

Karin Stenqvist, docent, bitr smittskyddsläkare, Smittskyddsenheten, Sociala huset D, 411 17 Göteborg
(*karin.stenqvist@vgregion.se*)

Dag Höglund, leg läkare, epidemiolog, Vänersborg

Gun-Britt Löwhagen, professor, överläkare, hudkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Agneta Andersson-Ellström, med dr, mödrahälsövårdsöverläkare, Göteborg

Ian Milsom, professor, överläkare, kvinnokliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Klamydiainfektionerna ökar – hur vänder vi trenden?

Under 1980-talet utvecklades diagnostiken av klamydia, och antalet påvisade fall i Sverige ökade successivt. Den högsta klamydiaförekomsten rapporterades 1987 då 38 223 fall diagnostiserades [1]. Klamydiainfektion har en allvarlig valör, med risk för komplikationer i form av salpingit och extrauterin graviditet, och klassades 1988 som samhällsfarlig sjukdom enligt Smittskyddslagen. Det innebär skyldighet för läkare att ta prov vid misstanke om klamydiainfektion, att informera patienten om sjukdomen och hur den smittar, att ge förhållningsregler och att smittspåra. Därtill är vård och behandling kostnadsfri för patienten. Etableringen av ungdomsmottagningar och kampanjer avseende kondombruk har också varit viktiga insatser i bekämpningen av klamydia [2, 3].

Åtgärderna föreföll till en början vara de rätta. Antalet klamydiafall sjönk till 32 125 under 1989 och var som lägst 14 275 år 1994. Därefter var nivån stationär under några år. Sedan 1997 ökar antalet fall i Sverige, och ökningen sker i en allt högre takt; år 2001 noterades 22 266 fall [4]. Detta innebär en ökning med 56 procent sedan 1994, vilket är mycket oroväckande och kräver kraftfulla insatser.

Den ökade klamydiaincidensen har tidigare i år uppmärksamats i en artikel i Läkartidningen [5], där brister i smittspårning, behandling av kontakter och dokumentation påtalades. I denna artikel diskuterar vi strategier för att bekämpa ökningen av klamydiafallen med utgångspunkt i förekomsten av klamydia i Göteborg under åren 1992–2001 och data från sexualvanestudien »Sex i Sverige« från 1996 [6].

Metodik

Delstudie I: Förekomst av klamydia i Göteborg 1992–2001

Studien omfattar klamydiainfektioner som diagnostiserats hos personer i åldrarna 15–44 år under perioden 1992–2001 i Göteborgs stad och anmäls enligt Smittskyddslagen. I den kliniska anmälan från behandlande läkare till smittskyddsläkaren ingår uppgifter om patientens födelseår, kön, anmälandet mottagning och tidpunkt för anmälan. Läkaren har också noterat orsaken till att patienten provtagits enligt följande alternativ: akut sjukdom, smittspårning, screening, provtagning i grupp med högre prevalens än förväntat eller annan or-

SAMMANFATTAT

Förekomsten av klamydiainfektioner i Göteborg studerades under perioden 1992–2001. Incidensen ökade med 81 procent mellan 1995 och 2001. Klamydia påvisades oftare hos kvinnor än hos män, och 82 procent av fallen diagnostiserades i åldrarna 15–29 år.

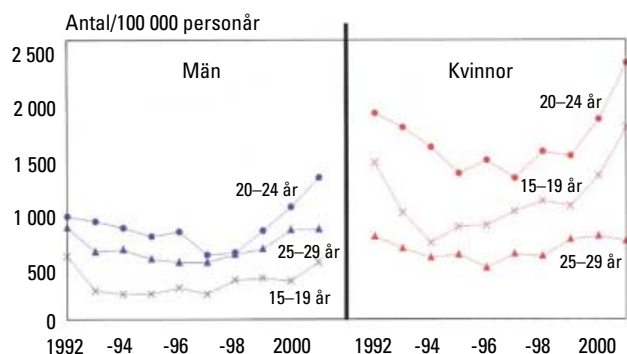
Provtagningsfrekvensen var tre gånger högre för kvinnor än för män.

