



infektionsläkaren

Nr 3 · 2014 · Volym 18

**Nytt lovande HIV-vaccin
Infektionsveckan i Gävle
Förr och nu om antibiotikaresistens**

TIDSKRIFT FÖR:

Svenska Infektionsläkarföreningen.
Utkommer med 4 nummer per år.

ANSVARIG UTGIVARE:

Göran Günther
VO Infektionssjukdomar
Akademiska Sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel 018-611 56 40
goran.gunther@akademiska.se

REDAKTÖR:

Kristina Cardell
Infektionskliniken
Universitetssjukhuset
581 85 Linköping
Tel: 010-103 13 64
Kristina.Cardell@lio.se

REDAKTÖR FÖR AVHANDLINGAR:

Cecilia Rydén
Infektionskliniken, Helsingborgs lasarett
251 87 Helsingborg
cecilia.ryden@skane.se

PRODUKTION:

Mediahuset i Göteborg AB
Marieholmsgatan 10C
415 02 Göteborg
Tel 031-7071930

Annonser: Lars Lundblad
lars@mediahuset.se

Layout: Eva-Lotta Emilsdotter
lotta@mediahuset.se

TRYCK:

ÅkessonBerg AB, Emmaboda
Distribueras som post-tidning
ISSN 1403-6428 (Print)
ISSN 2001-8126 (Online)

Omslagsbild: Fotolia

UTGIVNINGSPLAN 2014:

	Manusstopp	Till medlem
Nr 1:	16/1	26/2
Nr 2:	13/3	23/4
Nr 3:	4/9	8/10
Nr 4:	29/10	3/12

INNEHÅLL:

Ledare	1
Infektionsveckan i Gävle	3
Nytt lovande HIV-vaccin	11
Från molekyl till patient	13
Förr och nu om antibiotikaresistens	16
Protokoll styrelsemöte	20
Minnesord Ragnar Norrby (1943-2014)	25
Rapport från NECTM5	26
Infektionsläkarföreningens vårutbildning i Båstad	30
Fallbeskrivning	32
Värre än NPM?	33
Yngreläkarspalten	37
Kongresser och möten	38
Krönika	40



Vänner och kollegor!

När detta skrivs går sommaren alldeles för fort och flyttfåglarna börjar lämna söderut. Klyschan om sommaren känns aktuell, men som vanligt finns det mycket att se fram emot. Dock, att tiden har betydelse känns starkt, när kollegor som betytt mycket går ur tiden. I detta nummer publicerar vi en minnestext över Ragnar Norrby, kollega och vän vars gärning betytt mycket för specialiteten Infektionssjukdomar, inte minst i föreningen.

Vår första Infektionsvecka har genomförts med Gävle som arrangör. Utvärderingen visar på en stor framgång, nära nog en succé och vi tackar alla som deltagit i förverkligandet av vår vision för utmärkta insatser. Nu tar arbetet med infektionsveckan i Östersund vid och mötet har redan börjat finna sin form. Reservera tiden för Infektionsveckan nu!

Ett val är förestående och oavsett utgång kommer vården att stå inför nya utmaningar. Därefter ser vi bl.a. fram mot Göran Stiernstedts utredning om effektiviseringar i vården både i IT-frågor och konkreta administrativa vårdfrågor. Ett chefs-möte har vi också framför oss där diskussionen om infektions framtid och vårduppdrag, och hur vi ska kunna rekrytera infektionsläkare för ledningsuppdrag i framtiden, liksom specialisters fortbildning och kompetenssäkring, styrt av EU-direktiv, står på agendan. Omorganisationen med avvecklingen av SMI och etableringen av Folkhälsomyndigheten har medfört att viktiga referensgrupper som RAF, RAV och RAM, blivit "hängande i luften". Efter förtjänstfullt arbete av olika kollegor har de "räddats" och kommer att knytas till Läkaresällskapet i framtiden.

Annars är det inte utan viss förundran jag ser på uppståndelsen inför Ebola-utbrottet och eventuella risker för Sverige. Är det verkligen troligt att en Ebola-sjuk patient skulle kunna dyka upp i Sverige? Ja, kanske. Ebola är ett hot, men är den det för oss? Här har media ett stort ansvar att inte underblåsa obefogad oro hos allmänheten. Utbrottet sätter fokus på de medicinskt sociala problem som finns i Sierra Leone, Guinea och Liberia och vi måste naturligtvis göra allt för att hejda spridningen med stöd för resurser och personal via WHO och organisationer som Läkare utan gränser. Det är ju inte så att vi i Sverige står handfallna inför denna typ av infektioner. Vi har sedan länge en organisation för detta omhändertagande med centrum i Linköping. Dessutom är det vårt uppdrag att ta hand om smittsamma patienter på våra kliniker -och det gör vi bra. Det positiva, om det går att resonera så, är att vi får trimma vår organisation för att ta hand om hemorragiska febrar. Men, vi får aldrig glömma att i Afrika dör det fortfarande miljoner människor i malaria, tuberkulos, hiv, diarré- och luftvägsinfektioner, som kräver våra insatser globalt. Kanske ska vi här hemma oro oss mer för hur vi ska ta hand om multiresistent tuberkulos eller SARS/MERS-CoV om de infektionerna når Sverige. För att inte tala om våra egna problem med multiresistenta bakterier. Det är definitivt ett större hot här hemma. Hur som helst blir det i alla fall väldigt tydligt att specialiteten Infektionssjukdomar är viktig och behövd.

Med detta sagt kan jag meddela från säker källa att höststräcket i Falsterbo kommit igång.



Eder ordförande
Göran Günther

Infektionsveckan i Gävle 2-5 juni

Infektionsveckan, som detta år hölls i Gävle konserthus, lockade nära 300 personer. Programmet som tog upp ämnen som sepsis, HIV, tropikmedicin, framtidens hepatit- läkemedel och nya och gamla antibiotika, fick i utvärderingen ett högt betyg av deltagarna.

Antligen! Till efterklngen av ljudet från den stora gonggongen på stora scenen, hälsade moderator Erik Torell, överläkare vid Infektionskliniken i Gävle, deltagarna varmt välkomna till årets vårmöte som hölls under fyra dagar i början av juni.

Tillsammans med Svenska Infektionsläkarföreningen stod Infektionskliniken i Gävle som arrangör för det första nationella infektionsmötet. Från och med i år ersätter det tidigare vårmöten samt även specialistföreningens deltagande vid Medicinska riksstämman i Stockholm.

Infektionsveckan riktar sig till infektionsläkare och infektionssköterskor, företrädare för smittskydd, mikrobiologi, industrin, men också till andra infektionsintresserade samt utställare.

Årets vetenskapliga program innehöll såväl symposier som workshops. Infektionsläkaren Inga Odenholt var utvald till högtidstalare och höll en uppskattad Justus Strömmand-föreläsning: "Antibiotika- en

missbrukad mirakelmedicin". Infektionsveckan omfattade även postervernissage med presentationer av senaste nytt inom svensk forskning på infektionsområdet.

Det gavs också internationella utblickar. Jean-Louis Vincent, professor i intensivvård vid universitet i Bryssel, samt chef för intensivvårdsavdelningen vid Erasmus universitetssjukhuset i Bryssel, var inbjuden som huvudföreläsare och talade om det aktuella kunskaps- och forskningsläget när det gäller handläggning av sepsis.

Med energisk, karismatisk och kraftfull stämma lockade han till många skratt, trots det allvarliga ämnet: "State of the art sepsis management". Jean-Louis Vincent är en prisbelönad forskare och författare till hundratals vetenskapliga artiklar samt ett flertal böcker. Han är även ordförande för World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine.

Föreläsningen inleddes med en historisk genomgång av de försök som gjorts för att definiera sepsis. Ordet kommer från grekiskan och betyder nedbrytning eller förruttnelse och har använts redan på Hippokrates tid. Det moderna begreppet sepsis antogs 1991 vid en nordamerikansk konsensuskonferens då man slog fast att sepsis är lika med infektion plus SIRS.

Kriterierna för SIRS grundades på fyra variabler: temperatur, hjärtfrekvens, andningsfrekvens och mängden vita blodkrop-

par. Men med tiden ifrågasattes definitionen då SIRS kan orsakas av många andra icke-infektiösa händelser. Även om alla patienter med sepsis har en infektion, är det inte säkert att patienter med en infektion har sepsis, menade Jean-Louis Vincent.

År 2001 hölls en andra konsensuskonferens då man försökte se över kriterierna för SIRS, bland annat genom att utöka listan över potentiella kliniska kriterier, men försöken misslyckades och de gamla kriterierna från 1991 fortsatte att användas fram till 2010. Då hölls "Merinoff symposiet" som slog fast att svår sepsis-septisk chock är "ett livshotande tillstånd som uppstår när kroppens svar på en infektion skadar sina egna vävnader och organ".

I artikeln "Sepsis definitions: Time for change" i *The Lancet* (381: 774-775, 2013) medverkar Jean-Louis Vincent som en av författarna till en definitionsmässig genomgång av begreppet sepsis. Vid en SCCM-konferens 2014 antogs definitionen i *Lancet* och är i dag den nu gällande.

Jean-Louis Vincent berättade även om "Surviving sepsis- campaign" från 2012 och de internationella riktlinjer som finns för att hantera allvarlig sepsis samt septisk chock. Riktlinjer är viktiga och ett stort stöd till framförallt icke- experter. Men, det krävs dock att man som infektionsläkare även använder det sunda förnuftet; det går inte alltid att lita på scheman och riktlinjer, risken är då stor att man missar det viktiga och väsentliga. Han riktade också en känga mot den amerikanska definitionen av sepsis; även milda infektioner räknas in i begreppet, vilket har lett till en kraftig ökning av antalet fall i USA.

Jean-Louis Vincent riktade även skarp kritik mot det amerikanska sättet att slaviskt följa checklistor vid insättning av antibiotika; "jag gillar det inte, det är inte valet av antibiotika som är det viktigaste, utan tidsaspekten". En timmes fördröjning kan vara en fråga om liv eller död. Antibiotika bör sättas in tidigt, menade han, och det sunda förnuftet bör råda.

Diagnosen sepsis är en utmaning, menar Jean-Louis Vincent. Kliniska och standardiserade labbtester är inte till stor hjälp, eftersom de flesta som är svårt sjuka utvecklar någon form av inflammatorisk respons, oavsett om de har sepsis. Även mikrobiologiska bedömningar är otillförlitliga. Bio- ➤



Göran Günther och Jean-Louis Vincent

markörer har heller inte visat sig vara tillförlitliga, de brister i såväl känslighet som specificitet och är ännu inte till någon stor hjälp i den kliniska vardagen.

Jean-Louis Vincent hyllade läkekonsten och slog ett slag för den skicklige klinikern.

Nyheter om HIV

Tack vare forskning och utveckling har betydande framsteg kunnat göras inom HIV/AIDS-området, både vad gäller diagnostik och behandling. I dag är hiv en kronisk och behandlingsbar infektionssjukdom; det finns ett tjugotal olika läkemedel som i kombination kan förhindra att viruset förökar sig. Behandlingen med bromsmediciner är framgångsrik, det finns därför en risk att sjukdomen bagatelliseras och inte riktigt tas på allvar. Det är ett stort misstag; det är en lång väg kvar innan HIV kan ses som en sjukdom bland alla andra. Det menade Magnus Gisslén, professor i infektionssjukdomar vid Sahlgrenska akademien i Göteborg, och moderator för symposiet "Nyheter om HIV".

Innan symposiet startade slog han ett slag för den nordiska HIV-konferensen som äger rum i Stockholm den 2-3 oktober (mer info på www.hivnordic.se).

InfCareHIV

Först ut bland symposieföreläsarna var Veronica Svedhem-Johansson, överläkare vid Infektionskliniken på Karolinska Universitetssjukhuset. Hon är även registerhållare för InfCareHIV, ett register som fungerar både som ett beslutsstöd och ett kvalitetsregister för den svenska hiv-vården.

Färsk data från registret visar att det finns nära 6 500 personer som är diagnostiserade med HIV. Det är en 5 procentig ökning jämfört med 2013. Bland de smittade är 62 procent män och 38 procent kvinnor.

En god utveckling är att fler och fler får behandling. Sedan 2010 och fram till i dag har andelen behandlade patienter ökat från knappt 82 till nära 93 procent.

– Tittar man på andelen behandlade patienter med <150 kopior HIV-RNA/ml, visar data att 97 procent av alla patienter når upp till behandlingsmålen, säger Veronica Svedhem-Johansson.

Med hjälp av registret kan man även följa de patienter som inte når upp till behandlingsmålen. Det finns cirka 45 obehandlade patienter i Sverige med CD4 under 200/ul, det vill säga gravt immunsupprimerade.

– Tack vare InfCare kan vi enkelt hålla



Johanna Brännström och Emmi Andersson

koll och följa dessa patienter och se till att de får adekvat behandling.

Data från InfCare visar också att det finns behandlingsskillnader mellan grupper, beroende på smittväg. Även om det har blivit bättre med åren, behandlas intravenösa missbrukare sämst. Bäst behandling får homo- och bisexuella.

– En studie från 2012 av intravenösa missbrukare visar att 85 procent av dem som har en bostad står på behandling. Bland de bostadslösa är det endast 50 procent som får behandling. Dödligheten bland missbrukare är också 3-4 gånger högre än bland hetero-, bi- och homosexuella.

Varje år görs även elektroniska hälsoenkäter för att ta reda på patienters upplevelser av vården. Enkätsvaren ligger till grund för utvecklingen av ett samtalsstöd som hjälper professionen att fokusera på det som patienterna tycker är angeläget.

– Vi kan se att frågan om biverkningar sticker ut i enkätsvaren. En fjärdedel anger biverkningar och av dem uppger 45 procent att de är besvärade eller mycket besvärade av biverkningar.

Genom att ansluta sig till InfCare HIV får enheter och kliniker tillgång till registerdata som kan användas i kvalitets- och utvecklingsarbete.

Några förslag på kvalitetssäkring via registret kan exempelvis vara:

- Genomgång av nydiagnostiserade patienter varannan månad
- Påminna klinikerna om vilka patienter som ska kallas och när
- Kontrollera att alla sekvenser och tolk-

ningar läggs in i registret. Frånvaro av virus-sekvens kan ha direkt påverkan på utfallet av behandling.

