

Behovsanalys Sexuellt överförbara sjukdomar, STD¹

Inledning

Sexuellt överförbara sjukdomar har följt människan i årtusenden och är ett av vår tids stora folkhälsoproblem. I antikens Grekland beskrevs till exempel kondylom och könsvårter. Syfilis var i århundraden ett av mänsklighetens största gissel. Upptäckten av antibiotika medförde en drastiskt ökad möjlighet att behandla flera av dessa infektioner. I i-länderna hade man därför fram till AIDS-epidemin en vision om att ha problemet med sexuellt överförbara sjukdomar under god kontroll. Problemet består dock och enligt WHO drabbas 340 miljoner människor varje år av sexuellt överförbara sjukdomar. Panoramat ändrar sig hela tiden och nyupptäckta infektioner tillkommer medan andra faller bort.

Prevention vid sexuellt överförbara infektioner är ett ständigt pågående folkhälsoarbete där nya generationer bör få all faktisk kunskap i hur man skyddar sig före sexualdebut. I Sverige pågår, framför allt bland tonåringar och unga vuxna, en klamydiaepidemi med 33 000 anmälda fall under 2005. Antalet sexualpartners har ökat i dessa åldrar och kondom användandet har minskat, vilket förvärrat situationen. Trots sociala och kulturella förändringar i samhällets syn på sexualitet visar forskning att individer av båda könen fortfarande förväntar sig att kvinnorna bär huvudansvaret för att förhindra smittrisk och oönskade graviditeter.

Den sexuella ohälsan hos HBT-personer (homo-, bi- och transsexuella personer) är endast studerad för män som har sex med män, MSM. Deras sexuella hälsa har försämrats och även här har de bakomliggande faktorerna samband med att rädslan för HIV har minskat och det sexuella risktagandet har ökat.

Några sexuellt överförda infektioner klassificeras som allmänfarliga och faller i Sverige under smittskyddslagen. Dessa är klamydia, syfilis, gonorré, sexuellt överförd hepatit och HIV. Förutom att diagnostisera och behandla individen skall smittspridning av dessa infektioner bekämpas genom smittspårning/partnerspårning.

Beskrivning av sjukdomsgruppen

Analysen presenteras utifrån följande indelning av vanliga och/eller särskilt viktiga sexuellt överförbara sjukdomar. Sexuellt överförd hepatit och HIV redovisas inte i denna analys, utan har tidigare redovisats i behovsanalysen för infektionssjukdomar.

¹ Sexually transmitted diseases

- Klamydia
- Gonorré
- Syfilis
- Mycoplasma genitalium
- Kondylom
- Herpes
- Ospecificerad uretrit, urinrörskatarr, och cervicit, katarr på livmodertappen
- Flatlöss och skabb

Sjukdomarna klamydia, gonorré och syfilis klassificeras enligt smittskyddslagen som allmänfarliga och påvisade fall anmäls till smittskyddsläkaren i länet samt till Smittskyddsinstitutet. Patienter med, eller med misstanke om, någon av dessa sjukdomar har rätt till kostnadsfri undersökning och behandling men har också skyldighet att uppge namn på sexualpartners som kan vara smittade. Förekomsten av syfilis och gonorré är begränsad medan förekomsten av klamydia ökat kraftigt.

När det gäller gruppen män som har sex med män, MSM, har dessa en större och delvis annorlunda sjukdomsburda av sexuellt överförbara sjukdomar än heterosexuella personer. På länets STD-mottagningar ses ett ökat antal MSM, där individens behov av specialundersökningar beaktas. Även lesbiska kvinnor behöver ett relevant omhändertagande och det är alltid viktigt att vården har ett HBT-perspektiv.

Klamydia

Klamydiainfektionen orsakas av en bakterie, Chlamydia trachomatis. Klamydia är den vanligaste infektionen i gruppen sexuellt överförbara sjukdomar som klassificeras som allmänfarliga. Smittspridningen förekommer framför allt bland tonåringar och unga vuxna, 15-29 år.

Infektionen var mycket vanlig 1988, då den togs med i smittskyddslagen och kontaktsparning blev obligatorisk. Förekomsten minskade därefter fram till mitten av 1990-talet, för att återigen öka, sannolikt till följd av ändrade sexualvanor. I slutet av 1980-talet fanns en större rädsla för HIV och en mer allmän kondomanvändning än idag. I Östergötland har diagnostiserad klamydia ökat med cirka 80 procent, från 816 fall år 2000 till 1 446 fall år 2005, vilket var det högsta antalet anmälda sedan klamydia klassificerades som allmänfarlig enligt smittskyddslagen 1988. Därtill finns ett betydande mörkertal.

Klamydiabakterien har senaste tiden muterat så att en del laboratorier inte kan fastställa en viss procent av de positiva proverna. Detta gäller också för Laboratoriemedicinskt centrum i Östergötland som är landstingets leverantör.