Det fanns en negativ korrelation mellan områden med hög respektive låg socioekonomisk status och incidens av klamydia, men skillnaden tenderade att utjämnas under studieperiodens senare del.

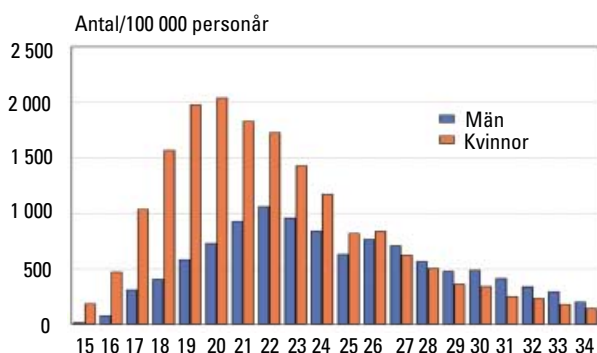
Analys av data från undersökningen »Sex i Sverige«, som utfördes 1996, visade att den helt dominerande riskfaktorn var ett stort antal sexualpartner.

Strategier för att hejda spridningen av klamydia bör omfatta bättre tillgänglighet och omhändertagande inom sjukvården, framför allt avseende män. Det förebyggande arbetet måste intensifieras till allmänheten och i skolan, speciellt informationen om asymtomatiska infektioner och betydelsen av kondom användning.

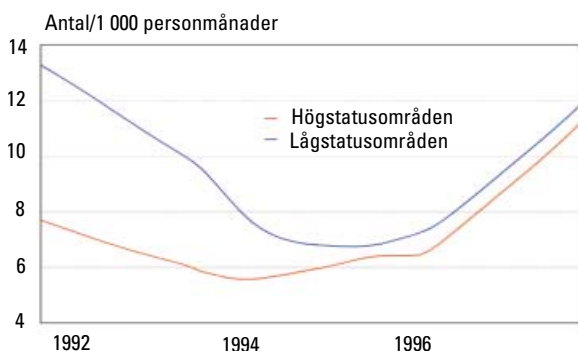
sak. Dessa uppgifter ingår i studien för år 2000–2001. Uppgifter om antal prov som analyserats och antal positiva prov fördelat per kön över tid erhöles från den månatliga laboratorierapporten till smittskyddsläkaren från mikrobiologiska laboratoriet, Sahlgrenska Universitetssjukhuset. 1996–1997 övergick laboratoriet från enzymimmunologisk teknik (EIA) till polymeraskedjereaktionsteknik (PCR). Mellan 1992 och 1997 registrerades även patientens bostadsadress i form av det så kallade basområdet. Denna adress ligger till grund för områdeskodning av social gruppering. Socioekonomiskt in-



Figur 1. Klamydiaanmälningar i Göteborg 1992–2001 uppdelat efter kön och åldersgrupp.



Figur 2. Incidens av klamydia i Göteborg 1992–2001 uppdelat efter ålder och kön.



Figur 3. Klamydiaincidens 1992–1997 bland kvinnor 15–19 år från områden med olika socioekonomisk status.

dex bedömdes i förhållande till utbildningsnivå, inkomstnivå och yrke/socialgrupp för varje stadsdel [7].

Delstudie II: Riskfaktorer och risksituationer för smitta

Genom tillgång till avidentifierade originaldata från studien »Sex i Sverige«, 1996, studerades möjliga riskfaktorer och risksituationer för sexuellt överförd smitta (STD). 4 781 personer erbjöds att delta, och för 2 810 individer (59 procent) var svaren möjliga att bearbeta. Individer som uppgav sig någon gång ha drabbats av klamydia, gonorré, syfilis, HIV, kondylom, herpes eller annan sexuellt överförd smitta definierades ha haft STD, vilket utgjorde beroende variabel. Som oberoende variabler användes följande: kön, ålder fördelat på grupperna 18–29, 30–39, 40–49, 50–59 och >59 år, högsta skolutbildning i fyra grupper, socialgrupp baserat på yrke i tre grupper, antal samlagspartner under livet grupperat i tre grupper (1–2, 3–19 och >19 individer), bostadsort fördelat på storstad, större ort eller landsbygd, föreningsaktivitet, varit på dansställe, pubbesök, kyrkobesök under de senaste 30 dagarna,