– Många sätter stort värde på registret och plockar ut data och använder registrets grafer och beslutsstöd. Den närmaste framtiden ska vi arbeta för en ökad patientmedverkan genom att skapa möjligheter för webbaserade hälsoenkäter. Vi ska också skapa en möjlighet att direktimportera data från kemlab till beslutsstödet. Vi kommer även att ha ett tydligare fokus på biverkningsfrågor samt erbjuda utbildning i förbättringsarbete med stöd av kvalitetsregister, säger Veronica Svedhem-Johansson.

Sent upptäckt HIV

Sverige är långt framme när det gäller att framgångsrikt behandla personer med HIV. Det finns dock stora brister när det gäller att upptäcka nysmittade. Studier visar att cirka en tredjedel av HIV-smittade i Västeuropa är ovetandes om sin diagnos.

– Vården måste bli bättre på att upptäcka personer med HIV tidigare. Vi har ett verkligt problem i Sverige när det gäller smittade som får en sen HIV-diagnos, det vill säga gravt immunsupprimerade personer med <350 CD4 eller som har utvecklat AIDS, säger Johanna Brännström, infektionsläkare och forskare vid Institutionen för medicin vid Karolinska Institutet.

Hon refererade till en studie i Lancet från 2009 (Sterne et al.) som visar betydelsen av att starta behandling i tid. Konsekvenserna vid sen diagnostik och behandling ►

är, förutom ökad dödlighet och sjuklighet, risken för smittspridning samt höga vårdkostnader.

En multicenterstudie vid 12 svenska kliniker som omfattar 575 patienter över 18 år med nydiagnostiserad HIV-infektion, understryker betydelsen av att identifiera riskfaktorer för att tidigare kunna fånga personer som är smittade.

Testa mer

Bland de som uppträcks sent är det bara en fjärdedel procent som "tänkt tanken" att de skulle kunna ha HIV. Ungefär en fjärdedel av dem som får en sen diagnos är födda i Sverige, resterande kommer övervägande från länder i Asien.

Ungefär en tredjedel av HIV-positiva i Europa vet inte om att de är smittade.

Migranter erbjuds dock i låg utsträckning HIV-test vid ankomst till Sverige, och få tar själva initiativ till testning.

– Det finns en hel del kvar att göra. Mellan 5-10 procent av patienterna har sökt vård för AIDS-grundande tillstånd och cirka en fjärdedel för andra HIV-relaterade symtom, såsom munsvamp, bältros och svullna lymfkörtlar.

Johanna Brännström menar att vården måste bli mycket bättre på att fånga HIV-smittade tidigt och utföra tester på:

- alla från områden där HIV är vanligt
- alla män som har sex med män (en gång årligen samt vid symtom)
- alla personer med injektionsmissbruk (en gång årligen samt vid symtom)
- alla med relation till någon tillhörande grupp som nämns ovan.

– Ökad kunskap behövs bland allmänheten, inom vården samt bland politiker och beslutsfattare. Kom ihåg att testa mer, en patient säger mycket sällan nej till ett test.



Veronika Svedhem-Johansson

Läkemedelsresistens vid HIV-diagnos

När behandling mot hiv misslyckas kan problem med resistens uppstå. Ofta beror det på en låg följsamhet till behandling.

Följderna blir att läkemedelsbehandling är mindre effektiv eller inte fungerar alls. Emmi Andersson, ST-läkare samt doktorand vid Institutionen för Laboratoriemedicin vid Karolinska institutet, presenterade data ur ett kvalitetssäkringsprojekt i InfCare HIV som rör läkemedelsresistens vid HIV-diagnos i Sverige.

– Det lönar sig att resistenstesta tidigt i samband med diagnos. Risken för virologisk svikt ökar då resistensmutationer mot aktuella HIV-läkemedel finns innan behandling. Det finns också hälsoekonomiska fördelar att provta vid baseline, säger Emmi Andersson.

Andelen patienter med resistens före behandling ett problem som har varit avtagande i Europa, men ökar i låg- och medelinkomstländer; prevalensen i vissa storstäder i USA är mellan 10 och 15 procent. I östra och södra Afrika har andelen ökat till 7,4 respektive 3,7 procent. Här är dock möjligheten till resistensbestämning hos individuella patienter begränsad och man får förlita sig på data från mindre studiepopulationer.

– NNRTI-mutationer är de vanligaste.

I den svenska "Nyupptäcktsstudien 2003-2010" fann man att cirka 5,6 procent av patienterna hade virus med resistensmutationer före behandling.

Data ur InfCare för 2010-2013 visar att det i 73 procent av fallen görs en sekvensering för resistensbestämning vid nydiagnos av HIV i Sverige.

– Hur stor andel av patienterna som hade virus med resistensmutationer under denna period vet vi först när vi analyserat data närmare.

Vilka är då orsakerna till att resistensprovtagningar inte görs?

Till största delen, 55 procent, beror det på att vården har missat eller inte har angivit någon orsak. I 28 procent av fallen har patienterna fått diagnos och behandling utomlands, och i nio procent av fallen var orsaken för låga virusnivåer. Övriga orsaker var dödsfall, att sekvenseringen misslyckats och att personen utvisats eller avviktit.

– Vi har behov av förbättrade testrutiner och resistensbestämningar vid diagnos av HIV på våra vårdavdelningar. Det är också viktigt att vi ser till att lägga in alla sekvenser i InfCare, säger Emmi Andersson.

Är det möjligt att bota HIV?

Ja, menar Jan Albert, professor i smittskydd vid MTC, Karolinska Institutet.

– Det finns fram till i dag en patient som har blivit helt botad. Men det är för tidigt att vara alltför optimistisk. Det finns många hinder innan vi kan påstå att bot är möjligt för det stora flertalet patienter.

De senaste åren har betydande framsteg kunnat göras, inte minst när det gäller utvecklingen av bromsmediciner som sänker smittsamheten och förhindrar AIDS.

– Men vi har fortfarande inget vaccin och ingen bot. Patogenesen är heller inte klarlagd, vi vet inte riktigt hur CD4-cellerna skadas.

Sedan HIV upptäcktes har cirka 50 miljoner människor i världens smittats, det finns fog att påstå att preventionen har misslyckats.

Varför är HIV en livslång sjukdom?

Våra immunologiska vilande CD4-positiva minnesceller är designade för att ge oss ett livslångt minne av infektionssjukdomar. HIV har dock en förmåga att bygga in sig i dessa cellers arvs massa och därför finnas kvar hela livet.

År 2012 levde 35 miljoner människor i världen med HIV. Antalet personer som infekterades uppgick till 2,3 miljoner, och 1,6 miljoner nya patienter fick bromsmediciner.

– Livslång HIV-medicinering till miljon-tals människor är både dyrt och komplicerat. Vi behöver därför se till att förebygga nya infektioner, förhindra smittspridning och bota redan infekterade patienter.

Jan Albert berättade om Tim Brown, den första personen som anses vara botad från hiv efter en stamcellstransplantation från en givare immun mot hiv. Han fick diagnosen HIV 1995 och påbörjade behandlingen med bromsmediciner. Drygt tio år senare drabbades han av akut myeloid leukemi och genomgick sedan två hematopoetiska stamcellstransplantationer, den andre från en givare med en mutation på CCR5-genen. Sedan drygt sju år har han varit fri från medicinering och så gott som fri från tecken på infektion.

– Det verkar som om han har blivit botad från infektionen, men tvärsäkra kan vi inte vara ännu. Det finns ett fåtal andra rapporter om bot, bland annat de så kallade Bostonpatienterna som efter benmärgstransplantation verkade vara osmittade, men som fick tillbaka infektionen.

Jan Albert berättade även om fallet med

”the Mississippi child”. Det handlar om en kvinna vars HIV-infektion upptäcktes i samband med förlossning. Barnet fick omedelbar behandling, och även om virus var påvisat i tidiga prover återkom inte viruset efter att man senare stoppat behandlingen. Men till sist återkom viruset även i detta fall, vilket visar hur svårt det är att lyckas bota sjukdomen.

Jan Albert berättade om aktuella metoder som prövas för att förebygga och stoppa HIV. En metod är att lura latent HIV-provirus i minnesceller att aktiveras och visa sig för immunsystemet som då får en chans att ”slå ihjäl” den infekterade cellen.

– Flera realistiska vägar prövas. Med hjälp av HDAC-inhibitorer och andra läkemedel kan latens brytas, i alla fall i provrör. Man prövar även genterapi riktat mot CCR5 för att göra cellerna okänsliga för HIV. Det är lovande första steg, men ändå långt kvar, säger Jan Albert.

Nya & gamla antibiotika- när och hur?

Stephan Stenmark, smittskyddsläkare och STRAMA-ordförande i Västerbotten inledde symposiet med att berätta om STRAMA (Samverkan mot antibiotikaresistens) och Svenska Infektionsläkarförningens 10- punktsprogram för minskad antibiotikaresistens, som lanserades 2010.

För att stärka arbetet mot antibiotikaresistens har programmet uppdaterats och även breddats till att omfatta inte bara slutenvården, utan hela sjukvården.

– Detta är ingen hyllvärmare. Vi har nu ett bra redskap för att göra skillnad. Nu gäller det att vi alla tar ansvar för att implementera programmet i den praktiska vården, säger Stephan Stenmark.

Målet med det uppdaterade programmet är att:

- Förhindra smittspridning
- Minska behovet av antibiotika
- Optimera bakteriologisk diagnostik och säkerställa tillgången till epidemiologiska data
- Använda antibiotika rationellt.

Antibiotika i svåra situationer

Hur behandlar man patienter där det finns en resistensproblematik när det gäller grampositiva respektive gramnegativa bakterier?

Elisabeth Löwdin och Thomas Tängdén, infektionsläkare vid Infektionskliniken på Akademiska universitetssjukhuset i Uppsala, höll en både teoretisk, men också

praktisk genomgång av olika behandlingsstrategier i svåra situationer.

Patientfall varvades med diskussioner om lämpliga val vid olika typer av infektioner orsakade av exempelvis MRSA (pneumoni) och VRE (sepsis). Även tillgängliga antibiotika vid behandling av ESBL-orsakade infektioner diskuterades.

Vid allvarliga infektioner med multiresistenta bakterier där det saknas dokumenterat effektiva behandlingsresultat, används ibland kombinationer av antibiotika. Området är dock illa utforskat och det saknas i stor utsträckning studier som ger stöd för vilka antibiotika som ska kombineras för bästa effekt.

Inledningsvis diskuterades det rationella valet vid MRSA-orsakad penumoni: Vancomycin eller linezolid? Cefarolin eller ceftobiprol? Några av de slutsatser man kan dra, enligt föredragshållarna, är att linezolid tycks vara mer effektivt än vancomycin (framförallt om vanco MIC > 2 mg/L och vid förekomst av PVL-gen). Cefarolin och ceftobiprol kan vara ett alternativ, men det saknas kliniska studier och erfarenhet.

För behandling av VRE-sepsis finns kliniska data som talar för daptomycin samt linezolid, men det är fortfarande små retrospektiva material (tigecyklin är inte godkänt för invasiva infektioner, teicoplanin används endast vid vissa VRE (Van-B), ampicillin, endast vid vissa E. faecalis, quinpristin-dalfopristin endast E. faecium).

En annan fråga som diskuterades var: Vilka antibiotika finns att tillgå när det gäller karba- R gramnegativer? Kombinationer av kolistin, tigecyklin och meropenem är de mest dokumenterade. För att avgöra val av kombinationsbehandling, krävs dock en hänsyn till resistensbestämning och infektionsfokus.

Avslutningsvis tog föredragshållarna upp nya grampositiva samt nya gramnegativa preparat.

– Den tilltagande antibiotikaresistensen tillhör samhällets ödesfrågor. Den centrala uppgiften är att hitta nya antibiotika. Samtidigt krävs en global reglering för användning av nya antibiotikapreparat, annars riskerar vi att snart stå inför samma problematik, nya antibiotika till trots, säger Thomas Tängdén.

Vad är en infektionspatient?

Utvecklingen ställer allt högre krav på infektionssjukvården; omstruktureringar av kliniskernas organisation, bristen på vård- ➤

Vad var bäst i veckan?



Lil-Marie Sandin, leg. sjukgymnast Landstinget Gävleborg:

– Det bästa var nog reaktionen på vår poster och att få kontakt med många olika deltagare.

Vilken ny insikt/lärdom tog ni med tillbaka till kliniken?

– Att det faktiskt är väldigt viktigt att det interprofessionella samspelet och samarbetet utvecklas, inte minst när det gäller kunskapen hos olika specialiteter kring när och hur man ska ta hand om nekrotiserande fasciter.

Charlotte Bernhardsson, leg. Sjukgymnast, Akademiska sjukhuset, Uppsala:

– Det bästa med Infektionsveckan var att nätverka. Det gav många nya idéer och uppslag till fortsatt arbete med vårt nationella nätverk för Infektionssjukgymnaster. Jag tar med mig en hel del lärdom, både ny och fördjupad, men det som fastnade tydligast var informationen om att sätta ut protonpumpshämmare hos clostridiepatienterna. Mest för att det är enkel information att sprida och lätt att applicera kliniskt.



Ingbritt Pettersson, sjuksköterska vid Infektionskliniken i Karlskrona:

– Kul att få träffa likasinnade. Jag tycker att arrangörerna har gjort ett jättejobb med fin mingelkväll och en kanonchokladfontän! Ny insikt hem var föreläsningen om infekterade sår och att larvbehandling tar bort nekros snabbare än annan behandling.

och isoleringsplatser leder till att patienter flyttas mellan olika avdelningar och sjukvårdsinrättningar. Samtidigt ökar infektions- och resistensproblematiken, immunsupprimerade tar en allt större plats, nya sjukdomar tillkommer, men även nya behandlingsmöjligheter.

Hur ska infektionsmedicinen ta hand om allt detta? Vilka slags patienter ska specialiteten vårda? Sköts de bättre på andra enheter? I dag hamnar många patienter med sepsis på hematologkliniken, snarare än inom infektionsmedicin. Var i vårdkedjan kommer infektionsmedicin in?

