

INFEKTIONSLÄKAREN

Tidskrift för:
Svenska Infektionsläkarföreningen.
Utkommer med 4 nummer per år.

ANSVARIG UTGIVARE:

Åsa Hallgärde
Infektionskliniken
Universitetssjukhuset
221 85 Lund
Tel 046-171 864
asa.hallgarde@skane.se

REDAKTÖR:

Anna Jerkeman
Infektionskliniken UMAS
205 02 Malmö
Tel 040-33 71 88
anna.jerkeman@skane.se

Redaktör för avhandlingar:

Hans Glaumann
hans.glaumann@karolinska.se

PRODUKTION:

Mediahuset i Göteborg AB
Marieholmsgatan 10C
415 02 Göteborg
Tel 031-707 19 30
Annonser: Olle Lundblad
olle@mediahuset.se
Layout: Gunnar Brink
gunnar@mediahuset.se

TRYCK:

Åkessons Tryckeri AB, Emmaboda

Distribueras som posttidning
ISSN 1403-6428

Omslagsbild: Christopher Potter

UTGIVNINGSPLAN 2008:

	Manusstopp	Till medlem
Nr 1:	18/1	18/2
Nr 2:	4/4	5/5
Nr 3:	2/9	2/10
Nr 4:	21/10	20/11

INNEHÅLL:

Ledarsidan.....	1
Infektionssjukvård i framtiden.....	3
Behandling av kronisk hepatit B.....	7
Sprutbytet i Lund och Malmö.....	11
Inbjudan till Fallseminarium.....	17
Linneansk medicin.....	18
Uppdaterat vårdprogram pneumoni..	20
Samlad samverkan mot hiv och STI..	23
Inbjudan till möte i Pärnu	25
Riksstämmeprogram 2007.....	27
Fallbeskrivning.....	33
Yngreläkarspalten	35
Göran Sterners resestipendium.....	37
Kvalitetsregister infektionssjukdomar..	37
Protokoll, styrelsemöte	38
Kongresser & Möten.....	40

Nr 4 • 2007 • Årgång 11

Kära vänner!

Det var chefsmöte i Sigtuna den 18–19 oktober och mötet präglades av livliga diskussioner.

Det är både trevligt och nyttigt att träffa kollegor från andra infektionskliniker. Man behöver höra vad som händer på infektionsfronten runt om i Sverige, bolla tankar, få nya idéer etc. Eftersom dessa ord skrivs dagarna direkt efter mötet tar jag tillfället i akt att referera och reflektera över vad som avhandlades.

En punkt på chefsmötet som alltid är spännande är den årliga tjänsteenkäten, som vid det här laget sannolikt spridits på klinikerna och som i diagramform även lagts ut på Hemsidan.

Per Arneborn, som sedan ett antal år sammanställer enkäten, är duktig på att analysera siffrorna och kunde tydligt visa att alla kliniker som är förhållandevis stora i relation till befolkningsunderlaget har en större andel patienter med pneumoni, pyelonefrit och hud- och mjukdelinfektioner än de små klinikerna. Antalet patienter per vårdplats med övriga infektionsdiagnoser skiljer sig inte särskilt mycket mellan stora och små kliniker. Mönstret var mer konsekvent än jag trodde. Det betyder förhoppningsvis att rätt patienter oftast styrs till våra kliniker även där andra läkare än infektionsläkare svarar för primärjouren under delar av dygnet. Patienter med pneumoni, pyelonefrit och hud-/mjukdelinfektioner kommer nog alltid att hamna i gränslandet mellan olika specialiteter och vi får sträva efter att kunna erbjuda de allvarligast sjuka med dessa diagnoser vård på infektionsklinik.

Vi diskuterade hur Framtidsdokumentet, som arbetats fram sedan hösten 2005 och som bifogas detta nummer av *Infektionsläkaren*, ska lanseras och användas på bästa sätt. Vi chefer var överens om att dokumentet ska vara ett hjälpmedel för att lyfta fram infektionsspecialitetens allt viktigare roll i framtidens sjukvård. Framtidsgruppen kommer att ta fram några olika kortare presentationer som vi kan använda när vi vill få fram våra budskap i olika sammanhang, t.ex. inför politiker och sjukhuschefer. Det är ett gediget dokument, som belyser vår specialitet ur många vinklar. Jag hoppas och tror att de allra flesta infektionsläkare kan ställa upp bakom dokumentet. Tack alla medförfattare för ett jättefint jobb!

Den nya målbeskrivningen för ST-utbildningen har kommit ytterligare en bra bit på väg och beräknas bli helt klar att tas i bruk under våren 2008. Målen är framtagna men formuleringarna kring hur kunskaper ska inhämtas och följas upp är ännu inte helt klara. Socialstyrelsen har en del synpunkter kring detta som måste beaktas. Om randning inom pediatrik skall vara obligatorisk eller ej, och i så fall hur länge, diskuterades livligt. En klar majoritet av cheferna ansåg att det var viktigt att ha kvar tjänstgöring på barnklinik, men att någon tidsangivelse inte behövde anges. En kort randning med handläggning av många infekterade barn var bättre än en längre med mindre utbildningsvärde ur ett infektionsperspektiv. Möjligen kunde man ana en generationskillnad, att vi äldre hade svårare att lämna pediatriken som obligatoriskt moment än de yngre?

Även specialisters fortbildning diskuterades. Både cheferna och specialisterna själva har ansvar för att en fortlöpande kompetensutveckling sker. Alla var överens om att föreningens utbildningsaktiviteter var av hög klass och att åtminstone en kollega från samtliga kliniker ska delta vid varje kurstillfälle. Läkarförbundets kompetensportfölj hade provats av ett fåtal närvarande. Erfarenheterna var goda, ett bra sätt att dokumentera och även planera sin fortbildning inför kommande år. Prova gärna i samband med medarbetarsamtal.

Tomas Vikerfors berättade att kvalitetsregistren är klara att använda sedan den 1 oktober. Det har framförts synpunkter på att det vore bättre om man startat ett kvalitetsregister i taget, men för att få registren finansierade av Socialstyrelsen krävs en viss mängd. Vi får fördela arbetet efter bästa förmåga. Det är bättre att börja registrera så smått, även om det blir ofullständigt, än att inte försöka alls!

Ha det så bra.
Väl mött på
RS och Årsmötet!

ÅSA
HALLGÄRDE



Infektionssjukvård, uppdrag och framtid

STEPHAN STENMARK

Facklig sekreterare och sammankallande i Framtidsgruppen

I varje stund har vi en nutid och en framtid. Vår uppfattning och tolkning av detta varierar kontinuerligt. Även det som ibland uppfattas som beständigt förändras. Infektionsläkare är vana att reflektera kring utveckling då det sjukdomspanorama som vi möter i Sverige och globalt hela tiden förändras. En allt mer avancerad medicinsk utveckling med ökande användning av immunsuppression och implantation av främmande material, en åldrande befolkning, nyupptäckta smittor, sjukhusrelaterade epidemier, globaliseringen med ökat resande och ökande flyktingströmmar, förändrad utbredning av kända infektionssjukdomar samt en ökande bakteriell antibiotikaresistensutveckling är några centrala områden som idag ställer nya och större krav på infektionssjukvården. Utöver detta påverkas vi av sjukvårdspolitiska beslut och deras konsekvenser. Exempelvis omstruktureringar av klinikernas organisation, vårdplatsbrist och brist på isoleringsplatser som leder till ökande patientflyttningar mellan olika avdelningar och sjukvårdsinrättningar.

Behovet av infektionskompetens inom sjukhusens slut- och öppenvård är uppenbart då man tar i beaktande att ca 35–40% av alla patienter på ett sjukhus vid ett givet tillfälle står på antibiotika samt att primär- eller sekundärinfekterade patienter förekommer på alla kliniker. Sverige var tidigt med att utveckla en klinisk infektionsspecialitet. Idag sker detta i allt fler länder som utvecklar kliniska infektionsläkare antingen som egen

basspecialitet eller som subspecialitet. En infektionsklinik innebär infektionsspecialister, vårdplatser med infektionsomvårdnadskunnig personal, isoleringsmöjligheter, konsultinsatser på övriga sjukhuset, telefonrådgivning, utbildningsinsatser och deltagande i PM och policyutveckling. Den samlade kliniska kunskapen om infektionssjukdomar, smittspridning, mikrobiologi, antibiotika, antibiotikaresistens, hygien och smittskydd är unik för vår specialitet. Studier har visat att med infektionsläkare involverade får patienter en tidigare adekvat terapi samt att kostnader reduceras. (Tenenbaum M J. Infectious diseases consultative recom-

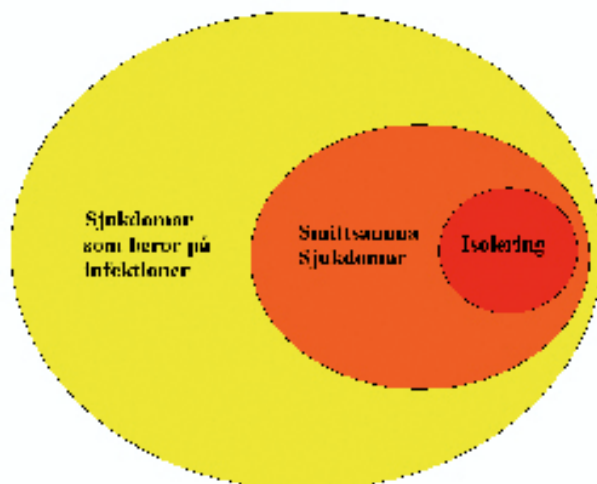
mendations: if heard, they can be listened to. CID 2004;38:1219-21) Patienterna får på sätt möjlighet till snabb, korrekt och säker handläggning med adekvat terapi och minimerade risker för biverkningar och nosokomiala infektioner. **En välfungerande infektionssjukvård är en förutsättning för att kunna bedriva högspecialiserad sjukvård i Sverige.**

Infektionsläkarföreningen har haft en fortlöpande diskussion om specialitetens innehåll och uppdrag. Vid det årliga chefsmöte hösten 2004 bestämdes att fokusera på framtiden inom specialiteten för att tydliggöra vårt uppdrag och vår väg framåt. I tider av förändringar är det viktigt att veta var vi står och vart vi vill komma. Har vi dessutom en uppfattning om hur vi ska ta oss till våra mål skapar det förutsättningar för utveckling.

Infektionsläkarföreningens styrelse anordnade därför ett framtidsseminarium hösten 2005 till vilket alla infektionskliniker inbjöds. Mötet var välbesökt och det skapades en arbetsgrupp som med styrelsens förtroende arbetat med framtidsfrågor sedan dess. Gruppens medlemmar har varit Stephan Stenmark, Umeå (sammankallande), Göran Günther, Uppsala, Helena Hervius Askling, Stockholm, Harriet Hogevik, ►



Fig 1. Framtidsdokumentets huvudrubriker



Figur 2. Antalet infektionssjukdomar är stort. Infektionsläkare behövs för att rätt kunna bedöma adekvata vårdinsatser och eventuell behov av isolering. Bildidé fritt efter en föreläsning av Anders Lindberg.

Uddevalla, Torsten Holmdahl, Malmö, Pia Karlsson, Linköping, Gisela Otto, Lund och Olle Reichard, Västerås. Gruppen har haft en bra fördelning avseende kön, ålder och geografi och det har varit ett stort privilegium att få ägna tid och tankar kring nutid och framtid i gruppen. Diskussionerna som förts har varit mycket livaktiga. Samtal har också förts med övriga kollegor inkluderande presentationer på vårmötet i Sundsvall 2006 samt på chefsmötet hösten 2006. Ställningstagandena i denna sammanställning bygger på dessa diskussioner samt på informationssökningar, utredningsinsatser, litteratursökningar, Svenska infektionsläkarföreningens arbetsgrupps förslag om prioriteringar för infektionssjukdomar som utarbetades enligt Svenska Läkaresällskapets

prioriteringskommitté enligt riksdagsuppdrag 2004 samt SPESAK utlåtandet från 2001 om utveckling inom specialiteten de närmaste 10 åren.

Ett sammanhållet dokument är nu klart och kommer att distribueras till medlemmarna under hösten, troligen som bilaga till Nr 4 av *Infektionsläkaren*. Vi har fokuserat på de områden som illustreras i Fig. 1. Varje avsnitt innehåller en bakgrund, visioner, mål och verktyg för att jobba vidare med frågan. Nedan redovisas nu de punkter vi lyft fram i sammanfattningen. Dokumentet blir en naturlig kombination av områden där vi vill befästa nuvarande ordning även i framtiden, och områden där vi vill se en för-

ändring. Framgången i vårt arbete kommer att avgöras av våra samlade strävanden som individer, kliniker och tillsammans i Infektionsläkarföreningen. Vår förhoppning är att ni har nytta av dokumentet i många olika situationer. När ni exempelvis på eget initiativ vill utveckla verksamheten, eller kliniken/sjukhuset dras in i en diskussion om strukturförändringar. Meningen är att det ska kunna läsas av både kollegor, tjänstemän och politiker. Vi förväntar oss inte att vi är överens i alla detaljfrågor, men att vi med konstruktivt arbete ska föra infektionssjukvården framåt. Jag hoppas att föreningen kommer att tillsätta en ny framtidsgrupp någon gång framöver. Då ska du ta chansen att vara med i det arbetet. ■

Sammanfattning av uppdrag visioner och mål

- En välfungerande infektionssjukvård är en förutsättning för att kunna bedriva avancerad och högspecialiserad vård inom andra specialiteter.
- Infektionssjukdomar är en stor och växande utmaning. Sveriges infektionsläkare utgör en stark och livskraftig specialitet som tar ansvar för och leder den framtida utvecklingen av arbetet med att förebygga och behandla infektionssjukdomar.
- Infektionssjukdomar är en specialitet som agerar och tar ansvar för infektionssjukvården och utvecklingen på den egna kliniken, på hela sjukhuset, i regionen och samhället som helhet.
- Alla patienter med svåra eller komplicerade infektioner ska ha tillgång till infektionskompetens.
- Infektionskliniker ska finnas på alla större akutsjukhus och universitets-/regionsjukhus.
- Infektionssjukvården ska ingå i en välfungerande akutvårdsorganisation och leda arbetet för att tidigt identifiera och behandla allvarliga akuta infektionssjukdomar.
- Vid varje infektionsklinik ska det finnas mottagningsverksamhet med specialutbildad vårdpersonal med kompetens inom smittskydd, vårdhygien inklusive multiresistenta bakterier, tbc, hepatit, hiv, och allmänfarliga infektionssjukdomar samt vårdavdelningar med infektionsomvårdnadskompetens och isoleringsmöjligheter.
- Sveriges infektionskliniker ska ha adekvat kompetens och lokalmässiga förutsättningar för att isolera patienter med misstänkt eller konstaterad smittsam sjukdom, och patienter som är koloniserade med multiresistenta bakterier. Detta ska kunna göras på ett sådant sätt att smittspridning på sjukhus eller smittspridning till eller i samhället undviks.
- Daglig infektionskonsultverksamhet ska finnas på alla större akutsjukhus och universitets-/regionsjukhus. Konsultverksamheten är en nödvändig förutsättning för avancerad och/eller högspecialiserad somatisk vård.
- Infektionskliniker ska aktivt söka delta i och påverka sjukhusets antibiotikaanvändning inkluderande utbildningsverksamhet, utvecklandet av behandlings- och profylax-PM samt via konsultinsatser i enskilda patientfall.
- Alla patienter ska behandlas så att användningen av antibiotika sker i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet samt med fokus på patientsäkerhet. Via en rationell antibiotikaanvändning motverkas mikrobiell resistensutveckling.
- Tillgång till god mikrobiell diagnostik är en förutsättning för infektionssjukvård.
- Alla patienter ska oberoende av klinikillhörighet vårdas så att risken för nosokomials infektioner minimeras.
- Preventionsinsatser är en hörnsten i infektionsläkararbetet för att förhindra smittspridning, sjuklighet och död i infektionssjukdomar.
- Infektionsspecialiteten och vårdhygien ska på ett tydligare sätt integreras med varandra.
- Antalet enkelrum och isoleringsrum bör öka på infektionsklinikerna och inom sjukvården som helhet.
- Varje sjukvårdsområde ska ha en epidemireserv där infektionskliniken utgör navet.
- Ämnesföreträdare och professor i infektionssjukdomar bör vara infektionsspecialist.
- Högkvalitativ klinisk forskning ska gå att förena med arbete som kliniskt verksam infektionsläkare.
- Infektionsklinikerna ska ledas av infektionsläkare.
- Infektionsspecialitetens kompetens och åtagande ska tydliggöras för sjukhuspolitiker och allmänhet.
- Infektionsläkare ska vara tillgängliga för media samt gärna ta initiativ till kontakter för att vårt expertkunnande ska framföras i infektionsfrågor.
- Benämningen på specialiteten ska vara "Infektionssjukdomar".