alkoholkonsumtion under de senaste 30 dagarna i fyra grupper, uppfattning om egna ekonomin, rökning samt fråga gällande risktagning. En deskriptiv analys av ingående oberoende variabler visade att åldersgruppen >49 år skilde sig markant från övriga genom att en väsentligt mindre andel uppgav sig någon gång ha drabbats av en sexuellt överförd infektion. Denna grupp uteslöts från analysen, som omfattade 1 940 individer.

Statistisk analys: Tidsserier baserades på månatliga anmälningar serietjusterade med »LOWESS«-metodik [8]. För studium av riskfaktorer för STD genomfördes en univariat analys där varje oberoende variabel testades var för sig. Därefter utfördes en stegvis negativ multipel logistisk regressionsanalys där till en början alla oberoende variabler ingick, varefter variabler uteslöts stegvis. För analyserna användes EPI INFO och SYSTAT 10.

II Resultat

Delstudie I: Kraftig ökning sedan 1995

Under 1992–2001 anmäldes 10 804 fall av klamydia i åldrarna 15–44 år till smittskyddsenheten i Göteborg. Under studieperioden varierade det årliga antalet anmälda fall kraftigt. 1992 anmäldes 1 204 fall, och därefter minskade antalet anmälda fall med 27,3 procent fram till en lägsta nivå 1995 då 875 fall anmäldes. Under de följande tre åren låg antalet fall tämligen stationärt för att sedan successivt öka till 1 588 år 2001, vilket motsvarar en ökning med 81 procent sedan 1995. Ökningen av antalet fall ägde huvudsakligen rum i åldrarna 15–24 år för kvinnor och 20–24 år för män (Figur 1). Klamydiainfektion påvisades hos fler kvinnor än män, kvoten kvinnor/män var konstant under hela studieperioden, 1,3. Könskillnaden var mest uttalad i åldrarna 15–19 år, men tydlig även i åldersgruppen 20–24 år. Majoriteten (82 procent) klamydiafall påvisades i åldrarna 15–29 år (Figur 2). Kvinnor diagnostiserades i yngre åldrar än män, flest antal fall diagnostiserades hos 20-åriga kvinnor respektive 22-åriga män.

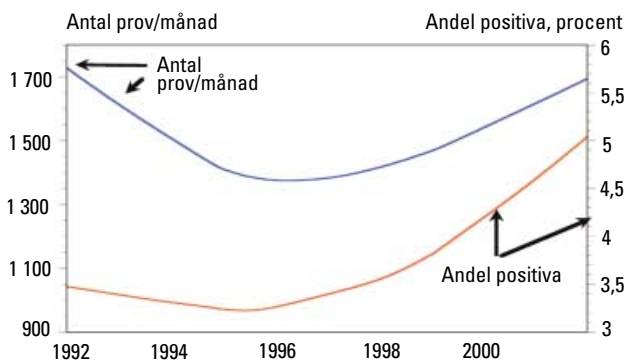
Det fanns en negativ korrelation mellan bostadsområdets socioekonomiska status och incidensen av klamydia, men skillnaden tenderade att utjämnas under senare delen av 1990-talet. För flickor i åldersgruppen 15–19 år kunde efter 1995 inte någon skillnad i incidens påvisas mellan områden med hög respektive låg socioekonomisk status (Figur 3).

Antalet tagna prov minskade från 28 354 under 1992 till 19 654 år 1996 för att sedan öka till 27 578 prov 2001. Ökningen var jämnt fördelad mellan könen. Provtagningsfrekvensen var tre gånger högre för kvinnor än för män (Figur 4 och 5). Andelen positiva prov minskade något för kvinnor under första hälften av 1990-talet och ökade efter 1996 från 3,2 till 5 procent. Andelen positiva prov bland män låg stationärt under första delen av 1990-talet och ökade från 9,5 till 11,8 procent mellan 1996 och 2001.

