

Otillräcklig strategi för klamydiabekämpningen

# Handlingsplan bör motivera till ändrat sexuellt beteende

År 2007 anmäldes fler än 47 000 fall av klamydia i Sverige, den högsta siffran hittills. För att vända den negativa trenden behövs en icke-moraliserande strategi som motiverar till ändrat sexuellt beteende och färre partner.

Denna insikt bör få genomslag i Socialstyrelsens pågående arbete med vilka budskap som ska ingå i handlingsplanen mot spridningen av sexuellt överförda infektioner.

Sverige har en unik smittskyddslagstiftning för sexuellt överförda infektioner (STI). Med Smittskyddslagen följer obligatorisk testning och smittspårning av misstänkta kontakter. Sverige har också en omfattande kostnadsfri provtagning i fråga om de sexuella sjukdomarna. Sedan 50 år har undervisning i sex och samlevnad varit obligatorisk inom skolans ram, och sedan 1970-talet har ett system byggts ut med ungdomsmottagningar för de sexuellt överförda infektionerna med rådgivning om preventivmedel och reproduktiv hälsa. Under många år har informationskampanjer hållits och olika tidsskrifter och broschyrer givits ut med information om STI och hur de kan undvikas genom kondomanvändning.

**Sverige är kanske det land** som satsat störst resurser på information och screeningverksamhet, men har trots det samma negativa utveckling avseende klamydiaspridningen som andra jämförbara länder som inte investerat motsvarande resurser och som saknar smittskyddslag. Under 2007 anmäldes fler än 47 000 klamydiafall – den högsta incidens (514 per 100 000 personer) som uppmätts i Sverige.



**BRITH CHRISTENSON**  
docent



**STAFFAN SYLVAN**  
smittskyddsläkare;  
båda vid smittskyddsenheten,  
Landstinget i Uppsala län  
staffan.sylvan@lul.se

Figur 1 visar klamydiaincidensen i Uppsala län hos män och kvinnor i olika åldersgrupper sedan 1988. Samma mönster kan ses i alla län i Sverige. Mellan 1988 och 1995 minskade klamydiafrekvensen i Sverige med 62 procent beroende på ändrade sexualvanor, en trend som bröts igen 1996. Denna attitydförändring hade med största sannolikhet sitt ursprung i rädsla för HIV, en rädsla som drastiskt förändrades i och med tillgången till nya virusmediciner, de så kallade proteashämmarna, vilka har en mycket kraftig virushämmande och aidsbromsande effekt. Aidsjukdomen försvann som hotbild ur vårt medvetande. Figuren visar också att incidensförändringen under senare år är mest uttalad bland unga kvinnor, vilket talar för att beteendeförändringen är störst hos dessa.

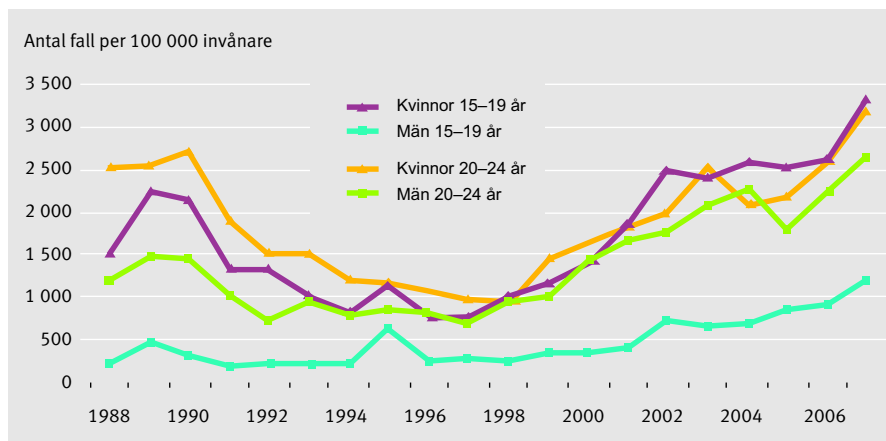
Kondomförbrukningen har däremot varit relativt konstant under perioden,

vilket visar att den minskning av klamydiaincidensen som sågs fram till 1995, eller ökningen den senaste 10-årsperioden, troligen är oberoende av kondom-användningen, som hela tiden varit lika låg.

