

I Läkartidningen 18/2006 rapporterades om det ökande antalet positiva klamydiaodlingar. Det hävdades bland annat att smittspårningsrutinerna har varit ineffektiva och att komplikationsrisken efter klamydia överskattats. Man föreslog också ändring i behandlingsrutinerna med egenprovtagning och

telefonrecept. I ett genmäle i 21/2006 anfördes tvivel om det finns en verklig ökning av klamydiafall. Debatten fortsätter här med flera inlägg där bland annat smittspårning, behandlingsrutiner, komplikationer av klamydia och förklaringar till det ökade antalet inrapporterade fall diskuteras.

## Klamydia ökar och nuvarande strategi måste ifrågasättas

Ur ett individuellt patientperspektiv är det positivt att nuvarande strategi upptäcker fler fall av klamydia. Men ur ett befolkningsperspektiv med syfte att minimera smittspridning av klamydia i samhället och därigenom hejda förloppet av klamydiaepidemin i Sverige är den otillräcklig.

Klamydiaincidensen har kontinuerligt ökat sedan mitten av 1990-talet. Även med hänsyn till att en känsligare diagnostisk metod, polymeraskedjereaktion (PCR), successivt infördes 1994–1997, som ökade antalet nyupptäckta klamydiafall med ca 10 procent, har en fördubbling av klamydiafallen skett sedan 1999. Bara mellan 2003 och 2004 ökade klamidiaincidensen med 20 procent.

**Riskpersoner kan inte identifieras.** Per-Anders Mårdh [1] påpekar att vi inte gör någon åtskillnad mellan personer som haft enstaka infektioner och sådana som



**STAFFAN SYLVAN**  
smittskyddsläkare  
staffan.sylvan@lul.se



**BRITH CHRISTENSON**  
docent, ställföreträdande  
smittskyddsläkare; båda vid  
smittskyddsenheten, Landstinget  
i Uppsala län

haft flera klamydiainfektioner och att dessa kan stå för en stor andel av klamydiafallen. Med nuvarande lagstiftning går personer som anmäls för klamydiainfektion inte att identifiera då dessa anmäls med kod. Vi är övertygade om att personer med upprepade klamydiainfektioner utgör en riskkategori och att smittspridningen skulle kunna minska om dessa gick att identifiera. Denna kategori yngre vuxna är ett folkhälsoproblem som sannolikt står för en stor del av klamydiaspridningen och som det är viktigt att nå. Utan kännedom om deras identitet kan smittskyddsläkaren inte genomföra sitt lagstadgade uppdrag att vidta förebyggande smittskyddsåtgärder för den sexuellt aktiva grupp som utgör en särskild smittrisk.

**Avseende smittspårningen** råder det ingen motsättning mellan Per-Anders Mårdh och oss. Idealet är att kontaktpersonen infinner sig för provtagning och kontaktspårning, och att man därmed kan föra det goda samtal som leder till att en lång kedja smittade personer identifieras. Tyvärr ser verkligheten inte alltid ut så. Det krävs inte sällan stora resurser för att identifiera och spåra kontakterna och sedan förmå dessa att komma till provtagning, ibland först efter länsrättsbeslut om polishämtning för tvångsundersökning. Det har då ofta förflutit månader sedan smittillfället och personen kan ha hunnit smitta andra och även hunnit självläka. Är personen negativ vid provtagningen kan ingen kontaktspårning göras. Från ett smittspridningsperspektiv är det då sannolikt bättre att snabbt hindra vidare smittspridning genom egenprovtagning, recept och smittspårning genom telefonkontakt i de fall kontakten till indexfallet inte infinner sig.

**Smittskyddsläkaren har ansvar** för att smittskyddet sker effektivt och att resurserna används på ett ändamålsriktigt sätt. Under perioden 1997–2002 har cirka 300 000 personer testats årligen i Sverige, varav 5–7 procent varit positiva för klamydiainfektion. Under 2005 togs klamydiaprov på 464 528 personer till en kostnad av närmare 100 miljoner kronor. Av dessa var 37 775 personer positiva för klamydia [2].