Behandling av **kronisk hepatit B-infektion** mot bakgrunden av nya svenska rekommendationer

OLA WEILAND

professor, infektionskliniken,
Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge
E-mail: Ola.Weiland@ki.se

Kronisk hepatit B är en infektion med betydande morbiditet och mortalitet (1–3) där tidigare enbart lamivudin (Zeffix®) och standard IFN alfa (Introna® och Rofe-ron®) fanns tillgängliga för behandling av infektionen.

Ett flertal läkemedel har nu tillkommit för behandling av kronisk hepatit B virus (HBV) infektion hos mono-infekterade och HIV/HBV co-infekterade patienter.

Bland de nya läkemedlen finns nukleos(t)-idanaloga (NA) emtricitabin (Emtriva®), telbivudin (Sebivo®), entecavir (Baraclude®), adefovir (Hepsera®), tenofovir (Viread®), och kombinationstabletten Truvada® (emtricitabine + tenofovir). Dessa NA har kraftigt förbättrat behandlingsarsenalen. Vidare har standard IFN ersatts av peg-IFN alfa 2a (Pegasys®).

Den kroniska HBV-infektionen kännetecknas av ett långdraget förlopp där olika stadier passerar under förloppet. Prognosen har hos asiatiska patienter visat sig vara relaterad till virusreplikationen så att en hög virusreplikation som kvarstår under lång tid korrelerar till en ökad risk att utveckla cirrhos och hepatocellulär cancer (4–6). Ett flertal konsensus dokument från asiatiska, europeiska och amerikanska grupper samt nyligen också från den amerikanska leverföreningen har publicerats där rekommendationer för utredning och behandling av kronisk hepatit B går igenom (7–10). Generellt gäller att en behandling som ger en långvarig och stabil suppression av HBV DNA-mängden medför en sänkt risk att utveckla cirrhos, leverdekomensation och levercancer (11, 12).

Faser under kronisk hepatit B

Dessa är beroende av HBV-replikationen och värdens immunsvaret mot denna och definieras av HBV DNA-nivåer, ALAT-nivåer,

HBeAg/anti-Hbe-status och graden av histologisk inflammation och det stadium av fibros som utvecklats (3, 13, 14).

1. Immuntoleransfas oftast långdragen upp till 30–40-årsåldern hos asiatiska patienter som smittats vertikalt från sin mor. Kännetecknas av höga HBV DNA-mängder (> 20 000 IU/mL), normala till låga ALAT-nivåer samt HbeAg-positivitet och en obetydlig histologisk skada.

2. Immunaktiveringsfas (Immune clearance phase). Kännetecknas av sjunkande HBV DNA-nivåer ökande inflammation och tilltagande ärrbildning i levern vid utdraget förlopp. Vid fördelaktigt förlopp ses serokonversion från HbeAg-positivitet till anti-Hbe-positivitet och övergång i en övervakningsfas. Om immunaktiveringsfasen blir utdragen kan cirrhos utvecklas.

3. Övervakningsfas. Under denna fas är virusreplikationen låg med HBV DNA-nivåer alltid mindre än 2 000 IU/mL (= 10 000 kopior/mL) och vanligen mycket lägre till omätbara samt transaminaserna normala och patienten stabilt HbeAg-negativ med anti-Hbe påvisbart i serum. Eftersom hepatit B virus integreras i levercellernas genom och replikerar via cccDNA (closed circular DNA) som alltid finns kvar så kan övervakningsfasen brytas och infektionen reaktiveras antingen spontant eller genom immunosuppressiv behandling vid t.ex. maligna sjukdomar eller behandling av reumatiska åkommor eller inflammatorisk tarmsjukdom med steroider eller anti-TNF-hämmare. Patienter i en stabil övervakningsfas gick ofta förr under beteckningen "friska HbsAg-bärare" ett oegentligt begrepp som nu ersatts med kronisk HbeAg-negativ hepatit i stabil övervakningsfas.

4. Immunreaktiveringsfas. Denna fas kan uppstå spontant genom reaktivering av patienter i övervakningsfas eller genom reaktivering i samband med immunosuppressiv behandling. I utländsk litteratur benämns

den ofta som immune escape phase och kännetecknas av att hepatit B virus ofta muterat så att HBeAg inte kan bildas trots att virusreplikationen är hög och leverskadan fortskrider. Man betecknar numera denna hepatit B-variant som HbeAg-negativ kronisk hepatit B. Den är särskilt vanlig vid genotyp D-infektion som är den vanligaste formen i södra Europa och medelhavsområdet.

Behandling eller inte?

Man är i de olika konsensusdokumenten generellt överens om att patienter som är i tolerans- och övervakningsfas inte ska behandlas. Patienter som befinner sig i immunaktiveringsfasen eller i immunreaktiveringsfasen däremot kan ofta behöva behandling. Vidare gäller att den enskilde patienten svarar olika bra på antiviral behandling beroende på vilken genotyp av HBV som orsakar infektionen. Således svarar patienter med genotyp A och B generellt bra på peg-IFN-behandling vilket inte patienter med genotyp C och D gör (15–17). Genotypning av HBV behövs således för att en optimal behandling ska kunna väljas.

Nedan följer min egen tolkning av de nya svenska riktlinjerna för behandling av kronisk hepatit B.

(Worskshop: Behandling av kronisk hepatit B.) www.lakemedelsverket.se, Weiland. Behandling av kronisk hepatit B http://www.internetmedicin.se/dyn_main.asp?page=2286, Kronisk hepatit B. http://www.internetmedicin.se/dyn_main.asp?page=239)

Allmänt gäller att

1. Peg-IFN har helt ersatt konventionellt IFN.
2. Lamivudin är inte längre ett förstahandsmedel annat än vid kortvarig behandling t.ex. som pre-emptiv behandling under kortvarig (6–12 månader) immunosuppression av en HbsAg-positiv individ. ►

3. Peg-IFN (som innebär en definierad behandlingsperiod om 24–48 veckor) är lämpligt förstahandsmedel för patienter med HBeAg-positiv kronisk hepatit B som orsakas av genotyp A eller B.

4. Nukleos(t)idanaloger (NA) är lämpliga förstahandsmedel hos patienter med kronisk hepatit B orsakad av genotyp C och D samt för behandling av patienter med avancerad leverskada och cirrhos oberoende av genotyp eftersom dessa inte kan behandlas med peg-IFN på grund av risken för att provocera flare-reaktioner med dekomensation.

5. I första hand ska NA med hög resistensbarriär användas t.ex. entecavir eller tenofovir möjligen också adefovir som dock är mindre potent än tenofovir som ännu inte registrerats för kronisk hepatit B hos patienter som inte är co-infekterad med hiv.

6. NA-behandling av kronisk HBeAg-positiv hepatit B kan avbrytas om stabil serokonversion till anti-HBe inträffat och konsoliderats under minst 6 månader.

7. NA-behandling av HBeAg-negativ kronisk hepatit B ska tillsvidare fortgå livslångt men kan avbrytas om stabil serokonversion för HBsAg skett och anti-HBs blivit positivt och har konsoliderats under minst 6 månader.

Allmänt gäller att indikation för behandling finns när HBV DNA-mängderna överstiger 20 000 IU/mL vid HBeAg-positiv hepatit B och 2 000 IU/mL vid HBeAg-negativ kronisk hepatit B om samtidigt ALAT är förhöjt över övre normalvärdesgränsen (ULN) 1.2 mikrokatal/L för män och 0.6 mikrokatal/L för kvinnor. Detta innebär en sänkning av ALAT-nivån jämfört med tidigare rekommendationer som vanligen angav ALAT-nivåer > 2 x ULN, men är anpassat efter de lärdomar man fått från långtidsstudier av asiatiska patienter som visar att leverskadan ofta är mer påtaglig vid höga normalvärden och vid nivåer mellan 1–2 x ULN för ALAT än för nivåer > 2 x ULN. Generellt gäller också att man inte ska behandla en obetydlig histologisk leverskada vanligen liktydigt med fibrosgrad mindre än 2 på en fyrgradig skala (Ludvig och Batts eller Metavir) om inte leverinflammationen är uttalad.

Användning av enskilda läkemedel Peg-IFN

Endast peg-IFN alfa 2a (Pegasys®) är registrerat för indikationen kronisk hepatit B i Sverige. Dosen är 180 mcg en gång per veckan givet under 48 veckor. Mycket talar dock för att kortare behandlingstider om 24 veckor kan vara tillräckligt och kanske också en lägre dos om 135 mcg per vecka.

För peg-IFN alfa-2b (PegIntron®) gäller att dosen 100 mcg per vecka getts under den första tiden senare sänkt till 50 mcg per vecka under en sammantagen tid av 24–52 veckor. Goda resultat ses främst hos patienter med genotyp A och B som har en HBeAg-positiv kronisk hepatit B.

Nukleos(t)idanaloger (NA)

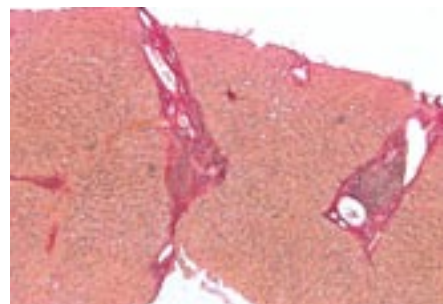
Generellt sätt bör NA med hög resistensbarriär användas för att risken att utveckla resistenta mutationer skall minimeras.

Lamivudin (Zeffix®) ges i dosen 100 mg dagligen men bör om det övervägs endast användas under en begränsad tid eller för patienter med låga HBV DNA-mängder. Kanske bör lamivudin ersättas med **Telbivudin** som är mer potent och något mindre benäget att ge upphov till resistens. Dosen Telbivudin (Sebivo®) är 600 mg dagligen po en dos som inte ger fler biverkningar än placebo-behandling. Telbivudin anses mycket säkert och klassificeras som enda NA i kategorin B1.

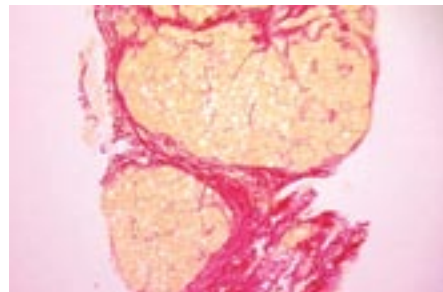
När NA-behandling anses indicerad bör ett medel med hög resistensbarriär väljas. Högst barriär har **Entecavir** (Baraclude®) som doseras 0.5 mg dagligen (1 mg dagligen vid lamivudinresistenta stammar). Det är den mest potenta NA med HBV DNA-minskning på 6–7 loggar efter ett års behandling jämfört med nivån vid baseline. I praktiken uppstår ingen resistens hos naiva patienter under de 3 första årens behandling om inte lamivudinresistens finns från början. Lamivudin ger upphov till 70% resistens efter 3–5 års behandling vilket medför att behandlingseffekten upphör. Entecavir bör inte användas vid lamivudinresistent hepatit B eftersom resistens mot entecavir då uppstår lättare.

Adefovir (Hepsera®) är en nukleotidanalogsom är klart mindre potent än lamivudin, telbivudin och entecavir. Adefovir doseras 10 mg dagligen, en egentligen för låg dos som valts p.g.a. att dosen 30 mg som man jämförde med gav upphov till njurpåverkan och att den kanske mest adekvata dosen 20 mg dagligen inte prövades. Adefovir är lämpligt medel som add-on för rescue-behandling vid uppkommen lamivudinresistens.

Tenofovir (Viread®) är en mer effektiv nukleotidanalogsom är jämförbar med adefovir och ges i dosen 245 mg dagligen. Den är inte registrerad för hepatit B mono-infektion men väl för hepatit B/HIV co-infektion. Tenofovir är ett bättre alternativ som initial behandling än adefovir och har i angivna doser en kraftigare antiviral effekt än adefovir. Vid behandling med tenofovir bör njurfunktionen kontrolleras regelbundet även om dosen 245 mg per dag är mycket säker.



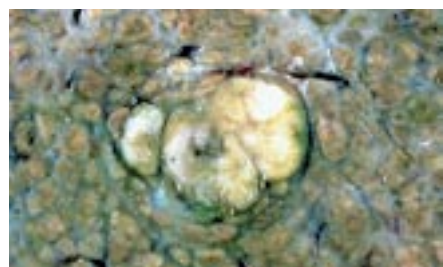
Hepatit B Fibrosstadium 1



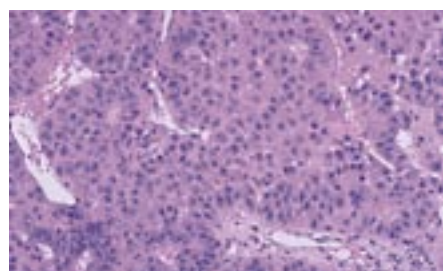
Hepatit B Fibrosstadium 4, cirrhos



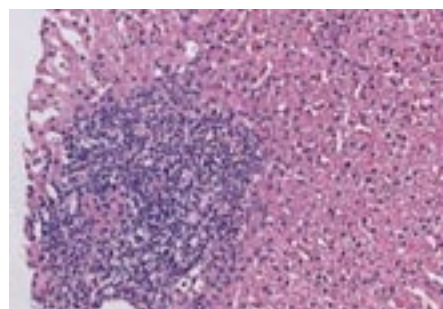
Hepatit B, Cirrhos



Hepatit B, Cirrhos med cancer i mitten



Hepatit B, Levercancer



Hepatit B, inflammation grad 1

Emtricitabine (Emtriva[®]) är i praktiken likvärdigt med lamivudin och inte ett förstahandsmedel annat än kombinerat med tenofovir i tabletten Truvada[®] (emtricitabine + tenofovir) som är registrerad för behandling av HBV/HIV co-infektion. Truvada är en gott behandlingsalternativ vid lamivudinresistens.

Monitorering under antiviral terapi

Under antiviral behandling för hepatit B bör man regelbundet kontrollera HBV DNA-mängden kvantitativt var tredje månad för att upptäcka om sekundär eller primär resistens uppstår eller finns samt om behandlingen är suboptimal. Om behandlingen är suboptimal (HBV DNA har ej sjunkit 2 loggar och är fortsatt mätbart efter 24 veckors behandling, för adefovir 48 veckors behandling) eller om HBV DNA stiger 1 log från lägsta noterade värdet under behandlingen (sekundär resistens) så måste behandlingen kompletteras eller bytas. Justeras behandlingen enligt ovan uppstår i praktiken inte någon höggradig resistens och man slipper transaminasstegringar och flare-reaktioner. Förutom HBV DNA följs HBeAg och anti-HBe samt transaminaser var tredje månad. Behandling med NA innebär således ett långsiktigt åtagande och skall inte initieras om inte patienten beräknas ha god compliance under lång tid.

