invasiv infektion med *Haemophilus influenzae**
Harpest (tularemi)
Kikhosta
Legionellainfektion
Leptospirainfektion*
Listeriainfektion
Malaria
Invasiv meningokockinfektion
Mässling
Papegojsjuka
Invasiv pneumokockinfektion*
Pässjuka
Röda hund
Sorkfeber (*nephropathia epidemica*)
Stelkramp
Trikinos
Q-feber*
Infektion med vancomycinresistenta enterokocker (VRE)
Vibrioinfektion exkl. kolera*
Viral meningoencefalit (TBE)*
Yersiniainfektion

*Sjukdomar som är anmälningsskyldiga från 1 juli 2004.

TABELL 1. Antal anmälda fall enligt smittskyddslagen år 2004 och Incidens per 100 000.

Diagnos	Antal	Incidens per 100 000
Folkmängd (t) 2004	8996	
Atypiska mykobakterier	311	3,5
Botulism	0	0,0
Brucellos*	3	
Campylobacter	6169	68,6
Cryptosporidium*	46	0,5
Denguefeber*	24	0,3
Difteri	0	0,0
Echinokocker*	9	
EHEC*	182	
Entamoeba histolytica*	358	
GAS invasiv*	119	
Giardia	1327	14,7
Gonorré	556	6,2
Gula febern	0	0,0
Haemophilus influenzae invasiv*	73	
Harpest	224	2,5
Hepatit A	136	1,5
Hepatit B	1767	19,6
Hepatit C	2979	33,1
Hepatit D	6	0,1
Hepatit E	7	0,1
HIV	426	4,7
HTLV I eller II	3	0,0
Kikhosta	1571	17,5
Klamydia	32075	356,5
Kolera	1	0,0
Legionella	116	1,3
Leptospira*	2	
Listeria	45	0,5
Malaria	109	1,2
Meningokockinfektion invasiv	59	0,7
Mjällbrand	0	0,0
MRSA	712	7,9
Mässling	5	0,1
Papegojsjuka	7	0,1
Paratyfoidfieber	30	0,3
Pest	0	0,0
Pc-resist.pneumokocker	653	7,3
Pneumokockinfektion invasiv*	406	
Polio	0	0,0
Påssjuka	30	0,3
Q-feber*	1	
Rabies	0	0,0
Röda hund	0	0,0
Salmonella	3646	40,5
SARS	0	
Shigella	470	5,2
Sorkfeber	451	5,0
Stelkramp	0	0,0
Syfilis	190	2,1
Trikinos	1	0,0
Tuberkulos	465	5,2
Tyfoidfieber	8	0,1
Vibrio exkl. kolera*	1	
VRE	23	0,3
Virala hemorragiska febrar	0	0,0
Viral meningoencefalit (TBE)*	216	
Yersiniainfektion	804	8,9
Totalt	56822	

* För dessa sjukdomar ändrades falldefinitionen och/eller infördes anmälningsplikt 1 juli 2004

TABELL 2. Antal rapporterade fall enligt smittskyddslagen år 2004 per landsting. 0-rapporterade sjukdomar finns inte med i tabellen.