Eftersom kvinnor testar sig i större utsträckning, i samband med besök på ungdomsmottagningar och preventivmedelsrådgivning, diagnostiseras klamydia oftare hos kvinnor. En stor andel av männen, 44 procent, hittas genom smittspårning.

Majoriteten smittade av båda könen saknar symtom på infektionen. När infektionen ger symtom är dessa ofta lindriga och övergående i form av flytning och/eller sveda när man kissar. Hos kvinnor förekommer också mellanblödningar. Klamydia kan hos 10-15 procent av de smittade kvinnorna orsaka äggledarinflammation, med infertilitet, utomkvedshavandeskap eller bestående smärtor som följd. I enstaka fall kan klamydia ge ensidig ögoninflammation och/eller inflammation i en stor led. Ett barn som smittas i samband med förlossning kan få ögoninfektion eller lunginflammation. Även en tyst infektion kan leda till äggledarinflammation hos kvinnan, mera sällan till bitestikelinflammation hos mannen. Enda sättet att effektivt finna infektionen är genom provtagning i de åldersgrupper där infektionen är vanlig och därtill genomföra smittspårning på funna fall. Klamydia botas lätt med antibiotikum. Epidemin kan endast stoppas om sjukvårdens insatser möts av ett ändrat sexuellt beteende och med ett ökat användande av kondomer.

Gonorré

Gonorré orsakas av en bakterie och klassas som allmänfarlig. Gonorré ger oftare symtom som flytning och sveda eller blödning än klamydia. Risken för komplikationer av infektionen är exakt densamma som för klamydia. Sjukdomen är idag ovanlig i Sverige och förekomsten har minskat radikalt från 40 000 fall år 1970 till färre än 1 000 fall per år efter 1985. År 2005 hade länet 15 fall av gonorré. En mindre inhemsk epidemi finns bland MSM. Den heterosexuella smittan är oftast hämtad utomlands. Gonorré är oftast resistent mot ett flertal antibiotika och alla patienter ska därför handläggas av specialist på STD-mottagning.

Syfilis

Syfilis orsakas av en bakterie. Infektionen uppträder i olika stadier, där stadium 1 och 2 med infektion yngre än två år räknas som allmänfarlig. I Sverige anmäldes under 1990-talet färre än 50 fall per år, men till följd av en inhemsk epidemi bland MSM, har antalet därefter legat över 100 per år. År 2005 konstaterades 2 fall av syfilis i Östergötland. Syfilis behandlas med penicillin i injektionsform. Utöver ovan nämnda typ av fall diagnostiseras och behandlas "gammal", okänd syfilis, hos vissa invandrargrupper. År 2005 upptäcktes inom flyktinghälsovården i Sverige två spädbarn med medfödd syfilis.

Mycoplasma genitalium (MG)

Denna infektion orsakas av en bakterie och sprids mellan människor vid samlag. Infektionen kan diagnostiseras först sedan en speciell analysmetod, PCR-teknik, blivit tillgänglig.

Den förekommer bland sexuellt aktiva yngre i något lägre frekvens än klamydia. Sjukdomen är ännu inte klassificerad som allmänfarlig. När det gäller symtom liknar MG i hög grad klamydia och den är ofta en "tyst" infektion. Man har påvisat urinrörskatarr hos nästan alla män med infektionen, medan smittade kvinnor kan få inflammation på livmodertappen och i livmoderslemhinnan, liksom ögoninfektion och inflammation i stora leder. Det finns idag inte tillräcklig kunskap om risk för foster eller för nyfödda barn förlösta vaginalt hos kvinnor med MG-infektion.

I praktiken handläggs denna infektion som de anmälningspliktiga, det finns dock inga riktlinjer. Men man uppmanar till partnerundersökning och behandling, dels för att få en uppfattning av förekomsten och dels för att få kunskap om bl a antibiotikaresistens som är ett problem vid MG-infektion.

Kondylom (genital papillomvirusinfektion)

Kondylom är mycket vanligt och man räknar med att 10 procent av den vuxna befolkningen någon gång besvärats av infektionen. Och 20-30 procent av den sexuellt aktiva populationen mellan 20-30 års ålder har infektion utan symtom. Inkubationstiden uppgår till 1-6 månader, ibland kan dock infektionen ligga latent i mer än ett år. Barn kan smittas i förlösningsskanalen. Synliga vårtor orsakas oftast av "lågrisk-virus" medan osynliga vårtor orsakas ofta av "högrisk-virus". De senare kan ge upphov till cellförändringar, som kan vara förstadium till cancer i livmoderhalsen. I Sverige dör varje år 200 kvinnor av cancer i livmoderhalsen, trots den gynekologiska hälsokontrollen. Rökning är den viktigaste medfaktorn vid denna form av cancer.