Frågorna ställdes inledningsvis av Göran Günter, moderator för symposiet: "Vad är en infektionspatient".

Först ut bland föredragshållarna var Torsten Holmdahl, verksamhetschef vid Infektionskliniken vid Skånes universitetssjukhus i Malmö. Han berättade om tankar inför och efter planerandet av en ny infektionsklinik i Malmö med ett nära samband med akutverksamheten.

– Det krävs en mycket större flexibilitet i vårt tänkande när vi ska bygga framtidens organisationer.

Om vi tittar på dimensioneringen av framtidens sjukdomspanorama står vi inför utmaningar med en ökande antibiotikaresistens som kräver allt längre vårdtider, framväxande infektionssjukdomar som exempelvis SARS, klimatförändringar som förskjuter sjukdomspanoramat norrut.

I takt med ett ökande uppdrag; hur mycket ska infektionsmedicin ta ansvar för? Krävs stora egna kliniker? Ska infektionsmedicin endast ta hand om de mest komplicerade fallen? Och ska infektionsmedicinens uppdrag i huvudsak vara en konsultverksamhet?

Från Skåne riktades sedan fokus på NU-sjukvården. Bert-Ove Larsson överläkare och verksamhetschef vid infektionskliniken i Trollhättan, NU-sjukvården, reflekterade kring hur ofta professionens tankar och erfarenheter nonchaleras i samband med omorganisationer och hur bland annat infektionspatienter drabbas på grund av ogenomtänkta beslut.

Bert-Ove Larsson tog även upp ansvarsfördelningen när det gäller akuta infektionspatienter. Vem bär ansvaret för dessa patienter efter årsskiftet då akutmedicin blir en egen specialitet?

Med data från Öppna jämförelser kan man få en klar bild över var patienter med huvuddiagnosen "infektionssjukdom" vårdas. Sedan 2005 har antalet vårdtygn kraf-

tigt ökat, men patienterna vårdas i allt större utsträckning utanför infektionskliniken och i huvudsak på medicin- och kirurgkliniker.

Framtidens utmaningar handlar om hur man på bästa sätt når de patienter som behöver infektionsmedicinens kompetens, krävs fler vårdplatser eller mer "konsultarbete"? Och hur sprider man på bästa sätt kunskap om infektionsfrågor som angår alla eller de flesta: VRI, antibiotikariktlinjer och omvårdnadsaspekter.

Hur ska vi ta ett gemensamt ansvar för framtidens infektionspatienter utifrån ett helhetsomhändertagande? Den frågan behöver diskuteras mycket mer, ansåg Bert-Ove Larsson som avslutade med ett kinesiskt ordspråk: "När det blåser förändringarnas vindar bygger vissa vindskydd, andra bygger väderkvarnar."

Sist ut var Elda Sparrelid, överläkare vid Infektionskliniken på Karolinska universitetssjukhuset. Hon berättade om den pågående och omfattande omorganisationen i Stockholm, och om byggandet av Nya Karolinska Solna (NKS), som beräknas vara klar 2018. De första patienternas beräknas dock kunna tas om hand redan 2016. Här kommer det inte att finnas några skarpa klinikgränser, patienten ska tas om hand utifrån ett teambaserat förhållningssätt.

Det betyder dock inte att behovet av infektionsmedicin kommer att minska, snarare tvärtom, menade Edna Sparrelid.

Det finns dock en hel del farhågor:

- Kommer infektionsläkare att endast arbeta som konsulter på NKS?
- Kommer öppenvården att splittras i omhändertagandet av patienter med hepatit, TBC, HIV?
- Hur ska man samverka kring jourbördan?
- Patienter som flyttar mellan sjukhus hur skapar man sammanhållna vårdkedjor?
- Hur upprätthåller man forsknings- och utbildningsansvaret i den nya organisationen?
- Kommer infektionsenheter på mindre sjukhus att styras av andra specialiteter?

I den efterföljande debatten hettade det till när frågan om infektionsläkare på akutmottagningen diskuterades. Vissa deltagare menade att "det är utopiskt att tro att läkare som inte är specialister i infektionsmedicin kan klara infektionspatienter lika bra, det går inte lika bra om akutläkare tar hand om dem". Det är också viktigt ur en

utbildningssynpunkt att infektionsläkare finns på akutmottagningen och att ST-läkare får en chans att träffa akuta jourpatienter, menade en annan deltagare.

"Det är skitsnack", menade andra deltagare, och ansåg att det var en förmåten hållning att tro att endast infektionsläkare kan ta hand om infektionspatienter; "akutläkare ska ju ha kompetens att ta om hand akuta tillstånd som exempelvis akut sepsis och akut meningit. Det är omöjligt att infektionsläkare ska finnas överallt".

Symposiet avslutades med Jacke Sjödin, sång-, rim- och dansman som på vers sammanfattade innehållet, till publikens stora förtjusning.

Årets infektionsvecka fick ett gott betyg i den utvärdering som gjordes.

– Vi hamnade på ett högt snittbetyg på 4,94 på en skala där 6 var högst. Det är självklart väldigt roligt då vi ansträngde oss för att skapa ett bra och relevant program för professionen, säger Erik Torell.

Bland förbättringsförslagen var det flera deltagare som uttryckte en önskan om att nästa år ha en sittande middag och att ämnen som fästingburna infektioner, svampinfektioner och opportunistiska infektioner får plats i det vetenskapliga programmet.

Nästa års infektionsvecka går av stapeln i Östersund den 25-29 maj 2015.

Eva Nordin

Vad var bäst i veckan?



Professor Heiner Wedemeyer, verksam vid Hannover Medical School i samtal med Johan Westin, vetenskaplig sekreterare i Svenska Infektionsläkarföreningen.

Heiner Wedemeyer höll en "State of the art" föreläsning om hantering av patienter med hepatit C.

– Vi upplever ett paradigmskifte när det gäller behandling av patienter med hepatit C. I framtiden kommer vi inte att acceptera behandlingsresultat som inte överstiger 90 procent. Och vi kommer att ha tillgång till terapier som i huvudsak är interferon-fria och till och med ribavirin-fria.

Nytt lovande HIV-vaccin gör Sven Britton hoppfull

Sven Britton, professor emeritus i infektionssjukdomar vid Karolinska institutet, har under många år arbetat i Etiopien och Ghana med forskning och arbete kring lepra och tuberkulos. Han är också politiskt engagerad och en flitig debattör.

Under Infektionsveckan höll han en uppskattad föreläsning för allmänheten om infektionsmedicinens sena framsteg.

Efter sin pensionering har Sven Britton fortsatt med sitt starka engagemang för utsatta grupper i samhället, både som infektionssjukvårdsläkare och som politiskt aktiv. Han har sedan 1976 varit medlem i Socialdemokraterna och satt som ersättare i riksdagen under 2012. Han har varit engagerad i organisationen Läkare i Världen och för två år sedan deltog han i Ship to Gaza; han var en av många som arresterades och sattes i israeliskt fängelse.

– Det blev en av de starkaste upplevelser jag har varit med om. Jag är fast besluten att fortsätta göra allt jag kan för att blockaden skall hävas och Gazas 1,6 miljoner instängda människor skall få sin frihet åter. Sven Britton säger att han vill fortsätta så länge han orkar och fortfarande kan bidra med något.

– Jag har inga andra hobbies och är till och med ordförande i Läkare mot golf.

Enastående utveckling

Sven Britton var glad för inbjudan till Infektionsveckan och att vara tillbaka i Gävle där han i några år arbetat som seniorvårdsläkare. Hans föreläsning riktade sig till en intresserad allmänhet som fick chansen att ställa frågor om våra vanligaste infektionssjukdomar.

Ett av Sven Brittons stora fokus har varit på sjukdomar i fattiga länder. På 80- och 90-talet var han director vid Armauer Hansen Research Institute i Addis Ababa. Han har även varit verksam vid medicinska fakulteten på National University i Rwanda mellan 2005- och 2008.

En av de infektionssjukdomar som Sven Britton sysslat mest med är lepra. Cirka två till tre miljoner människor i världen beräk-



Sven Britton

nas lida av sviterna efter lepra, och varje år drabbas cirka 500 000 nya individer av sjukdomen. Genom långvariga antibiotikakurer kan leprainfektionen stoppas och även botas, men många har då redan fått omfattande skador på olika nerver.

Trots att många utmaningar återstår, har det inom området infektionssjukdomar skett fantastiska framsteg de senaste 20 åren, menar Sven Britton.

– Jag har varit infektionssjukvårdsläkare i 50 år och när jag tittar tillbaka kan jag konstatera att infektionsmedicinerna har genomgått en enastående utveckling, och det ser fortsatt ljus ut, vilket gör mig hoppfull.

Sven Britton tog upp dödlighet och sjuklighet för några av våra vanligaste infektionssjukdomar. När det gäller malaria har gratis utdelning av impregnerade sängnät, inomhusbesprutning av myggor och kinesisk örtmedicin hjälpt till att rädda liv, men också att minska sjukligheten.

– Dödligheten har sjunkit från några miljoner dödsfall per år till några 100 000, och det är mestadels barn som dör.

Men, med klimatförändringar har utbredningen av parasiten och myggan åter gjort malaria till ett reellt hot. Sven Britton påminde om att i Sverige är ungefär 5 procent av våra myggor av släktet Anopheles.

Skulle vi få förhöjda temperaturer under en längre tid, kan myggan sprida malaria-parasiten även i vårt land. Ett annat problem är att resistens mot de kinesiska örtmedicinerna nu börjat utvecklas.

Sven Britton tog även upp HIV och utvecklingen av bromsmediciner.

– Jag kommer ihåg när patienter tvingades äta 36 tabletter om dagen till en kostnad motsvarande 12 000 dollar. Det var nästan ett heltidsarbete för patienterna. I dag räcker det med två tabletter till en kostnad av 100 dollar per år. Tyvärr får inte alla möjlighet till behandling, endast cirka hälften av de som borde behandlas får tillgång till mediciner.

Nytt HIV-vaccin testas i Sverige

Trots att HIV- viruset är ett nyckfullt och gäckande virus, finns det skäl att vara optimist, menar Sven Britton. Han berättade om ett nytt vaccin som i huvudsak är utvecklat i Frankrike, nu ska testas i Sverige.

– Vi har en hög trovärdighet när det gäller att utföra kliniska tester. Det är ett drickbart vaccin byggt på helt nya principer. I de tester som gjorts har man efter vaccination inte funnit några antikroppar i blodet utan i stället celler som dödar redan infekterade celler, det vill säga oral tolerans. Det är en mekanism vi har för att vi inte skall reagera mot alla de främmande ämnen vi få i oss då vi äter. Resultaten i de djurförsök som gjorts på apor är fantastiska och jag är riktigt hoppfull när vi nu går över att pröva det i människa.

Även när det gäller TBC har dödligheten och sjukligheten minskat i takt med att HIV- epidemin bromsats. Även ett intensivt arbete med att spåra smittsamma fall samt övervakad så kallad DOTS-behandling (Directly Observed Treatment Short course) har gynnat utvecklingen. Men, underströk Sven Britton, det råder brist på nya läkemedel och det finns en resistensproblematik mot de gamla läkemedlen.

– Det finns en hel del kvar att göra, vi har inget vaccin i sikte, och det som finns fungerar endast på barn med TBC.

Även när det gäller diarrésjukdomar sjunker dödligheten och sjukligheten, mycket tack vare bättre avlopps- och vattenhygien, ►

nytt vaccin (Rotarix) mot en vanlig orsak till spädbarnsdiarré, samt färre krig. Men, återigen hotas utvecklingen av vattenbrist, samt klimatförändringar med översvämningar och torka.

STRAMA- en global organisation

Om Sven Britton får önska något inför den närmaste framtiden, skulle han gärna vilja se effektiva vacciner mot HIV, tuberkulos, malaria, hepatit C, RS-virus, Denguefeber och snäckfeber. Han skulle även vilja att forskningen kan visa huruvida infektioner är upphov till flera cancerformer, MS och andra neurologiska/inflammatoriska sjukdomar. Han hoppas också att forskare ska

lyckas utveckla nya antibiotika/antivirala medel, och att antibiotika riktlinjer verkligen tas på allvar och efterlevs. Sven Britton skulle gärna vilja se att STRAMA (Samverkan mot antibiotikaresistens) blir en global organisation.

– Det skulle naturligtvis vara helt fantastiskt om vi till slut lyckades utrota infektionssjukdomar som HIV, TBC, malaria, mässling och polio. Jag tror det är möjligt, men är samtidigt medveten om att nya kommer att tillkomma.

Eva Nordin

Fakta Sven Britton

Namn: Sven Britton, professor emeritus i infektionssjukdomar vid Karolinska institutet.

Ålder: 76 år

Familj: Hustrun Hannah Akuffo, professor i parasitologi, fem barn.

Bor: Stockholm, Hötorget, hyresrätt

Drivkraft: Dödsskräck

Styrkor: Arbetsamhet, social talang

Oroas av: Döden

Blir glad av: Livet

Längtar efter: Döden trots allt

Boktips: Stoner av John Williams och Easter parade av Richard Yates.

Från molekyl till patient



Åsa Rosenquist

Vägen från upptäckt till färdigt läkemedel är i regel lång och fylld av fallgropar. Åsa Rosenquist är läkemedelskemist och en av de forskare som haft lyckan att vara med hela vägen från en lovande molekyl till ett nytt läkemedel.

Omkring 150 miljoner människor över hela världen är infekterade av hepatit C och cirka 350 000 personer dör varje år. I Sverige är cirka 45 000 personer kroniska bärare av sjukdomen, och av dessa riskerar cirka

30 procent en för tidig död till följd av leversjukdom.

Behovet av nya läkemedel har länge varit stort och utvecklingen av nya innovativa behandlingar är ett hett och växande forskningsområde. På kort tid har flera nya preparat godkänts; effektiva läkemedel som botar svårt sjuka med kronisk och tidigare obotlig hepatit C. I denna utveckling har svenska forskare haft en betydelsefull roll. På marknaden finns nu en ny generation antivirala läkemedel som tycks kunna bota många flera patienter än tidigare, och som är behäftade med

färre biverkningar och mindre toxicitet.