Fördelen med peg-IFN-behandling är att den är begränsad i tiden till 24–48 veckor nackdelen biverkningarna och att bara genotyp A och B svarar bra i praktiken. För patienter med *HBeAg positiv kronisk hepatit B* som orsakas av genotyp A eller B är peg-IFN absolut det bästa förstahandsmedlet om inte leversjukdomen är så avancerad att man riskerar dekomensation. För *HBeAg negativ kronisk hepatit B* är peg-IFN inte ett lika självklart val varför i praktiken många hellre väljer NA som förstahandsalternativ i synnerhet som genotyp D ofta dominerar bland dessa patienter. Om NA väljs är entecavir eller tenofovir det bästa valet om inte patienten har låga HBV DNA-nivåer (20 000 IU/mL eller mindre), då telbivudin kan vara ett alternativ liksom vid kortvarig pre-emptiv behandling under 6–12 månader, eftersom risken för resistensutveckling är låg under en behandlingstid som underskrider 12 månader. Även lamivudin som är den billigaste NA kan övervägas för kortvarig behandling enligt ovan. För patienter med avancerad sjukdom och cirrhos är NA med hög resistensbarriär det självklara valet. Innan behandling med NA sätts in måste man dock vara övertygad om att den enskilde patienten kommer att ha hög compliance om inte ska man avstå från att initiera behandling.

Behandling när resistens uppkommer

För patienter som stått på lamivudin och som utvecklat resistens är tillägg av adefovir ett bra val, alternativt kan man byta till Truvada[®] (emtricitabin + tenofovir). Om otillräcklig effekt kvarstår efter 6 månader byter man ut adefovir mot tenofovir.

Vid adefovirresistens lägger man till lamivudin, alternativt byter till Truvada[®] (emtricitabin + tenofovir). Vid entecavirresistens byter man till tenofovir.

Behandlingsmål

Antiviral behandling syftar till att sänka HBV DNA-nivåerna till omätbara och att uppnå HBeAg-serokonversion vid HBeAg-positiv kronisk HBV-infektion. Helst eftersträvas HbsAg-serokonversion vilken ses i en relativt hög procent främst hos patienter med genotyp A som behandlas med peg-IFN (15).

Både IFN och NA-behandling som leder till HBeAg-serokonversion och stabil HBV DNA-suppression leder till minskad incidens av cirrhos och hepatocellulär cancer med ökad överlevnad som följd, vilket visats i stora banbrytande studier både i Europa och Asien (11, 12, 18).

Referenser:

- Di Marco V, Marzano A, Lampertico P, Andreone P, Santantonio T, Almasio PL, et al. Clinical outcome of HBeAg-negative chronic hepatitis B in relation to virological response to lamivudine. *Hepatology* 2004;40(4):883-91.
- Fattovich G. Natural history and prognosis of hepatitis B. *Semin Liver Dis* 2003;23(1):47-58.
- Lok AS, McMahon BJ. Chronic hepatitis B. *Hepatology* 2007;45(2):507-539.
- Iloeje UH, Yang HI, Su J, Jen CL, You SL, Chen CJ. Predicting cirrhosis risk based on the level of circulating hepatitis B viral load. *Gastroenterology* 2006;130(3):678-86.
- Yang HI, Lu SN, Liaw YF, You SL, Sun CA, Wang LY, et al. Hepatitis B e antigen and the risk of hepatocellular carcinoma. *N Engl J Med* 2002;347(3):168-74.
- Yim HJ, Lok AS. Natural history of chronic hepatitis B virus infection: what we knew in 1981 and what we know in 2005. *Hepatology* 2006;43(2 Suppl 1):S173-81.
- Anonymous. EASL International Consensus Conference on Hepatitis B. 13-14 September, 2002: Geneva, Switzerland. Consensus statement (short version). *J Hepatol* 2003;38(4):533-40.
- Keefe EB, Dieterich DT, Han SH, Jacobson IM, Martin P, Schiff ER, et al. A treatment algorithm for the management of chronic hepatitis B virus infection in the United States: an update. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2006;4(8):936-62.
- Liaw YF, Leung N, Guan R, Lau GK, Merican I, McCaughan G, et al. Asian-Pacific consensus statement on the management of chronic hepatitis B: a 2005 update. *Liver Int* 2005;25(3):472-89.
- Lok AS, McMahon BJ. Chronic hepatitis B: update of recommendations. *Hepatology* 2004;39(3):857-61.

- Lin SM, Yu ML, Lee CM, Chien RN, Sheen IS, Chu CM, et al. Interferon therapy in HBeAg positive chronic hepatitis reduces progression to cirrhosis and hepatocellular carcinoma. *J Hepatol* 2007;46(1):45-52.
- Niederer C, Heintges T, Lange S, Goldmann G, Niederer CM, Mohr L, et al. Long-term follow-up of HBeAg-positive patients treated with interferon alpha for chronic hepatitis B. *N Engl J Med* 1996;334(22):1422-7.
- Fattovich G, Brollo L, Giustina G, Noventa F, Pontisso P, Alberti A, et al. Natural history and prognostic factors for chronic hepatitis type B. *Gut* 1991;32(3):p294-8.
- Hoofnagle JH. Chronic hepatitis B. *N Engl J Med* 1990;323(5):337-9.
- Flink HJ, van Zonneveld M, Hansen BE, de Man RA, Schalm SW, Janssen HL. Treatment with Peg-interferon alpha-2b for HBeAg-positive chronic hepatitis B: HBsAg loss is associated with HBV genotype. *Am J Gastroenterol* 2006;101(2):297-303.
- Janssen HL, van Zonneveld M, Senturk H, Zeuzem S, Akarca US, Cakaloglu Y, et al. Pegylated interferon alpha-2b alone or in combination with lamivudine for HBeAg-positive chronic hepatitis B: a randomised trial. *Lancet* 2005;365(9454):123-9.
- Zhao H, Kurbanov F, Wan MB, Yin YK, Niu JQ, Hou JL, et al. Genotype B and younger patient age associated with better response to low-dose therapy: a trial with pegylated/nonpegylated interferon-alpha-2b for hepatitis B e antigen-positive patients with chronic hepatitis B in China. *Clin Infect Dis* 2007;44(4):541-8.
- Liaw YF, Sung JJ, Chow WC, Farrell G, Lee CZ, Yuen H, et al. Lamivudine for patients with chronic hepatitis B and advanced liver disease. *N Engl J Med* 2004;351(15):1521-31.



Välkommen till Infektionsläkarnas vårmöte i Lund 7–9 maj 2008

Registrering öppnar i december

Ur det vetenskapliga programmet:

- Tuberkulos
- Immunsuppression och transplantation – en stor utmaning
- Vaskulärt läckage vid svår infektion/inflammation
- Exotiska infektioner
- Vad gör vi när antibiotika inte räcker?

Preliminärt socialt program:

- Festmiddag på Trolleholms slott
- Buffé och underhållning på Akademiska Föreningen, AF
- Guidad tur i Lunds vackra omgivningar

Sprutbytet i Lund och Malmö



I år är det 21 år sedan man på infektionskliniken i Lund började dela ut rena sprutor till narkomaner för att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar – framför allt hiv. Frågan har sedan dess vällat debatt och utvärderats i flera omgångar, innan den till slut resulterade i ett riksdagsbeslut 2006 – 20 år efter starten på programmet. I den här artikeln talar vi med ett antal personer som ger sin syn på vad sprutbytet betyder, sett utifrån deras horisont.

Vi träffar Bengt Ljungberg, överläkare på Infektionskliniken i Lund. Bengt var med när det hela började 1986.

- Jag var en ung specialist här då, minns han.

Snabb smittspridning

Första fallen av aids upptäcktes i Sverige år 1983. Hiv kom in bland heroinisterna i Stockholm samma år.

Man upptäckte samtidigt en explosiv hiv-smittspridning bland narkomaner i flera europeiska städer.

- Det var en annan värld då, heroin var ovanligt i Sverige. Det togs bara i Stockholm och i Skåne.

- I december 1984 fick vi den första hiv-positiva narkomanen i Skåne. Det var en inflyttad person från Stockholm. Under 1985 fick vi fler infekterade missbrukare från omvärlden. Smittan började spridas i lokala missbrukarkretsar. Vi insåg att vi måste göra något.

Bengt berättar att de bestämde sig för att börja med sprututbyte.

- Orsaken till att vi blev först var dels att vi *vågade*, men också att vi hade narkomanvården med oss. Det var en förutsättning!

Men när man slog upp dörrarna i Lund var det till att börja med ingen som kom.

- De trodde att polisen skulle stå och vänta på dem...



Bengt Ljungberg

Till slut fick man ”ragga upp” en känd missbrukare.

- På den tiden var det så att doktorn skulle dela ut de första sprutorna (det fick vi senare överge) och det var jag som delade ut den första.

Många utvärderingar

Man bestämde sig för att betrakta verksamheten som en ren smittskyddsfråga.

- Det innebar i sin tur att vi inte frågade först, utan skickade brev till socialministern och Socialstyrelsen där vi talade om att vi *hade* börjat.

Först 10 månader senare fick de ett svar, och i det blev de kallade till ett möte.

- Socialstyrelsen ville ta reda på vad det var vi egentligen gjorde, och att vi skulle göra en vetenskaplig utvärdering. Vi svarade att det inte var möjligt. Sprutbytet var en nödåtgärd, så vi hade inte lagt upp det som ett forskningsprojekt. Vi var dessutom fullt upptagna med vår egen forskning, som var inriktad på helt andra saker.

Bengt fortsätter med att berätta att man på Socialstyrelsen förstod deras situation.

- Så det landade i en kompromiss: Vi skulle göra en ”utvärdering med vetenskaplig hållning”.

Vid den här tidpunkten skulle Ragnar Norrby snart tillträda som professor i Lund.

- Han skulle göra en neutral utvärdering av *vår* utvärdering. Dessutom skulle Socialhögskolan utvärdera verksamheten ur ett samhällsperspektiv och Socialstyrelsen kartlägga vilka infektionskliniker som hakat på och börjat dela ut sprutor.

Försöksprojekt

Alla dessa utredningar var klara 1988. Inga negativa konsekvenser av sprutbytet kunde påvisas. Men resultatet blev dock inte offentliggjort

- Istället gjorde man en ny utvärdering av alla utvärderingarna. I den slog man fast ►

att sprutbytet kunde fortsätta som försöksverksamhet på fyra platser i landet. Lund och Malmö kom in med ansökan om att få göra ett tre års försöksprojekt.

– Jag fick avbryta min pappaledighet för att skriva denna ansökan, minns Bengt och tillägger:

– Vi fick dock aldrig något svar på den!

Ingen ökad rekrytering

Bengt Svensson är docent i socialt arbete vid Malmö Högskola/Hälsa och Samhälle. Vid den här tidpunkten arbetade han inom narkomanvården i Malmö som chef för avgiftningsenheten.

– Jag var alltså med från starten, berättar Bengt Svensson.



Bengt Svensson

Han tillägger att han från början var positiv till sprutbytet, vilket inte var okontroversiellt inom narkomanvården på den tiden.

1988 genomförde Bengt en studie för att sätta sig in i frågan om sprutbytet innebar att det skulle bli svårare att bedriva narkomanvård. Det var den studie som Socialstyrelsen hade bett Socialhögskolan i Lund att göra.

– Jag kom då fram till att det inte hade någon negativ effekt på narkomaners vilja att sluta. Sprutbytet bidrog inte heller till någon ökad rekrytering av narkomaner.

Skäl att injicera

Bengt påpekar att det finns tre kärnfrågor som hela tiden dyker upp kring verksamheten.

– Den första är om sprutbytesprogrammet påverkar injicerande narkomaner. Den andra frågan är om sprutbyte är en effektiv form att bekämpa hiv och hepatit. Den tredje är: Finns det andra metoder än sprututbyte att bekämpa hiv/hepatit?

– På den första frågan är det *jag* som är expert – *inte* medicinerna. Jag har frågat missbrukare – i runda tal ett hundratal personer – om varför de har börjat injicera. I ett eller två fall kan man möjligen referera till tillgången till rena sprutor. 98 säger att det inte har med det hela att göra.

Det är helt andra orsaker bakom att man väljer att just injicera, enligt Bengt.

– Det ger en bättre effekt – en kraftigare kick. Dessutom blir det en bättre verkningsgrad på drogen – man eldar inte upp en del av heroinet, utan får i sig allt. Och det är mindre risk att man misslyckas med att få i sig heroinet, jämfört med att röka.

Malmö startade

Till att börja med hade man fått ragga upp injicerande narkomaner till verksamheten i Lund, men utvecklingen gick därefter snabbt.

– Sommaren 1987 exploderade den. De kom hit från Malmö – och de kom i stora grupper. Har vi någonsin haft disciplinproblem var det då, minns Bengt Ljungberg.

För att möta behovet startades en liknande verksamhet i Malmö detta år.

Efter nya debatter i riksdagen, och en *ny* utredning 1992, beslöts det att verksamheten skulle få fortsätta i Lund och Malmö – fortfarande på försök.

– I en ledare i tidningen *AIDS* pekade man ut vårt arbete som det då mest lovande i hela världen när det gällde hiv-prevention bland narkomaner, fortsätter Bengt.

Beröm från WHO

Han berättar också, med viss stolthet i rösten, att WHO vid den här tidpunkten identifierade fem områden där man framgångsrikt stoppat spridning av hiv bland narkomaner. Dessa områden var Seattle, Toronto, Sydney, Glasgow och Skåne!

– För att se vilka samhällsåtgärder som bidragit jämförde man med 10 andra områden där utvecklingen gått åt rakt motsatt håll.

I en multiregressionsanalys föll tre saker ut.

– Det gällde att sätta in riktade hiv-preventionsåtgärder för narkomaner specifikt, att sätta in dessa åtgärder tidigt innan så många smittats samt att se till att rena sprutor är tillgängliga, fortsätter Bengt Ljungberg och tillägger:

– Däremot visade det sig att varken metadonprogram, skärpta lagar, fler poliser eller en rad andra åtgärder hade någon mätbar effekt.

Skrift och motskrift

Redan under början av 90-talet riktades kritik mot sprutbytet.

– Riksföreningen Narkotikafritt Samhälle (RNS) kritiserade sprutbytet. De ansåg att det sände dubbla budskap – framför allt till ungdomar. Senare har de dessutom hävdat att det inte finns några vetenskapliga belägg för att det fungerar, säger Bengt Svensson.

Debatten pågick under flera år och kulminerade när boken *Sprututbytesfrågan* av Kerstin Käll publicerades 2005. Boken – som är starkt kritisk till utbytet – delades bl.a. ut till alla riksdagsmän.

Bengt Svensson berättar att han blev förvånad över de slutsatser som drogs i boken.

– Jag frågade mig själv: Är detta vad forskningen kommit fram till? Därför gjorde jag vissa stickprov, som gick ut på att kontrollera om forskaren som återopades var rätt citerad. Det visade sig då att så inte var fallet. Jag upprepade proceduren, med samma resultat.

Bengt tog därför kontakt med fyra kollegor för att granska *hela* forskningsgenomgången. Sommaren 2005 ägnade de åt att gå igenom samtliga artiklar. Arbetet resulterade i en motskrift.

– Vår slutsats i motskriften blev den diametralt motsatta. Vi publicerade vår skrift, och efter dess har man slutat med att använda den ursprungliga boken som argument. *Sprututbytesfrågan* var helt enkelt ett undermåligt arbete!