Av de positiva söker cirka en tredjedel på grund av symtom, och en tredjedel diagnostiseras som kontakter. Den återstående tredjedelen, cirka 12 590 personer, hittas genom opportunistisk testning av >400 000 personer på ungdomsmottagningar, kvinno- och STI-kliniker. Varje positivt klamydiaprov från denna sista tredjedel kostar då närmare 6 500 kronor i enbart laboratorie-kostnader.

**Slutligen. Trots stora resurser** fortsätter klamydiainfektionen att spridas. Det ger anledning att kräva en ny klamydiastategi. Även om vi delar Per-Anders Mårdhs uppfattning att det är positivt ur ett individuellt patientperspektiv att nuvarande strategi upptäcker fler fall av klamydia, så är den otillräcklig sett ur ett befolkningsperspektiv syftande till att minimera smittspridning av klamydia i samhället och därigenom hejda förloppet av klamydiaepidemin i Sverige.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

### REFERENSER

1. Mårdh PA. Ökar klamydia i Sverige och är det dags för en ny klamydiastategi? Läkartidningen 2006;103:1749-50.
2. Smittsamma sjukdomar i Sverige 1996–2005. Årsrapporter från avdelningen för epidemiologi. Stockholm: Smittskyddsinstitutet.

# Vi behöver en bättre klamydiastrategi

Klamydiaförekomsten har ökat påtagligt i Sverige, och det finns ett uppenbart behov av att förbättra strategin för att minska utbredningen. Och oavsett vad vi tror oss veta om klamydiainfektioner har Socialstyrelsen fått ännu en viktig uppgift i det utökade ansvaret för sexuellt överförda sjukdomar i Sverige.

I Läkartidningen 21–22/2006 (sidorna 1749–50) kommenterar Per-Anders Mårdh dels min artikel, dels den medicinska kommentaren av Brith Christenson och Staffan Sylvan, båda publicerade i Läkartidningen 18/2006. En mängd ifrågasättanden görs, och utrymmet tillåter här att bara några få bemöts.

**Mårdh ifrågasätter** om antalet klamydiainfektioner verkligen har ökat i någon större omfattning under senare år. Som argument framförs att vi saknar populationsbaserade studier och att provtagningen varit alltför begränsad i åldrarna över 25 år för att ge besked om klamydiaförekomsten.

Det är riktigt att det saknas populationsbaserade studier i Sverige, men sådana behövs inte för att visa att klamydiaförekomsten ökat i olika åldersgrupper. I ett antal landsting, där man har åldersrelaterad statistik på antalet påvisade klamydiafall och antalet provtagna personer, syns en entydig ökning, främst i åldersgruppen 15–24 år, men även i andra åldrar.

Mårdh hävdar även att antalet återinfektioner inte redovisas och att de kan vara många och utgöra en felkälla. Men om de utgör en konstant andel av antalet påvisade klamydiafall så påverkar de inte analysen om det föreligger en ökning under senare år. Andelen återinfektioner vid ettårsuppföljning är i osekulerade populationer ofta runt 10 procent [1, 2], och vår studie från Värmland visar liknande siffror [3]. Personer med återinfektioner är givetvis en viktig grupp att fokusera på.

Det framförs även kritik mot att den redovisade ökningen inte tagit hänsyn till att känsligare diagnostiska metoder införts. Må vara att nukleinsyrabaserad diagnostik lett till påvisande av fler klamydiafall – men den förändringen skedde huvudsakligen före 1998, då klamydiaförekomsten började öka i nationell statistik. Analys har tidigare även visat att förändrad metodik inte förklarar den ökade klamydiaförekomsten [4].