Bakom ett av dessa läkemedel står svenska forskare; i maj i år blev simeprevir godkänt av den europeiska läkemedelsmyndigheten.

– Man ska ha klart för sig att det ligger många motgångar och misslyckanden bakom varje nytt läkemedel. Vi har testat oerhört många molekyler under resans gång.

Men plötsligt hände det som varje forskare drömmer om, alla bitarna föll på plats. Det var en fantastisk känsla, säger Åsa Rosenquist.

Under Infektionsveckan i Gävle var hon ►

en av föreläsarna vid ett satellitsymposium om nya behandlingsstrategier och uppföljning av kronisk hepatit C.

Från HIV till HCV

Hon är i grunden organisk kemist och har i många år arbetat som läkemedelskemist. Hon disputerade 1996 vid Linköpings universitet på avhandlingen: ”Synthesis of Nucleoside Analogues as Potential Inhibitors of the Human Immunodeficiency Virus”.

I dag arbetar hon som avdelningschef på läkemedelsföretaget Medivir som har ett starkt fokus på forskning och utveckling av läkemedel inom området infektionssjukdomar.

Innan Åsa Rosenquist kom till Medivir arbetade hon som läkemedelskemist på Astra i Mölndal, fast då med sjukdomsområden som IBS. För drygt 13 år sedan tog hon steget över till Medivir. Företaget hade i flera år arbetat intensivt med läkemedelsutveckling mot hiv; grundarna var tidigare forskare på Astra, och när läkemedelsjätten bestämde sig för att lägga ned sin virologiforskning fick de ett erbjudande om att köpa portföljen för en krona. På köpet följde flera stora bibliotek med kemiska molekyler som blev startpunkten för Medivir som grundades 1988.

Efter närmare 20 års hiv-forskning med varierande resultat beslutade Medivir i början av 2000-talet att växla spår och börja arbeta med proteaser. Redan vid den tiden var hepatit C ett viktigt område och forskarna hade funnit att många av de angreppspunkter som gäller för hiv-viruset, också gällde för hepatit C-viruset (HCV).

– Mycket av den kunskap som finns om hur hiv-virus är uppbyggt och fortplantar sig, har vi kunnat använda i arbetet med att utveckla ett läkemedel mot hepatit C, säger Åsa Rosenquist.

Overklig känsla

En av de stora utmaningarna har varit att utveckla experimentella testsystem för att kunna följa och förstå hur hepatit C-viruset fortplantar sig. En annan utmaning har varit att utveckla molekyler som är oralt biotillgängliga. Under några år testades ett flertal molekyler; de som i början kunde se lovande ut höll inte hela vägen, och tvärtom. Men så en dag stämde allt.

– Det var en härlig och nästan overklig

känsla när vi insåg att vi verkligen lyckats med det som vi så länge arbetat för, säger Åsa Rosenquist.

Utvecklingen har gått jämförelsevis snabbt; de första kliniska prövningarna startade 2007 och sex år senare kom det första marknadsgodkännandet för läkemedlet i Japan. Därefter har det även blivit godkänt i USA, Kanada samt, Ryssland och i maj 2014 godkändes det av den Europeiska kommissionen.

Simeprevir, som är en NS3/4A proteashämmare och stoppar bildningen av nya viruspartiklar, är avsett för behandling av kronisk hepatit C hos vuxna med genotyp 1 och 4, i kombination med pegylerat interferon och ribavarin.

Studier har även gjorts på simeprevir i kombination med interferonfria direktverkande antivirala substanser, med och utan tillägg av ribavarin.

Resultat från bland annat COSMOS-studien visar att en kombinationsbehandling med simeprevir och Gileads nukleotidhämmare sofosbuvir, har en god effekt på patienter med hepatit C, även de som inte tidigare har svarat på behandling.

– Det fungerar väldigt bra tillsammans och som forskare är det naturligtvis fan-

tastiskt roligt att träffa patienter som fått ta del av behandlingen och som blivit friska och botade, säger Åsa Rosenquist.

Framgångsfaktorer

Några av de viktigaste framgångsfaktorerna, menar hon, är den öppenhet som präglat HCV-forskningen.

– På de konferenser dit majoriteten av alla HCV-forskare åker har öppenheten kring forskningsresultat varit stor.

Många har delat med sig av kunskap och erfarenheter, vilket alla vinner på i längden, säger Åsa Rosenquist.

En annan framgångsfaktor har varit det nära samarbetet med Janssen Pharmaceuticals.

– Medivir identifierade och designade molekylen och fortsatte sedan ett utvecklingsarbete med forskare på Janssen.

Det blev ett värdefullt samarbete som gav nya infallsvinklar och perspektiv och som drev arbetet framgångsrikt framåt.

De sista delarna utvecklade vi tillsammans och sedan har Janssen ansvarat för de kliniska studierna, säger Åsa Rosenquist.

Medivir har behållit de nordiska rättigheterna och samarbetar med Janssen som har rättigheterna för marknaden ▶



utanför Norden. Kampen om hepatit C-marknaden är dock hård. Flera nya starka kandidater väntar runt hörnet på att ta nya marknadsandelar.

– Vi har en bred produkt- och FoU-portfölj och vi har flera spännande utvecklingsprojekt på gång. Men visst, konkurrensen är hård och vi arbetar nu med att bygga för framtiden, säger Åsa Rosenquist.

Kommentar, Ola Weiland

Konkurrensen om hepatit C-marknaden hårdnar. Minskade marknadsandelar och fler behandlingsalternativ har tvingat flera företag att fasa ut sina läkemedel.

Det svenska Medivir är fortfarande kvar i kampen, men risken är stor att deras framgångskandidat simeprevir kommer att få det svårare när nya konkurrerande läkemedel lanseras inom kort.

Det menar Ola Weiland, professor vid Infektionskliniken på Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge.

– Det är en fantastisk och helt revolutionerande utveckling vi är inne i. Jag har som läkare förmånen att få träffa patienter som mår så mycket bättre och till och botas av de nya läkemedlen.

Med de nya direktverkande antiviralerna mot hepatit C har läkemedelsbehandlingen blivit kortare, mycket effektivare och har färre biverkningar.

– Det är väldigt roligt att ett svenskt företag lyckats vara med hela vägen till klinisk användning. Simeprevir har fått stor draghjälp av läkemedelsföretaget Gileads sofosbuvir, en innovativ drog som kan användas i många olika kombinationer och som inte ger resistensproblem. Men för att få god effekt är simeprevir beroende av kombinationen med sofosbuvir, säger Ola Weiland.

Frågan är om Medivir kommer att lyckas hålla sig kvar på marknaden. Inom drygt ett år kommer flera nya effektiva substanser ut på marknaden som blir svåra konkurrenter till simeprevir, men-

ar Ola Weiland.

Gilead har utvecklat en kombinationsbehandling med tabletter som innehåller såväl sofosbuvir och ledipasvir.

– Den behandlingen är effektiv på samtliga genotyper. Kan Gilead sälja den kombinationsbehandling till ett pris som inte är mycket dyrare än sofosbuvir, riskerar övriga kandidater att slås ut.

Ola Weiland tar även upp proteashämmaren MK5712 som MSD utvecklat.

Drogen tar alla genotyper och har en större resistensbarriär än övriga proteashämmare.

– Samtliga proteashämmare, det gäller såväl den äldre generationen som simeprevir, har en resistensproblematik. Men med den kommande generationens MK5172 som har en annan resistensprofil, slipper man tilldels problematiken, säger Ola Weiland.

Eva Nordin

Förr och nu om antibiotikaresistens

Professor Inga Odenholt höll en uppskattad Justus Ström-föreläsning under Infektionsveckan i Gävle.

Hon gjorde en historisk resa tillbaka i tiden och blickade även framåt mot de utmaningar vi står inför när det gäller antibiotikaresistens. Utvecklingen är skrämmande, menar hon.

Professor Justus Ström arbetade med akuta infektionssjukdomar vid Karolinska institutet och var verksam som överläkare vid Roslagstulls sjukhus. Han grundade specialiteten infektionsmedicin och hade ett brinnande intresse för epidemiologiska och kulturella frågor. Genom en donation skapades Justus Ströms föreläsningssfond, och varje år utser en kommitté en högtidsföreläsare. I år utsågs Inga Odenholt, professor i infektionssjukdomar vid Lunds universitet och kliniskt verksam vid infektionskliniken vid Skånes universitetssjukhus i Malmö, till 2014 års Justus Ström-föreläsare.

– Jag känner mig smickrad. Det är en ära att stå här i dag, inte minst mot bak-



Inga Odenholt

grund av att det vanligtvis är äldre män som brukar utses. Det är också roligt att fritt få prata om det som ligger mig så varmt om hjärtat.

Penicillin är en missbrukad mirakelmedicin

Inga Odenholt är en välrenommerad forskare och kliniker som i hela sitt vuxna

liv varit intresserad av frågor som rör antibiotika: dosering, användning och resistens. Hon har varit ordförande för RAF, den nationella Referensgruppen för antibiotikafrågor, och är medlem i styrgruppen för Strama. Inga Odenholt har även varit en av drivkrafterna bakom världens största antibiotikastudie, de så kallade "Strama-studierna". I dessa studier deltog de flesta av Sveriges sjukhus. Samtliga patienter som behandlades med antibiotika studerades: vilka var indikationerna för antibiotikabehandling, gavs rätt sorts antibiotika och var doseringen korrekt?

På Infektionsveckan i början av juni, höll hon en uppskattad föreläsning: "Penicillin - en missbrukad mirakelmedicin".

Det blev en resa i tiden med start i Wien 1844 där den ungerske läkaren Ignaz Semmelweis var verksam. Han hade reagerat på de stora variationerna i mortalitet vid stadens förlossningsklinik. På en av avdelningarna var dödligheten så hög som 20 procent och på en annan endast fem procent. Semmelweis såg ett samband mellan som obducerade kvin- ➤

nor som dött i barnsängsfeber och deras närvaro på sjukhusavdelningar med hög mortalitet. Hypotesen om att de förde smitta vidare kritiserades dock starkt, trots att Semmelweis lyckades visa att mortaliteten sjönk från 20 till fem procent om läkarna tvättade händerna efter obduktion. Rasande kollegor vägrade att lyssna och ändrade inte sina rutiner. Kort därefter steg återigen mortaliteten från fem till 20 procent. Trots det uppenbara sambandet avfärdades Semmelweis och avskedades även från sitt jobb. Tio år senare, 1865, dog han ensam och övergiven av sepsis på ett av den tidens dårhus.

– Han skrev till och med till kejsaren och vädjande om stöd för idén att man skulle tvätta händerna före och efter möten med patienter, men fick inget svar.

Hitler stoppade nobelresan

Inga Odenholt tog även upp andra framstående forskare under 1800-talets senare hälft; Robert Kock som upptäckte kolerabakterien, Louis Pasteur, berömd för upptäckten av viktiga principer för vaccination, samt Paul Erlich som upptäckte att det arsenikbaserade Salvarsan var en effektiv drog mot syfilis.

Inga Odenholt tog även upp nobelpristagaren Gerhard Domagk, en tysk patologi och bakteriolog som upptäckte sulfonamider, det första antibiotikumet på den kommersiella marknaden, känt under namnet prontosil.

– Han fick nobelpriset 1939, men förbjöds av Hitler att åka till Stockholm och prisutdelningen. Efter kriget när han äntligen skulle få ta emot priset var dock pengarna tyvärr slut.

En annan nobelpristagare, Alexander Fleming, tilldelades priset för upptäckten av penicillin 1945 tillsammans med Howard Florey och Ernst Boris Chain.

– Fleming är en av mina stora favoriter. Hans upptäckt publicerades i BMJ 1929 och det väckte ett stort intresse bland forskare.

Problemet var dock att det var svårt att få fram tillräckligt med mängder penicil-

lin, och människor dog. Den amerikanska regeringen fattade i slutet av andra världskriget ett beslut om produktion i stor skala. Inför dagen D i juni 1944 hade samtliga soldater penicillin i sina ryggsäckar.

– Efter kriget kom produktionen i gång ordentligt och i början av 50-talet lanserades de första tablettorna, som dock smakade mögel. Mycket har hänt på relativt kort tid och många olika sorters antibiotikum lanserats på marknaden, från 1930-talets sulfonamider, till 60-talets aminoglykosider, 70-talets cefalosporiner, 80-talets karbapenemer, 90-talets kinoloner och 2010-talets lipoglykopeptider.

– I mitten på 80-talet trodde läkemedelsföretagen att de hade vunnit kriget över bakterierna med de nya karbapenemerna, några år senare gick man ut och sa att resistensproblematiken var ett minne blott i samband med lanseringen av kinolonerna. Men, tyvärr kan vi konstatera att de hade fel, säger Inga Odenholt.

Hälften av all antibiotika kan tas bort

Bakterier förvärvar nya resistensgenskaper, dels genom spontana mutationer, dels genom överföring av gener mellan bakterier.

Allt oftare visar sig vanliga antibiotika verkningslösa, eftersom bakterierna blivit motståndskraftiga mot dem.

En onödig eller oriktig användning av antibiotika påskyndar utvecklingen och spridningen av resistenta bakterier (MRSA, ESBL, VRE).

En liknande utveckling finns inom djurhållningen. Sedan 1986 har dock antibiotika i tillväxtstimulerande syfte varit förbjudet att använda på djur i Sverige, medan det i övriga EU-länder förbjöds först 2008.

– Men i USA är det fortfarande tillåtet.

Med tanke på att inga nya antibiotika med unika verkningsmekanismer har utvecklats sedan slutet av 1970-talet måste all användning av antibiotika ske med

stort ansvar, menar Inga Odenholt.

– Jag trodde aldrig att jag skulle behöva möta patienter med infektioner som inte går att behandla och som därför dör. Det är en skrämmande utveckling.

Det är dock en svår balansgång, menar Inga Odenholt. Som läkare vill man i svåra situationer kunna hjälpa den enskilda individen och griper efter ett sista halmstrå, men tänker kanske inte på det globala hotet.