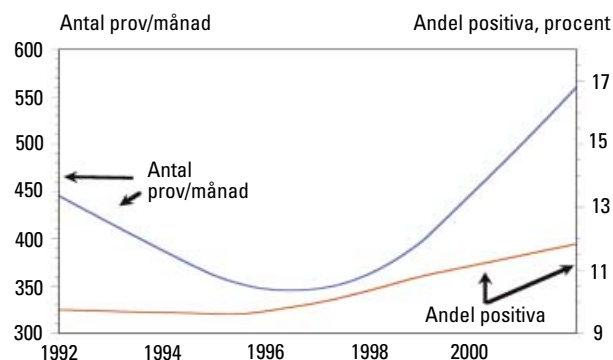
Av 2 364 anmälda fall 2000–2001 angav behandlande läkare på anmälningsblanketten att 948 (40 procent) provtagits pga akut sjukdom, 609 (25 procent) som led i smittspårning, 111 (5 procent) vid screening, 397 (17 procent) vid screening av grupp med högre än förväntad prevalens och 233 av »annan orsak«. Uppgift saknades för 53 individer. Majoriteten fall, 53 procent, diagnostiserades på hudklinikens STD-mottagningar, 18 procent på gynekologmottagningar, 15 procent på ungdomsmottagningar, 3 procent på mödravårdscentraler och 11 procent på andra mottagningar. Andelen diagnostiserade på ungdomsmottagning ökade under studieperioden från 9,8 till 19,2 procent. Antalet anmälningar av klamydiainfektion varierade mellan månader och var lägst under januari, april och juli (Figur 6). Flest fall anmäldes i september och oktober.

Delstudie II: STD-risk ökar med stigande antal sexpartner

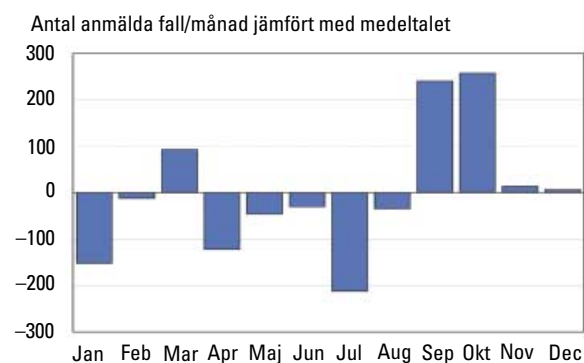
Män hade fler sexpartner under livet än kvinnor, och median-



Figur 4. Klamydiaprovtagningar hos kvinnor i Göteborg 1992–2001.



Figur 5. Klamydiaprovtagningar hos män i Göteborg 1992–2001.



Figur 6. Antal anmälda fall/månad av klamydia i Göteborg 1992–2001 i jämförelse med medeltalet (N=901).

antalet partner för män <50 år var sju, medan motsvarande median för kvinnor var fem. Analys av riskfaktorer för STD visade på ett starkt samband mellan STD och många sexualpartner. Sambandet ökade successivt med stigande antal partner och påvisades genom såväl univariat analys som multipel logistisk regressionsanalys. Att bo i storstad, dricka alkohol ofta, vara kvinna och ha dålig ekonomi innebar också ökad risk för STD, men sambanden var mindre uttalade (Tabell I och II).

II Diskussion

Studien visar att den årliga incidensen av klamydiainfektioner i Göteborg ökade med 81 procent mellan 1995 och 2001. Situationen beträffande klamydia kan jämföras med ökningen av gonorré under 1960- och 1970-talen. Gonorréepidemin nådde sin kulmen 1970 då 4 439 fall rapporterades i Göteborgs stad. Gonorrén bekämpades med en massiv informationskampanj i kombination med stora insatser från sjukvård och smittskydd. Receptet var lyckat, antalet fall av gonorré sjönk och har under den senaste tioårsperioden i Göteborg varierat mellan 15

Tabell I. Analys av riskfaktorer för sexuellt överförd smitta baserat på av-identifierade originaldata från studien »Sex i Sverige«, 1996 (N=2 810). Resultat av univariat analys, varje oberoende variabel testades för sig.