**Utvecklingen av en epidemi** bestäms av begreppet »basic reproductive rate« ( $R_0 = S \times P \times T$ ), där S är smittsamheten, P antalet partner och T tiden under vilken index sprider smittan. För att bekämpa en epidemi måste samtliga dessa faktorer påverkas i minskande riktning. Vår nuvarande strategi har till övervägande del varit att söka minska S genom ökad användning av kondom. Hittills har mycket liten vikt lagts vid betydelsen av att reducera antalet sexualpartner för att minska klamydiaspridningen i samhället.

Det som fått HIV-epidemin att minska i Uganda, Kenya och Zimbabwe är inte ökad kondomanvändning utan förändrade sexualvanor. Uganda har haft den mest dramatiska minskningen av HIV-prevalensen, vilket huvudsakligen åstadkommit genom senare sexuell debut, minskat antal sexualpartner och större trohet inom äktenskapet [1]. De avgörande åren då HIV-epidemin minskade var kondomanvändning inte sanktionerad av myndigheterna i Uganda och kondomreklam förbjuden.

För att kunna påverka den generella



Figur 1. Incidens av klamydia i Uppsala län 1 april 1988–2007.

klamydiaepidemin i vårt land krävs, liksom vid den tidigare klamydiaminskningen, ett ändrat sexuellt beteende och färre partner. Även för män som har sex med män (MSM) är reducering av antalet partner den viktigaste parametern. En svensk avhandling har visat att både HIV- och gonorréincidensen minskade när antalet partner reducerades, liksom att förhållandevis få MSM använder kondom [2]. Förekomst av klamydia och genitala vårtor (kondylom) ökar linjärt med antalet partner [3, 4]. Det som fick HIV-epidemin i USA att kraftigt minska i denna grupp under 1980-talet var minskat antal partner, vilket visar att reduktion av antalet sexualpartner är en förändring som människor är villiga att anamma om skäl finns.

**Nödvändigheten av en ny klamydiastراتيجية** har diskuterats [5, 6]. Bland annat har önskemål framförts om att kunna identifiera riskgrupper som kan bidra till den ökade klamydiaincidensen; hit hör grupper med flera partner och personer med upprepade klamydiainfektioner. Det är visat att cirka 10 procent av ungdomar har fler än tre partner, och dessa ungdomar skulle även kunna utgöra en riskgrupp för introduktion av HIV i ungdomspopulationen [7].

Förutsättningen för att kunna fånga upp dessa personer är att de anmäls så

att de går att identifiera och motiveras till minskat risktagande. Förutom att kunna identifiera riskgrupper har snabba handläggningstid föreslagits genom effektiviserad kontakt- och smittspårning. Man har lyft fram behovet av mer lättillgängliga testmöjligheter för män via webbaserad testning eller upprättandet av särskilda »killmottagningar«.

Någon generell användning av kondomer så att det påverkar klamydiaprevalensen tror vi inte är möjlig, vilket mer än 30 år av intensiva kondomkampanjer visat [8].

**För att vända den negativa trenden** behövs en icke-moraliserande strategi som, vid sidan av fortsatt argumentation för kondomanvändning, motiverar till reducering av antalet sexualpartner, senarelagd sexualdebut, avhållsamhet för dem som vill detta, informerar om risken med att gå till sängs med okända och som stärker flickors självförtroende så att de inte tar efter en del pojkaraktiva sexualmönster. Det som fått HIV-epidemin att minska i HIV-drabbade länder, liksom vad som fick klamydiaincidensen att mer än halveras i Sverige mellan 1988 och 1995, var ett ändrat sexuellt beteende och färre partner. Denna insikt måste få genomslag i Socialstyrelsens pågående arbete med att avgöra vilka budskap som ska ingå i

handlingsplanen mot STI-spridning i Sverige.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:* Inga uppgivna.