Det är viktigt, menar Inga Odenholt att ställa frågan: för vilka diagnoser gör verkligen antibiotika nytta? När kan vi avstå?

– Cirka hälften av all antibiotika skulle vi kunna ta bort om vi skulle följa de terapiriktlinjer som finns. Då skulle vi kunna stoppa en onödig resistensutveckling och en onödig påverkan på normal bakterieflora.

Eva Nordin



Infektionsveckan och
Mikrobiologiskt vårmöte
25–29 maj 2015 ÖSTERSUND



Protokoll styrelsemöte 6 juni

Organ

Styrelsemöte Svenska
Infektionsläkarföreningen

Tid

2014-06-03 17.00-19.00

Plats

Clarion Hotel Winn, Gävle

Närvarande

Göran Günther ordf.
Kristina Cardell
Magnus Hedenstierna
Anna-Karin Larsson
Camilla Lorant
Hans Norrgren
Maria Werner
Johan Westin (adjungerad)

§ 1 Ordförande Göran Günther öppnade mötet.

§ 2 Till protokolljusterare jämte ordföranden valdes Camilla Lorant.

§ 3 Dagordningen fastställdes.

§ 4 Föregående protokoll från styrelsemötet den 6/3-14 godkändes.

§ 5 Ordförandes ärenden, Göran Günther Dagens årsmöte var lyckat och uppslutningen var mycket bättre än tidigare med ungefär 70 deltagare utöver styrelsen.

Medlemmarna deltog aktivt i mötet och förde fram åsikter och förslag kring föreningens fortsatta verksamhet.

Ett önskemål om att föreningen organiserar resor för medlemmarna till vetenskapliga konferenser när industrins möjlighet att göra etta försvinner fördes återigen fram. Styrelsen är positiv till detta och det förs redan en dialog med Mediahuset som kan tänka sig att ta på sig detta. Styrelsen beslutar att bjuda in Mediahuset till styrelseinternatet i augusti för att diskutera detta.

En förfrågan har inkommit från Inger Andersson von Rosen på Socialstyrelsen om hur den framtida försörjningen av infektionsläkare ser ut. Aktuella siffror saknas och behöver uppdateras förslagsvis till chefsmötet i höst. Frågan tas med till styrelseinternatet i augusti.

Jan Sjölin har som representant för referensgrupperna kontaktat ordföranden då det finns en oro för vad som händer med referensgrupperna när SMI:s verksamhet

flyttat till Folkhälsomyndigheten. Referensgrupperna har tidigare haft SMI som huvudman och Folkhälsomyndigheten är inte intresserade av att ta över huvudmannaskapet. Styrelsen beslutar att ge Jan Sjölin mandat att föra en diskussion om nytt huvudmannaskap med till exempel Läkar-sällskapet.

Folkhälsomyndigheten önskar nomineringar till en ny referensgrupp för antibiotikafrågor. Förfrågan vidarebefordras till RAF. Det fortsatta arbetet med framtidsdokumentet diskuterades. Styrelsen kommer att ta med sig de åsikter som kommer fram under Infektionsveckan och sedan arbeta vidare med att ta fram ett nytt dokument under styrelseinternatet.

Ny förtroendeläkare till Läkarförbundet är fortfarande inte löst. Ordföranden fortsätter att arbeta med detta.

Ordföranden informerar om att det uppdaterade tio punktsprogrammet och ett brev har skickats ut till samtliga landstingsdirektörer och till infektionsklinikernas verksamhetschefer.

§ 6 Facklige sekreterarens ärenden, Magnus Hedenstierna. Inga inkomna remisser och inga frågor i övrigt.

§ 7 Redaktörens ärenden, Kristina Cardell Manusstop för nummer 3 av Infektionsläkaren är den 4 september och numret kommer ut i början av oktober. En rapport från kvalitetsregistern kommer att publiceras som ett supplement. Det finns gott om material med bland annat en rapport från Infektionsveckan och presentationer från årets stipendiater. Otto Cars, Johan Lindberg mfl kommer att bidra med material.

§ 8 Programgrupper, hemsidan och kvalitetsregistren, Maria Werner

Programgrupperna: En reviderad version av vårdprogrammet för sepsis blev klar i december.

Hemsidan: Öppna jämförelser från kvalitetsregistren kommer att läggas ut på hemsidan och blir därmed tillgängliga för allmänheten.

Kvalitetsregistren: Ulf Ryding är nu sammankallande för led och protesinfektionsregistren. Styrgruppen för InfCare HIV och Hepatit har träffats och registren kom-

mer nu att samordnas. Huvudansvarig för registren blir Veronica Svedhem.

§ 9 Frågor angående yngre läkare och SPUK Camilla Lorant

Anbudstiden för SK kurser för nästa går ut nästa vecka. De som tidigare har arrangerat kurser har uppmuntras att söka men ansökningsförfarandet uppfattas som komplicerat. Mycket är oklart om hur allt skall fungera.

Studierektorerna har träffats under Infektionsveckan. Årets ST tenta har genomförts. Malin Vading kommer att ersätta Jonas Ahl som sammankallande för SPUK. Ytterligare ett namn behövs till SPUK som ersättare för Jonas.

§ 10 Vetenskaplige sekreterarens ärenden, Johan Westin. Infektionsveckan har blivit mycket lyckad med högt deltagande och uppskattade föreläsningar och seminarier. Johan redogjorde för sina erfarenheter av att organisera Infektionsveckan och styrelsen vill inför nästa år involvera värdklinikerna från ett tidigt stadium. De program-punkter som varit kommer att upprepas på nästa möte och styrelsen skall ta fram en mall och ett regelverk för hur Infektionsveckan skall planeras. Värdklinikerna kommer att bjudas in till Styrelseinternatet i augusti för gemensamt arbete med detta. Anna-Karin utformaren en enkät för att utvärdera årets Infektionsvecka.

§ 11 Utbildningsaktiviteter, Anna-Karin Larsson. Höstutbildningen om opportunistiska infektioner kan sökas till och med den 13 juni och är ännu inte fulltecknad. Vårutbildningen kommer att ha tema "konsultskola" med ämnen som kateterrelaterade infektioner, infektioner på IVA, barninfektioner mm. Förslag på ämnen och föreläsare diskuterades.

§ 12 Övriga frågor. Inga övriga frågor.

§ 13 Ordföranden förklarar mötet avslutat

Magnus Hedenstierna

Facklig sekreterare

Göran Günther

Ordförande

Camilla Lorant

Protokolljusterare

Protokoll styrelsemöte 27-29 augusti

Organ

Styrelsemöte och Internat för Svenska Infektionsläkarföreningen

Tid

27-29 augusti 2014

Plats

Grand Hôtel, Mölle

Närvarande

Göran Günther ordf.
Kristina Cardell
Magnus Hedenstierna
Anna-Karin Larsson
Camilla Lorant
Hans Norrgren
Maria Werner
Ulf Ryding (adj.)
Johan Westin (adj.)

§ 1 Ordförande Göran Günther öppnade mötet.

§ 2 Till protokolljusterare jämte ordföranden valdes Hans Norrgren.

§ 3 Dagordningen fastställdes.

§ 4 Föregående protokoll från styrelsemötet den 3/6-13 granskades och godkändes.

§ 5 Ordförandes ärenden, Göran Günther **Infektionsveckan**

Utvärdering av Infektionsveckan i Gävle 2014. Styrelsen gick igenom de kommentarer som inkommit från deltagarna. Totalbetyget blev 4,96 av 6 och helhetsintrycket är att Infektionsveckan var mycket lyckad och uppskattad.

Infektionsveckan i Östersund 25-29 maj 2015 planerades och ett preliminärt program fastställdes. Ramplaneringen blir samma som vid mötet i Gävle. Två keynote lectures planeras och fem symposier varav två arrangeras av värdkliniken i Östersund.

Posterutställning med mingel anordnas tisdag kväll och kommer att ske parallellt med mikrobiologen. Posterpresentationerna dagen efter ersätts av ytterligare 4 fria föredrag och tanken är att arrangera detta tillsammans med mikrobiologerna. Grand round hålls på samma sätt som i Gävle och arrangeras av värdkliniken. Onsdagen fortsätter med årsmöte för SILE, Justus Ström föreläsning och sedan tre parallella fallseminarier. På onsdag kväll finns utrymme för satelitsymposier och möten. På torsdag

anordnas Ungt Forum och rapport från kvalitetsregistren. Tänkbara föreläsare och ansvariga för symposier och fallseminarier inventerades och kommer att kontaktas av styrelsen så snart som möjligt. Styrelsen och värdkliniken betalar ingen avgift för mötet och föreläsare, symposiedeltagare (1+3 st./ symposium) och ansvariga för fallseminarierna får en natts boende, resa och två konferensdagar betalda.

Deadline för abstract och stipendiesökningar är 1 mars. Kallelse till årsmötet går ut i Infektionsläkaren nr 1 2015 och upprepas i nr 2 2015.

Möte med Mediahuset

Gemensamma kongressresor. Styrelsen ger i uppdrag åt Mediahuset att ta fram en gruppresa till ECCMID i Köpenhamn i april 2015. Resan skall inkludera boende, kongressavgift och eventuellt socialt program. Resa till och från mötet ordnas av respektive deltagare. Om detta faller väl ut är tanken att utöka antalet resmål till de 5-10 viktigaste infektionsmötena varje år.

Hemsidan är mycket välbesökt vilket huvudsakligen beror på vårdprogrammen.

Hemsidan behöver uppdateras utseendemässigt under nästa år och viktig information, t ex om gemensamma kongressresor kan då läggas ut strategiskt i anslutning till vårdprogrammen. Ett önskemål om någon form av nyhetsutskick via mail eller SMS diskuterades och Mediahuset skall ta fram förslag på lösningar.

Infektionsläkaren går bra och vi har stabila annonsintäkter. Utformningen har ändrats något under året vilket styrelsen inte har några synpunkter på. Frågan om externa prenumeranter diskuterades och i princip är det bara positivt om fler vill ta del av tidningen.

Mediahuset kan hjälpa till med extra medlemsutskick inför möten som t ex Infektionsveckan och gemensamma kongressresor.

Nästa års styrelseinternat bokades till den 26-28/8 hos Mediahuset i Fjällbacka.

Verksamhetsenkät och tjänsteplanering inför framtiden. Frågan kommer att tas upp på chefmötet. En person som ansvarar för detta behövs och styrelsen skall tillfråga lämpliga kandidater.

Referensgrupper efter SMI. Ordföranden informerar om vad som händer med

SMIs referensgrupper RAV, RAF m.fl.

Referensgrupperna kommer framöver att ha Läkarsällskapet som huvudman. Folkhälsomyndigheten kommer att ersätta referensgruppernas kostnader för resor och möten.

Styrelsen kan stå för kostnaderna för RAF-s tipendiaten som utses av föreningen om det blir aktuellt.

Folkhälsomyndigheten bygger samtidigt upp egna referensgrupper där föreningen har haft möjlighet att nominera lämpliga personer. Göran Günther och Magnus Hedenstierna skall bevaka utvecklingen.

Folkhälsomyndigheten vill att föreningen nominerar två personer till en plats i en grupp som skall stärka STRAMA arbetet vid Folkhälsomyndigheten. Styrelsen nominerar Göran Günther och Jesper Eriksson.

10 punktsprogrammet. Ordföranden informerar. Arbetet med att implementera programmet fortsätter. 10 punktsprogrammet skall läggas ut i Infektionsläkaren nr 4 2014.

PRISS dokumentet har uppdaterats och styrelsen ställer sig bakom detta.

§ 6 Facklige sekreterarens ärenden, Magnus Hedenstierna. Specialitetsföreningarnas representantskap hålls den 21 oktober i Stockholm. Föreningen representeras av Magnus Hedenstierna och Göran Günther.

Inkomna remisser:

- Läkemedel för särskilda behov. Bör besvaras av föreningen. Magnus Hedenstierna skall kontakta lämpliga kandidater.
- Nytt behandlingsregister och kvalitetsregister för kronisk hepatit. Besvarad av Johan Westin. Utveckling av de befintliga registren rekommenderas.
- Remiss från socialstyrelsen avseende förslag till reviderade föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring – inklusive målbeskrivningar. Camilla Lorant bevakar och kommer att besvara remissen under hösten.
- Magnus Lind, Rune Andersson, Birgitta Evengård och Inga Odenholt nomineras till SLS granskare. Johan Westin har handlagt ärendet.

§ 7 Redaktörens ärenden Kristina Cardell Manusstop 4/9 för nr 3 och 29/10 för nr 4. ►

Vi har mycket material till Infektionsläkaren nr 3. Kristina presenterade innehållet i nummer tre som inkluderar reportage från Infektionsveckan, redogörelser från årets stipendiater, minnesord över Ragnar Norrby mm. En del material kommer av utrymmesskal att flyttas till nummer 4.

I nummer 4 publiceras begäran om abstracts och stipendieansökningar till Infektionsveckan. Årets kvalitetspristagare presenteras. Även till detta nummer finns mycket material.

Deadline för vårens nummer har inte bestämts ännu men hänsyn måste tas till abstracthanteringen inför Infektionsveckan.

§ 8 Programgrupper, hemsida, kvalitetsregister Maria Werner

Kvalitetsregistren: Det kan bli aktuellt att byta plattform för kvalitetsregistren eftersom den nuvarande plattformen inte uppdateras längre. Det finns ekonomi för detta. Ett alternativ är att använda samma plattform som för InfCare hepatit och HIV, men fler alternativ diskuteras.

Rapport från arbetet med hepatitregistret. Det är angeläget att InfCare Hepatit används nu när nya behandlingar införs och behöver utvärderas på ett strukturerat sätt. Tackningsgraden måste bli bättre. Veronica Svedhem har fått i uppdrag att driva detta och styrelsen stödjer det arbetet.

Hemsidan: Flera frågor togs upp under mötet med Mediahuset under ordförandens ärenden.

Programgrupperna: Inget under denna punkt.

§ 9 Frågor angående yngre läkare och SPUK Camilla Lorant.

Remisser från Socialstyrelsen

Camilla informerar styrelsen om arbetet med SoS remiss avseende förslag till reviderade föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring – inklusive målbeskrivningar. Remissen kommer att besvaras under hösten.