Vårtor som besvärar patienten kan behandlas med frysning, pensling med vårtmedel, kirurgi och koldioxidlaser. Virusinfektionen kan inte behandlas, men inom 1-2 år upphör vanligen aktiviteten i den enskilda infektionen. Upp till 15 procent kan dock ha kvarstående förändringar, som kan ge invalidiserande samlagssmärter under många år. En glädjande utveckling är att ett vaccin utvecklats. Detta kan ges före sexdebut och innehåller ovannämnda högrisk- och lågrisk-virus. Vid en satsning på detta antas livmoderhalscancer kunna minska med 70 procent och kondylom med hela 90 procent. Vaccin beräknas vara tillgängligt år 2007.

Genital Herpes

Genital herpes är en av de vanligaste sexuellt överförbara infektionerna och den kan ge upphov till smärtsamma blåsor och sår i underlivet. Infektionen orsakas av herpes simplex-virus, typ 1 och 2, där typ 2 överförs vid samlag och typ 1 vid munsex. Under senare år har det blivit allt vanligare att finna typ 1 vid diagnostik av genital herpes, vilket har betydelse för prognosen. Denna typ recidiverar mycket sällan i underlivet, vilket typ 2 ofta gör. Dock är majoriteten av all förekomst av typ 2 okänd för patienten, vilket förklarar att många

”oförklarligt” blir smittade och får besvär vid ett nytt förhållande. Genital herpes som fått fäste hos en individ ligger sedan vilande i närmsta nervknuta. Olika faktorer kan stimulera till nyproduktion av virus och bildning av nya blåsor och sår.

Det finns ingen botande behandling, men det finns effektiva bromsmediciner. Den första infektionen är som regel mycket svårare och mera långdragen än senare skov. Patienter med misstänkt primär genital herpes prioriteras som jourfall vid STD-mottagningar. För dem som får en svår och recidiverande infektion är det psykosexuella lidandet stort och ett korrekt omhändertagande i vården mycket viktigt.

Ospecificerade infektioner

Urinrörskatarr hos män – Uretrit

Inflammation i urinrörsmynningen med eller utan symtom som sveda, klåda, flytning och fynd av vita blodkroppar vid mikroskopering av sekret från urinröret, betraktas som något sexuellt överförbart. Vanlig urinvägsinfektion, blåskatarr, är synnerligen ovanligt hos unga män och kräver utredning av bakomliggande orsak. När gonorré, klamydia och MG uteslutits blir diagnosen ospecificerad uretrit.

Katarr på livmoderhalsen – Cervicit

Denna benämning avser flytning som orsakas av inflammation i livmoderhalsen av okänd orsak. När gonorré, klamydia och MG uteslutits blir diagnosen ospecificerad cervicit. Relativt ofta ses ospecificerad cervicit hos partner till man med ospecificerad uretrit och vice versa. Uppmaning görs därför att aktuell partner skall partnerbehandlas. Behandling för ospecificerad uretrit hos män och cervicit hos kvinnor ges som vid klamydia.

Flatlöss och skabb

Flatlöss är små krabblänkande löss som är synliga för blotta ögat. De sprids som en könssjukdom, men också genom sängkläder. Lusen finns oftast i underliv och vid basen av hårstrån, där den suger blod. Äggen fästs på hårstrån och vid fynd av flatlöss, bör undersökning göras för andra könssjukdomar. Lokalbehandling görs med preparat från apoteket. Idag ses sällan patienter med flatlöss. Skabb är ett kvalster som fortplantas i människans hud. För att smittas krävs nära kroppskontakt; sexualpartner, förälder-barn eller mellan barn. Efter en tid orsakar skabbdjuret stark generell klåda, värst nattetid. När diagnos ställts görs lokalbehandling med preparat från apoteket och alla medlemmar i samma hushåll bör behandlas. Skabb förekommer i ökande omfattning hos patienter som söker på STD-mottagningarna.

Brukarperspektivet

Vårdgivarnas attityder och bemötande är avgörande för om en ungdom eller exempelvis en HBT-person överhuvudtaget kommer till vården med sina funderingar och sitt vårdbehov. Vilka behov patienter har som drabbas av en sexuellt överförbar sjukdom eller på uppmaning ska komma till vården för partnerspårning finns inte så mycket kunskap om. Ungdomars och unga vuxnas behov i möte med vården finns däremot mer kunskaper om. Socialstyrelsen har under 2005 tagit fram rapporten "Ungdomars behov av samhällets stöd – en lägesbeskrivning", som beskriver ungdomars och unga vuxnas behov i möte med bl a vården. En förtroendemannagrupp har träffat ungdomar i fokusgrupper och det finns en intervjustudie som är gjord i länet.