Variabel	Odds-kvot	95 procents konfidensintervall	P-värde
Bostadsort (storstad)	1,43	1,24–1,64	<0,0001
Pubbesök (fler besök)	1,27	1,02–1,59	0,035
Alkohol (större mängd)	1,39	1,19–1,64	<0,0001
Sexualpartner (större antal)	3,79	3,08–4,67	<0,0001

Tabell II. Analys av riskfaktorer för sexuellt överförd smitta baserat på av-identifierade originaldata från studien »Sex i Sverige«, 1996 (N=2 810). Resultat av negativ multipel logistisk regressionsanalys. Oberoende variabler utelämnades stegvis, återstående variabler redovisas.

Variabel	Odds-kvot	95 procents konfidensintervall	P-värde
Kön (kvinnor)	1,75	1,36–2,25	<0,0001
Pubbesök (fler besök)	1,24	1,06–1,43	0,007
Alkohol (större mängd)	1,21	1,06–1,56	<0,029
Sexualpartner (större antal)	4,04	3,03–5,05	<0,0001

och 94 fall per år. Vi kan tyvärr bara konstatera att vi inte har varit lika framgångsrika när det gäller klamydia.

Provtagningsfrekvensens och analysmetodens betydelse

Incidensen av klamydia sjönk under perioden 1992–1995. Minskningen var mest uttalad för kvinnor och för åldrarna 15–24 år. Under samma period minskade såväl provtagningsfrekvens som andelen positiva prov, vilket gör det svårt att avgöra om det handlar om en äkta minskning. För en djupare analys krävs samma information om den provtagna populationen som om gruppen med positivt utfall, dvs ålder och typ av mottagning utöver som nu kön och tidpunkt för provtagning. Däremot är ökningen av antalet fall under senare hälften av 1990-talet med största sannolikhet uttryck för en äkta ökning, eftersom såväl andelen positiva prov som antalet prov ökade. Möjligheten att byte till den känsliga PCR-metoden skulle förklara ökningen av klamydia har diskuterats. En nyligen publicerad analys utifrån nationella data visade att ökad diagnostisk känslighet inte enbart kan förklara incidensökningen, eftersom ökningen var lika uttalad i landsting där PCR-metod inte används [9].

Vanligt att klamydia inte ger symtom

Det finns viktiga skillnader mellan den kliniska bilden vid gonorréinfektion och vid klamydiainfektion, vilket påverkar strategin vid bekämpningen av klamydia. Det är vanligare att klamydiainfektioner inte ger symtom, vilket innebär risk för underdiagnostik. Det är välkänt att smittspårning är en viktig och effektiv metod för att identifiera fall av klamydiainfektion [2]. Enligt vår studie diagnostiserades 25 procent av de redovisade klamydiafallen i samband med smittspårning. Signalen från kuratorerna är att förutsättningarna för smittspårningen har förändrats. Det blir allt vanligare att ungdomar säger sig inte känna sin partner, alternativt endast har hans eller hennes förnamn och mobiltelefonnummer. I många fall har ungdomarna kontantkort i sin mobiltelefon, och då går abonnenten inte att spåra. Sammantaget innebär detta att smittspårningen oftare uteblir eller blir bristfällig. Smittspårning kräver professionalitet, och organisationen för denna kan behöva ses över. I samband med att man i Värmland specialutbildade några barnmorskor inom primärvården för att sköta all smittspårning ökade antalet smittspårade fall per in-

ANNONS

ANNONS

ANNONS

ANNONS

dexpatient från 1,4 till 2,6, det vill säga med 86 procent [Olle Wik, Karlstad, pers medd, 2002]. En viktig orsak till att bekämpningen av klamydia inte varit framgångsrik är sannolikt att många infektioner inte diagnostiserats.

