

Smittskyddsenheten
Region Västerbotten
901 89 Umeå

Minnesanteckning

Tid: Fredag 13 maj kl 13.00-14.30

Plats: Vilhelmina-rummet, Regionens hus, Umeå

Nätverket för läkare som ansvarar för Särskilda Boenden (SÄBO) i Västerbotten där fokus är infektioner. Fokus antibiotika (träff nr 27)

Deltagare på plats:

Ann Lindqvist Åstot, geriatiker, ordförande för mötet
Johan Rasmuson, infektionskliniken, NUS
Denise Jarvis Smittskyddsenheten

Ann inledde mötet med en kort presentation av sig själv och nätverket samt deltagarna som var på plats.

Vårdhygien, Andreas Winroth:

Berättade att det just nu är lugnt på SÄBO vad gäller covid-19. De har de sista veckorna haft enstaka små smittspridningar mellan vårdtagare och personal. Det de på vårdhygien har gjort är att skala ner åtgärderna för covid. Ett tydligt exempel på det är att de förra veckan gick ut med ny rekommendation att personal inte behöver använda munskydd längre. Dock så kan verksamhetschefer själva bestämma om de inom sin verksamhet av olika skäl vill behålla munskydden. Ett budskap som vårdhygien är angelägna om att få ut är att beredskap måste finnas så att åtgärder kan aktiveras med kort varsel. Framför allt bra om man är mentalt förberedd.

SÄBO studie (indicerad från Västerbotten)

Andreas Winroth berättade att det är framför allt Anders Johansson som har lett den här studien. Tittar man på åldersdistributionen så ser man att i Sverige har vi 600 000 personer som är över 80 år. Och av dem bor cirka 80 -85 000 personer på SÄBO. De som bor på SÄBO är mycket sjukare än övriga populationen. 20 % av de inskrivna dör inom ett halvår. I studien har man sett att ålder och komorbiditet är största anledningen till att dö av covid-19 och att vaccination är det bästa skyddet att undvika detta. De lyckades få många deltagare till studien, och framför allt deltagare från Västerbotten (som har stått för ungefär hälften av alla studiedeltagare). Hälften av alla som har dött har varit inskrivna på SÄBO. Studien har gått till så att man har mätt vaccintäckning via antikroppsmätning, då har man kunnat se att en mycket stor andel har svarat på vaccinet. High-responder har haft effekt upp till 98 %. Så bra resultat brukar det inte vara och orsaken är inte klart varför, kanske MRNa vaccin är bättre eller att tidigare influensavaccin gjort folk bostrade? Man kan i varje fall säga att vaccinet har haft god effekt och speciellt den tredje dosen. Nu har även vissa patienter fått en fjärdedos och det håller även på att analyseras men man ser i studien att den fjärde dosen ger effekt men inte lika mycket som de kunde se vid tredje dosen.

Vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning på SÄBO, Svenska HALT

Syftet är kunna styra antibiotikaanvändning så att det ges på ett ansvarsfullt sätt till våra äldsta och sköraste. 1 % i studien har en vårdrelaterad infektion vilket är en signifikant minskning sedan förra studien vilket Andreas tror är en positiv spin-off på den ökade medvetenheten av handhygien sedan pandemin. Riskfaktorer för VRI är sår och urinkateter.

Ett sår ger 17 gånger högre risk att få en VRI. Har man en urinkateter så har man en dubblerad risk att få en urinvägsinfektion. Därför viktigt att det finns rutiner för utsättande eller ett ALERT system.

2,6 % har antibiotikabehandling.
¾ av förskrivningar rör infektionsbehandling.

Hur ska man göra om man vill minska förskrivningen? Ges det mycket onödig antibiotika på SÄBO idag? Om man tittar på antibiotikakonsumtion i sin helhet i Västerbotten idag så ser det väldigt bra ut så det är tveksamt. Redan idag så skriver Västerbottens primärvårdsläkare ut minst antibiotika i Sverige, förmodligen i hela världen? Andreas tror därför att vi borde fokusera på att minska VRI snarare än minska antibiotikan. Påverka riskfaktorer!

Clostr diff - Fekal mikrobiota transplantationer (FMT). Johan Rasmuson, infektion NUS

Johan berättar att clostridium diff. i stort sett alltid är vårdrelaterad. Den medför betydande kostnader samt morbiditet. Faecetransplantation är en bra och billig behandling för de patienter som inte snabbt blir botade. De som får clostridium infektion har alltid fått antibiotikabehandling. Det behöver dock inte vara en pågående behandling. De är även äldre människor i huvudsak. Patienter med njursvikt är en riskfaktor. Tittar man på de antibiotika som har störst risk så sticker Clindamycin ut. Därför viktigt att minska användningen av detta preparat.