Ungdomar har behov av:

- en lättillgänglig vård; det ska vara en "låg tröskel" in till vården, tider som passar ungdomar, gärna öppna mottagningar (ej tidsbeställda).
- att integritet och avskildhet ska beaktas vid beslut om förläggning av lokaler.
- att tala med vuxna, som vet hur unga tänker och som inte moraliserar, som får den unga att känna sig viktig och stärkt i att kunna fatta egna beslut (bygga egenansvaret); gärna någon av samma kön.
- faktainformation.
- att kunna söka för en "bagatell", och möta en behandlare som är inställd på att se och höra att det kan finnas fler problem.
- att besöken ska vara kostnadsfria och kondomer och p-medel ska kunna köpas till ett rimligt pris.
- att kunna ta prover för sexuellt överförbara sjukdomar där de som söker inte blir hänvisade eller behöver "förklara sig".

Den verksamhet som lyckas bäst med att arbeta på ungdomars villkor är, enligt Socialstyrelsens rapport, ungdomsmottagningarna. Där är tillgänglighet och yttre miljö samt kompetensen anpassad till ungdomars behov. Troligen har flertalet vuxna patienter som söker med konstaterad eller misstänkt sexuell överförbar sjukdom likvärdiga behov som de unga.

Män som har sex med män har en större och delvis annorlunda sjukdomsburda av sexuellt överförbara sjukdomar än heterosexuella personer. Centrala länsdelberedningen intervjuade företrädare för denna grupp under hösten 2006.

Dialogen visade på följande behov:

- Att integritet och anonymitet beaktas vid mötet med vården.
- Att bli bemött med respekt av personal med HBT-kunskap.
- Att personalen har ett förhållningssätt som är icke moraliserande.
- Att kunna söka på många sätt; drop-in mottagning, bokad tid – gärna på Internet.

- Att kunna ta prover för sexuellt överförbara sjukdomar där de som söker inte blir hänvisade eller behöver "förklara sig".
- Att samarbete/kunskapsutbyte utvecklas mellan vårdgivare och RFSL.

Förebyggande och hälsofrämjande arbete

Förebyggande insatser för reproduktiv hälsa

De sexuellt överförbara infektionerna är en viktig orsak till ohälsa, inte minst bland ungdomar och unga vuxna. Medelåldern för det första samlaget har inte förändrats nämnvärt under den senaste tjugoårsperioden. Antalet sexualpartners i åldersgruppen har dock ökat och fler i åldern 16-24 år anser idag att det inte är fel att ha samlag utanför fasta förhållanden. Andelen som använt kondom den senaste månaden visar ingen tydlig trend, men samlag utan kondom "första kvällen" har blivit något vanligare. Kondomanvändning i Sverige var för ungefär femton år sedan 26 miljoner per år och är nu 16 miljoner per år. Detta sammantaget anses ligga bakom den ökade förekomsten av klamydia. Det finns också ett samband mellan sexuellt risktagande och berusning. Genom rätt kunskap kan man själv förhindra att man smittas. Det är därför viktigt att många samhällsaktörer arbetar tillsammans för att minska smittspridning och oönskade graviditeter samt verka för en positiv syn på sexualitet. Att utbilda, fortbilda och informera är de viktigaste delarna i ett sådant arbete. Aktörerna är förutom landstinget, skolan, privatpraktiserande läkare och aktuella frivilligorganisationer.

Landstingets uppdrag i det förebyggande arbetet

Det är skolans ansvar att alla ungdomar får information och upplysning i sex och samlevnad. Skolan skulle dock i större utsträckning än idag behöva arbeta med attityder till kondomanvändande och könsroller i allmänhet ihop med sexualiteten. Vården har dock vid varje enskilt möte uppdraget att fortsätta det preventiva arbetet. Ungdomsmottagningarna ska vid minst ett tillfälle under högstadietiden inbjuda ungdomarna via skolan till studiebesök.

Landstinget i Östergötland har i det förebyggande STD-arbetet varit ett föredöme, inte minst med det uppdrag som Länshälsolaget (LH) har. LH administreras via Smittskyddsenheten. LH bildades 1988 och hade då som nu som första uppgift att informera om HIV/AIDS i länet.

I dag består LH av personal från barn- och kvinnosjukvården, ungdomsmottagningar, personal från grundskolor och gymnasieskolor samt sociala förvaltningar. De har sina "grundtjänster" inom landstinget, kommun och universitet. LH ansvarar för att säkerställa ett länsövergripande utbud av kvalificerad utbildning, fortbildning och information till befolkning-

en men även till strategiska aktörer. Gruppen har genom lång erfarenhet och kontinuerlig utbildning fått en gedigen kunskap i att undervisa olika målgrupper. LH:s aktiviteter finansieras med cirka en halv miljon av landstinget och med knappt en miljon av staten. För att nå ett förändrat sexuellt beteende krävs kunskap och påminnelser med jämna mellanrum.