Studien visar att generell screening av ungdomar, särskilt unga män, inte gjorts i tillräcklig utsträckning eftersom endast 5 procent av infektionerna diagnostiserades via screening. Enligt studien var antalet prov tre gånger större för kvinnor än för män och andelen positiva prov 11 procent för män och 5 procent för kvinnor under 2001.

Antalet sexualpartner viktig faktor

Bearbetning av intervjumaterialet från studien »Sex i Sverige«, 1996, visade att den enskilt viktigaste riskfaktorn för sexuellt överförbar sjukdom var att ha många samlagspartner. I länder där HIV är ett stort problem informeras om vikten av att ha en eller få partner, medan informationen i Sverige hittills handlat mest om att använda kondom och inte om att begränsa antalet sexualpartner. Studier av sexualvanor i Sverige, som utförts mellan 1989 och 2000 med samma metodik, visar att antalet sexualpartner ökat [10]. Andelen män i åldrarna 20–24 år som haft tre eller fler sexualpartner de senaste 12 månaderna ökade från 17 till 32 procent, för kvinnor i åldrarna 18–19 år skedde en ökning från 13 till 23 procent. I en undersökning från Värmland studerades livsstilsfaktorer och sexualitet hos unga kvinnor 16–18 år [11]. Antalet samlagspartner var i medeltal 3,9 (median 3 med en spridning på 1–27), och 3 procent rapporterade fler än 10 partner vid 18 års ålder. I studien noterades dessutom ett samband mellan antalet sexualpartner och låg ålder för samlagsdebut, förekomst av STD och cervixatypi [11]. Det finns också belegg för en ökad alkoholkonsumtion bland ungdomar på senare år, vilket kan ha påverkat sexuellt beteende och vanor. I en studie bland elever i nionde klass hade alkoholkonsumtion, mätt i centiliter ren alkohol, ökat med 32 procent hos pojkar och 9 procent hos flickor mellan 1995 och 1999 [12, 13]. Vår studie visar också att klamydiaincidensen numera inte skiljer sig nämnvärt mellan högstatus- och lågstatusområden. Det är således viktigt att påpeka att ungdomar drabbas i lika hög grad oavsett socioekonomisk grupptillhörighet.

Kondomanvändningen är för låg

Det fanns under 1990-talets början belegg för en ökande kondomanvändning samtidigt som förekomsten av klamydia minskade i Sverige [14, 15]. I en populationsstudie bland 19-åriga kvinnor i Göteborg ökade kondomanvändningen från 12,3 procent hos 19-åringar 1981 till 26 procent hos 19-åringar 1991 [14]. Även i åldersgruppen 20–30 år ökade kondomanvändningen [15]. Denna ökning sammanträffade tidsmässigt med stora nationella kampanjer avseende den skyddande effekten av kondom vid STD och HIV i synnerhet. Den pågående ökningen av klamydiafallen är en tydlig indikator på att kondomanvändningen är otillräcklig. En stor del av befolkningen, särskilt ungdomar och nyinflyttade invandrare, har inte tagit del av dessa tidigare genomförda kampanjer.

Hur vänder vi trenden?

HIV-epidemin har närmast sig Sverige, och idag pågår en explosiv ökning av antalet fall i Ryssland och i Baltikum; ökningstakten är den högsta i världen. Ökningen av klamydia i Sverige visar att det finns förutsättning för smittspridning även av HIV. Orsaken till att klamydiainfektionerna ökar är inte entydig, utan sannolikt beroende av såväl förändrat beteende hos ungdomar som brister inom hälso- och sjukvården och för lite information om sexuellt överförbara sjukdomar. Studien belyser vikten av att utöka screeningprogrammet och tillgängligheten på mottagningarna (Faktaruta 1).