Björn Fries

Smittskydd – inte narkotikapolitik

Sprututbytet hade vid det här laget fått sådan uppmärksamhet att det var nödvändigt för riksdagen att än en gång ta ställning i frågan.

Björn Fries är regeringens narkotikasamordnare, och han fick uppdraget av dåva-

” Det handlar ju inte om narkotikapolitik – det handlar om smittskydd! Därför var det odramatiskt för mig att lämna de rekommendationer jag gjorde.

Björn Fries, regeringens narkotikasamordnare

rande socialminister Lars Engqvist att sätta sig in i huruvida sprutbytet var förenligt med svensk narkotikapolitik.

– Jag blev ganska snart övertygad om att det *var* förenligt med svensk narkotikapolitik, säger Björn.

– Det handlar ju inte om narkotikapolitik – det handlar om smittskydd! Därför var det odramatiskt för mig att lämna de rekommendationer jag gjorde.

Förslag till riksdagen

Björn Fries förslag sammanfattas i följande fem punkter:

- Ja, det ska vara möjligt med sprutbyte.
- Gemensam ansökan med berörd kommun.
- Det ska finnas alla faciliteter.
- Det ska dokumenteras och kvalitetssäkras.
- Om en människa som går på sprutbytet vill ha behandling för sitt missbruk ska det finnas en gräddfil.

– Det är den sista punkten som inte fungerar idag, tillägger han.

Innan förslaget lades fram, hade man kontakt med alla berörda myndigheter, påpekar Björn.

– Men vi hittade inga negativa effekter i Malmö och Lund.

Till narkotikasamordnarens förslag lade man två krav: Att man varaktigt skulle uppehålla sig på orten för att få rena sprutor, samt att man måste vara 20 år fyllda.

– Det var krav som kom från politiskt håll, förklarar Björn.

Rutinsjukvårdsverksamhet

– symbolfråga

Det hela slutade med att riksdagen tog beslut om sprutbyte våren 2006, som en del av den nya narkotikahandlingsplanen.

– Det var fel tycker jag, säger Björn.

– Beslutet borde ha varit en del av smittskyddspropositionen istället.

– För oss betyder det att det inte är en försöksverksamhet längre, utan betraktas i stället som vanlig rutinsjukvårdsverksamhet under överseende av Socialstyrelsen, förklarar Bengt Ljungberg.

Bengt Svensson påpekar att det är noga

reglerat hur det ska gå till. Meningen är att starkt markera att man vill att de som kommer till verksamheten ska söka vård.

– Lokalt måste socialtjänsten godkänna att man har sprutbyte. Det är ett problem – för ju längre norrut man kommer, desto mer fundamentalistisk inställning har man!

Enligt Bengt har sprutbyte blivit en symbolfråga.

– Det handlar om dominoteorin – tillåter vi sprutbyte, faller narkotikapolitiken samman och det blir som i Holland, tror man. Därför måste man till varje pris förhindra att den första brickan faller!

– Det är alltså därför som organisationer som RNS och European Cities Against Drugs (ECAD) bedriver en intensiv lobbyverksamhet. De har bara riktat in sig på en annan arena nu – den lokala arenan.

Samplar även in

Hur fungerar då sprutbytet i Lund idag?

– Det är en reglerad verksamhet. En sjuksköterska får dela ut sprutorna på delegation, svarar Bengt Ljungberg.

Han påpekar att verksamheten ger riktad information om risken för blodsmitta och sexuell smitta.

– Vi ger dessutom hepatit B-vaccination. Bara det är en stor vinst!

Förutom att man delar ut rena sprutor och kanyler, delar man även ut kondomer samt erbjuder rådgivning och undersökning av barnmorska.

Det kallas *sprutbyte*. En mycket viktig del av detta byte är att man även *samlar in* begagnade sprutor, som alltså inte blir liggande i parker etc. 93–99% av sprutorna och 97–99% av kanylerna återlämnas för destruktion varje år.

– Vi får så bra siffror för att vi ser till att *dela ut* lika många nya som man *lämnar in*, förklarar Bengt.

Åldersgränsen på 20 år för deltagande, tycker han däremot är idiotisk. Likaså är det byråkratiskt och besvärligt att reda ut om personen varaktigt uppehåller sig i kommunen.

– Dessutom borde det vara extra viktigt att besökare från områden med mer hivsmitta inte delar sprutor här hos oss.

Mycket goda resultat

Verksamheten är integrerad med infektionsmottagningen – men har separat ingång och väntrum.

– Det betyder att våra sjuksköterskor kan varva arbetet där med andra arbetsuppgifter. Det är viktigt, annars blir det för enahanda.

Man har haft totalt 40 000 besök under 21 års verksamhet. De senaste åren ligger man på ca 200 besök per månad. Totalkostnaden ligger på 200–250 kronor per besök de senaste åren.

– Det är alltså mycket billigt, konstaterar Bengt.

Resultaten talar för sig själva:

Inga projektdeltagare i Lund har smittats – förutom en engångsbesökare (från annan ort) som flera år senare blev sexuellt smittad. 1–3 fall av nyupptäckt hiv-infektion hos narkomaner rapporteras i Sverige per månad – och under 2007 är det betydligt fler. *Ingen* av dessa har smittats i Skåne på senare år. Ett utbrott med nio smittade i Malmö 1989 kunde snabbt stoppas med hjälp av sprutbytet.

Trots en lokal epidemi av hepatit B i Sydsverige härom året, kunde inga fall konstateras bland sprutbytesdeltagare i Lund.

Debatt i Stockholm

Fortfarande är det bara Region Skåne, i samarbete med kommunerna i Lund och Malmö, som till dags dato har ansökt om att få driva sprututbyte.

Men frågan har blivit högaktuell i Stockholm – som alltså *inte* har någon sådan verksamhet.

Bakgrunden är att i Stockholm har man under 2006 konstaterat 25 fall av hiv bland intravenösa narkomaner.

– Där har det blivit en polariserad debatt i media. Det är ett exempel på hur man agerar på lokal nivå. Frågan skär politiskt tvärs igenom partigränserna – den handlar ytterst om vilken syn man ska ha på den enskilde missbrukaren, säger Bengt Svensson.

Bengt anser att det centrala är hur situationen ser ut när en person *bestämmer* sig för att injicera narkotika.

– Om han eller hon ska injicera på ett ►

farligt eller säkert sätt handlar om han eller hon har tillgång till en ren spruta eller ej. Har jag bestämt mig för att injicera, *gör* jag det. *Oavsett* om jag har en ren spruta eller ej!

Därför anser han att sprutor borde säljas på Apoteket, vilket man redan gör i många andra länder.

– I Stockholm finns det en smitta i populationen. Mitt ställningstagande baseras på en analys av den konkreta beslutssituationen när jag *bestämt* mig för att injicera. Mitt arbete och mina erfarenheter visar att i den situationen hjälper inga informationskampanjer i världen. Längtan är så stark!

– Folk är däremot inga idioter – de försöker skydda sig så gott det går. De försöker skölja och spola sprutan. Men det räcker inte...

Vill ha seriös diskussion

Björn Fries håller med.

– Med tanke på utvecklingen bland narkotikamissbrukare i Stockholm, tycker jag det är viktigt att vi får en seriös och kunskapsbaserad diskussion – *utan* överideologisering och halvreligiösa övertoner. Det handlar om att skydda narkomaner – men i förlängningen även om att skydda oss själva.

– WHO har dessutom slagit fast att ju *lägre* prevalensen är för hiv, desto *effektivare* är ett sprutbyte. Därför är det dumt att vänta.

Han konstaterar dock att det går trögt, och tror att det kan finnas ett samband med att det är en utsatt grupp – som inte gör så mycket politiskt väsen av sig – att frågan förblir olöst.

– Missbrukare är ingen grupp som arrangerar fackeltåg och uppvaktar ministrar, konstaterar han.

Samverkan

Bengt Svensson påpekar att det har visat sig i Sverige – och även i andra länder – att sprutbytesprogram ger en bra kontaktyta med narkomaner man annars inte skulle få kontakt med.

Vi träffar Mats Berglund, professor i klinisk alkoholforskning vid Universitetssjukhuset MAS i Malmö. Han har inte själv arbetat i sprutbytet, men ändå alltid haft kontakt med det.

– Jag var bl.a. handledare åt Kerstin Tunving som var kliniskt verksam i sprutbytet 1986, förklarar han.

Man samverkar med både personal och klienter på sprutbytet i Malmö, som i princip arbetar på samma sätt som man gör i Lund – med den skillnaden att verksamheten drivs i separata lokaler på infektionskliniken,



Mats Berglund

och huvudsakligen av undersköterskor.

Malmö har också fler deltagare än Lund.

– Denna samverkan har intensifierats de senaste åren, fortsätter Mats.

– Första gången vi samarbetade med dem var när en av mina kollegor började undersöka det illegala användandet av Subutex i Malmö. Personalen på sprutbytet gjorde systematiska intervjuer. Det framkom då att de flesta använde Subutex för att tända av.

Idag är sprutbytet en etablerad kanal, man har kontakter med både personalen och klienterna.

– Vi har gjort intervjuer om narkomanernas kunskaper om överdoser. Målsättningen var att påverka heroinnarkomaner på så sätt att de inte ska avlida på grund av överdos. Vi tog fram ett kort om överdoser som lämnas i samband med bytet. Tillsammans med personalen gjorde vi också en film om överdos. Den visades i en särskild monitor på sprutbytet.

Mats framhåller särskilt Magnus Anderson, kurator vid sprutbytet i Malmö, som drivande kraft bakom dessa projekt.

Tror på utveckling

Mats berättar om ett annat projekt som pågår sedan ett halvår.

– Vi har utvecklat försök med nya kontakter med heroinnarkomaner: Om de vill sluta med sitt missbruk – vet de konkret hur de ska göra då? Det är ett projekt som genomförs av Camilla Wallin med hjälp av mobiltelefon. Det visade sig att de som går på sprutbytet har så stort förtroende för dem som arbetar där, att de lämnade ut sina mobilnummer – vilket var en förutsättning för projektet.

– Vi upplever därför sprutbytet som positivt, eftersom vi genom det kan komma i kontakt med missbrukare. Missbrukarna

tycker dessutom att det är positivt att *vi* intresserar oss för *dem*.

Därför tror Mats att denna samverkan kan utvecklas successivt.

– Vår brist är att vi inte kan erbjuda något för amfetaminmissbrukarna. De upplever sig diskriminerade av det svenska vårdssystemet. För långa vårdköer är en annan brist – det borde inte finnas några väntelistor.

Han påpekar att man bara befinner sig i början av arbetet.

– Kunskapen ökar kraftigt nu. Det finns ett väldigt stort intresse av att utreda bättre behandlingsmetoder. Kontakterna vi får på sprutbytet hjälper oss att utveckla det – och att snabbt föra över patienter till agonistbehandling.

Rena sprutor – inte fria sprutor

Debatten om sprutbytet fortsätter dock, trots att verksamheten i Lund och Malmö numer är lagligt reglerad.

– På argumentet att man istället ska ge vård och behandling, svarar jag: Ja – men *gör* det då, säger Björn Fries.

– Den delen måste de bli bättre på i Lund och Malmö. Där uppfyller de inte kriterierna. Sprutbytet borde vara en hävstång för att bedriva och utveckla avgiftning och vårdprogram.

Bengt Svensson håller med.

– Den kontaktyta som sprutbytet *ger skulle kunna* innebära en möjlighet till bättre narkomanvård, och på så sätt skulle vi kunna minska problemet. Men så är det inte i Skåne idag. Eftersom vi har vårdköerna utnyttjar man inte de möjligheter som programmet ger.

– När man tar del av diskussionen talar våra motståndare om ”fria sprutor”. Det handlar om *rena* sprutor. Alltså är det fel terminologi, och det är inget annat än ren demagogi.

– Motståndarna vill aldrig prata om den konkreta situationen. De säger att testning och information är bättre. Det finns inga bevis för det, istället strider det mot forskning om hur det går till ute i kvartarna – och mot sunt förnuft!

Bengt ger inte mycket för argumentet att sprutbyte sänder dubbla budskap.

– Jag säger att *samhället* sänder dubbla budskap, säger han.

– Samhället har ju förbjudit och kriminaliserat bruk av narkotika. Men samhället har inga skyldigheter att ge vård till de missbrukare som vill ha vård. Vi har idag väntetider på flera år!

PER LUNDBLAD



Fallseminarium i Stockholms skärgård 4–5 februari 2008

Svenska Infektionsläkarföreningens Specialistutbildningskommitté (SPUK) inbjuder ST-läkare i Infektionssjukdomar till utbildning som baseras på autentiska fall. Vi ordnar ett seminarium med 16 deltagare. Fallen presenteras med s.k. case-metodik och seminariet skall ses som ett komplement till SK-kurser.

Kursort: Stockholm, Tynningö, gemensam buss kommer att gå från Stockholms central

Kurslokal: Ljungbergsgården.

Kurstid: 4–5 februari 2008, vi startar med lunch och avslutar runt 15.00 nästa dag.

Pris: Cirka 4 200 kronor. Kursavgiften inkluderar boende i enkelrum, alla måltider och transporter mellan Stockholms Central och Tynningö.

Vi vill ha din anmälan senast 25 november 2007.

Maila malin.vading@karolinska.se (Ange samma uppgifter som finns i anmälningsblanketten nedan.)

Betalning senast 16 december efter bekräftelse att du fått plats på seminariet. Vår målsättning är att ge besked i början av december om vilka som har antagits. Vi kommer att prioritera de som inte varit med tidigare samt de som har kort tid kvar till specialistkompetens. I urvalet kommer vi även att sträva efter att få en god spridning mellan olika kliniker.

Har du frågor kontakta: Malin Vading: e-post malin.vading@karolinska.se
Anders Thalme: e-post anders.thalme@ki.se



Jag anmäler mig till Infektionsläkarföreningens fallseminarium för ST-läkare.

Namn: _____

Klinik: _____

Adress: _____

Telefon: _____ Mobilnr: _____

E-post _____

Jag har _____ år kvar tills jag uppnår specialistkompetens.

Jag har tidigare varit med på fallseminarium _____ gånger.

Min verksamhetschef godkänner och betalar för med deltagande om jag kommer med.

Ja Nej

Faktureringsadress: _____

Ev referensnr: _____

Prospektenöverstpå.Ällebergvarartig;härsyntespånordvästrasidankinne kulle,Mössebergochbiskop
mångaandra kyrkorsågskarlebylånge,namn kunnigavdetatt3konungardärskolatblivitbegravna.Ettartigt
avsolenesskenovorupplysta,hurumolnenmedstorasvartafäckarvoropåsammasättliksomströddapåänge
molnfläckarförorsakade.

Linneansk Medicin

I år då 300-års minnet av Linnés födelse firats med sådan emfas höll jag min tionde kurs i ämnet Linneansk Medicin, ett begrepp som står helt för mig. Från början var det en reaktion på medicinens enligt min mening alltför antropocentriska/molekylära karaktär. Mina kunskaper om Linné var för tjugo år sedan lika diffusa som hos flertalet naturvetenskapligt utbildade i Sverige (jubiléet har bättrat på situationen) men jag hade ett hum om att han var både botaniker och läkare och därtill en fältmäniska, en lockande kombination.

Kursen fick undertiteln "Sjukdomsframkallande djur och helande växter".

Jag letade ganska snabbt upp de stationer som fick vara återkommande under kurserna, Ottenby Fågelstation och Ekologiska Forskningsstationen i Skogsby, bägge på Södra Öland. Där är vi första kursveckan medan den andra tillbringats på många olika platser, inom och utom (Finland och England) landet.