Länshälsolaget utbildar och fortbildar:

- Genomför kurser som ger grundkunskaper, metoder och didaktiska kunskaper i att föra ut kunskaper om STD. Föreläsningsserier i aktuella ämnen. Bedriver STD-projekt mot olika invandrargrupper.
- Driver ett projekt tillsammans med studenthälsan på Linköpings och Norrköpings universitet om STD. I detta arbete deltar landsting/universitet och högskolor från Blekinge, Kalmar, Örebro och Växjö.
- Genomför också skräddarsydda utbildningar för olika grupper, exempelvis läkarstuderande. "Kärleksakuten" som i sin tur möter ungdomar i skola och på ungdomsgårdar.
- Anordnar även regionala och nationella STD-konferenser tillsammans med Folkhälsoinstitutet.

Länshälsolaget informerar:

- Ställer ut montrar med STD-information på olika företag och offentliga platser.
- Använder bl a radio-, internet- och bioreklam som informationsvägar.

Processperspektivet

Vården har vid alla möten ett ansvar för information och rådgivning om sex och samlevnad. På de mottagningar där vårdgivaren själv inte har kompetens att ge information och rådgivning i sex- och samlevnadsfrågor ska patienten efter provtagning hänvisas till relevant vårdgivare. Provtagning för diagnostik av HIV, syfilis samt sexuellt överförbara hepatiter ska tas där patient ställer frågan. Varje vårdgivare ska därför vara beredd på en sådan frågeställning och veta vad som ska göras. Det saknas idag länsgemensamma riktlinjer för hur alla vårdgivare ska handlägga patienter med konstaterad eller med misstänkt sexuellt överförbar sjukdom.

Det huvudsakliga ansvaret för STD-vården i länet har följande verksamheter:

- STD-mottagningen Lasarettet i Motala, KK, Barn- och kvinnocentrum
- STD-mottagningen US, Hudkliniken, Närsjukvården i centrala Östergötland
- STD-mottagningen Vrinnevisjukhuset, Hudkliniken, Närsjukvården i centrala Östergötland
- Kvinnokliniken
- Ungdomsmottagningarna

STD-mottagningarna är på samtliga ställen lokaliserade till sjukhus.

Flest vårdkontakter för sexuellt överförbara sjukdomar har personer mellan 15-29 år. I Östergötland finns cirka 82 000 individer mellan 15 och 29 år. Universitetsstäderna Linköping och Norrköping har sammanlagt 27 000 studenter i åldrarna 20-30 år, vilket också påverkar STD-mottagningarnas storlek i dessa länsdelar.

Provtagning

På länets tre STD-mottagningar är klamydiaprovtagning ett screeningprov. Där är också andelen män som söker större än andelen kvinnor, cirka 55 procent män och 45 procent kvinnor. Män med misstänkt klamydia nås oftast genom partnerspårning. En generös provtagning erbjuds patienter med eller utan symtom på klamydia på ungdomsmottagningarna och på alla gynekologiska mottagningar samt inom mödrahälsovården. Urinprov för män och urinprov alternativt slidprov för kvinnor har stor säkerhet. Denna provtagning, undersökning och behandling är kostnadsfri för den som söker landstingsfinansierad sjukvård. Antal klamydiaprover tagna per 1 000 invånare är troligen inte likvärdig över länet, det är idag svårt att med säkerhet veta då statistiken är bristfällig/otillförlitlig.

Kostnaderna för landstinget för samtliga klamydiaprover tagna under 2005 var 4,7 miljoner kronor.

Klamydiaprovtagning i hemmet

Möjligheten att via internet få provmaterial hemskickat och därefter analyserat på laboratorium finns idag i två landsting. I Västerbotten och Västra Götaland kan man dygnet runt och gratis beställa hem material för klamydiaprovtagning och få information om sjukdomen. Urinprovet skicks per post till laboratoriet och individen får sedan också svaret via internet. Vid påvisad klamydiainfektion ges instruktioner om att uppsöka läkare och sjukvården bevakar att så sker.

Testen har använts sedan hösten 2004 och är i Västerbotten utvärderad. Det totala antalet klamydiaprover ökade med 17 procent och männen nås i större utsträckning än tidigare. Kostnaderna för landstinget har minskat avsevärt då många mottagningsbesök på STD- och ungdomsmottagningarna har minskat. Metoden har svagheter, såsom att andra infektioner kan missas och internettjänsten inte möjliggör personlig kontakt.

Självtest för klamydia kommer sannolikt att lanseras till individer som utsatt sig för risk att få klamydia, men av olika skäl inte vill söka på en mottagning (Apoteksbolaget har nyligen dragit tillbaka ett sådant test). Individer med positivt klamydiatest har skyldighet enligt smittskyddslagen att söka ex STD-mottagning för provtagning och eventuell partnerspår-

ning. Vården har dock ingen möjlighet att kontrollera att så sker när testet inte är knutet till vården.

Smittspårning/partnerspårning

Landstinget i Östergötland har, som ett av få landsting, en centraliserad smittspårning vilket anses vara en framgångsfaktor i det preventiva arbetet. STD-mottagningarna har ansvar för partnerspårning och då en vårdgivare erhåller ett positivt prov som faller under smittskyddslagen, remitteras patienten för partnerspårning till kurator eller sjuksköterska vid dessa mottagningar.