Diagnos	Riket	Blekinge	Delarna	Gotland	Gävleborg	Halland	Jämtland	Jönköping	Kalmar	Kronoberg	Norrboten	Skåne	Stockholm	Södermanland	Uppsala	Värmland	Västerbotten	Västernorrland	Västmanland	Västra Götaland	Örebro	Östergötland
Folkmängd (t) 2004	8996	150	276	57	276	282	127	329	234	178	252	1156	1867	260	301	273	256	244	260	1518	274	415
Atypiska mykobakterier	311	3	9	1	4	2	6	4	5	6	9	51	68	6	13	7	17	9	3	61	9	18
Campylobacter	6169	97	188	45	153	251	65	230	179	192	157	900	1374	156	237	142	129	72	142	1069	146	245
EHEC*	182	2	5			15	1	22	15	1	2	27	20		1	4	1	3	2	53	1	7
Entamoeba histolytica*	358	1	2	1	3	3	8	16	9	4	8	41	94	5	9	20	11	29	9	56	2	27
GAS invasiv*	119	1	9	1	1		2	8	2			27	29	2	2	2	3	9	1	13	3	4
Giardiainfektion	1327	15	19	3	17	10	24	48	32	35	16	222	409	17	82	29	32	51	36	169	7	54
Gonorré	556	3	6		4	11	4	8	3	1	7	67	288	8	9	4	4	6	9	104	4	6
Haemophilus influenzae invasiv*	73	4	4	1	2			1				19	14	2	3	2	2		5	10	1	2
Harpest	224		18		9		13	1	1		2	3	41	15	2	36		3	5	12	56	7
Hepatit A	136	3	1		6			4	2			31	39	4	15	7	1		2	17		4
Hepatit B	1767	30	38	2	73	32	13	61	42	56	79	205	427	34	33	49	44	55	49	286	94	65
Hepatit C	2979	37	56	15	111	48	18	83	50	45	80	410	749	105	88	87	57	79	67	554	104	136
Hepatit D	6												4						1	1		
Hepatit E	7		1									2	2		1					1		
HIV	426		5		8	6	3	7	5	4	10	42	191	12	2	15	9	21	7	46	20	13
HTLV I eller II	3												2									1
Kikhosta	1571	11	20	6	17	94	9	32	12	21	26	180	268	37	28	25	27	15	19	649	52	23
Klamydia	32075	429	1037	231	1049	973	561	851	706	573	957	4218	7302	1162	1194	947	581	954	965	5253	875	1257
Kolera	1												1									
Legionella	116	2	2		5	3			1		6	21	24	7	4	1	2		2	26	8	2
Listeria	45	1		2	1		1	1		1	1	6	12	1	4	1	3	2		5	3	
Malaria	109		2			1			1		1	7	62	3	5	1	4	2	3	13	1	3
Meningokockinfektion invasiv	59	2	1			1		1	1	2	1	10	14		4	4		1	4	10	1	2
MRSA	712	3	3	1	5	9	1	14	16	17	7	131	277	8	26	18	16	5	12	118	11	14
Mässling	5												2	1	1							1
Papegojsjuka	7	1				1		1				3							1			
Paratyfoidfeber	30							4				3	9		4	1		2	2	4		1
Pc-resist.pneumokocker	653	32	5	27	8	7	11	2	4	1	7	249	199	10	6	5	5	12	1	37	11	14
Pneumokockinfektion invasiv*	406	6	19	4	16	15	8	15	5		2	62	101	10	10	7	6	10	15	80	9	6
Påssjuka	30				1	1			1			3	5	1						17		1
Salmonella	3646	110	99	22	69	109	30	121	111	98	116	541	643	119	125	91	105	96	111	685	86	159
Shigella	470	5	16	3	11	15	1	12	6	7	1	58	151	15	24	22	1	12	9	63	24	14
Sorkfeber	451		2		19		58				107		18		5	4	148	86	2	2		
Syfilis	190	7	3		8	3	1	4	4	3		21	99	7	1	5	5		0	17	2	
Trikinos	1																					1
Tuberkulos	465	9	8	2	10	8	6	13	9	12	6	49	151	15	13	19	20	12	13	59	15	16
Tyfoidfeber	8							1				2	4									1
VRE	23	1			1	1					1	11				1				2	3	2
Yersiniainfektion	804	16	22	8	11	34	9	16	14	26	13	98	238	29	18	16	27	31	16	91	32	39
Totalt	56520	831	1600	375	1622	1653	853	1581	1236	1106	1622	7720	13331	1791	1969	1572	1260	1578	1512	9585	1581	2142

* För dessa sjukdomar ändrades falldefinitionen 1 juli 2004. Siffrorna avser anmälningar från 1 juli t.o.m. 31 december 2004.

TABELL 3. Incidens per 100 000 och landsting av diagnoser rapporterade enligt smittskyddslagen år 2004. 0-rapporterade sjukdomar finns inte med i tabellen.