Studenter som antagits har varit medicinare på termin 3 (innan de är alldeles förstörda), valfri kurs och PhD-studenter inom biomedicin, forskarkurs. Ett sidosyfte med denna kombination är att arrangera ett möte mellan forskare och medicinare, två kulturer som i C.P. Snow's anda brukar ha svårt att förstå varandra men som under så här, för bägge ovana förhållanden kan få kontakt. Ett annat är att medicinare och biomedicinska forskare skall få kontakt med forskare från andra discipliner (ex. botaniker, entomologer, zoologer, ekologer) för att bryta den självalda, livsfarliga isolering som medicinerna befinner sig i.

Ämnet är ju inte "bread and butter", varför väldigt målinriktade studenter inte söker till kursen medan mer allmänintresserade och nyfikna gör det, en lisa för en kursledare.

Under så gott som alla tio kurserna har fem lärare återkommit.

Björn Olsen, nybliven professor i Infektionsmedicin vid Uppsala Universitet och

föreståndare vid Zoonotiska Forskningslaboratoriet, Kalmar Högskola. Björn, som också är en av Sveriges främsta ornitologer har varit vår värd på Ottenby Fågelstation där vi fått fånga flyttfåglar under sakkunnig ledning och provta dessa för olika agens som campylobakter och influenzavirus. Och att få vandra i Ottenbylund med Björn och få höra och höra om halsbandsflugsnappare och sommargylling, det är stunder vi aldrig glömmer.

På Ekologiska Forskningsstationen i Skogsby som hittills lytt under Uppsala Universitet har vi haft flera lärare men återkommande har varit Anders Nilsson, professor i systematisk botanik och orkidéexpert men inte mer än att han skriver kapitlet om vilda bin i nationalnyckeln. Med Anders har vi gjort orkidésafaris på Alvaret som dessa försommandagar (kursen går alltid kring Linnés födelsedag den 23 maj) kan prunka av Adam och Eva och Johannes Nycklar. Hela den sinnrika pollineringen, som Linné inte hade en aning om, får vi förklarad via orkidéerna som med skönhet och doft lurar till sig pollinatörerna utan att ha någon nektar och där guckuskon, Sveriges största orkidé, är den allra märkligaste.

Forskningsstationen är också centrum för nationalnyckelprojektet där Sveriges alla växter och djur skall inventeras och sammanställas i sammanlagt 130 band, ett makalöst projekt som vi får en god hum om genom Dave Karlsson, expert på steklar. Han tar oss med på insektsafaris, inte minst nattflygare som vi studerar i skenet av en karbidlampa. I samma skogsduge vid en insjö pejar vi också in sex av Sveriges 12 fladdermössarter, potentiella smittbärare av rabies och blödarfeber, och lockar till oss kattugglor så nära att vi kan stirra in i deras gulgröna ögon.

En fjärde återkommande lärare har varit Chris Curtis, professor i Entomologi vid London School of Hygiene and Tropical Medicine, världsberömd expert på myggor och ursprungsman till "the So what test".



Det innebär att vetenskapliga resultat skall bestå frågan "So what?" vilket Chris Curtis, själv molekylärgenetiker från början, inte tycker gäller för mycket av den molekylärbio-logiska forskningen kring bl.a. malaria. Han anser att mer energi och pengar bör läggas på att få ut myggnät till alla människor i malariaendemiska områden vilket man vet förebygger malaria och andra nattinsektsburna infektioner, istället för att lägga ner mycket mer pengar på ett rekombinantvaccin som man inte har en aning om det

...kopsklackenvidbrunsbo;påöstraVårtoftahärad,påöstraLälbygden,påvästraNykelängarna.Ibland
...tspektakelmärktejaghögstuppåberget,dåmansågnederpådestoraochslätaängarnadäromkring,som
...enochflögoundan,somdeejestplägagörpåhimmelen,villetkomavdenskugga,somdeförsolenflygande



nånsin kommer att fungera. Tillsammans med Chris har vi haft långa diskussioner om detta, antingen i Epping Forrest utanför London, i Amarnäs i Lappland, på Körkar i Ålands skärgård eller i Gysinge mellan Gästrikland och Dalarna, alla ställen där vi examinerat myggor och gjort experiment med olika myggavvisande medel.

Naturligtvis har vi varit i Linnés Hammarby där intendenten Mariette Manktelow visat hur Linné anlagt trädgården och pekat ut de plantor som, planterade av honom,

ännu återkommer. Vi har varit i Råshult och Stenbrohult där Linné växte upp och vi har gått i hans fotspår på Öland och i Lappland där vi också undersökt sorkar efter sorkfeber i Umeå Universitets forskningsstation i Amarnäs.

Eftersom Chris Curtis hustru varit svårt sjuk de sista åren har han inte kunnat komma till Sverige, utan vi har kommit till London i stället. Naturligtvis har vi då besökt Linnean Society på Piccadilly Street i hjärtat av London, en helt arkaisk institution, oanfrätt av datorer och andra nymodigheter och vaktad av en ogin och ginstinn föreståndare, Gina Douglas, som om hon är på humör har låtit oss besöka Linnés egna samlingar i det lilla bevakade källarummet. Ett klimatiserat antiklimax! Men i London finns också Chelsea Physic Garden, världens största samling av medicinalväxter och där har vi haft många genomgångar med engagerade unga brittiska botaniker.

I kursen ingår ett elektivt inslag där studenterna tre om tre vid kursens slut och ofta hemma i vår egen fina gårdsträdgård på Rådmangatan, under en gemensam avslutningsmiddag skall presentera ett projekt med anknytning till kursens tema. Jag har många monterade insekter och pressade blommor i mina garderober efter dessa presentationer. Genomgående är PhD-studenternas mycket mer genomarbetade och bättre presenterade, vilket inte bara kan bero på att de oftast är något äldre.

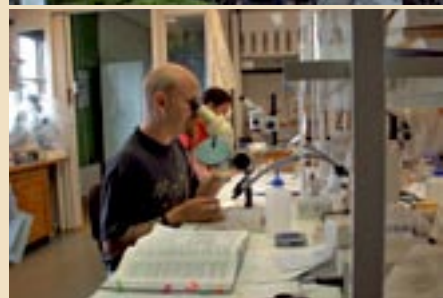
Under så gott som alla år har kursen fått ett litet men outhärligt stöd från Baxter Läkemedel och de första åren var det Rolf Gustafson själv, någon gång sekonderad av hustru och svärfar, som drog flanellen genom daggräset och förevisade fästingarna. På senare år har Baxters medicinske direktör ersatts av Kajsa Glemhorn, entomolog från Linköpings Universitet.

Har de här kurserna haft någon impact som det kallas? Åtminstone på mig, jag har haft oavbrutet kul men jag kan fortfarande inte skilja på Johannes Nycklar och Johannesört.

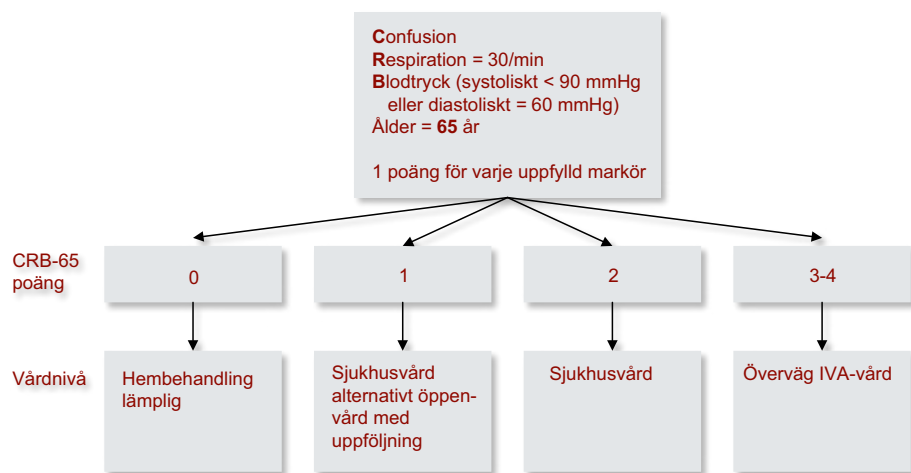
Men det är klart att det här är grädde på moset. Behövs inte det till pitepalten?

SVEN BRITTON

professor emeritus
Seniorvikarie på Infektionskliniken,
Gävle sjukhus



Uppdaterat vårdprogram för pneumoni – CRB-65 istället för CURB-65



Figur 1. Allvarlighetsbedömning av pneumoni med CRB-65, ett rent kliniskt index.

Hösten 2004 gav Programgruppen för pneumoni ut evidensbaserade riktlinjer för samhällsförvärd pneumoni. I arbetet med att ta fram riktlinjerna gjordes en MEDLINE-sökning som omfattade pneumoni och nedre luftvägsinfektion. Inför den planerade revisionen av riktlinjerna i år har programgruppen använt samma MEDLINE-sökning för tidsperioden september 2003–mars 2007. Utifrån denna har drygt 200 nya artiklar tagits fram och diskuterats, varpå vårdprogrammet har uppdaterats. Vårdprogram 2007 finns nu tillgängligt på Infektionsläkarföreningens hemsida (www.infektion.net).

Viktiga förändringar i vårdprogram 2007

I vårdprogram 2004 rekommenderades CURB-65 som allvarlighetsindex. Då nya studier talar för att CRB-65 (konfusion, andningsfrekvens, blodtryck och ålder, dvs. CURB-65 utan urea) är prognostiskt jämförbart med CURB-65, rekommenderas CRB-65 som allvarlighetsindex i vårdprogram 2007. Figuren visar hur CRB-65-värde räknas ut och rekommenderade vårdnivåer för olika CRB-65-poäng. I vårdprogrammet betonas dock att CRB-65 ska ses som ett hjälpmedel som inte ersätter den kliniska bedömningen.

Den mikrobiologiska diagnostiken utvecklas snabbt. Samtidigt som allt fler PCR-analyser har blivit tillgängliga har betydelsen av serologisk diagnostik minskat. För diagnostik av atypiska patogener

rekommenderas nu i första hand PCR på luftvägssekret.

Hos kritiskt sjuka patienter rekommenderas bensylpenicillin i kombination med kinolon som ett av förstahandsalternativen. Cefalosporinernas plats i terapiarsenalen har tonats ned, framför allt på grund av den ökande ESBL-problematiken. Enligt nya data är kinoloner att föredra som antibiotikabehandling vid verifierad legionellainfektion. Den rekommenderade behandlingstiden har förkortats för legionellainfektion, liksom för allvarlig pneumoni med oklar etiologi.

Infektionsläkarföreningens kvalitetsregister för pneumoni

Programgruppen för pneumoni är också ansvarig för Infektionsläkarföreningens kvalitetsregister för pneumoni. Detta register avser inlagda patient med samhällsförvärd pneumoni som ej sjukhusvårdats de sista 30 dagarna och där pneumoni är huvuddiagnos alternativt 2:a diagnos efter bakteremi. I detta register ingår bland annat uträkning av CRB-65 som kvalitetsindikator.

Programgrupp för pneumoni 2007

Gunilla Goscinski, Uppsala
Jonas Hedlund, Stockholm
Hans Holmberg, Örebro (Ordförande)
Christer Lidman, Stockholm
Carl Spindler, Stockholm
Kristoffer Strålin, Örebro
(kristoffer.stralin@orebroll.se)
Åke Örtqvist, Stockholm



Stadgeändring och medlemsavgift

Vid årsmötet den 28/11 kommer styrelsen att lägga fram ett förslag till ändrade stadgar. Bakgrunden är främst att föreningen av bokförings- och skattetekniska skäl inte längre får ha brutet räkenskapsår. Den viktigaste förändringen är således att räkenskapsåret framöver skall sammanfalla med kalenderår. Egentligen borde vi därmed även flytta årsmötet till våren för att ha aktuella räkenskaper att ta ställning till. Detta skulle dock ställa till med en del praktiska problem vid överlämnande av uppdrag till nyvalda styrelseledamöter varför styrelsen ändå valt att behålla årsmötet i samband med läkarstämman.

Styrelsen föreslår även att vi i enlighet med Svenska läkaresällskapets normalstadgar får möjlighet att välja in associerade medlemmar som inte är läkare. I första hand tänker vi då på verksamhetschefer som inte är läkare.

Styrelsen vill kunna utesluta medlemmar som inte betalt årsavgiften trots två påminnelser. Vid tillsättning av styrelseposter bör jämn köns- och geografisk fördelning eftersträvas. Möjlighet till val av hedersledamot har strukits och slutligen föreslås valberedningens tre ledamöter väljas år 1, 2 respektive 3.

Nuvarande och styrelsens förslag till reviderade stadgar finns tillgängliga på www.infektion.net för jämförelse sedan 071015 enligt kallelse till årsmöte i *Infektionsläkaren* nr 3. Reviderade stadgar kommer även att finnas i pappersform vid årsmötet.

För medlemmar i Svenska Läkarförbundet debiteras medlemsavgiften till Infektionsläkarföreningen via Läkarförbundets aviseringar. Tyvärr har utdebiteringen av föreningsavgiften försenats för 2007 och kommer sannolikt ej förrän i början av 2008! Det innebär att avgiften för 2008 kommer ganska tätt inpå, då Läkarförbundet lovat att nästa års utdebitering skall ske senast juni 2008.



Samlad samverkan mot hiv och STI

Sedan drygt ett år har ansvaret för förebyggande åtgärder för hiv och sexuellt överförda sjukdomar (STI) samlats hos Socialstyrelsen. Regeringen har uppdragit åt Socialstyrelsen att samordna, följa upp och utvärdera de förebyggande insatserna i hela landet. Ett arbete med att ta fram en nationell handlingsplan mot klamydia har påbörjats. Enhetschef på Socialstyrelsen för denna nyinrättade enhet för hiv och STI-prevention är Viveca Urwitz.

Viveca berättar att hon varit intresserad av förebyggande arbete under hela sin karriär.

– Jag gillar uppgifter där det inte finns färdiga lösningar, berättar hon.

– Det var redan under slutet av 60-talet som jag intresserade mig för socialmedicin och just för arbete med förebyggande insatser. Det var ett nytt sätt att tänka på inom socialmedicinen då – det strukturerade sättet att angripa problemen, och det intresserade mig.

Större sannolikhet att träffa hiv-positiv

Viveca är socionom och har magisterexamen i socialt arbete. Innan hon tillträdde sin nuvarande post, var hon chef på Centrum för Folkhälsan inom Stockholms läns landsting.

Vi träffar henne precis när hon flyttat in i sitt nya kontor. Socialstyrelsen har utlokaliserat delar av sin verksamhet från huvudkontoret på Kungsholmen. Anledningen är att verksamheten växer och alla får inte längre plats.

Vid tidpunkten för vårt besök handlar tidningsrubrikerna om flera ”hiv-män” som



Viveca Urwitz – enhetschef på Socialstyrelsen.

står åtalade för att ha haft oskyddad sex med flera partners. I det mest uppmärksammade fallet handlar det om en man som kan ha haft sex med över hundra flickor. Man har redan konstaterat att minst två av dessa har blivit smittade.

– När det gäller hiv så hoppas alla på en teknisk lösning av problemet. Man tror därför att bromsmedicinerna – som ju är en teknisk lösning – redan löst problemet i Sverige, säger Viveca.

– Men bromsmedicinerna innebär att det finns fler och fler människor som lever med hiv i Sverige idag. Sannolikheten att träffa någon med hiv har aldrig varit större – förr låg ju dessa personer på sjukhus och var ganska dåliga. Idag är de aktiva ute i samhället.

– Den medvetenheten – att framgångsrika behandlingsmetoder också innebär att *smittsamheten* finns kvar i viss omfattning – saknas, konstaterar hon och tillägger:

– Men det är svårt att föra ut den informationen, utan att samtidigt stigmatisera fler tusen mycket skötsamma människor!