**I Mårdhs inlägg påpekas också** svårigheten med diagnostik av salpingiter och extrauterina graviditeter, och han frågar: »Hur har man kunnat identifiera de klamydiapositiva kvinnorna, när individens identitet på laboratorieremissen skall vara skyddad?» Ja, det är svårt med kvaliteten på dessa diagnoser, och absolutvärden på komplikationsrisker är omöjliga att bestämma. Men i vår studie (där det framgår hur data framtagits på ett etiskt tillfredsställande sätt) och däri andra omnämnda studier [5] finns samstämmiga fynd att komplikationsrisken är lägre än vad som är den vedertagna uppfattningen. Beträffande den hänvisning jag gjorde till den rapporterade ökningen av antalet extrauterina tonårsgraviditeter som noterats under senare år finns ett förtydligande inlägg av Edgardh, Herrmann och Marions i detta nummer.

Mårdh refererar felaktigt till min artikel (ska vara Christensons och Sylvans) beträffande införande av egenprovtagning och utfärdande av recept per telefon vid positivt klamydiaproov. Här delar jag helt uppfattningen att man inte kan införa en praxis som förhindrar patientens möte med kontaktpårare och diskussion med hälsovårdspersonal.

**Vad har egentligen skett?** Slutsatsen kvarstår att klamydiaförekomsten har ökat påtagligt i Sverige och att det finns ett uppenbart behov av att förbättra strategin för att minska utbredningen.

Vår kunskap om klamydiainfektioner är dock begränsande. Den vedertagna uppfattningen är att ökningen av sexuellt överförda sjukdomar (STI) till stor del orsakas av förändrade sexualvanor, som tydligt har ändrats under senare år [6].

**Här delar jag helt uppfattningen att man inte kan införa en praxis som förhindrar patientens möte med kontaktpårare och diskussion med hälsovårdspersonal.**

Det finns även en alternativ, spännande hypotes om att den ökade klamydiaförekomsten i länder med utbredd opportunistisk klamydiascreening och behandling beror på förändrad immunitet på populationsnivå [1, 7]. Detta skulle kunna förklara den U-formade kurvan av klamydiaföre-

komst som vi sett i Sverige: först en nedgång under 1990-talet och därefter en uppgång när befolkningen förlorat sin immunitet.

Faktum kvarstår att oavsett vad vi tror oss veta om klamydiainfektioner så har Socialstyrelsen fått ännu en viktig uppgift i och med det utökade ansvaret för STI-infektioner i Sverige.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## REFERENSER

1. Brunham RC, Pourbohloul B, Mak S, White R, Rekart ML. The unexpected impact of a Chlamydia trachomatis infection control program on susceptibility to reinfection. *J Infect Dis* 2005;192:1836–44.
2. Veldhuijzen IK, Van Bergen JE, Gotz HM, Hoebe CJ, Morre SA, Richardus JH. Reinfections, persistent infections, and new infections after general population screening for Chlamydia trachomatis infection in the Netherlands. *Sex Transm Dis* 2005;32:599–604.
3. Österlund A, Persson T, Persson I, Lysén M, Herrmann B. Improved contact tracing of Chlamydia trachomatis in a Swedish county – is genotyping worthwhile? *Int J STD AIDS* 2005;16:9–13.
4. Götz H, Lindbäck J, Ripa T, Arneborn M, Ramstedt K, Ekdahl K. Is the increase in notifications of Chlamydia trachomatis infections in Sweden the result of changes in prevalence, sampling frequency or diagnostic methods? *Scand J Infect Dis* 2002;34:28–34.
5. Low N, Egger M, Sterne JAC, Harbord RM, Ibrahim F, Lindblom B, et al. Incidence of severe reproductive tract complications associated with diagnosed genital chlamydial infection: the Uppsala Women's Cohort Study. *Sex Transm Infect* 2006;82:212–8.
6. Forsberg M. Ungdomar och sexualitet. En forskningsöversikt år 2005. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2006. Rapport R 2006:18.
7. Brunham RC. Parran Award Lecture: insights into the epidemiology of sexually transmitted diseases from  $R_0 = \text{beta}cD$ . *Sex Transm Dis* 2005; 32:722–4.



## BJÖRN HERRMANN

docent, avdelningen för klinisk mikrobiologi, Akademiska sjukhuset, Uppsala  
bjorn.herrmann@medsci.uu.se