Diagnos	Blekinge	Dalarna	Gotland	Gävleborg	Halland	Jämtland	Jönköping	Kalmar	Kronoberg	Norrbottn	Skåne	Stockholm	Södermanland	Uppsala	Värmland	Västerbotten	Västernorrland	Västmanland	Västra Götaland	Örebro	Östergötland
Folkmängd (t) 2004	150	276	57	276	282	127	329	234	178	252	1156	1867	260	301	2737	256	244	260	1518	274	415
Atypiska mykobakterier	2,0	3,3	1,7	1,4	0,7	4,7	1,2	2,1	3,4	3,6	4,4	3,6	2,3	4,3	2,6	6,6	3,7	1,2	4,0	3,3	4,3
Campylobacter	64,5	68,0	77,9	55,3	88,8	50,9	69,9	76,2	107,9	62,1	77,8	73,5	59,8	78,6	51,9	50,3	29,5	54,5	70,4	53,3	58,9
Giardia	10,0	6,9	5,2	6,1	3,5	18,8	14,6	13,6	19,7	6,3	19,2	21,9	6,5	27,2	10,6	12,5	20,9	13,8	11,1	2,6	13,0
Gonorré	2,0	2,2		1,4	3,9	3,1	2,4	1,3	0,6	2,8	5,8	15,4	3,1	3,0	1,5	1,6	2,5	3,5	6,8	1,5	1,4
Harpest		6,5		3,3		10,2	0,3	0,4		0,8	0,3	2,2	5,7	0,7	13,2		1,2	1,9	0,8	20,4	1,7
Hepatit A	2,0	0,4		2,2			1,2	0,9			2,7	2,1	1,5	5,0	2,6	0,4		0,8	1,1		1,0
Hepatit B	20,0	13,7	3,5	26,4	11,3	10,2	18,5	17,9	31,5	31,2	17,7	22,9	13,0	10,9	17,9	17,1	22,5	18,8	18,8	34,3	15,6
Hepatit C	24,6	20,3	26,0	40,1	17,0	14,1	25,2	21,3	25,3	31,6	35,4	40,1	40,2	29,2	31,8	22,2	32,3	25,7	36,5	37,9	32,7
Hepatit D												0,2						0,4		0,1	
Hepatit E		0,4									0,2	0,1		0,3							0,1
HIV		1,8		2,9	2,1	2,3	2,1	2,1	2,2	4,0	3,6	10,2	4,6	0,7	5,5	3,5	8,6	2,7	3,0	7,3	3,1
HTLV I eller II												0,1									0,2
Kikhosta	7,3	7,2	10,4	6,1	33,2	7,0	9,7	5,1	11,8	10,3	15,6	14,4	14,2	9,3	9,1	10,5	6,1	7,3	42,7	19,0	5,5
Klamydia	285,5	375,1	400,1	378,8	344,2	439,3	258,5	300,6	321,9	378,4	364,6	391,0	445,4	395,8	346,0	226,4	390,5	370,1	345,9	319,2	302,4
Kolera												0,1									
Legionella	1,3	0,7		1,8	1,1			0,4		2,4	1,8	1,3	2,7	1,3	0,4	0,8		0,8	1,7	2,9	0,5
Leptospira											0,1									0,1	
Listeria	0,7		3,5	0,4		0,8	0,3		0,6	0,4	0,5	0,6	0,4	1,3	0,4	1,2	0,8		0,3	1,1	
Malaria		0,7			0,4			0,4		0,4	0,6	3,3	1,1	1,7	0,4	1,6	0,8	1,2	0,9	0,4	0,7
Meningokockinfektion invasiv	1,3	0,4			0,4		0,3	0,4	1,1	0,4	0,9	0,7		1,3	1,5		0,4	1,5	0,7	0,4	0,5
MRSA	2,0	1,1	1,7	1,8	3,2	0,8	4,3	6,8	9,5	2,8	11,3	14,8	3,1	8,6	6,6	6,2	2,0	4,6	7,8	4,0	3,4
Mässling												0,1	0,4	0,3							0,4
Papegojsjuka	0,7				0,4		0,3				0,3							0,4			
Paratyfoidfeber							1,2				0,3	0,5		1,3	0,4		0,8	0,8	0,3		0,2
Pc-resist.pneumokocker		1,8	46,8	2,9	2,5	8,6	0,6	1,7	0,6	2,8	21,5	10,7	3,8	2,0	1,8	1,9	4,9	0,4	2,4	4,0	3,4
Pässjuka				0,4	0,4			0,4			0,3	0,3	0,4						1,1		0,2
Q-feber																					0,1
Salmonella	73,2	35,8	38,1	24,9	38,6	23,5	36,8	47,3	55,1	45,9	46,8	34,4	45,6	41,4	33,2	40,9	39,3	42,6	45,1	31,4	38,3
Shigella	3,3	5,8	5,2	4,0	5,3	0,8	3,6	2,6	3,9	0,4	5,0	8,1	5,7	8,0	8,0	0,4	4,9	3,5	4,1	8,8	3,4
Sorkfeber		0,7		6,9		45,4				42,3		1,0		1,7	1,5	57,7	35,2	0,8	0,1		
Syfilis	4,7	1,1		2,9	1,1	0,8	1,2	1,7	1,7		1,8	5,3	2,7	0,3	1,8	1,9		0,0	1,1	0,7	
Trikinos																					0,1
Tuberkulos	6,0	2,9	3,5	3,6	2,8	4,7	4,0	3,8	6,8	2,4	4,3	8,1	5,8	4,3	6,9	7,8	4,9	5,0	3,9	5,5	3,9
Tyfoidfeber							0,3				0,2	0,2									0,1
VRE	0,7			0,4	0,4					0,4	1,0				0,4					0,1	1,1
Yersiniainfektion	10,6	8,0	13,9	4,0	12,0	7,0	4,9	6,0	14,6	5,1	8,5	12,7	11,1	6,0	5,8	10,5	12,7	6,1	6,0	11,7	9,4