Klamydia – en generaliserad epidemi
Klamydia och hiv är två olika epidemier i ►

” Jag tror också att man måste jobba hårdare för att förstå att samtalet är en viktig del i den professionella verksamheten. Tyvärr är vi långt ifrån denna insikt i dag.

Sverige – men riskfaktorerna är desamma, påpekar Viveca.

– Klamydia är mer smittsamt än hiv, fortsätter hon.

– Dessutom kan klamydia vara en tyst infektion som man inte är medveten om att man har. Har man en STI som klamydia, så är man dubbelt så mottaglig – rent biologiskt – för hiv. Man kan säga att klamydia är en ”såpad bana” för hiv-viruset.

– Därför finns det ingen nation i världen som vill ha en generation ungdomar som är smittade med klamydia!

Ändå så ökar denna sjukdom kraftigt och idag är det den vanligast rapporterade könssjukdomen i Sverige. Störst är ökningen bland ungdomar i åldrarna 15–24 år.

– Hiv är koncentrerat till högriskgrupper – speciellt sårbara grupper. Det är vad vi kallar för en fokuserad epidemi. Men klamydia är spritt i *hela* ungdomsgruppen – och är alltså vad vi kallar en generaliserad epidemi, säger Viveca.

Beteendefärdigheter

När det gäller hiv tycker Viveca att vi i Sverige lyckats ganska väl med att hantera den inhemska smittan.

– Riskgrupper – t.ex. män som har sex med andra män – använder ofta kondom och har säkrare sex, anser hon.

– De har det som vi kan kalla för ”beteendefärdigheter” – sådant som man *måste* kunna. Det har utvecklats en kultur inom gruppen om detta.

Men Viveca ser oroande tecken inför framtiden.

– Tyvärr ser vi att de yngre män som rekryteras till denna grupp *inte* har denna kultur för säkert sex, och inte de beteendefärdigheter vi talat om heller. De har helt enkelt inte fått samma ”dövning” som de äldre!

Enligt Viveca beror denna utveckling på att de yngre inte har de kognitiva verktyg som de behöver.

– För sexualiteten gäller det att man själv måste erövra dessa kognitiva verktyg. Det gör man i dialog med andra människor. Och genom att man *övar* sig på att säga

saker som ”jag vill att vi använder kondom”. Man måste också hitta *sättet* att säga en sådan sak på.

Kvalitetsparametrar saknas

Kommunikation är alltså ett nyckelbegrepp när det gäller arbetet med prevention. Framför allt kommunikation riktad till unga.

– Det finns fyra instanser som är viktiga för denna kommunikation, och de är hemmet, skolan, sjukvården samt media. Framför allt så har sjukvården stor legitimitet hos människor.

Viveca exemplifierar med ett besök en person gör för att testa sig för en sexuellt överförd sjukdom. Enligt henne är det ett gyllene tillfälle – som det gäller att ta vara på!

– Ändå har jag konstaterat att när det gäller det rådgivande samtalet i samband med testning, så finns det inga kvalitetsparametrar för det. Inte heller finns det någon forskning som visar vad det ska innehålla etc.

– Det finns heller inte något utvecklingsarbete inom detta område – trots att det är ett unikt tillfälle som står till förfogande när man har ett samtal med t.ex. en klamydiasmittad.

Samtalet viktigt

Däremot finns det evidens i motiverande samtal när det gäller kost, alkohol och tobak, och Viveca tror att man kan använda sig av erfarenheter därifrån.

– Därför finns det anledning att lära upp personal inom sjukvården som arbetar med rådgivande samtal i samband med testning. Det tar visserligen bortåt ett år att göra det – men om man satsade på det skulle utfallet bli bra!

– Jag tror också att man måste jobba hårdare för att förstå att samtalet är en viktig del i den professionella verksamheten. Tyvärr är vi långt ifrån denna insikt i dag, tillägger hon.

Förändrat sexuellt beteende

Ungdomar idag har ett förändrat sexuellt beteende, och inte bara sjukvården utan även

skolan har ett stort ansvar när det gäller att möta denna förändring.

– Folkhälsoinstitutet har i en rapport slagit fast detta förändrade beteende. Två viktiga fakta från studien är att flickorna tar för sig mer – de blir mer lika pojkar – samt att ungdomar i genomsnitt har dubbelt så många partners idag som för tio år sedan, berättar Viveca.

– Debuten sker inte så mycket tidigare än förr, men efter densamma så har man fler partners eftersom det tar längre tid att hitta fram till sitt vuxenliv.

– Men kondomanvändningen däremot ligger kvar på samma nivå som för tio år sedan...

– Orsaken till förändringen är dels en emancipationsfråga, men också den norm- och beteendevetenskapliga förändring som ägt rum – som i sin tur är en social konstruktion, konstaterar hon.

Skolan mycket viktig

Det är, enligt Viveca, oerhört viktigt att man tar upp dessa frågor i skolan.

– Forskning har visat att om sexualundervisningen i skolan fungerar, så är det det bästa verktyget vi har!

Hon pekar på att det visserligen finns bra exempel på skolor som arbetar med sexualundervisningen målinriktat, men att det även finns skolor där det inte fungerar lika bra.

– Det räcker inte att det fungerar bra på sina håll, *alla* måste ha en välfungerande sexualundervisning, slår Viveca fast.

Och det är dessa frågor man nu arbetar med på enheten för hiv och STI-prevention.

– Det är ett problem med att nå ut med information i skolan och i sjukvården – och även att nå ut i media. På vår enhet jobbar vi med att ta fram kommunikationsstrategier för detta. Vi försöker systematisera det förebyggande arbetet, och konkretisera mål.

– *Vad* ska vi satsa på – det är den stora fråga vi arbetar med just nu, avslutar Viveca Urwitz.

PER LUNDBLAD

Inbjudan till Infektionsläkarföreningens fortbildningsmöte i Pärnu, Estland

9–12 april 2008

Vårens fortbildningsmöte hålls återigen i den vackra kuststaden Pärnu, grundad år 1251. Staden har haft en färgstark historia och bl.a. varit Hansastad, universitetsstad (under Karl XII), handels- och hamnstad, kurort sedan 1830-talet, socialistiskt semesterparadis under Sovjettiden och nu en småstadsidyll och badort med två km lång sandstrand. Utbildningen och boendet är förlagt till trestjärniga Hotel Scandic Rannahotell, som ligger vackert vid havet med gångavstånd till de centrala delarna av Pärnu. Hotellet byggdes 1935–37 i ren funkisstil och öppnades moderniserat 1994.

Resan arrangeras av Hansen Conference & Event i Göteborg. Deltagarantalet är begränsat till 50 personer. Kursen kommer liksom tidigare år att IPULS-granskas och finns därefter tillgänglig på IPULS hemsida. Nytt för i år är att mer tyngd ges i programmet åt falldiskussioner, framförallt i form av casemetodik



Stockholm: Avresa den 9 april kl. 08.40 och hemkomst den 12 april kl. 15.35
Köpenhamn: Avresa den 9 april kl. 09.40 och hemkomst den 12 april kl. 13.35

Vi flyger med Estonian Air.

Anslutningsflyg till reducerat pris och/eller övernattningar inom Sverige anordnas av Hansen Conference & Event.

Vår kontaktperson Karin Sjöholm hjälper gärna till med frågor:

Hansen Conference & Event

Karin Sjöholm

email: karin.sjoholm@hansen.se

Stampgatan 20

Telefon: +46-(0)31-755 87 28

411 01 Göteborg

Telefax: +46-(0)31-755 87 19

Kostnaden är 7 300 kr för Infektionsläkarföreningens medlemmar och inkluderar flygresor Stockholm-Tallinn t/r i turistklass, flygskatt, transfer flygplats–hotell t/r, inkvartering på Hotel Scandic Rannahotell i enkelrum i tre nätter med frukostbuffé, tre luncher, två middagar, utflykt samt möteskostnader.

Även icke medlemmar är välkomna i mån av plats, men då till ordinarie kursavgift, 24 700 kr.

Tillägg avresa från Köpenhamn: 500 kr

Anmälan kan ske senast **12 december 2007**, men anmäl dig snarast för att vara säker på en plats.

Anmälningsblanketten finns tillgänglig på föreningens hemsida, www.infektion.net, och skickas via e-post till

karin.sjoholm@hansen.se. Anmälan är därefter bindande. Efter anmälningstidens utgång skickas bekräftelse samt fakturor på anmälningsavgift mm. Program och biljetter skickas ut cirka 3 veckor före avresan.

Det **vetenskapliga programmet** planeras omfatta:

- * Nya och gamla antibiotika, resistensproblematik i praktiken
- * HIV
- * Malaria
- * CNS-infektioner
- * Tuberkulos
- * Estländsk infektionssjukvård
- * Falldiskussioner med casemetodik

Välkommen till fortbildningsmötet!

Karin Lindahl, fortbildningsansvarig

TISDAGEN DEN 27 NOVEMBER

13.00–17.00

Ungt Forum

Tema: Tuberkulos. Lokal: Föreläsningssalen "Loben" pl 6 Thoraxhuset, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna. Föreläsare: *Judith Bruchfeld, Inger Julander, Lars-Olof Larsson.*

ONSDAGEN DEN 28 NOVEMBER

SAL A 8

08.30–10.00

Fria Föredrag. Moderatörer: *Anders Johansson, Aylın Yılmaz*

08.30–08.45

1. Aciklovir- och valaciklovirinducerade CNS-biverkningar. En svår diagnos vid samtidig CNS-sjukdom. Kan koncentrationsmätning av aciklovirs huvudmetabolit CMMG underlätta i diagnostiken? Redovisning av 100 fall.

Anders Helldén, Ingegerd Odar Cederlöf, Lars Ståhle

08.45–09.00

2. Mängd men inte typ av *Mycoplasma pneumoniae* speglar sjukdomsgrad.

Anna C. Nilsson, Per Björkman, Kenneth Persson

09.00–09.15

3. Kartläggning av risk för sorkfeber via humanfall och fjärranalys

Gert Olsson, Åke Lundkvist, David Rogers

09.15–09.30

4. Concepts and results in humans on designing an effective HIV DNA vaccine.

Britta Wahren, Gunnel Biberfeld, Charlotta Nilsson, Andreas Bråve, Karl Ljungberg, Pontus Blomberg, Patricia Earl, Bernard Moss, Josephine Cox, Eric Sandström

09.30–09.45

5. Utbrott av svår grupp A streptokockinfektion i Uppsala län.

Anna Vikerfors, Aili Low, Åsa Melhus, Anna Norrby-Teglund, Johan Hedlund, Staffan Sylvan, Britt-Marie Eriksson

09.45–10.00

6. Yersinos hos barn – finns det några riskfaktorer?

Sofia Boqvist, Helena Pettersson, Åke Svensson, Yvonne Andersson

10.00–10.30

Paus med bensträckare.

SAL A 8

10.30–11.30

Justus Ström-föreläsningen:

HIV/AIDS – Från 100 till 0 på 25 år. Professor *Anders Sönnernborg*

SAL A 8

11.30–12.30

Lunchföreläsning: Vart är infektionsmedicin på väg?

Professor *Sten Iwarson*

Sponsras av Pfizer. Lunch serveras.

SAL A 8

12.30–14.00

Symposium: Smitta och livsstil – om infektionsrisker i ett föränderligt samhälle.

Moderator: *Anders Lindberg.* Se SY 7. Deltagare *Leif Dotevall, Peter Ulleryd, Sofia Boqvist, Lars I Holmberg.* Arrangeras av sektionen för infektionssjukdomar gemensamt med sektionerna för pediatrik och tropikmedicin. Av intresse för sektionen för allmänmedicin

SAL A 3

14.30–16.00

Symposium: Lipidrubbingar och diabetes hos HIV-infekterade: betydelse och optimerad behandling.

Moderator: *Magnus Gisslén.* Se SY 14. Deltagare *Leo Flamholz, Mats Eriksson, Björn Eliasson, Filip Josephsson.* Arrangeras av sektionen för diabetologi gemensamt med sektionen för infektionssjukdomar. Av intresse för sektionerna för cardiologi, dermatologi och venerologi, internmedicin.

SAL A 5

14.30–16.00

Symposium: Blåskattar hos kvinnor en besvärlig bagatell?

Moderator: *Malin André*

Se SY 21. Deltagare *Birgitta Hovelius, Martin Sundqvist, Mats Erntell, Malin André, Nils Rodhe, Torsten Sandberg.* Arrangeras av sektionen för allmänmedicin gemensamt med sektionerna för infektionssjukdomar och medicinsk mikrobiologi. Av intresse för sektionerna för geriatrik, och gerontologi, internmedicin, obstetrik och gynekologi.

HALL A

09.00–18.00

Posterutställning:

Författarna närvarar vid postrarna 16.30–18.00

7 P. Tolv respektive 24 veckors Peginterferon alfa 2a och ribavirin för patienter med hepatit C genotyp 2 eller 3, resultat från NorDy-namic-studien. *Martin Lagging, Åsa Alsiö, Court Pedersen, Martti Färkkilä, Mads Rauning Buhl, Nina Langeland, Kristine Mørch, Johan Westin, Gunnar Norrkans*

8 P. Behandling med peg-INF alfa-2a och ribavirin till patienter med återfall av hepatit C efter levertransplantation *Erika Hörnfeldt, Henrik Gjertsen, Ola Weiland*

9 P. Ribavirin i hög dos kombinerat med peg-INF alfa-2a vid behandling av hepatit C genotyp 1 för patienter som inte svarat på standardbehandling *Erika Hörnfeldt, Lars Ståhle, Robert Schwarcz, Tony Carlsson, Ola Weiland, Anna Hollander, Karin Lindahl*

10 P. Minskar akut Hepatit B pga. vaccination? *Ala Sabzevar, Ragnhild Janzom, Anders Blaxhult*

11 P. Seroprevalens av hepatit B markörer bland anti-HCV-positiva injektionsmissbrukare i Uppsala län *Johan Hedlund, Eva Lundell, Staffan Sylvan*

12 P. Sprutbytesprojektet i Lund; god vaccinationstäckning men nya fall av Hepatit B (HBV) och Hepatit C (HCV) *Ulrika Erlandsson, Bengt Ljungberg, Ann-Christine Zäll-Friberg, Hans Norrgren*

13 P. Epidemilogisk beskrivning av Meticillin Resistent Staphylococcus Aureus (MRSA) i Landstinget i Uppsala län *Bodil Arding, Staffan Sylvan*

14 P. ESBL i Östergötland: prevalens och epidemiologi hos *E. coli* och *K. pneumoniae* mellan 2002 och 2006 *Åse Östholm-Balkhed, Maria Tärnberg, Maud Nilsson, Anita V Johansson, Hans-Jürg Monstein, Lennart E Nilsson*