Den läkare som undersökt patienten eller alternativt ansvarig läkare för mottagningen har enligt den nya smittskyddslagen fortfarande det yttersta ansvaret för att smittspårningen genomförs. Diagnostiserande vårdenhet ansvarar för behandling.

Fördelar med den centraliserade smittspårningen är att man med professionellt kunnig smittspårare maximerar antalet uppspårade och funna kontakter. Kontaktspårarna får också en god överblick över smittkedjor och kan se vilka kontakter som är uppgivna av flera patienter. Tillsammans kommer patienten och smittspåraren överens om hur kontakterna ska tas, av patienten själv eller per telefon eller brev från smittspåraren. Smittspårarnas roll är förutom smittspårningen att ge råd i sex och samlevnad. För preventivmedelsrådgivning hänvisas patienten till annan vårdgivare.

I Motala är det fyra sjuksköterskor som delar uppgiften att smittspåra. I Linköping är det fördelat på två kuratorer och i Norrköping finns en kurator för denna uppgift. Smittspårning av andra förekommer även i Kisa och i Åtvidaberg och av en privatpraktiserande gynekolog i Norrköping. Nuvarande kurator i Norrköping och tidigare kurator i Linköping har erfarenheter att smittspåra på ungdomsmottagningen någon dag i veckan. Den totala resursen av smittspårare är i nuvarande organisation otillräcklig, framför allt vid sjukdom och semester. I de stora universitetsstäderna finns endast totalt tre smittspårare, som dessutom ur ett brukarperspektiv skulle behöva ha del av sin arbetstid förlagd till ungdomsmottagningarna.

Tillgänglighet

Tillgänglighet kan mätas i hur lätt det är att boka en tid för besök men kan även vara tiden mellan bokning och besök. Att mottagningen har tider som passar målgruppen är också av stor vikt liksom att den bör vara tillfredsställande över hela året. Tillgänglighet innebär också att få tillgång till rätt kompetens

Tillgängligheten till STD- och ungdomsmottagningarna varierar över länet. STD-mottagningarna i Norrköping och Linköping har s k open access, vilket innebär att man

förutom tidsbeställning per telefon kan få en tid via internetbokning inom en vecka. Tiderna via internet bokas i det närmaste momentant när tiderna släpps fria för bokning en gång per vecka. Eftersom inga tider finns att ge senare än inom en vecka kan inte den faktiska efterfrågan med säkerhet beräknas. STD-mottagningen i Motala har en god tillgänglighet genom att mottagningen inte är tidsbeställd, utan öppen på eftermiddag/kvällstid, dock endast en dag i veckan. Detta fungerar dock tack vare att de har ett samarbete med den gynekologiska mottagningen i Motala. Öppen STD-mottagning kan dock innebära en risk för stor mängd patienter som samtidigt kan finnas i väntrum och angränsande korridor med försämrad patientintegritet/möjlighet att tillgodose krav på sekretess.

Ungdomsmottagningarna har generellt en något bättre tillgänglighet med mottagningar som inte har tidsbeställning och är anpassade till ungdomars behov av tider utanför skoltid. På vissa ungdomsmottagningar görs satsningar för att också nå tonårspojkarna och i viss mån de unga männen, men endast en mindre grupp nås. Möjligheten för killar att få träffa en manlig personal är också begränsad.

STD- och ungdomsmottagningarna bör ha tider som passar målgruppen. Bokningsalternativ, per telefon eller via internet och olika mottagningsalternativ, tidsbokad mottagning eller öppen mottagning har alla både fördelar och nackdelar för brukarna. En idé har framförts att kanske varje mottagning skulle kunna ha många/alla alternativ vilket skulle ge brukarna en större valfrihet

För att nå fler tonårspojkar behöver vården hitta nya vägar. Ett utvidgat samarbete med skolsköterskorna på gymnasieskolorna, där de får möjlighet att ta klamydiaprover, skulle vara en möjlighet att nå denna målgrupp i större utsträckning.

Likvärdig vård

En förutsättning för likvärdig STD-vård oavsett var patienten handläggs är att det finns länsgemensamma riktlinjer, vilket saknas idag.

Tillgängligheten i form av läkarbesök per tusen invånare för sexuellt överförbara sjukdomar varierar också över länet. Norrköping har något lägre antal läkarbesök för sexuellt överförbara sjukdomar än Linköping, medan Motala endast har hälften så många läkarbesök per tusen invånare. Det beror delvis på den demografiska faktorn men det handlar också om olika arbetssätt.