Provtagningen av män har ökat men är fortfarande otill-

II Fakta 1

Rekommendationer

- Förändra tillgängligheten på mottagningarna
- Underlätta provtagningsmöjligheten – framför allt för män
- Kvalitetssäkra smittspårningen
- Avsätt tid för individinriktat förebyggande arbete på mottagningarna
- Öka informationen till allmänheten och inom skolan, och poängtera att klamydiainfektion inte alltid ger symtom och att den kan leda till sterilitet
- Vidta åtgärder för att öka kondomanvändningen

räcklig. Antalet tagna prov var tre gånger större för kvinnor än för män, och endast 1,4 procent av män med positiva prov hade fångats via screening. Kvinnor är av tradition mer vana att kontrolleras med provtagning, och benägenheten att låta sig undersökas är större. Detta illustreras också av en studie från Värmland där 21-åriga kvinnor och män via befolkningsregistret inbjöds att komma för en klamydiascreening, och bara 5 procent av de inbjudna männen jämfört med 40 procent av kvinnorna infann sig [16]. Eftersom män är klart överrepresenterade i gruppen med ett högt antal samlagspartner, borde kontrollprogram som inkluderar screening av män vara effektivare än program där huvudsakligen kvinnor provtagnas. Det finns starka skäl att underlätta provtagningsmöjligheten för män.

Studien visar att antalet tagna prov var lägre under semestertider då flera mottagningar är stängda. Minskad provtagning leder till att poolen av asymtomatiska bärare ökar, vilket gynnar smittspridningen och risk för utebliven eller fördröjd behandling.

Det är också viktigt att det finns tid på mottagningarna för det individinriktade förebyggande arbetet, det vill säga samtalet med patienten. Individier med många partner kräver ökad uppmärksamhet. Här kan ungdomsmottagningarna med sin inriktning mot helhetssyn tjäna som förebild. Budskapet att alltid testa sig inför en ny sexuell relation måste tydliggöras. Smittspårningsinsatserna kan behöva ses över. Information om sexuellt överförbara sjukdomar bör vidare vara en viktig del i skolornas sex- och samlevnadsundervisning. Tyvärr saknas fortfarande grundutbildning i ämnet på lärarhögskolorna, och kvaliteten på undervisningen är ojämn [17]. Allmänheten bör informeras om att klamydiainfektioner ofta inte är symptomgivande och att de kan leda till sterilitet hos kvinnor. Vi efterlyser kraftfulla och återkommande kampanjer för att öka kondomanvändningen.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Smittsamma sjukdomar i Sverige 1996. Stockholm: Smittskydds-institutet; 1997. Epidemiologiska enhetens årsrapport, 1997.
2. Ramstedt K. An epidemiological approach to sexually transmitted diseases with special reference to contact tracing and screening [dissertation]. Göteborg: Göteborgs Universitet; 1991.
3. Persson E. The sexual behaviour of young people. Br J Obstet Gynaecol 1993;100:1074-6.
4. Smittsamma sjukdomar i Sverige 2001. Stockholm: Smittskydds-institutet; 2002. Epidemiologiska enhetens årsrapport, 2002.
5. Landström F, Fredlund H. Klamydiaincidensen ökar i Sverige: Brister i primärvårdens omhändertagande. Läkartidningen 2002;99:2950-2.
6. Lewin B, Fugl-Meyer K, Helmius G, Lalos A, Månsson SA. Sex i