- 15 P. ESBL-bärarskap hos kirurgpatienter med akuta bukinfektioner *Maria Tärnberg, Åse Östholm-Balkhed, Christian Lindberg, Maud Nilsson, Anita V Johansson, Hans-Jürg Monstein, Håkan Hanberger, Lennart E Nilsson*
- 16 P. Hög förekomst av MRSA bland familjemedlemmar till patienter med MRSA P. J. *Hugo Johansson, Eva B. Gustafsson, Håkan Ringberg*
- 17 P. Hög kinolonresistens hos *Escherichia coli* vid urologkliniken i Östergötland var inte orsakat av klonal spridning *Maria Lindqvist, Christer Ablstrand, Anita Hällgren, Håkan Hanberger, Hans-Jürg Monstein, Lennart E. Nilsson, LIRA-gruppen*
- 18 P. Metallo- β -laktamaserna är här – utbrott av multiresistent klon av *Pseudomonas aeruginosa* med VIM-2 på Blekingesjukhuset *Carl-Johan Fraenkel, Eva Tano, Markus Klint, Åsa Melhus*
- 19 P. Multiresistenta gramnegativer, ESBL, MRSA och VRE hos en och samma patient – en fallbeskrivning *Thomas Schön, Niklas Lönnbro, Christian Gieske, Jonas Bonnedahl, Annika Wistedt*
- 20 P. Riskfaktorer för infektion med bakterier som bildar ESBL (Extended-Spectrum Betalactamases) Sammanställning av situationen i Halland 2006 *Helena Hallgren, Ingegerd Gustafsson, Törvald Ripa*
- 21 P. Salmonellos – konsekvenser av ett utbrott *Birgitta de Jong, Bo Svenungsson*
- 22 P. Fortsatt ökning av klamydia i Sverige 2007 *Inga Velicko, Sharon Kühlmann-Berenzon, Anders Blaxhult*
- 23 P. Handläggning av infektioner i särskilda boenden i Uppsala län *Åsa Eklund, Inger Tverin, Mette Palm, Per Hartvig, Staffan Sylvan*
- 24 P. Lokal implementering i Landstinget i Uppsala län av WHO:s globala strategi för att förhindra spridningen av antimikrobiell resistens *Inger Tverin, Åsa Eklund, Ove Andersson, Britt-Marie Eriksson, Staffan Sylvan*
- 25 P. Serologisk typning av *Neisseria gonorrhoeae* förbättrar den epidemiologiska övervakning av STI *Johan Hedlund, Staffan Sylvan*
- 26 P. Hög förekomst av andra sexuellt överförda infektioner (STI) hos nyupptäckta HIV-positiva män som har sex med män (MSM) diagnostiserade vid Venhälsan, Stockholm 2005–2007 *Anna Ohlén, Fredrik Pettersson, Bo Hejdeman, Göran Bratt, Anders Karlsson*
- 27 P. Ökar spridningen av HIV i Sverige? *Malin Arneborn, Inga Velicko, Anders Blaxhult*
- 28 P. Blocking of inhibiting receptors on NK-cells from HIV-1 infected patients leads to increased activation in vitro *Susanne Johansson, Jorma Hinkula, Bo Hejdeman, Ronnie Ask, Britta Wahren, Klas Kärre, Louise Berg*
- 29 P. God korttidseffekt av raltegravir hos 18 mycket behandlingserfarna HIV-patienter med tidigare grav terapivikt *Veronica Svedhem-Johansson, Eva Agneskog, Gunnar Briheim, Lennart Englund, Magnus Gisslén, Sven Grutzmeier, Per Holmblad, Bo Johansson, Nils Kuylenstierna, Lars Navér, Anders Sönerborg*
- 30 P. ProteinHC/kreatin-kvot bestämning i urinen är användbart för att följa patienter med Tenofovirbehandling *Moa Ekman, Ronnie Ask, Göran Bratt, Anders Karlsson*
- 31 P. Översjuklighet i tumörsjukdomar 10 år efter start med proteashämmarbaserad antiretroviral behandling (PI-ART) vid HIV. *Magnus Hedenstierna, Bernt Lund, Göran Bratt, Anders Karlsson*
- 32 P. TBE trots vaccination – ett diagnostiskt problem? *Sirkka Vene, Charlotta Rydgård-Andersson, Åke Lundkvist, Mats Haglund, Göran Günther*
- 33 P. Effekt av influensa- och pneumokockvaccination av ålderspen-sionärer. Resultat från Uppsala läns 3-åriga vaccinationsstudie. *Brith Christenson, Staffan Sylvan*
- 34 P. Conjugation of peptides bearing HIV drug-resistance mutations to the B-subunit of recombinant cholera toxin enhances the immune response against the mutations *Andreas Boberg, Stefan Gaunitz, Andreas Bråve, Britta Wahren, Nils Carlin*
- 35 P. Construction of a DNA vaccine encoding the HIV-1 protease *David Hallengård, Andreas Bråve, Andreas Boberg, Anna-Karin Roos, Britta Wahren*
- 36 P. Detection of HIV vaccine plasmid DNA by specific PCR and a standard HIV RNA quantification assay *Gunnel Engström, Andreas Bråve, Lindvi Gudmundsdotter, Kajsa Aperia, Jan Albert, Eric Sandström, Britta Wahren*
- 37 P. HLA Class I and II analysis of patients with chronic HIV-1 Infection in association with cross-clade responses to Gag *Lindvi Gudmundsdotter, D Bernasconi, Bo Hejdeman, R Theve-Palm, A Alaeus, K Lidman, B Ensoli, S Butto, Britta Wahren*
- 38 P. Intranasal immunization with a multigene vaccine in combination with a novel adjuvant, N3, induces systemic and mucosal immune responses *Andreas Bråve, Ulf Schröder, Britta Wahren, Jorma Hinkula*
- 39 P. Pre-clinical evaluation of a CEA DNA prime/protein boost vaccination strategy against colorectal cancer *Kristian Hallermalm, Susanne Johansson, Andreas Bråve, Monica Ek, Gunnel Engström, Andreas Boberg, Lindvi Gudmundsdotter, Pontus Blomberg, Håkan Mellstedt, Richard Stout, Margaret Liu, Britta Wahren*
- 40 P. Kan *Acanthamoeba polyphaga* vara värd för *Vibrio cholerae* O1 klassiska arter? *Hadi Abd, Johanna Larsson, Gunnar Sandström*
- 41 P. Utvärdering av snabbtest för malariadiagnostik *Lillemor Karlsson, Ulf Bronner, Birgitta Evengård*
- 42 P. Sorkfeber (nephropathia epidemica) – gott om skogsork talar för ny norrländsk epidemi kommande vinter *Gert Olsson, Birger Hörnfeldt, Marika Hjertqvist, Åke Lundkvist*
- 43 P. Candidemia in Sweden 2005–2006 *Victor Fernandez, Kristina Lindberg, Eva Jakobson, Erja Chryssanthou, Lena Klingspor, Erik Svensson, Jan Sjölin, Per Hagblom*
- 44 P. Cryptosporidiosis – kliniska manifestationer och molekylär epidemiologi. En delrapport. *Mona Insulander, Marianne Lebbad, Lillemor Karlsson, Bo Svenungsson*
- 45 P. Feber och Prickar – En ovanlig kombination? Utvärdering av en möjlig metod att tidigare diagnostisera invasiv meningokocksjukdom *Cecilia Löfgren, Per Gustafson, Peter Lanbeck*
- 46 P. Förekomst av *Chlamydia pneumoniae* i thorakala aorta-aneurysm *Marie Edvinsson, Ylva Molin, Eva Hjelm, Stefan Thelin, Göran Friman, Christina Nyström-Rosander*
- 47 P. Hög andel TSST-1 positiva *Staphylococcus aureus* i blododlingar från patienter med infektioner i benvävnader. *Eva Tano, Maria Hylén, Åsa Melhus*
- 48 P. Subcutaneous cytokine microdialysis in humans, results from infected patients and healthy controls *Andreas Ohlin, Per Josefson, Jens Schollin*

SAL A 8
18.30–19.30

Årsmöte Svenska Infektionsläkarföreningen. Lokal: Ersta Terrass.

20.00–

Kvällsymposium. Arrangerat av MSD. *Professor Peter Hawkey* Terapiinriktad utbildning med efterföljande enklare måltid. Bindande föranmälan enligt separat inbjudan. Gemensam busstransport erbjuds från Mässan i Älvsjö efter årsmötet.

TORSDAGEN DEN 29 NOVEMBER

SAL A 8
09.00–10.00

Elias Bengtsson-föreläsningen: Memories are made of this: how immunology can help to make better TB vaccines. *Professor Markus Maeurer.*

SAL A 5
10.30–12.00

Symposium: Klamydia – varför är det så svårt att bemästra epidemin? Moderator: *Peter Lidbrink.* Se SY 41. Deltagare *Carina Bjartling, Björn Herrman, socionom Margareta Forsberg, barnmorska Ann-Britt Thörn.* Arrangeras av sektionen för dermatologi och venerologi gemensamt med sektionerna för infektionssjukdomar, medicinsk mikrobiologi. Av intresse för sektionerna för allmänmedicin, obstetrik och gynekologi.

SAL A 8
12.30–14.00

Symposium: Att upptäcka och handlägga svår sepsis – en utmanande uppgift med förbättringspotential Moderator: *Peter Lanbeck.* Se SY 45. Deltagare *Lars Ljungström, Sven Lethvall, Andreas Hvarfner, Tomas Vikersfors, Mia Furebring, Jesper Svefors.* Arrangeras av sektionen för infektionssjukdomar gemensamt med sektionen för anestesi och intensivvård. Av intresse för sektionen för internmedicin.

SAL A 8
14:30–16:00

Sektionssymposium: Infektionsproblematik vid en drogberoende livsstil. Moderator *Anders Widell.* 50 SS. Deltagare *Anders Widell, Anders Thalme, Anders C Håkansson, Christer Lidman, Johan Franck, Marianne Alanko.* Arrangeras av sektionen för infektionssjukdomar

SAL K 21
16.30–18.00

Acta chir-symposium: Handläggning av infektioner inom urologin Moderator: *Magnus Grabe.* Se SY 63. Deltagare bl.a. *Magnus Grabe, Inga Odenholt, Kurt Naber.* Arrangeras gemensamt av sektionerna för urologi och infektionssjukdomar. Av intresse för sektionerna för allmän medicin, njurmedicin..

SAL A 8
16.30–18.00

Industrisymposium: Arrangerat av Pfizer. Deltagare *Jan Sjölin,* Behandling av svåra svampinfektioner. *Lars Nyman,* Anidulafungin – en ny behandlingsmöjlighet vid candidemi

FREDAGEN DEN 30 NOVEMBER

SAL C 6
08.30–10.00 **Symposium:** Silver i vården – guld värt? Moderator: *Åsa Melhus.* Se SY 68.

Deltagare *Anders Boman, Fredrik Huss, Jan Apelqvist, Lars Hylander.* Arrangeras av sektionerna för medicinsk mikrobiologi, arbets och miljömedicin, plastikkirurgi och dermatologi o venerologi. Av intresse för sektionen för infektionssjukdomar, diabetologi och allmänmedicin.

SAL A 8
10.30–12.00 **Symposium:** Kampen mot vårdrelaterade infektioner trappas upp! Moderator: *Eva Haglind.* Se SY 84. Deltagare *Johan Struwe, Mats Erntell, Sonia Wallin, Inger Riesenfeld-Örn.* Arrangeras gemensamt av socialstyrelsen, sektionerna för infektionssjukdomar och medicinsk mikrobiologi

Pfizerstipendiet 2008

Pfizerstipendiet är främst avsett för icke-disputerade medlemmar av Svenska Infektionsläkarföreningen. Stipendiesumman är 75 000 kr. Stipendiet annonseras endast i Infektionsläkaren och utdelas i 3–4 poster. Stipendiet kommer att delas ut vid Infektionsläkarföreningens Vårnöte i Lund 7–9 maj 2008.

Skriftlig ansökan med en kortfattad meritförteckning samt beskrivning av forskningsprojektet och planerad stipendieanvändning skall skickas till Ordföranden Åsa Hallgårde, Infektionskliniken, Universitetssjukhuset, 221 85 Lund. Ansökan skall vara oss tillhanda senast 1 mars 2008.

Stadgar för Pfizers stipendium inom området infektionssjukdomar:

- § 1 Stipendiets namn är ”Pfizers stipendium till stöd för forskningen inom området infektionssjukdomar”.
- § 2 Stipendiet utdelas årligen tillsvidare.
- § 3 Stipendiets storlek avgörs av Pfizer AB i samråd med Svenska Infektionsläkarföreningens styrelse för ett år i taget.
- § 4 Stipendiet riktar sig i första hand till icke disputerade medlemmar av Svenska Infektionsläkarföreningen. Stipendiet delas ut i tre till fyra poster av Svenska Infektionsläkarföreningens styrelse.
- § 5 Stipendiaten åtager sig att inom ett år efter utnämningen skriftligen redovisa forskningsresultat till Pfizer och Svenska Infektionsläkarföreningens styrelse.
- § 6 Stipendiet annonseras i Svenska Infektionsläkarföreningens medlemstidning i god tid före sista ansökningsdag. Föreningen ansvarar för kungörelsen i tidningen.
- § 7 Stipendiekommittén sätts samman i samförstånd mellan Pfizer AB och Svenska Infektionsläkarföreningen, kommittémedlemmarna uppbar ej arvode.
- § 8 Stipendiekommittén som utser stipendiaterna består av nio ordinarie medlemmar varav en är från Pfizer AB.
- § 9 Ansökan inges skriftligen till vetenskaplige sekreteraren, Svenska Infektionsläkarföreningens styrelse senast angivet ansökningsdatum. Ansökan bör innehålla summariskt curriculum vitae samt en beskrivning av forskningsprojekt och planerad stipendieanvändning.
- § 10 Stipendiaternas namn kungörs av Svenska Infektionsläkarföreningen, i samband med Infektionsläkarnas vårmöte i maj månad eller vid nästkommande årsmöte.
- § 11 Stipendiesumman utbetalas till stipendiaterna av Pfizer AB.

Fallbeskrivning

Ovanliga komplikationer

Vi har valt att presentera detta fall, även om det inte har något "slut-facit", eftersom vi tror att det finns ett allmänt intresse att ta del av ovanliga komplikationer vid hepatit C-behandling.

Patienten är en kvinna född 1959. Hon är gift och har ett välordnat socialt liv. Arbetar heltid på kontor. På 70-talet hade hon en kort period med ett injektionsmissbruk. Hon har en diabetes typ 2 som diagnostiserades 1996 och behandlas med tabletter. Hon har dessutom en Levax-insubstituerad hypothyreos. Båda hennes sjukdomar är välkontrollerade.

I samband med hennes diagnos av diabetes 1996 togs leverprover som visade lätt förhöjda transaminaser.

Första kontakten med oss på Infektionskliniken var Nov 2000 pga. HCV och de första åren har ALAT legat mellan 1 och 2. Sedan åtminstone Dec 2005 har ALAT legat högre, mellan 3–5. Hennes allmäntillstånd har hela tiden varit gott, hon har inte haft några symptom av sin hepatit C och har också varit skeptisk till en behandling. Vi själva har dragit oss för att behandla med tanke på hennes diabetes och thyroidea-sjukdom. Det är först mars -06 som hon är mer intresserad av en behandling och en genotypning visar typ 1b. Leverbiopsi görs sept -06 vilken visar inflammationsgrad 2 och fibrosstadium 3. Det finns alltså en klar behandlingsindikation.

Vid ett återbesök nov -06 diskuteras behandling noga igenom och det beslutas om behandlingsstart jan -07. Behandlingen genomförs med pegylerat interferon 180 mikrogram/vecka (Pegasys® och ribavirin 200 mg 2+0+3).

Vid behandlingsstarten tas ett kvantitativt PCR som visar 4,8 MIU/mL och hon planeras för 48 v behandling.

I behandlingsvecka 12 är hon en "early viral responder".

Behandlingen fortsätter. Hon tål behandlingen ganska bra. Hon har biverkningar i form av trötthet, illamående och klåda och nedstämdhet. Lätt avvikande thyroidea-värden. Hb runt 120, LPK 2–3. TPK sjönk första behandlingsveckan från 120 till 77

för att sedan ligga mellan 80 och 100 under behandlingen.

Provtagning i behandlingsvecka 24 kan inte påvisa något virus med kvalitativt PCR.

070910 har hon kontakt med ssk på mott. Hon besväras av hosta, frusenhet och en subfebrilitet 37,5–38.

070921 klart sämre med hostan, temp 39,6, andningsfrekvens 18, hållkänsla i bröstet, kräkningar. LPK stiger från 2 till 13 med neutrofil övervikt, CRP är 42.