På STD-mottagningarna i Linköping och Norrköping arbetar venereologer. På STD-mottagningen i Motala är läkaren gynekolog, varför en del sexuella infektioner inte handläggs där. För att få en mer likvärdig vård över hela länet vore det önskvärt att viss venereologkompetens finns i alla länsdelar

Samverkan mellan vårdgivare

Idag kan en ungdom komma till ungdomsmottagningen för att vid misstanke på klamydia ta ett prov. Vid positivt svar ges behandlingen av ungdomsmottagningen. Därefter skickas ungdomen till smittspårare på respektive STD-mottagning för partnerspårning. Unga personer kan känna ett motstånd att behöva besöka en STD-mottagning på sjukhusområdet. Önskvärt vore att de stora ungdomsmottagningarna i länet hade partnerspårningen på plats, men av ett fåtal personer i länet för att bibehålla den centrala smittspårningen.

STD-mottagningarna ska även ha ett abortpreventivt tänkesätt och det är därför viktigt att motivera för en säker preventivmetod. Patienten får själv kontakta gynekolog, preventivmedelsmottagning eller ungdomsmottagning för fortsatt preventivmedelsbruk. Att vården ges av flera aktörer innebär alltid, förutom att det lätt uppfattas som krångligt för brukarna, att en vårdepisod tar längre tid och kräver fler administrativa åtgärder. Detta ställer krav på samverkan mellan vårdgivarna.

Majoriteten av Sveriges STD-mottagningar tillhör hudkliniker. Ansvarig läkare har som regel mer venerologi än dermatologi i sin kliniska verksamhet. Det är ofta av personalrationella skäl för läkare, sköterskor och kurator praktiskt att verksamheterna ligger nära varandra geografiskt, däremot sällan ur patientsynpunkt. Därför skulle det vara fördelaktigt även för en STD-mottagning om den har en närmre kontakt med framför allt ungdomsmottagning. Den enda nackdelen för STD-mottagningen skulle vara att personal behöver förflytta sig mellan olika arbetsplatser. För patienter skulle dock fördelarna överväga.

Kostnader

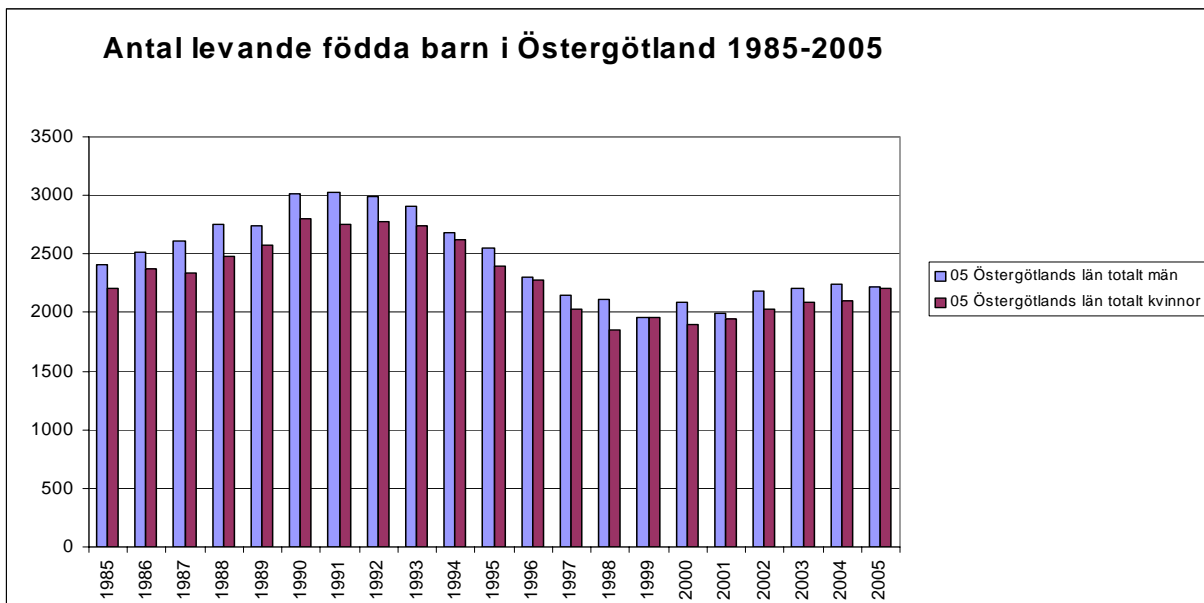
Kostnader för patienten

All vård vid länets STD-mottagningar och ungdomsmottagningar är kostnadsfri för patienten. Ungdomar och unga vuxna har som regel en sämre betalningsförmåga, vilket är att beakta då kondomer säljs till mycket rabatterade priser på ungdomsmottagningarna och på STD-mottagningarna. Alla vårdgivare har inte alltid detta klart för sig, utan vanlig avgift tas.

Balans mellan kostnader och behov

Behov av provtagning för infektioner, som tidigare inte kunnat diagnostiseras, kommer att medföra ökade kostnader. För närvarande gäller det prover för *Mycoplasma genitalium*. Eventuell framtida vaccination mot kondylom kommer också att medföra ökade kostnader.