- Sverige. Om sexuallivet i Sverige 1996. Stockholm: Folkhälsoinstitutet; 1998. Rapport 11.
7. Elmén H, Höglund D, Niklasson A, Nilsson W. Birth weight for gestational age and sex as health indicator at local area level. *International Journal of Health Sciences* 1995;6:117-26.
 8. Cleveland WS. Robust locally weight regression and smoothing scatterplots. *Journal of the American Statistical Association* 1979; 74:829-36.
 9. Götz H, Lindbäck J, Ripa T, Arneborn M, Ramstedt K, Ekdahl K. Is the increase in notifications of Chlamydia trachomatis in Sweden the result of changes in prevalence, sampling frequency or diagnostic methods? *Scand J Infect Dis* 2002;34:28-34.
 10. Herlitz C. Allmänheten och HIV/AIDS. Kunskaper, attityder och beteenden 1989-2000. Stockholm: Folkhälsoinstitutet; 2001.
 11. Andersson-Ellström A, Forssman L, Milsom I. Age of sexual debut related to life-style and reproductive health factors in a group of Swedish teenage girls. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1996;75:484-9.
 12. Höglund D, Mark A. Drogvanor i årskurs 9. Göteborg: Folkhälsosekretariatet; 1995. Folkhälsosekretariatets skriftserie nr 13.
 13. Höglund D. Drogvanor i årskurs 9 1999. Mariestad: Västra Götalandsregionen Folkhälsokommittén; 2000. Rapport 10.
 14. Larsson G, Milsom I, Andersch B, Blohm F. A comparison of contraceptive habits and pregnancy outcome at 19 years of age in two cohorts of Swedish women born 1962 and 1972. *Contraception* 1996; 53:259-65.
 15. Hallhagen G, Löwhagen GB, Toshach B. Changes in sexual behavior focusing on condom use in STD clinic attenders in Göteborg, Sweden, from 1989 to 1994 – a questionnaire survey. *Acta Derm Venereol* 1998;78:142-4.
 16. Andersson-Ellström A, Hederos CA. Svårt få unga män att komma till hälsokontroll på ungdomsmottagningen. *Läkartidningen* 1991; 88:3569-70.
 17. Nationella kvalitetsgranskningar 1999. Stockholm Skolverket; 2000. Rapport nr 180:52-100.

SUMMARY

Dramatic increase in Chlamydia infections – how can we reverse this negative trend?

Karin Stenqvist, Dag Höglund, Gun-Britt Löwhagen, Agneta Andersson-Ellström, Ian Milsom

Läkartidningen 2002;99:4860-6

The incidence of chlamydia in Göteborg, the second largest city in Sweden, increased by 81 percent between 1995 and 2001. The majority (82%) of men and women diagnosed with chlamydia were aged 15–29 years. The incidence of chlamydia was higher among teenagers from areas of lower socio-economic index during the first years of the study but after 1995 there was no difference between low and high socio-economic groups. Chlamydia tests were taken three times more often in women than men. Analysis of original data from the Swedish survey of sexual behaviour 1996 demonstrated a strong correlation between the number of sexual partners and STD. Strategies for preventing the spread of chlamydia should be to a greater extent directed towards men and include better accessibility for men to STD clinics as well as a general improvement in contact tracing. The general public should be informed about the fact that chlamydia infections do not always give symptoms and may lead to infertility. Campaigns about condom use in order to avoid chlamydia, HIV-infection and other STD are needed.

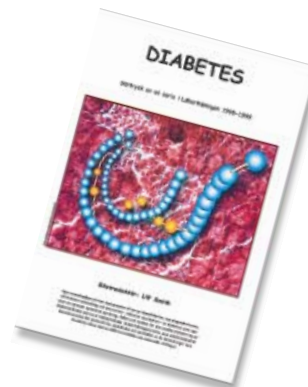
Correspondence: Karin Stenqvist, Department of Communicable Disease Control, Smittskyddsenheten, Sociala Huset D, SE-411 17 Göteborg, Sweden (karin.stenqvist@vgregion.se)

Särtryck

Läkartidningen

Nya vetenskapliga rön har lagt grunden till en ny klassifikation, nya diagnoskriterier, effektivare behandling och prevention – inklusive vaccination – av diabetes, som uppvisar en närmast epidemisk spridning. Målen och medlen för den snabba förbättringen av diabetesvården som nu är möjlig belyses i Läkartidningens serie, som också analyserar konsekvenserna för patienterna, sjukvården och samhället av de förändringar som Socialstyrelsen hösten 1999 fastställde som nationella riktlinjer.

Priset är 70 kronor



Diabetes

Beställer härmed.....ex av "Diabetes"

.....
namn

.....
adress

.....
postnummer

.....
postadress

**Insändes till Läkartidningen
Box 5603
114 86 Stockholm**

Faxnummer: 08-20 74 35

www.lakartidningen.se
under särtryck, böcker