TABELL 4. Antal rapporterade fall enligt smittskyddslagen år 2004 per åldersgrupp. 0-rapporterade sjukdomar finns inte med i tabellen.

Diagnos	0	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-	Saknas	Alla
Folkmängd (t) 2004	100	379	490	621	564	521	550	1269	1192	1235	925	666	479		8996
Atypiska mykobakterier		23	2	3	5	8	7	17	19	34	65	67	60	1	311
Campylobacter	48	307	151	156	363	634	635	1135	995	931	492	210	105	7	6169
EHEC*	8	53	15	14	15	6	4	18	18	13	4	7	6	1	182
Entamoeba histolytica*		11	30	38	38	45	32	71	48	23	16	1		5	358
GAS invasiv*	1	2	2	2	1	1	3	9	10	9	21	23	33	2	119
Giardiain	14	276	182	124	81	97	102	171	113	83	46	6	2	30	1327
Gonorré		1			31	115	116	169	86	30	8				556
Haemophilus influenzae invasiv*	1	2	3	1		2	1	3	8	10	12	15	15		73
Harpest	1	5	8	5	8	3	4	34	36	57	37	22	3	1	224
Hepatit A	1	6	22	13	6	6	10	20	20	19	9	3		1	136
Hepatit B	15	13	28	54	171	233	271	479	284	122	59	17	4	17	1767
Hepatit C	16	4	4	5	85	321	281	601	867	560	162	46	16	11	2979
Hepatit D						1	2		1	2					6
Hepatit E					2	1	1	2	1						7
HIV	2	4	6	4	12	34	70	139	98	41	15		1		426
HTLV I eller II						1		2							3
Kikhosta	296	218	465	368	57	13	19	64	29	17	14	8	2	1	1571
Klamydia	15	1	1	209	9945	12560	5357	3192	594	146	39	6	10		32075
Kolera									1						1
Legionella	1		1		2	3	2	4	7	34	21	29	12		116
Listeria	1	1					1	2	1	5	10	14	10		45
Malaria		2	4	4	4	13	21	25	15	14	4	3			109
Meningokockinfektion invasiv	6	8	2	4	15	6	2	3	2	4	3	1	3		59
MRSA	27	32	30	31	30	45	32	77	75	63	64	77	127	2	712
Mässling		1	1					1	1		1				5
Papegojsjuka								1	2	1	1	1	1		7
Paratyfoidfeber	1	1	3	4	1	7	4	6		3					30
Pc-resist.pneumokocker	81	339	49	11	3	9	10	38	26	28	26	15	16	2	653
Pneumokockinfektion invasiv*	12	22	3	3	1	4	5	29	28	62	87	68	79	3	406
Pässjuka		4	5	4	1	1	3	3	6	3					30
Salmonella	43	206	150	151	225	314	285	526	564	614	394	117	47	10	3646
Shigella	3	22	23	15	24	49	62	71	68	73	47	11	1	1	470
Sorkfeber			4	10	13	9	21	57	90	105	88	44	10		451
Syfilis		1			6	16	26	66	48	22	4	1			190
Trikinos									1						1
Tuberkulos	2	3	6	8	24	51	52	92	69	42	39	40	37		465
Tyfoidfieber			1	1	1	2	2	1							8
VRE				1			2			3	4	4	9		23
Yersiniainfektion	27	196	41	45	47	53	58	104	80	64	48	27	14		804
Totalt	622	1764	1242	1288	11217	14663	7503	7232	4311	3237	1840	883	623	95	56520