Arbete med remissen angående KUST – kurser under ST pågår. De föreslagna kurserna kommer att granskas av sakkunniga under hösten och remiss till specialitetsförningarna beräknas komma i november.

Curriculum för akutspecialiteten

Camilla kommer att kontakta representanter för akutspecialiteten för att bevaka att infektionsämnet finns med i målbeskrivningen för akutläkarnas ST.

§ 11 Rapport från fortbildningsansvarig Anna-Karin Larsson.

Höstutbildningen anordnas den 20-21 oktober på Håsselby Slott med temat opportunistiska infektioner. Kursen är fullteknad.

Vårutbildningen planeras till den 23-25 mars i Båstad med tema konsultskola. Föreläsare är klara och omfattar barninfektion, infektioner i graft och centrala portar, diabetesfoten mm.

Programmgrupperna för endokardit och pneumoni har anordnat en utbildning 27-28 mars med 19 deltagare. Utbildningen riktade sig huvudsakligen till ST läkare.

Anna-Karin skall kontakta CNS gruppen för att be dem anordna en motsvarande utbildning. Lokal, resekostnader och boende för föreläsare administreras via föreningens ekonomi och skall täckas av deltagaravgifter. Deltagarnas rese och logistikostnader hanteras av deltagarna själva.

Läkemedelsindustrins deltagande i framtida utbildningar diskuterades. Styrelsen noterar att det behöver förtydligas att industrin köper utbildningsplatser och att det inte primärt handlar om annonsplats eller sponsring.

§ 12 Rapport från skattmästaren Hans Norrgren.

Chefmötet: 3 kliniker har ännu inte anmält att de deltar i chefmötet. Hans gick igenom den praktiska planering inför mötet.

Bokslut: En ny post har skapats med anledning av programgruppsutbildningen i våras.

Vårutbildningen har genererat ett visst överskott. Föreningens ekonomi är fortsatt god.

§ 13 Planering inför Chefmötet.

Styrelsen planerade årets Chefmöte som hålls den 23-24 oktober på Högberga Gård på Lidingö. De frågor som kommer att diskuteras är fortbildning för specialister, nytt strategidokument för SILF och rekrytering av ledare och förtroendevalda inom infektionsspecialiteten.

Ett preliminärt program fastställdes och tänkbara föreläsare skall kontaktas så snart som möjligt.

§ 14 Övriga frågor Styrelsens arbetsformer 2014-2015.

Chefmöte

23-24 oktober. Högberga Gård

Styrelsemöte

2 december Sällskapet

Telefonmöte

10 februari 13:15-15:00

Styrelsemöte med middag

27 mars Sällskapet

Infektionsveckan

26-29 maj Östersund

Styrelseinternat

26-28 augusti Fjällbacka

Chefmöte

15-16 oktober Stockholm

Styrelsemöte

1 december Sällskapet

§ 15 Ordförande Göran Günther avslutade mötet.

Magnus Hedenstierna

Facklig sekreterare

Göran Günther

Ordförande

Hans Norrgren

Protokolljusterare





Minnesord

Ragnar Norrby (1943-2014)

Det är med stor saknad som vi mottagit beskedet om att den 17 juni 2014 ha förlorat en god vän och mentor. Inom vår verksamhet var Ragnar en person med gedigen kunskapsbas och förnuft, liksom en visionär och uppskattad ledare. Han anförtroddes uppdrag i en sådan omfattning att en stor del av oss infektionsläkare och kliniska mikrobiologer kom att få en relation till honom.

Ragnar Norrby (född 1943) fullföljde sin medicinska grundutbildning 1970 vid Göteborgs Universitet. Samma år presenterade han sin avhandling med titeln *Studies of the host cell penetration of Toxoplasma gondii*. Han tjänstgjorde som läkare vid Sahlgrenska och vid Östra sjukhuset och blev specialist i klinisk virologi 1973 och i infektionssjukdomar 1976.

Professor i infektionssjukdomar

Efter en tvåårsperiod vid Merck Sharp & Dome research laboratories i New Jersey utnämndes Ragnar Norrby till professor i Infektionssjukdomar och prefekt vid institutionen för Institutionssjukdomar vid Umeå Universitet. Från 1983 till 1987 var han också sjukhusdirektör vid regionsjukhuset i Umeå. Han flyttade 1988 till Lund, där han fram till 2001 var professor i infektionssjukdomar och prefekt vid institutionen för Infektionssjukdomar och medicinsk mikrobiologi.

Under denna tid tillbringade han ett år vid Chinese University i Hong Kong.

Han var 1997 till 1999 ordförande i Svenska Läkaresällskapet.

Generaldirektör

År 2001 utnämndes Ragnar Norrby till generaldirektör vid Smittskyddsinstitutet. Han hade en osedvanligt gedigen kompetens för uppdraget och förmåga att hantera frågor inom institutets alla huvuduppgifter, det vill säga epidemiologisk övervakning, speciell diagnostik och epidemiologisk forskning. En tyngdpunkt i hans arbete kom att gälla kontroll av antibiotikaresistens och utvecklingen av vaccinationsprogram för barn och ungdom. Ragnar tvekade inte att ta ställning i delikata situationer.

Han var alltid redo att ta beslut och, men kunde också ändra sig i de få tillfällen då det var påkallat. När Ragnar blev generaldirektör i Stockholm använde han sin auktoritet som folkhälsoupplysare med fokus på barnvaccinationer.

Han bemötte antivaccinationsrörelsen och informerade om konsekvenserna av minskad eller avbruten vaccination.

Som exempel tog han bland annat erfarenheterna från det svenska avbrottet i pertussis-vaccination under 1980-talet. Samtidigt betonade han behovet av kontinuerlig uppföljning och av att registrera biverkningar. Han informerade om falsariet, där engelska forskare påstod sig ha funnit ett samband mellan barnvaccination och autism. Han presenterade ett program för uppföljning av vaccination mot humant papillomvirus.

Bred och omfattande forskningverksamhet

Ragnar Norrby's forskningsverksamhet var av naturliga skäl tyngst under tiden innan han blev generaldirektör. Hans forskningsverksamhet var bred och omfattade luftvägs- och urinvägsinfektioner, nephropathia epidemica och diarré vid utlandsresor. Under sin tid vid smittskyddsinstitutet hade han en senior roll i epidemiologiska studier av *Borrelia* i södra Sverige.

Från 2006 till 2013 var Ragnar Norrby ordförande vid Board of Trustees i International Vaccine Institute (IVI), med säte i Seoul. IVI etablerades 1997 på initiativ av FN:s utvecklingsprogram, underleddades av 40 nationer och hade i mer än 30 länder forskning med speciellt

fokus på nya vacciner. Så sent som i maj 2014 skrev Ragnar Norrby om framtida dengue-vacciner i *Clinical Microbiology and Infection*.

Personligen har jag ett speciellt minne av Ragnar, när han 1980 kom till Umeå.

Vi hade en kontrovers om bakteriologiska rutiner och jag undrade om vi skulle komma på kant med varandra.

Så blev det inte alls. Ragnar kunde skilja mellan sak och person och hade i sitt förhållande till arbetet en omutlig integritet. Vi blev vänner och jag lärde mig snabbt att uppskatta hans kapacitet som klinisk forskare, läkare och chef. Ytligt syntes han agera snabbt och kyligt men bakom ytan fanns värme, en talang för vänskap och en önskan att ge stöd.

Ragnar var alltid beredd att ge råd till oss kollegor. Under det senaste decenniet var han huvudredaktör i *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*.

En mentor och god vän

I honom hade vi biträdande redaktörer en trygg person att konsultera i manuskriptprocessen. Vi har nu förlorat en mentor och god vän. Ragnar kommer likväl att finnas kvar som ett föredöme i vår verksamhet, oavsett om det rör sig om kliniskt arbete, forskning eller ledarskap.

Arne Tärnvik

Professor emeritus, Umeå Universitet



Rapport från NECTM5, 5-8 juni 2014

Northern European Conference on Travel Medicine har ägt rum vartannat år sedan 2006 och i år var första gången jag hade möjlighet att delta i en internationell konferens om resemedicin. Årets konferens ägde rum i det vackra Bergen och samlade knappt 400 deltagare. Konferensen inleddes med musik framförd i norsk folkdräkt. Därefter inledde Ron Behrens, London, konferensen med att tala om riskbedömningar.

Den vanligaste orsaken till att resenärer hamnar på sjukhus är inte infektionssjukdomar utan trauma och trafikolyckor. Flera föreläsare återkom under de kommande dagarna till detta och hur man på bästa sätt skall förmedla riskbedömningen till resenären. Därefter presenterade Patricia Schlegenhaut, Zürich, en önskelista för framtidens resemedicin.

Överst på hennes lista fanns ett malariavaccin för resenärer, en effektiv, lättanvänd, billig och biverkningsfri malariaprofylax och ett icke-invasivt malarie-test.

Dagen avrundades av Erling Hammer, Norge, som gav en exposé över Norges resehistoria. Han berättade bland annat om vikingar, Digerdöden, Frithjof Nansen, Roald Amundsen och Thor Heyerdahl.

Efter föreläsningarna hälsades vi välkomna av stadens borgmästare, Trude Drevland, till snittar och mingel.

Finnar, prinsessa och pilgrimer

Under de kommande dagarna följde många intressanta föredrag. Heli Siikamäki, Helsingfors, presenterade en ännu inte publicerad sammanställning av skador och infektioner hos finska resenärer. Uppgifter var insamlade från försäkringsbolag.

Den dominerande orsaken till finska dödsfall utomlands var hjärtkärlsjukdom (44 % av alla dödsfall). Av 50 000 finska resenärer som sökte hjälp av SOS International hade 60 % infektioner, 14 % skador, 5 % hudsjukdomar, 5 % muskuloskeletal- och bindvävssjukdomar, 3 % gastrointestinala sjukdomar och endast 2 % hade hjärtkärlsjukdom. Bland infektionssjukdomarna dominerade gastroenterit samt luftvägs- och öroninfektioner. Lin Chen, USA, menade att man vid en resemedicinsk rådgivning bör göra en kumulativ

riskbedömning och inte bara se till risken under den kommande resan, då många resenärer kommer att göra flera resor och att skyddet av många resevacciner är mycket långt. Kronprinsessan HKH Mette-Marit förlänte konferensen sin närvaro under en av dagarna. Hon har ett flerårigt engagemang i HIV-frågor och är UNAIDS International Goodwill Ambassador. Hon talade om hur vi rör oss över gränser, hur många länder nu har släppt på reserestriktionerna för HIV-positiva och vikten av att engagera ungdomar för att mobilisera mot HIV. BJ Mahendra, Indien, höll en fascinerande föreläsning om rabies i Indien, vilket han har stor erfarenhet av.

Rabiesdöden är grym och Dr Mahendra talade sig varm för preexpositionsprofylax.

Tyvärr har det dykt upp förfalskade vacciner och tillgången på immunglobulin är dålig i vissa delar av världen. En grupp som är extra utsatta för hundbett är cykelturister till Sydostasien. Två prospektiva franska studier om luftvägsinfektioner hos pilgrimer till Mecka under Hajj 2012 och 2013 redovisades av Phillippe Gautret, Marseille. Sammanlagt 298 pilgrimer deltog och svalg- och nasopharynxprov screenades med 16S-PCR med avseende på ett antal luftvägsvirus- och bakterier. Mer än 90 % uppgav luftvägssymptom under resan. Man fann inget fall av MERS-CoV, däremot förelåg en riklig förekomst av rhinovirus, icke-MERS coronavirus, influensa och pneumokocker. Man fann endast några enstaka fynd av meningokockbärarskap.

Terroråd och kidnappning

Ett nytt inslag på konferensen adresserade risken att råka ut för terroråd, kidnappning och PTSD. Symposiet inleddes med en spännande och skräckinjagande rapport från Lars Christian Bacher, Statoils direktör för internationell utveckling och produktion. Han berättade om attacken mot gasanläggningen In Amenas i Algeriet. Attacken ägde rum i januari 2013 och 32 terrorister tog kontroll över anläggningen inom 15 minuter! Lars Christian, som deltog i arbetet kring att återta kontrollen över situationen, beskrev hur man arbetade på Statoil under de dramatiska dagarna där 40 oskyldiga människor miste livet när en gisslan-situation uppstod. Lars poängterade vikten av att dubbel-



Två personer bodde tillsammans i varje rum.

kolla all information och att snabbt etablera fungerande anhörigsupport. Därefter följde Alex Grieve, Birmingham, som gav handfasta tips och råd kring vad man skall göra i händelse av kidnappning eller om en gisslansituation skulle uppstå. För den intresserade skall hela checklisten återfinnas på NECTM:s hemsida. Symposiet avslutades av Neil Greenberg, London, som pratade om PTSD hos återvändande arbetare. De flesta med PTSD i England söker inte hjälp. Den viktigaste orsaken till detta är att man oroar sig för vad chefer och kollegor skall tycka. Rädslan för stigmatisering är än större hos dem som redan har en psykiatrisk co-morbiditet.

Hållbar turism, "wilderness medicine"

Gunnar Hasle, Oslo, föreläste om turism till känsliga områden. Det finns till exempel flera potentiella faror med turismen till Arktis; koldioxidutsläpp, lokal miljöförstöring, störning av djurlivet, icke hållbar jakt och fiske, landskapserosion, irreversibla skador när man bygger ut områden och transport av arter över gränserna (t.ex. av växter och parasiter som kan skada den inhemska florans och faunan).

World Tourism Organization, UNWTO, har föreslagit etiska regler för turism och Gunnar anser att det ingår att informera om hållbar turism vid en resemedicinsk rådgivning. Monica Iversen, norsk allmänläkare med intresse för "wilderness medicine" berättade om vilka faror man kan råka ut för som turist i Norge. Laviner, isbjörnsattacker och huggormsbett avhandlades.

Hälsorisker på Grönland

Anders Koch, Köpenhamn, berättade om ►

hälsorisker för resande till Grönland och Arktis. Förekomsten av vissa infektionssjukdomar är hög här. Under 1900-talets första hälft var förekomsten av tuberkulos den högsta i världen på just Grönland. Efter 50-talet såg man en snabb minskning.