Ungdomskullarnas storlek kommer de närmsta åren att öka betydligt, se tabell nedan .
Det kommer att medföra ökade kostnader för samtliga verksamheter med denna målgrupp.



Källa:SCB

Forskning och utveckling

Aktuell forskning inom området bedrivs på hudkliniken, kvinnokliniken och inom Laboratoriemedicinskt centrum.

- Diagnostik och symtom vid Chlamydia trachomatis och Mycoplasma genitalium infektion – hur man kan utnyttja urinprov.
- ”Molekylärgenetisk karakterisering av Chlamydia trachomatis – hur vi kan utnyttja det för smittspridning och importfall” – samarbete mellan LMC och kliniker i Estland.
- ”Självtagna” prov för klamydia, slidprov i kombination med urinprov, jämförs med den nuvarande rutinen urinprov och prov taget från livmodertappen. Syftet är att utvärdera vilket screeningprov som är bäst för klamydiadiagnostik bland kvinnor.
- En annan studie beräknas starta i november 2006 och syftar till att se om partnerspårningen vid klamydia kan effektiviseras genom att partners själva tar prov hemma, som skickas till laboratoriet och efter analys till respektive STD-mottagning.
- Testning av virus som orsakar kondylom.

STD-mottagningarna i Linköping och Norrköping är utbildningsplatser för läkar- och barnmorskestudenter, blivande specialister inom dermatologi, hudsjukdomar och venerologi, sexuellt överförbara sjukdomar samt övriga vidareutbildningar för läkare.

Smittskyddsläkarens roll

Smittskyddsläkaren har enligt smittskyddslagen en viktig uppgift i det samlade STD-arbetet.

”Smittskyddsläkaren har det samlade ansvaret för smittskyddet inom det område där han eller hon verkar. Vidare skall smittskyddsläkaren planera, organisera och leda smittskyddet och verka för effektivitet, samordning och likformighet. I smittskyddsläkarens uppgifter ingår bl a att se till att allmänheten har tillgång till den information som behövs för att var och en skall kunna skydda sig mot smittsamma sjukdomar. Vidare skall smittskyddsläkaren stödja behandlande läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal samt andra som är verksamma inom smittskyddet i arbetet mot smittsamma sjukdomar och när det behövs ge råd om lämpliga åtgärder. Härutöver skall smittskyddsläkaren se till att förebyggande åtgärder vidtas.”

Då landstinget är organiserat så att STD-mottagningarna och all gynekologisk verksamhet inte ligger inom samma centrum behövs dennes sammanhållande kraft extra mycket.

Utvecklingsområden

- Behov finns av att säkerställa en likvärdig STD-vård i länet.
- Utvecklade metoder behövs för att hela den aktuella målgruppen ska nås i det förebyggande arbetet.
- Behov finns av ökad samordning av STD-insatserna och ett närmare samarbete mellan olika kompetenser.
- Ytterligare anpassa vården efter brukarnas behov.
- Bättre struktur behövs vid införande av nya behandlingsmöjligheter.
- Behov av att kvalitetssäkra klamydiaprovsvaren.

Medverkande i framtagande av behovsanalysen

Gunvor Rundqvist, teamledare, Ledningsstaben
Bengt Normann, smittskyddsläkare, Smittskyddsenheten
Britt-Inger Coble, venerolog, Hudklinken US

Ledningsstaben
Gunvor Rundqvist

2007-01-05

Lars Falk, venereolog, Hudkliniken VIN, FoU-enheten
Anders Ehinger, tjänsteman, Smittskyddsenheten
Ninni Borendal-Wodlin, gynekolog, Kvinnokliniken
Susana Holmgren, gynekolog, Kvinnokliniken
Mona Ahlberg, verksamhetschef, Ungdomsmott Linköping
Lisabeth Bellander, allmänläkare, Ledningsstaben

Referenser

1. Smittskyddslagen (2004:168)
2. Smittskyddsförordningen (2004:255)
3. Smittspårning SOSFS 2005:23 (M)
4. Läkartidningen,; Nr 7 2005, Nr 18 2006
5. Landstinget i Östergötlands Medicinskt programarbete; Kvinnors hälsa inom gynekologi och obstetrik
6. SmittNytt Maj 2006
7. Ännu ej publicerad rapport, Utvärdering av webbaserad klamydiadiagnostik i Västerbotten, Roger Karlsson och Daniel Novak
8. Nationell handlingsplan för STD/hiv-prevention
9. Förtroendemannagrupsintervjuer
10. Statens folkhälsoinstitut; Ungdomars och sexualitet R 2006:18
11. Socialstyrelsen; Ungdomars behov av samhällets stöd- en lägesbeskrivning (2005)
12. Magisteruppsats från programmet Kultur, samhälle, mediegestaltning 2005; Varför tar man risker? –en studie om ungdomars sexuella riskbeteende
13. Socialdepartementet: Folkhälsopolitik för jämlik hälsa och hållbar tillväxt, Skr2005/06:205 (skrivelse)