* För dessa sjukdomar ändrades falldefinitionen 1 juli 2004. Siffrorna avser anmälningar från 1 juli t.o.m. 31 december 2004.

TABELL 5. Incidenser per 100 000 och åldersgrupp av diagnoser enligt smittskyddslagen år 2004. 0-rapporterade sjukdomar finns inte med i tabellen.

Diagnos	0	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-
Folkmängd (t) 2004	100	379	490	621	564	521	550	1269	1192	1235	925	666	479
Atypiska mykobakterier		6,1	0,4	0,5	0,9	1,5	1,3	1,3	1,6	2,8	7,0	10,1	12,5
Campylobacter	47,9	81,0	30,8	25,1	64,4	121,6	115,2	89,4	83,5	75,4	53,2	31,5	21,9
Giardia	14,0	72,8	37,1	20,0	14,4	18,6	18,5	13,5	9,5	6,7	5,0	0,9	0,4
Gonorré		0,3			5,5	22,1	21,1	13,3	7,2	2,4	0,9		
Harpest	1,0	1,3	1,6	0,8	1,4	0,6	0,7	2,7	3,0	4,6	4,0	3,3	0,6
Hepatit A	1,0	1,6	4,5	2,1	1,1	1,2	1,8	1,6	1,7	1,5	1,0	0,5	
Hepatit B	15,0	3,4	5,7	8,7	30,3	44,7	49,2	37,7	23,8	9,9	6,4	2,6	0,8
Hepatit C	16,0	1,1	0,8	0,8	15,1	61,6	51,0	47,3	72,7	45,3	17,5	6,9	3,3
Hepatit D						0,2	0,4		0,1	0,2			
Hepatit E					0,4	0,2	0,2	0,2	0,1				
Hivinfektion	2,0	1,1	1,2	0,6	2,1	6,5	12,7	10,9	8,2	3,3	1,6		0,2
HTLV I eller II						0,2		0,2					
Kikhosta	295,5	57,5	94,7	59,2	10,1	2,5	3,4	5,0	2,4	1,4	1,5	1,2	0,4
Klamydia	15,0	0,3	0,2	33,6	1763,1	2409,3	972,2	251,4	49,8	11,8	4,2	0,9	2,1
Kolera									0,1				
Legionella	1,0		0,2		0,4	0,6	0,4	0,3	0,6	2,8	2,3	4,4	2,5
Listeria	1,0	0,3					0,2	0,2	0,1	0,4	1,1	2,1	2,1
Malaria		0,5	0,8	0,6	0,7	2,5	3,8	2,0	1,3	1,1	0,4	0,5	
Meningokockinfektion invasiv	6,0	2,1	0,4	0,6	2,7	1,2	0,4	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	0,6
MRSA	27,0	8,4	6,1	5,0	5,3	8,6	5,8	6,1	6,3	5,1	6,9	11,6	26,5
Mässling		0,3	0,2					0,1	0,1		0,1		
Papegojsjuka								0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2
Paratyfoidfeber	1,0	0,3	0,6	0,6	0,2	1,3	0,7	0,5		0,2			
Pc-resist.pneumokocker	80,9	89,4	10,0	1,8	0,5	1,7	1,8	3,0	2,2	2,3	2,8	2,3	3,3
Påssjuka		1,1	1,0	0,6	0,2	0,2	0,5	0,2	0,5	0,2			
Salmonella	42,9	54,3	30,6	24,3	39,9	60,2	51,7	41,4	47,3	49,7	42,6	17,6	9,8
Shigella	3,0	5,8	4,7	2,4	4,3	9,4	11,3	5,6	5,7	5,9	5,1	1,7	0,2
Sorkfeber			0,8	1,6	2,3	1,7	3,8	4,5	7,5	8,5	9,5	6,6	2,1
Syfilis		0,3			1,1	3,1	4,7	5,2	4,0	1,8	0,4	0,2	
Trikinos									0,1				
Tuberkulos	2,0	0,8	1,2	1,3	4,3	9,8	9,4	7,2	5,8	3,4	4,3	6,0	7,8
Tyfoidfeber			0,2	0,2	0,2	0,4	0,4	0,1					
VRE				0,2			0,4			0,2	0,4	0,6	1,9
Yersiniainfektion	27,0	51,7	8,4	7,2	8,3	10,2	10,5	8,2	6,7	5,2	5,2	4,1	2,9