De senaste åren har förekomsten ökat och Grönland räknas nu återigen som ett land med hög förekomst av tuberkulos. Det senaste stora utbrottet av hepatit A ägde rum på 70-talet och idag betraktar WHO Grönland som ett lågriskområde för hepatit A. 7 % av populationen är kroniska bärare av hepatit B. Intressant nog verkar det röra sig om en mindre virulent sub-genotyp och risken för komplikationer är lägre. Chlamydia, gonorré och syfilis är på uppgång men förekomsten av HIV är förhållandevis låg (0,2 %) och stabil. Zoonospanoramata spänner från trikiner till rabies. Av och till har man fall av botulism, de senaste tragiska fallen så sent som i höstas.

Många tänker inte på att det kan vara aktuellt med resemedicinsk rådgivning inför en resa till Grönland och Arktis. Anders rekommenderar vaccination mot hepatit B. Vaccination mot hepatit A är aktuell vid pågående utbrott (rekommenderas inte till Grönlandsresenärer idag). BCG-vaccination kan övervägas till befolkningen och till vårdpersonal. Rabiesvaccination är aktuell om det förekommer en yrkesrelaterad risk. Grönlandsresenären bör informeras om vikten av att tillaga kött och fisk ordentligt och att praktisera säker sex. Man bör undvika att äta fermenterad mat med tanke på risken för botulism och man skall också ha respekt för hundar och isbjörnar.

Vaccinationsnyheter

Thomas Jelinek, Berlin, berättade att ett chimeriskt denguevaccin blir tillgängligt inom kort. Han trodde att vaccinet kommer att rekommenderas trots att skyddseffekten förmodligen blir ganska låg. Ytterligare något chimeriskt denguevaccin kommer inom ett par år. Dessutom genomgår idag mer än 90 olika vaccinkandidater prekliniska prövningar. Vaccination mot japansk encefalit ges idag med 2 doser med 4 veckors mellanrum. Många resenärer är ute i sista minuten och hinner inte alltid fullfölja vaccinationen. Att ta andra dosen på plats är inte att rekommendera, då risken finns att man får ett äldre vaccin med ökad risk för biverkningar. Thomas redogjorde för en fas 3-studie (poster) där man gett vaccin mot japansk encefalit

(Ixiaro®) och rabies (Rabipur®) samtidigt, med eller utan konjugerat meningokockvaccin (Menveo®). Alla grupper uppnådde ett adekvat skydd och det var ingen risk för ökade biverkningar. I en annan fas III-studie (randomiserad, observer blind) testade man ett snabbschema med Ixiaro® och Rabipur®, där man gav tre doser av Rabipur® inom en vecka (preexpositionsprofylax) samtidigt som man gav Ixiaro®. Immunsvarer blev likvärdigt med ordinarie schema och man såg ingen risk för ökade biverkningar.

Ännu kan man inte uttala sig om långtidseffekten. Mads Buhl, Århus, redovisade för- och nackdelar med ett europeiskt borrelia-vaccin och konkluderade att fördelarna övervägde.

Aktuella utbrott

Annelies Wilder-Smith, Singapore och Eric Caumes, Paris, berättade om MERS-CoV i Saudiarabien, Ebola i Västafrika och Chikungunya i Karibien. Fall av Chikungunya har förekommit även i Sydamerika och det finns en rädsla att Chikungunya skall spridas till Brasilien under pågående fotbolls-VM. Modeller förutspår dock att spridningen inte tar fart förrän efter VM. Martin Grobusch, Amsterdam, beskrev ett utbrott av muskulär sarkocystos på Tioman Island, Malaysia, under 2011-2012. 67 fall har identifierats. Sarcocystis spp. är intracellulära protozoer. Människor kan bli accidentella mellanvärdar vid intag av kontaminerat vatten eller föda och parasiterna bildar sarkocystor i muskulaturen.

Nya fall har förekommit under våren 2014 och vid symptom såsom muskelsmär, feber, huvudvärk, ledvärk, eosinofili och förhöjt CK efter resa till Tioman Island bör man överväga denna ovanliga diagnos.

Lepramuséet i Bergen

En av konferensens höjdpunkter var besöket på Lepramuséet i centrala Bergen.

Staden var under 1800-talets andra hälft en internationell leprahuvudstad med tre leprasjukhus och hade den högsta förekomsten av leprapatienter i Europa. Det var i Bergen som Armauer Hansen upptäckte leprabakterien år 1873 och sjukdomen kallas också för Hansens sjukdom. St Jørgens Hospital är bevarat från 1700-talet och här kan man se hur de spetsiska bodde. De flesta patienterna kom från små byar längs kusten. Vistelsen på sjukhuset var livslång och i genomsnitt tillbringade man fyra år på sjukhuset.

Slutord

Ovanstående var ett urval ur det som avhandlades på konferensen. En viktig fråga för framtiden som också diskuterades är hur resemedicin skall kunna utnyttja sociala medier.

Slutligen vill jag rikta ett stort tack till Svensk Förening för Resemedicin som gav mig ett stipendium för att kunna delta i konferensen.

Lisa Labbé Sandelin

Specialistläkare
Infektionskliniken i Kalmar

Svensk Förening för Resemedicin

<http://www.svenskresemedicin.se>

Svensk Förening för Resemedicin, SFR, har en övergripande ambition att ytterligare öka resemedicinsk kompetens i Sverige.

Föreningen vill skapa och underhålla ett interaktivt nätverk för frågor som rör resemedicin och vaccination. SFR riktar sig framför allt till läkare och sjuksköterskor eller andra personer som är yrkesaktiva inom resemedicinsk verksamhet.

Intressanta länkar

- <http://nectm.com/images/NECTM-5Bergen2014> Här finns abstracts och även en del av föreläsningmaterialet från konferensen
- <http://wms.org> Wilderness Medical Society
- <http://ethics.unwto.org/en/content/global-code-ethics-tourism> World Tourism Organization UNWTO



Interiör från St Jørgens Hospital, numera Lepramuséet i Bergen.

Infektionsläkarföreningens vår- utbildning i Båstad 23-25 mars 2015

Vårens fortbildning hålls på **Hotell Skansen i Båstad** som ligger vackert vid havet. Kursen kommer att innefatta ett antal olika konsultämnen:

- Infektioner på barn/neo
- Infektioner på IVA
- Graftinfektioner
- CVK- och andra infartsrelaterade infektioner
- Infektioner i diabetesfot

Den pedagogiska metoden är en blandning av katedrala föreläsningar och interaktiva diskussioner kring patientfall i grupp.

Föreläsare är :

Marie Studahl	Göteborg
Jonas Cronqvist	Malmö
Johan Tham	Malmö
Jonas Ahl	Malmö
Tobias Kuhme	Malmö
Andreas Berge	Stockholm
Cecilia Rydén	Helsingborg

Kostnaden är 7700 kr exkl. moms för infektionsläkare som är medlemmar av Infektionsläkarföreningen och inkluderar boende samt alla måltider. Resan ingår ej.

Närmaste flygplats ligger i Ängelholm dit det går flyg från både Arlanda och Bromma. Närmaste tågstation är Båstad. Från flygplatsen tar det ca 20 min med taxi.

Vid önskemål hjälper jag till att samordna taxiresor. Starttiden förläggs så att de flesta deltagare skall kunna påbörja sin resa hemifrån på första kursdagen.

Senaste anmälingsdatum 12/1

Deltagarantalet är begränsat till 45 personer.

Infektionsläkarföreningens kurser blir numera oftast fulltecknade före anmälningstidens utgång, så anmäl dig tidigt för att vara säker på en plats. Anmälningblanketten kommer att finnas tillgänglig på www.infektion.net. Fyll gärna i den och skicka in via mejl, eftersom detta underlättar vår hantering.

Kommunikation inför avresan kommer att ske via e-post, så var särskilt noggrann med att din mejladress är korrekt ifylld och uppdaterad. Efter anmälningstidens



utgång skickas bekräftelse samt fakturor på anmälingsavgift m.m. Slutgiltigt schema skickas mejlledes cirka tre veckor före avresan. Vår kontaktperson Maria Menonen svarar gärna på frågor.

Maria Menonen

Hansen Event & Conference
Åvägen 17 F
412 51 Göteborg
Tel: 031-755 87 05
maria.menonen@hansen.se

Välkommen till fortbildningsmötet!

Anna-Karin Lindgren
Fortbildningsansvarig



Fallbeskrivning

Det rör sig om en 35-årig man med astma, pollenallergi och idiopatisk urtikaria. Han insjuknar i mitten av mars 2014 med allmän sjukdomskänsla, feber och högt sittande buksmärter och söker efter ett par dagar på kirurgakuten för detta. Han har då temp 38.5, Hb är 115, LPK 15 med neutrofil dominans och CRP är 35.

Undersökande läkare tycker sig känna leverkanten någon centimeter under höger arcus. Då patienten är opåverkad skickas han hem utan åtgärd.

Efter ett fritt intervall på 2 veckor insjuknar han på nytt med kraftigare symtom i form av hög feber, frossa och lättare rethosta. Han upplever också ett tryck upp till i magen. I status hittar man en liten ömmande körtel på halsen, men inget annat anmärkningsvärt. CRP är nu 272, SR 78, LPK 23.8 med kraftig neutrofil. Han genomdolas och läggs in på medicinavdelning på grund av platsbrist på infektionskliniken, men utreds i samråd med infektionsläkare. Man gör en CT thorax-buk där man ser några mm pleuravätska på ena sidan och i högercolon ett 3 cm väggförtjockat parti med retning i intilliggande fettväv. Pat sätts in på Tazocin och då han efter något dygn får diarré lägger man till Flagyl. Han genomgår coloskopi som är helt ua. Samtliga odlingar inklusive fecesodling, clostridiediagnostik och cystor/maskägg utfaller negativa. Calprotektin är normalt.

Leverpåverkan med ASAT och ALAT knappt 3 och lättare ALP-stegring utvecklas. PK är förhöjt (1.4) och albumin sjunker till som lägst 20. Hb sjunker och det utvecklas en kraftig trombocytos. Elfors visar ospecifik inflammation utan M-komponent, ferritin är normalt. ANA, ANCA, glatt muskel- och mitokondrieantikroppar är negativa liksom tularemi- och pneumoniserologi. Det finns inga tecken på aktuell CMV-eller EBV-infektion. Leverpåverkan går i regress och CRP sjunker men normaliseras inte. Febern kvarstår men är lägre och patienten mår bättre. Efter knappt 2 veckors vårdtid skrivs han hem med snar uppföljning på infektionskliniken.

Vid telefonkontakt en vecka senare be-

rättar han om tillkomst av ont i kroppen och värk under fötter och i händer där han också upplever stelhet. När han kommer på återbesök ytterligare en vecka senare mår han lite bättre. Tempen är lägre, CRP och SR runt 90 men den uttalade neutrofila leukocytosen kvarstår. Man beslutar att avvakta.

Det går ytterligare en vecka, vi befinner oss nu i mitten av maj. Pat söker akut pga plötsliga övergående smärter i höger flank och därefter kvarstående ömhet i buken. Han har nu tappat 10 kg i vikt sedan sjukdomsdebuten, är trött och Hb är 86.

Efter inläggning konsulteras reumatolog som skriver i sitt svar att hen inte finner några tecken på systemisk bindvävssjukdom, vaskulit eller morbus Still.

Man gör en ny CT av thorax- buk och den tidigare beskrivna colonförändringen är nu försvunnen. En kompletterande PET-CT visar inget patologiskt upptag. Man ger på nytt behandling med Tazocin några dagar utan effekt på vare sig feber eller CRP som stiger successivt. Pat genomgår TEE och benmärgsundersökning utan patologiska fynd. Han har fortsatt hög feber (Fig 1.) och urtikariella utslag som blossar upp för att sedan försvinna snabbt. Inga påtagliga ledbesvär. Hb sjunker till som lägst 72 då han får blodtransfusion.

Då det hela ter sig mer och mer som ett inflammatoriskt tillstånd konsulteras reumatolog på nytt. Symtomen med hög feber, artralgi och pleurit i kombination med labbilden med kvarstående neutrofil leukocytos bedöms nu tala för Adult Still även om ferritin är fortsatt lågt. Pat sätts in på Prednisolon 40 mgx1 med uttrappning

5 mg/vecka. Dagen därpå är han remarkabelt förbättrad. Han skrivs ut 3 dagar senare efter några dagars permission. Vid återbesök till reumatologen efter en månad mår patienten bra, inflammationsparametrarna är normaliserade, Hb 122.

I slutet av augusti har han varit utan kortison i en månad. Han mår bra frånsett värk i fotlederna till och från. SR har stigit till 39 och man planerar nya prover inom kort.

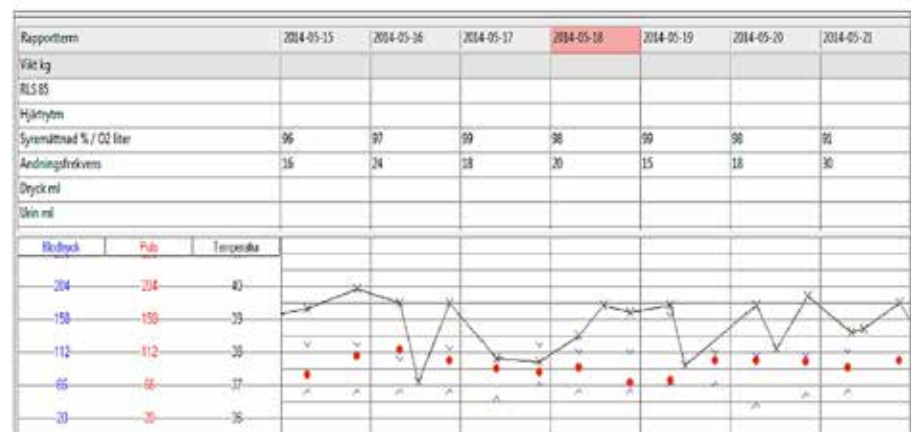
Adult Still

Adult Stills sjukdom (Adult-onset Still's Disease, AOSD) är en ovanlig (incidens ca 2/1000000) inflammatorisk sjukdom som typiskt drabbar unga vuxna. Medianålder vid insjuknande är 36 år och en något större andel är kvinnor. Sjukdomen har fått sitt namn av Sir George Frederick Still som i slutet av 1800-talet beskrev en grupp barn med symtom som idag klassificeras som Juvenil reumatoid artrit.