**REFERENSER**

1. Green EC, Halperin DT, Nantulya V, Hogle JA. Uganda's HIV prevention success: the role of sexual behavior change and the national response. *AIDS Behav.* 2006;10:335-46.
2. Berglund T. Recent trends in the epidemiology of gonorrhoea in Sweden: The role of importation and core groups [dissertation]. Stockholm: Karolinska University Press; 2006.
3. Sylvan SP, von Krogh G, Tiveljung A, Siwerth BM, Henriksson L, Norén L, et al. Screening and genotyping of genital Chlamydia trachomatis in urine specimens from male and female clients of youth-health centers in Stockholm County. *Sex Transm Dis.* 2002;29:379-86.
4. Christenson B, Sylvan S. Det är dags för en ny klamydiastراتيجية. Test och smittspårning räcker inte – ändrat sexualbeteende krävs också. *Läkartidningen.* 2006;103:1403-4.
5. Kjaer SK, Tran TN, Sørensen P, Tryggvadottir L, Munk C, Dasbach E, et al. The burden of genital warts: a study of nearly 70,000 women from the general female population in the 4 Nordic countries. *J Infect Dis.* 2007;196:1447-54.
6. Sylvan S, Christenson B. Klamydia ökar och nuvarande strategi måste ifrågasättas. *Läkartidningen.* 2006;103:2154.
7. Sylvan S. The communicable diseases act and strategies to contain the spread of STIs in Sweden. *Receipt (Byelorussia), 2005, Vol. IV, p. 32-36. (O15A4) http://www.medsci.uu.se/klinbakt/Stigup/Publications/ARTICLES/own\_publ.htm*
8. Shelton JD. Confessions of a condom lover. *Lancet.* 2006;368:1947-8.

**APROPÅ!** Små barn i sjukvården

# Inte bara AT-läkare utan pappa också ...

**E**n pappa som också är AT-läkare följer med sin ett och ett halvt år gamla dotter på efterkontroll efter bilateral otit på en öronklinik i Göteborg. Med stort förtroende för sjukvården går pappan med på att dottern ska öronmikroskoperas.

»Håll fast hennes armar!« säger sköterskan till pappan, som är beredd på ett snabbt övergående obehag när dottern får ligga ned på en brits. Men dottern är livrädd och undersökningen drar ut på tiden. Hon skriker och kämpar och tittar förtvivlat på pappan.

**Till slut avbryter pappan** undersökningen på humanitär

indikation. Tycker att miss-tanken om otosalpingit är minimal, och dotterns talutveckling är det verkligen inget fel på. Öronläkaren medger att han fått en skymt av retningsfri trumhinna, och besöket är slut. Åker hem med en hul-kande dotter som efter undersökningen får sjukhusskräck. När mamma och pappa – som båda jobbar i sjukvården – tar med flickan på besök till jobbet är denna tidigare helt harmoniska unga dam fullkomligt livrädd.

**Bedrövad och skuldmedveten** funderar pappan över sina goda erfarenheter från ett barnsjukhus i stan när det gäller patientbemötande. Han

känner inte alls igen en så liberal användning av tvång. Kollegor han diskuterar med tycker att öronmikroskopi på en 1,5-åring är vansinne. Förstahandsval är tympanometri, därefter möjligen otoskopi om misstanke väckts. Vid ett trevligt och uppriktigt samtal med öronläkaren som utförde undersökningen får pappan bara argument för öronmikroskopins överlägsenhet gentemot otoskopi och tympanometri. Ingen egentlig förklaring ges till denna överanvändning av tvångsmetoder annat än att det är praxis på kliniken. Trots att han undersöker små barn dagligen saknar öronläkaren helt pediatrisk utbildning.

Som förälder till en mycket liten patient inser man vikten av en god konsultation liksom effekterna om den inte sköts rätt. Användningen av tvång inom barnsjukvården är något som ständigt måste debatteras. Är ett stort antal traumatiserade barn verkligen ett rimligt pris för att utesluta otosalpingit om en mycket liten klinisk misstanke föreligger? Jag anser att indikationen för varje litet ingrepp noggrant måste övervägas inför alla pediatrisk undersökningar!

**Henrik Nyström**  
AT-läkare,  
Göteborg

henrik.nystrom@fysiologi.gu.se