TABELL 6. Antal rapporterade fall enligt smittskyddslagen år 2004 efter kön. 0-rapporterade sjukdomar finns inte med i tabellen.

Diagnos	Alla	Kvinna	Man	Uppgift saknas
Atypiska mykobakterier	311	191	119	1
Campylobacter	6169	2848	3317	4
EHEC*	182	91	90	1
Entamoeba histolytica*	358	155	166	37
GAS invasiv*	119	60	59	
Giardia	1327	603	643	81
Gonorré	556	79	477	
Haemophilus influenzae invasiv*	73	36	36	1
Harpest	224	99	125	
Hepatit A	136	43	86	7
Hepatit B	1767	678	1003	86
Hepatit C	2979	922	2011	46
Hepatit D	6	1	5	
Hepatit E	7	2	4	1
HIV	426	166	260	
HTLV I eller II	3	3		
Kikhosta	1571	823	748	
Klamydia	32075	18211	13833	31
Kolera	1		1	
Legionella	116	37	79	
Listeria	45	16	29	
Malaria	109	37	70	2
Meningokockinfektion invasiv	59	29	30	
MRSA	712	365	343	4
Mässling	5	2	3	
Papegojsjuka	7	3	4	
Paratyfoidfeber	30	9	20	1
Pc-resist.pneumokocker	653	328	320	5
Pneumokockinfektion invasiv*	406	208	196	2
Påssjuka	30	15	15	
Salmonella	3646	1861	1776	9
Shigella	470	261	207	2
Sorkfeber	451	172	279	
Syfilis	190	33	157	
Trikinos	1		1	
Tuberkulos	465	240	225	
Tyfoidfeber	8	3	5	
VRE	23	15	7	1
Yersiniainfektion	804	370	433	1
Totalt	56520	29015	27182	323

* För dessa sjukdomar ändrades falldefinitionen 1 juli 2004. Siffrorna avser anmälningar från 1 juli t.o.m. 31 december 2004.

TABELL 7. Antal rapporterade fall enligt smittskyddslagen år 2004 efter smittland. 0-rapporterade sjukdomar finns inte med i tabellen.