Diagnosen AOSD är klinisk och tar ofta som i det ovan beskrivna fallet lång tid att ställa eftersom symtombilden är heterogen och man först måste utesluta infektiös orsak, malignitet och andra autoimmuna/ autoinflammatoriska tillstånd.

Det finns inga allmänt accepterade diagnoskriterier för AOSD och inga specifika laborietest. Sjukdomsbilden har karaktäriserats i en rad fallserier. Kliniken kännetecknas av plötsligt insättande hög feber som återkommer dagligen, ett flyktigt "laxrosa" makulopapulöst utslag som ofta dyker upp i samband med febertopp och är lokaliserat till framför allt bälgen och proximala delarna av extremiteterna, ►

Fig. 1 Temperaturkurva



samt i det typiska fallet artralgi/ artriter. Halsont, myalgi och lymfadenopati är inte ovanligt. Spleno- och hepatomegali och serositer förekommer. Sjukdomsförloppet varierar.

I en form är sjukdomen självbegränsande inom ca ett år. I en annan ser man återkommande skov med komplett remission mellan, medan det i en tredje kronisk form finns en kvarstående aktivitet där artriterna dominerar och kan leda till leddestruktion. Sjukdomen skiljer sig från autoinflammatoriska tillstånd (exempelvis TRAPS och Familjär medelhavsfeber) tack vare denna destruerande potential och det långdragna feberförloppet. Dessutom finns ingen familjär anhopning av fall.

I labstatus finner man vid AOSD oftast en neutrofil leukocytos och en inflammatorisk bild med hög SR och CRP, anemi och trombocytos. Leverpåverkan är vanligt. Autoantikroppsanalyser är negativa.

Ett högt (i många fall mycket högt) S-ferritin är typiskt men inte ett obligat diagnostiskt kriterium. Ett värde på >1000 mikrogram/L gör diagnosen sannolik. Provetets specificitet kan ökas genom påvisande av låg andel glykosylerat ferritin, en analys som inte är i kliniskt bruk i Sverige.

Etiologin till AOSD är okänd, men man tror att inflammationen kan triggas av en föregående infektion hos en person med en genetisk predisposition, där flera studier har funnit kopplingar till vissa HLA-typer.

Sjukdomen förekommer i hela världen

Behandlingsalternativet vid AOSD är i första hand kortikosteroider. Vid otillräcklig effekt av detta kan methotrexate och annan immunmodulerande antireumatisk behandling komma i fråga, däribland TNF-alfa-blockad och IL-1-antagonisten anakinra. I svåra fall har IVIG använts.

Anna Lange Jendeberg
Infektionskliniken
Universitetssjukhuset i Örebro

Referenser

- Efthimiou P, Paik P K, Bielory L. Diagnosis and management of adult onset Still's disease. *Ann Rheum Dis* 2006; 65:564-572.
- Bagnari V, Colina M, Ciancio G et al. Adult-onset Still's disease. *Rheumatol Int* (2010) 30:855-862.
- Gerfaud-Valentin M, Jamilloux Y, Iwaz J, Sève P. Adult-onset Still's disease. *Autoimmun Rev* 2014 Jul;13(7):708-22.

Värre än NPM?

Var det kaos i sjukvården redan innan New Public Management introducerades?

Sedan årtal har i vår tidning i kåserande form öppet redovisats förhållanden som, om de kommit till kvällspressens kännedom skulle ha skapat svarta rubriker och upplagor i kolossalformat.

För att erinra härom och kanske ge perspektiv på dagens problem har ett antal av dessa kåserier sammanställts i en bok med titeln "Sjukvården inifrån. En absurd värld som tål att skrattas åt".

Får man skämta med och ironisera över den egna verksamheten, de egna ambitiösa projekten? Jo visst! Det är ett sätt att hantera vårdens vardag, som inte behöver vara så gravallvarlig som den ofta framställs.

Äldre kollegor har läst majoriteten av dessa kåserier förut och kan då uppleva dem med nostalgi eller kanske med irritation: "Det där är överdrift!"

Yngre kollegor kan kanske ana hur det var "på den tiden". Och jämföra med dagens verklighet och sedan möjligen le överseende åt NPM: "Herre gud, man vänjer sig!"

Boken kostar 100 kr och beställs via min mailadress. Porto tillkommer i förekommande fall. Betalning till mitt bankkonto i samband med leverans.

Johan Lindberg
johan@monjo.se

SJUKVÅRDEN INIFRÅN

En absurd värld
som tål att skrattas åt



Johan Lindberg

Infektionsjoggen 2014



Trötta men glada deltagare i Infektionsjoggen 2014

Yngreläkarspalten

Nu har sommaren passerat och rutinerna har börjat infinna sig igen efter semestern, även om det är nog så svårt att få 3-åringen hemma att inse att rutiner är just rutiner, d.v.s. att många saker måste man göra varje dag och ibland flera gånger varje dag...

Tidigare har jag berättat om Socialstyrelsens översyn av läkarnas specialitetsindelning och att vi i specialistutbildningskommittéen (SPUK) i slutet av september skall besvara denna remiss (alltså inte gjort ännu när detta skrivs). Förutom indelningen, som jag skrev om i förra spalten, som inte berör oss så mycket, så görs även målbeskrivningen om. Detta kommer att beröra oss.

Tidigare fanns det 21 delmål, där delmål 1 till 12 var specialitets specifika medicinska delmål och delmål 13 till 21 var mer specialitetsövergripande och berörde kommunikativ kompetens, ledarskapskompetens samt kompetens inom medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete.

Den nya målbeskrivningen delas in a-, b- och c-delmål. C-delmålen kommer att motsvara de tidigare medicinska delmålen 1 till 12 och vara i stort sett oförändrade.

Dessa kommer även fortsättningsvis att vara specialitets specifika.

A-delmålen gäller för alla specialiteter (något annorlunda för rättsmedicin) och innefattar medarbetarskap och ledarskap, pedagogik, etik, mångfald och jämlikhet, vårdhygien och smittskydd, systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete, medicinsk vetenskap, hälso- och sjukvårdens organisation samt lagar och andra föreskrifter.

B-delmålen gäller för många specialiteter men inte för de bild- och funktionsmedicinska och laboratoriemedicinska specialiteterna. De gäller inte heller för klinisk genetik, klinisk neurofysiologi, nuklearmedicin, socialmedicin och vårdhygien.

B-delmålen innefattar kommunikation med patienter och närstående, sjukdomsförebyggande arbete, läkemedel, försäkringsmedicin samt palliativ vård i livets slutskede. A- och b-delmålen kan, för all

del, vara relevanta och jag hoppas att det blir bra, men jag är lite orolig då alla b-delmålen och många av a-delmålen kräver kurs och det kanske åtminstone i början kan vara svårt att få till.

Den nya författningen kommer, vad jag förstår, att träda i kraft i mars 2015 och gäller alla som får sin legitimation efter detta datum. Har man fått sin legitimation innan detta gäller en övergångsbestämmelse som innebär att ansökan om specialistkompetens enligt 2008 års författning kan göras till och med år 2021.

Jag vill avsluta med att tacka Jonas Ahl som förtjänstfullt har varit ordförande i SPUK i många år. Samtidigt vill jag hälsa Malin Vading välkommen som ny ordförande, hon är sedan tidigare medlem i SPUK.

Camilla Lorant

Styrelsens yngreläkarrepresentant
camilla.lorant@gmail.com





Kongresser & Möten 2014-15

- | | | | |
|------------------|--|------------------|--|
| 8-12 okt | Infectious Diseases week (ID week)
Philadelphia, Pennsylvania
http://idweek.org/past-and-future-events/ | 16-nov | ESCMID Symposium on Antibiotic Awareness, quality prescribing & infection control in clinical practice
Tübingen, Germany
www.escmid.org |
| 20-21 okt | Infektionsläkarföreningens höstutbildning - Opportunistiska infektioner
Hesselby Slott | 19-20 nov | Advances in treatment of paediatric infectious diseases
Skandiasalen,
Karolinska Universitetssjukhuset, Solna |
| 21-24 okt | Kurs - Allvarliga infektioner
Uppsala | 20-22 nov | ESCMID Conference on Escherichia coli: An Old Friend with New Tidings
Barcelona, Spain
www.escmid.org |
| 22-24 okt | ESCMID Conference on Reviving Old Antibiotics
Vienna, Austria
www.escmid.org | 25-28 nov | Infektioner hos immunosupprimerade, sk-kurs
Stockholm
www.socialstyrelsen.se/sk-kurser |
| 1-5 nov | The Liver Meeting® 2013, AASLD
Washington, DC
http://www.aasld.org | 23-25 mar | Infektionsläkarföreningens Vårutbildning 2015
Båstad |
| 7-11 nov | The Liver Meeting® 2014, AASLD
Boston, MA
www.aasld.org | 25-29 maj | Infektionsveckan 2015 och Mikrobiologiskt vårmöte
Östersund |
| 4-8 nov | Antimikrobiell terapi, SK-kurs
Skåne
www.socialstyrelsen.se/sk-kurser | | |

Nya medlemmar Svenska infektionsläkarföreningen

Ordinarie:

Anna Emanuelsson	Underläkare Infektionskliniken	Akademiska Sjukhuset, Uppsala
Hanna Montelin	Leg läkare Infektionskliniken	Akademiska Sjukhuset, Uppsala
Olof Nibell	ST-läkare Infektionskliniken	Skånes Universitetssjukhus Lund
Jens Backman	Läkare Infektionskliniken	Norrlands Universitetssjukhus, Umeå
Martina Bengtsson	Leg läkare Infektionskliniken	Centrallasarettet, Växjö
Johan Wern	ST-läkare Infektionskliniken	Centralsjukhuset, Karlstad
Anton Reepalu	ST-läkare Infektionskliniken	Skånes Universitetssjukhus Malmö
Niklas Lönnbro	Överläkare Infektionskliniken	Centrallasarettet, Växjö
Jolanta Griskeviciene	Leg läkare	Experten för vårdrelaterade infektioner, ECDC, Solna

Ovanstående anmälda till styrelsemöte 2014-06-03

Ekorrar i granen

Uppfylld av drömmar om kamratskap, jakt i storslagen vildmark och nedlagda storvilt traskade jag iväg med det välpumpade Diana pumpgevär över axeln. Storvilt hade jag varit i kontakt med tidigare. Otaliga var de råttor som nedlagts och förpassats till råtthimlen med hjälp av allehanda fällor. En del råttor var stora som bävvar. Eller det kanske var bävvar?

Det hade slutat regna. Sjön låg i en sänka omgiven av ängar och dungar. I majmorgonen drev diset lojt bort över ängarna. Vägen var lerig och slingrade sig in i landskapet.

I dikena knorrade de kåta grodorna. Det var knappast storslagen vildmark men det var det vildaste som miljonprogrammets bostadsområde kunde uppbringa. Det vildsintaste som någonsin huserat där var ett enstaka fall av harpest eller när jag satte eld på soprummet.

Koltrastar och rödhakar sjöng. Grodor hoppade över vägen, kryssande mellan sina överkörda och platta kamrater, på väg mot parningskalaset i diket. Blåsipporna ute i backarna stod och tussilagon i diket. På grenen satt ekorren med den långa ludna svansen. Det var en fin liten ekorre med vacker brun päls och små svarta ögon.

Ekorren

I ett svindlade ögonblick fick jag kontakt med mina förfäder som för tusentals år sedan samlat rötter och jagat härliga kadaver på savannen. Rovdjuret inom mig vaknade. Ekorren hade försvunnit från sin gren och smög likt en leopard bakom granstammen. Den långa ludna svansen viftade lojt.

Med en reflexrörelse som skulle ha gjort vilda västerns revolvermän avundsjuka slängdes Diana upp på axeln. Puff. Kulan gick med nöd och näppe ur mynningen, ungefär åt det håll jag siktat.

Lärkan sjöng i vårsolen

Innan den hunnit hoppa till tallegren låg ekorren sprattlade framför mina fötter.

Den skrek som bara en skadskjuten ekorre kan skrika. Att så mycket blod kan komma ur en så liten kropp. Rovdjuret var försvunnet. Kvar stod en tioåring med snoret rinnande och hjärtat dunkande. Så här skulle det ju inte vara. Råttorna i fällorna var redan döda och på bio dog alla, god eller ond, snyggt och prydligt. Jag tog upp det lilla livet för att undersöka skadan. Belöningen kom omedelbart. Bettet i tumvecket gjorde oss till blodsbröder.

Båda skrek, ekorren i falsett och jag en oktav lägre. Med energin hos en panikslagen storviltsjägare pumpade Diana kula ef-

ter kula in i ekorren utan någon som helst effekt. Slutligen ändades det lilla livet med ett, eller kanske var det flera, hårda slag av Dianas kolv. Och lärkan den sjöng i vårsolen. Begravningen i mossan avslutades med att nagla fast liket med stenar. Tårarna kom för att jag för första gången insåg att skam är det värsta en människa kan känna.

På väg hem tröstade jag mig själv, ”visst, jag mördade ekorren men tänk på allt som vi tuggar i oss som någon annan tagit livet av, det här var väl ingenting”. Någon större tankemöda ägnades inte heller åt vad abborren kände när man bröt nacken av den. ”Jag visste inte vad jag gjorde, det bara blev”, snyftade jag. Hjärnan kontrade blixtnabbt, ”saker blir inte bara, det är du som orsakat detta. Du skall inte vara stygg mot den som är liten”.

Aldrig mer

Senare har jag förstått att döda utan eftertanke är skamligt. Medvetna handlingar skapar skuld som kan sättas under luppen men dumheten slinker alltid ur synfältet.

Jag har sedan dess, med en sekunds tvekan innan skottet, nedlagt åtskilliga byten. Men aldrig mer en ekorre.

Björn Olsen