Ingen risk när man använder Tetracyklin, det är snarare så att det kan ha en svagt skyddande effekt. Återfall är det stora problemet med clostridium infektionerna. Clostr diff är en colonsjukdom så det drabbar colonslemhinnorna. Hur förebygger man? Vårdhygieniska rutiner men att minska användningen av antibiotika generellt är det som ger effekt. Det har gjorts en studie på infektion, NUS mellan 2009-2015. De gav då Metronidazol initialt till 80 % av patienterna. Då hade de hela 40 % recidiv bland sina patienter. Denna studie ledde till att de ändrade behandlingen. Men hur ställer man diagnos? Viktigt att tänka på att man endast ska ta prov på patienter med diarré, fast avföring ej meningsfullt att skicka in. I vårdprogram gruppen ska man se efter hur sjuk patienten är och behandla efter det. Vilka behandlingar ska man ge, finns tre preparat Metronidazol (är på väg ut i USA avråder man från detta), Vancomycin är mer effektiv, inga biverkningar. Är tyvärr slut (restnoterat för tillfället). Därför går det att rekvirera ett licenspreparat. Finns ett nytt preparat som heter Fidaxomicin, är ganska likt Vancomycin, varför använda detta dyrare preparat? Jo det minskar recidivrisken med hälften.

Har patienten en väldigt mild infektion så är den första åtgärden man bör göra att sätta ut antibiotikan.

Mild till medelsvår infektion, testa Metronidazol 500 mg x 3 i 10 dagar. I andra hand Vancomycin.

För ytterligare detaljer kring behandlingsrekommendationer vad gäller Clostridier - se separata vårdprogram.

Det stora bekymret är att 40 % av infektions patienter får återfall. Vid andra recidiv så är faecetransplantation det första hands alternativet. Om FMT ej är möjligt ges Vancomycin i nedtrappningsschema. Om det är en patient som har kort förväntad livstid så ger man inte FMT utan då ger man Vancomycin. Har varit nationellt svårt att få tillgång till faeces transplantation i flera orter.

Historiskt sett har man hållit på med transplantation av tarmflora sedan 300 talets Kina. På infektion har de använt metoden de senaste 20 åren. Från början så vände man sig till patientens anhöriga men nu använder de sig av proffsdonatorer och använder sig av fryst avföring. Mest känd som fekal mikrobiota transplantationer (FMT). Olikt alla andra "läkemedel". Många patienter är väldigt tveksamma från början men när de väl fått information så är de allra flesta positiva. Om man skulle få recidiv så kan man få ny behandling och då brukar 100% bli botade. Dock mindre chans att det funkar om patienten får en ny antibiotikakur. Alla som fått denna behandling är med i en studie då det endast får ges så enligt verksamhetschef Helena Lindmark. Det nya alternativet är att patienten får svälja kapslar istället för att det ges via koloskopi eller lavemang. De har märkt att det går lättast att svälja tillsammans med kräm. För att få vara med i studien får patienten inte vara dement eller ha några sväljningssvårigheter. Behandlingarna har gått bra, alla utom två personer har blivit utläkta. Om ni har en patient som har fått clostridium infektion och har recidiv av denna så ringer ni antingen till infektionsmottagningen eller skriver en remiss. Ann undrar om man kan ge något som stärker tarmen så att de inte hamnar här? Johan säger att det viktigaste är hur man använt antibiotika tidigare. De har ingen rekommendation för probiotika, prekosa, semper magdroppar är inte fel men det finns inget vetenskapligt stöd att det ska hjälpa vid recidiv av clostr diff. för då har det redan gått för långt. Antibiotika ska därför ges så kort som möjligt och så smalt som möjligt.

Agnes Lindbo, hade en patientfråga: En 93 årig kvinna med frekventa diarréer, där clostridium var negativt vid provtagning. Provade exjuvantibus. Fick Cefalosporin när hon åkte in på sjukhus och då blev Clostridium utläkt. Vid rådfrågning med infektionsjour provades Dificlir och då hade det effekt. Enligt Johan så är det osannolikt att patienterna har clostridium om de inte haft antibiotika innan. Men inga tester är ju hundra procentiga så svårt att säga om hon hade clostridium eller inte. Det gamla testet var inte så bra då gick man mer på klinisk bild. I övrigt så kan hon ju även ha tarmproblem och då blir man inte helt bra på bara clostridium behandling. Ibland behöver man öka dosen på Vancomycin.

Johan berättade att han haft 2 patienter som fått sin behandling via medicin i Skellefteå. Är det någon som har en patient med clostr diff med recidiv så prata med infektionsjouren eller skriv remiss, om det är några särskilda önskemål så skriv gärna ert telefonnummer så kan man ringa och diskutera.

Ann avslutade mötet med att tacka båda föreläsare och berättade att hon skulle bjuda in Anders Johansson så han kan berätta mer om studien som Andreas visade.

"Kort tillägg av Ann"

Vårdhygiens rekommendation i den fas av pandemin är nu är att vi ändå SKA fortsätta Covid-testa våra patienter på äldreboenden på fortsatt vid indikation! Det är viktigt för oss att veta OM vi har någon patient som insjuknat i Covid-19 vad gäller många olika beslut och inte minst då hela gruppen som bor på ett äldreboende är sköra!

Till nästa träff tänker Ann bjuda in vårdhygienläkare/infektionsläkare Anders Johansson och höra om han har möjlighet att presentera SÄBO-studien Covid-19 för oss! En sådan presentation tror vi verkligen skulle vara lärorikt inom detta nätverk!

Denna träff blir till hösten.

Vi önskar ALLA en fin och avkopplande sommar/Ann

Vid pennan ✍

Denise Jarvis

Smittskyddssekreterare