Diagnos	Totalt	Sverige	Utland	Uppgift saknas/ okänt
Atypiska mykobakterier	311	55	3	253
Campylobacter	6169	2108	3372	689
EHEC*	182	109	58	15
Entamoeba histolytica*	358	15	189	154
GAS invasiv*	119	29		90
Giardia	1327	172	895	260
Gonorré	556	332	203	21
Haemophilus influenzae invasiv*	73	18		55
Harpest	224	201	3	20
Hepatit A	136	33	82	21
Hepatit B	1767	284	802	681
Hepatit C	2979	1097	240	1642
Hepatit D	6	4	2	
Hepatit E	7		7	
HIV	426	95	310	21
HTLV I eller II	3		1	2
Kikhosta	1571	1185	7	379
Klamydia	32075	27735	1808	2532
Kolera	1		1	
Legionella	116	62	26	28
Listeria	45	33	4	8
Malaria	109		99	10
Meningokockinfektion invasiv	59	53	1	5
MRSA	712	367	152	193
Mässling	5	3	1	1
Papegojsjuka	7	6		1
Paratyfoidfeber	30	5	24	1
Pc-resist.pneumokocker	653	372	64	217
Pneumokockinfektion invasiv*	406	86	1	319
Pässjuka	30	22	3	5
Salmonella	3646	514	2771	361
Shigella	470	38	392	40
Sorkfeber	451	325	1	125
Syfilis	190	86	87	17
Trikinos	1		1	
Tuberkulos**	465	110	302	53
Tyfoidfeber	8		8	
VRE	23	10		13
Yersiniainfektion	804	552	102	150
Totalt	56520	36116	12022	8382

* För dessa sjukdomar ändrades falldefinitionen 1 juli 2004. Siffrorna avser anmälningar från 1 juli t.o.m. 31 december 2004.

** För tuberkulos gäller uppgift om patientens ursprungland.

TABELL 8 . 1 juli 2004 blev nedanstående sjukdomar anmälningspliktiga. Här anges bara totalantalet rapporterade fall under andra halvåret 2004.

Diagnos	Antal
Brucellos	3
Denguefeber	25
Echinokockinfektion	9
Infektion med cryptosporidium	46
Leptospirainfektion	2
Q-feber	1
Vibrioinfektion exkl kolera	8
Viral meningoencefalit (TBE)	228

TABELL 9. Sjuårsöversikt av anmälda fall enligt smittskyddslagen.

	Antal fall							Incidens per 100 000						
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Folkmängd (t)	8851	8861	8882	8908	8940	8961	8996	8851	8861	8882	8908	8941	8962	8996
Amöbainfektion*	547	607	592	456	419	416		6,2	6,9	6,7	5,1	4,7	4,6	
Atypiska mykobakterier	354	415	287	247	250	269	311	4,0	4,7	3,2	2,8	2,8	3,0	3,5
Botulism	0	0	0	0	0	2	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Campylobacterinfektion	7397	7669	8414	8577	7137	7149	6169	83,6	86,5	94,7	96,3	79,8	79,8	38,6
Difteri	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
EHEC O157*	78	69	96	96	129	73		0,9	0,8	1,1	1,1	1,4	0,8	
Giardiainfektion	1716	1734	1563	1438	1436	1360	1327	19,4	19,6	17,6	16,1	16,0	15,2	14,7
Gonorré	343	427	590	529	505	596	556	3,9	4,8	6,6	5,9	5,6	6,7	6,2
Gula febern	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Haemophilus infl. typ b*	35	16	30	19	21	23		0,4	0,2	0,3	0,2	0,2	0,3	
Hepatit A	261	184	152	169	76	122	136	2,9	2,1	1,7	1,9	0,8	1,4	1,5
Hepatit B	1319	1359	1709	1517	1734	1940	1767	14,9	15,3	19,2	17,0	19,4	21,6	19,6
Hepatit C	3984	3497	3441	3493	3382	3222	2979	45,0	39,5	38,7	39,2	37,8	36,0	33,1
Hepatit D	4	10	20	9	12	6	6	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
Hepatit E	4	3		2	5	3	7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
HIV-infektion	250	211	242	277	287	379	426	2,8	2,4	2,7	3,1	3,2	4,2	4,7
HTLVI	5	3	3	3	5	5	3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0
HTLV II	1	0	0	1	2	1	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kikhosta	1769	2425	2705	979	1350	664	1571	20,0	27,4	30,5	11,0	15,1	7,4	17,5
Klamydiainfektion	15199	16710	19284	22266	24692	26803	32075	171,7	188,6	217,1	250,0	276,0	299,1	356,5
Kolera	0	0	0	0	0	1	1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Legionärssjuka	94	91	82	84	94	80	116	1,1	1,0	0,9	0,9	1,1	0,9	1,3
Listerainfektion	42	35	53	67	40	48	45	0,5	0,4	0,6	0,8	0,4	0,5	0,5
Malaria	215	176	161	161	140	113	109	2,4	2,0	1,8	1,8	1,6	1,3	1,2
Meningokockinfektion	66	64	59	75	47	56	59	0,7	0,7	0,7	0,8	0,5	0,6	0,7
MRSA	0	0	323	425	442	549	712	0,0	0,0	3,6	4,8	4,9	6,1	7,9
Mjällbrand	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Mässling	12	21	59	5	9	3	5	0,1	0,2	0,7	0,1	0,1	0,0	0,1
Nephropathia epidemica	562	432	145	361	262	180	451	6,3	4,9	1,6	4,1	2,9	2,0	5,0
Papegojsjuka	30	29	24	12	13	12	7	0,3	0,3	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1
Paratyfoid feber	27	94	18	21	25	16	30	0,3	1,1	0,2	0,2	0,3	0,2	0,3
Pest	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pc-resist. pneumokocker	842	724	689	627	525	562	653	9,5	8,2	7,8	7,0	5,9	6,3	7,3
Polio	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Påssjuka	32	20	37	22	15	8	30	0,4	0,2	0,4	0,2	0,2	0,1	0,3
Rabies	0	0	1	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Röda hund	1	1	1	3	1	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Salmonellainfektion (totalt)	4594	5141	4848	4711	3894	3794	3646	51,9	58,0	54,6	52,9	43,5	42,3	40,5
Salmonellainf. (inhemsk)	453	947	678	671	819	805	514	5,1	10,7	7,6	7,5	9,2	9,0	5,7
Shigellainfektion	584	468	493	540	379	372	470	6,6	5,3	5,6	6,1	4,2	4,2	5,2
Stelkramp	2	2		1		0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Syfilis	42	39	99	78	128	179	190	0,5	0,4	1,1	0,9	1,4	2,0	2,1
Toxoplasmainfektion**	23	20	26	18	10	17		0,3	0,2	0,3	0,2	0,1	0,2	
Trikinos	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tuberkulos	446	493	458	428	412	410	465	5,0	5,6	5,2	4,8	4,7	5,0	5,2
Tularemi	121	83	464	27	160	698	224	1,4	0,9	5,2	0,3	1,8	7,8	2,5
Tyfoidfeber	23	12	24	10	12	14	8	0,3	0,1	0,3	0,1	0,1	0,2	0,1
Ulcus molle**	1	1	2	1	1	0		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
VRE	0	0	20	18	19	46	23	0,0	0,0	0,2	0,2	0,2	0,5	0,3
Virala hemorragiska febrar	0	0	1	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Yersiniainfektion	640	549	632	579	610	714	804	7,2	6,2	7,1	6,5	6,8	8,0	8,9
Totalt	41729	43907	47901	48400	48742	50945	55895							

*Diagnoser där falldefinitionen ändrades och/eller anmälningsplikt infördes 1 juli 2004.

** Ej anmälningspliktig efter 1 juli 2004.

Ansvarig utgivare: Smittskyddsinstitutet
Layout: Björn Lundquist, Malmö
Tryck: Elander Berlings, Malmö
ISSN 3473
SMI-tryck 154-2005

Smittskyddsinstitutet
171 82 Solna
Tel:08-457 23 00
Fax:08-32 83 30
smi@smi.ki.se
www.smittskyddsinstitutet.se