Rtg visar ett tätt och mycket skarpt avgränsat infiltrat i mellanloben. På misstanke om pneumokocketiologi behandlas pat med fenoxymetylpencillin 1g 1x3. Vi beslutar att fortsätta behandlingen mot HCV.

070922 på morgonen får vi besked om växt av grampos kocker i 2 av 4 blododlings-flaskor. Eftersom hon kräks flera gånger så lägger vi in henne för i.v behandling med cefotaxim för att dagen efter byta till bensylpenicillin då vi får svar att det är helkänsliga pneumokocker.

Lab visar LPK 16, CRP 240, Na 110. Pga. hennes uttalade hyponatremi tas pat till IVA för att justera nivåerna under kram-övervakning.

På IVA får hon Solucortef och en engångs-dos Nebcina.

Patienten vistas på IVA 24 timmar.

Pat förbättras och kan skrivas ut 070924 med penicillinbehandling. Erhåller fortsatt antiviral behandling.

I hemmet sker ingen ytterligare förbättring. Feber kommer tillbaka upp till 39 grader, trött, andfådd, nattlig hosta.

Patienten inlägges igen 071002. Rtg pulm visar ett mer utbrett infiltrat och vi övergår till bensylpenicillin.

Patienten fortsätter kombinationsbehandlingen och får Pegasys 071005.

TPK är 210 071003.

071008 tillstöter Näsblödning och petchier. TPK är mindre än 5, Hb101, LPK 4,9. CRP är 68 och rtg pulm ser bättre ut. Behandlingen mot HCV utsättes nu och hon har då behandlats under 38 veckor.



Patienten får en påse trombocyter men näsblödningen avstannar inte och TPK stiger inte.

Efter andra påsen trombocyter stiger TPK till 11 071009, men uppgången är kortvarig. Hematologkonsult bedömer att pat har en ITP och påbörjar behandling med 70 mg Prednisolon.

071010 är Hb 75 o TPK 14. Patienten får trombocyter dagligen.

071012 påbörjas Octagam 0,4 mg/kg kroppsvikt + Solumedrol 2gx1 under 2 dgr och sättes sedan ut.

071013 är TPK 13. Patienten uppvisar hyponatremi. Hon fortsätter att blöda från näsan. Vi har upprepade kontakter med ÖNH-läkare och pat behandlas med bakre tamponad.

071016 genomförs benmärgsbiopsi som vi ännu inte har svar på.

071017 har hematologen kontakt med kollega på regionsjukhus som rekommenderar utsättning av bensylpenicillin. Detta skulle kunna vara en utlösande orsak till ITP.

Vi bedömer att patienten har en immunologisk reaktion som utlöser en ITP. Mest troligt är den antivirala medicinerings orsaken till detta, men penicillinbehandlingen och hennes nyligen genomgångna bakteriella infektion kan också bidra till tillståndet. Interferonutlöst ITP är beskrivet som en sällsynt biverkan vid hepatitbehandling.

To be continued...

HÅKAN LINDROTH
Infektionskliniken
Mälarsjukhuset, Eskilstuna

Målbekrivning i infektionssjukdomar

Arbetet med den nya målbekrivningen i infektionssjukdomar är nu i slutfasen. Förslaget redovisades för Socialstyrelsen i september varpå en del synpunkter framkom vilket kommer att medföra mindre justeringar. Tidsplanen är att den nya målbekrivningen ska börja gälla från första kvartalet 2008.

Bakgrunden till en ny målbekrivning är den rapport om läkares specialistutbildning och strukturen för medicinska specialiteter som Socialstyrelsen överlämnade till regeringen år 2003. I den gavs förslag till förändring beträffande både specialitetsindelning och specialitetsutbildning. Den snabba medicinska utvecklingen har gjort nuvarande målbekrivning från 1996 inaktuell och målen har uppfattats som omoderna och otydliga. Verksamhetschefen har idag dubbla roller genom att vara både utbildningsansvarig och examinator. Vidare har kritik riktats mot det teoretiska inslaget som ansetts för litet liksom kvalitetsbrister beträffande planering, handledning och uppföljning. Risk finns för geografiska variationer i utbildningen där lokala förutsättningar och skillnader påverkar kvaliteten. Många ST-läkare upplever även en konflikt mellan utbildning och sjukvårdsproduktion där utbildningsdelen får stå tillbaka.

Arbetet med att ta fram en ny målbekrivningsmodell har skett i nära samarbete mellan Socialstyrelsen och fem specialitetsföreningar (internmedicin, kirurgi, allmänmedicin, psykiatri och klinisk kemi). Utifrån denna modell har sedan specialistutbildningskommittén fortsatt arbetet för vår specialitet.

Den nya målbekrivningen består av två delar, en *övergripande kompetensdefinition* och en del med *delmål* där man utöver målet anger metoder för lärande och uppföljning. Genom att specificera metoder för lärande hoppas man kunna stärka och förtydliga det teoretiska inslaget, och genom metoder för uppföljning bättre följa kompetensutvecklingen. Syftet har också varit att stärka målstyrningen och göra tidsstyrningen mindre framträdande. Begreppet sidoutbildning anses överflödigt. Placering utanför den egna specialiteten anges under metoder för lärande med tydlig koppling till mål och

uppföljning av dessa. Utöver medicinsk kompetens har man dessutom infört och lagt fokus på ledarskap, kommunikativ förmåga och kompetens inom medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete. Detta är samtidigt ett led i att anpassa utbildningen till EU och göra den mer internationellt gångbar.

Den övergripande kompetensdefinitionen definierar *kompetensområdet*, *kompetenskrav* och *utbildningsstruktur*. Syftet är att på så kort, enkelt och övergripande sätt som möjligt beskriva specialitetens innehåll med förhoppning om att definitionerna ska vara beständiga längre tid trots förändring av sjukvårdorganisation och nya medicinska rön.

Vid *definition av kompetensområdet* har man haft för avsikt att innefatta förebyggande, utredning och behandling av akuta och kroniska infektioner i ett nationellt och internationellt perspektiv, konsultverksamhet, kunskaper om epidemiologiskt läge, rationell antibiotikaanvändning, resemedicin, isolering av patienter med smittsamma sjukdomar, smittskydd och vårdhygien.

Beträffande *kompetenskrav för medicinsk kompetens* beskrivs infektionsspecialitetens övergripande krav för att självständigt kunna arbeta inom området och även bistå andra specialiteter som expert i infektionsfrågor. Tyngden bör ligga på kunskaper om infektionssjukdomar förvärvade i Sverige och utomlands. Goda kunskaper ska vidare förvärvas inom bakteriologi, virologi, epidemiologi, smittskydd och akuta internmedicinska tillstånd.

Kompetenskraven för kommunikativ kompetens, ledarskapskompetens och kompetens inom medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete är gemensamma för alla specialiteter.

Att förmedla vetenskaplig kunskap och ge svåra budskap är något som kräver träning och utbildning varför det tycks märkligt att ett mål som *kommunikativ kompetens* helt

saknats i tidigare målbekrivning. I den nya målbekrivningen tas upp begrepp som den jämlika och ansvarsstagande patienten, mångfaldsaspekter, kommunikationsförmåga med andra läkare och medarbetare, pedagogisk förmåga, professionellt förhållningssätt och etik samt egen kompetensutveckling.

Metoder för att nå *ledarskapskompetens* har tidigare främst inriktats på fler utbildningar och kurser. Vardagssituationer inom sjukvården där möjlighet ges att träna handledarskap, vårdteamsarbete och organisationsutveckling är dock av minst lika stort värde vilket man försöker ta vara på i den nya målbekrivningen.

Kompetens inom medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete innebär att ST-läkaren ska utveckla ett medicinskt vetenskapligt syn- och förhållningssätt genom deltagande i forsknings- och utvecklingsarbete. Här kan ingå allt från att kritiskt värdera och ta till sig nya rön till att självständigt driva forskningsprojekt. Vidare ska ST-läkaren delta inom förbättrings- och kvalitetsarbete exempelvis genom att vara med och ansvara för kvalitetsregister. Folkhälsa och prevention är också begrepp som innefattas under detta område.

Under rubriken *utbildningsstruktur* beskrivs principen och ordningen för ST-utbildningens olika stadier. Grunden är klinisk tjänstgöring under handledning inom både öppen - och slutenvård vid infektionsklinik. Under det inledande året bör tonvikt läggas på handläggning av vanliga akuta infektionssjukdomar. Den teoretiska utbildningen sker dels genom klinikens egna interna utbildningsprogram samt SK-kurser. ST-läkaren ska även tillägna sig kunskaper om vetenskapliga metoder och förhållningssätt. Den väsentliga utvärderingen sker genom kontakt med handledaren samt deltagande i de årliga diagnostiska proven som ersätter avslutande specialistexamen. ►

Det viktigaste utvärderingsinstrumentet är en utbildningsportfölj där ST-läkaren samlar all dokumentation om tjänstgöring, kurser, diagnostiska prov, handledning, deltagande i projekt- kvalitets- och vetenskapligt arbete.

Målbeskrivningens andra del består av ett antal *delmål* som jämfört med 1996 års målbeskrivning är färre till antalet och mindre detaljrika. Dessa begränsningar har gjorts med förhoppning att lägga fokus på de mest centrala målen samt även göra delmålen mer beständiga. Tolv delmål faller under medicinsk kompetens och vardera tre delmål under kommunikativ kompetens, ledarskapskompetens samt kompetens inom medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete. Utöver själva målet anges som tidigare nämnts metoder för lärande och uppföljning. Till ett delmål kan anges flera olika metoder för lärande eftersom ett mål kan uppnås på många sätt. Varje metod för lärande är däremot kopplad till endast en uppföljningsmetod som oftast uttrycks i form av intyg eller skriftligt dokumenterat deltagande. Man kan ha invändningar mot detta då det verkar logiskt att en metod för

lärande kan följas upp på flera sätt. Det har dock inte funnits något utrymme för kompromiss i denna fråga då det är tänkt att termerna ska kunna tolkas generellt, användas av alla specialiteter samt även i samband med granskningen om uppnådd specialistkompetens.

De *tolv delmålen under medicinsk kompetens* innefattar inhemska samhällsförvärvade infektioner, infektioner förvärvade i utlandet, akuta livshotande infektioner, förebyggande av infektioner och smittspridning, behandling av och resistens hos infektiösa agens samt diagnostik av dessa, konsultverksamhet, handläggning av tillstånd med ökad infektionsrisk, vårdrelaterade infektioner, handläggning av akuta medicinska icke infektiösa tillstånd och slutligen utredning och behandling av infektioner med hänsyn till ålder.

I ett för infektionsläkarföreningen internt dokument kallat *checklista* finns en mer detaljerad och fördjupad beskrivning av specialiteten. Den är tänkt att användas som ett mer handgripligt instrument för ST-läkaren och handledaren för att täcka in alla områden. Här finns också möjligheter att vid behov göra tillägg eller förändringar.

Socialstyrelsen har även förslagit att utvärderingen av specialistkompetens kommer att anta något ändrade former. Bedömningen ska grundas på ett fylligare utvärderingsmaterial där delmålen uppföljningsinstrument samlat i utbildningsportföljen kommer att utgöra grunden. Specialistexamen är ett instrument som ofta diskuterats där vi inom infektion hoppas att vi istället får behålla våra årliga diagnostiska prov. Vidare finns förslag att någon form av extern bedömning kopplas till processen för att komma ifrån verksamhetschefens dubbla roll.

Arbetet med den nya målbeskrivningen har varit spännande och utmanande men också stött på problem under tiden. I vissa fall har åsikterna mellan nationella rådet och målbeskrivningsansvariga för vår specialitet gått isär. Vid flera tillfällen har också direktiven ändrats vilket inte förenklat processen. Sammanfattningsvis har det ändå varit ett givande arbete som vi hoppas leder till en påtagligt förbättrad utbildning och mer effektivt utnyttjade resurser.

GUNLÖG RASMUSSEN

Stiftelsen för Göran Sterners resestipendiefond

Ändamålet med Göran Sterners resestipendiefond är att bidra till fördjupade kunskaper inom infektionssjukdomar men också befrämja framtagandet av effektivare vårdmetoder för personer med infektionssjukdomar. Stiftelsens styrelse utgörs av infektionsläkarförningens styrelse.

Från stiftelsen ska ett stipendium delas ut vart eller vartannat år för bidrag till studieresa eller medicinsk konferens. För utdelning disponeras 9/10 av stiftelsens tillgängliga avkastning.

Behörig att söka är infektionsläkare, specialist eller läkare under specialistutbildning, samt annan personal på svensk infektionsklinik (med minst 3 års arbete inom samma klinik). Vid val av stipendiat tas hänsyn främst till den nytta som tillförs specialiteten genom de kunskaper som stipendiaten inhämtar. Beviljat bidrag betalas ut mot kvitto av erlagda kostnader.

Stiftelsens styrelse vill härmed annonsera ett stipendium på 11000 kr. Skriftlig ansökan med kortfattad meritförteckning samt beskrivning av målsättningen med resan/konferensen skall ställas till Ordförande Åsa Hallgärde, Infektionskliniken, Universitetssjukhuset, 221 85 Lund. Ansökan skall vara tillhanda senast 1 mars 2008.

Stadgar för Stiftelsen Göran Sterners resestipendiefond

- 1§ Stiftelsens ändamål är att bidra till fördjupade kunskaper inom fältet infektionssjukdomar i vidaste mening men också att befrämja framtagande av effektivare vårdmetoder för personer med infektioner.
- 2§ Ändamålet uppfylles genom att varje eller vartannat år ge ett ekonomiskt bidrag till en studieresa inom eller utom Sverige för deltagande i en medicinsk konferens där infektionsproblem kommer att behandlas.
- 3§ Stiftelsens styrelse skall utgöras av styrelsen för Svenska Infektionsläkarförningen i den mån dess medlemmar vill åta sig detta icke arvoderade uppdrag. Styrelsen för fonden lär dock lägst bestå av tre medlemmar inklusive Svenska Infektionsläkarförningens ordförande och dess skattmästare.
- 4§ Styrelsen förvaltar dess tillgångar som skall vara insatta på bank eller annan penninginstitution lydande under Finansinspektionen eller placeras i fullgoda värdehandlingar.
- 5§ Styrelsen beslutar i alla angelägenheter. För giltigt beslut erfordras minst tre medlemmars närvaro. Ordinarie sammanträde med styrelsen äger rum årligen en gång före februari månads utgång. Ytterligare ett ordinarie styrelsesammanträde skall hållas för beslut om utdelning av resestipendium. Extra sammanträde hålls när så av någon styrelseledamot påkallas.
- 6§ Stiftelsens styrelsemöten inklusive dess årsmöten protokollföres. Stiftelsens räkenskaper avslutas per kalenderår. För utdelningsändamål må endast disponeras 9/10 av för året tillgängliga avkastningsmedel. Resten tillföres kapitalet. Räkenskaperna skall granskas av en kvalificerad revisor som jämte suppleant för denne utses av styrelsen för ett kalenderår i sänder.
- 7§ Revisorn skall före utgången av februari månad avgiva berättelse över sin granskning, varvid revisorn har att till- eller avstyrka ansvarsfrihet för styrelsen. Tillstyrker revisorn ansvarsfrihet skall sådan anses vara lämnad. Har revisorn ej tillstyrkt ansvarsfrihet skall frågan om godkännande av bokslutet hänvisas till Svenska Infektionsläkarförningens årsmöte som en särskild punkt i dess dagordning.
- 8§ Svenska Infektionsläkarförningens styrelse kungör på lämpligt sätt att stiftelsens resestipendium är till ansökan ledigt före en viss datum. Berättigad att söka är infektionsläkare (under utbildning eller redan specialist) samt annan personal arbetande på en infektionsklinik inom Sverige. För den senare kategorin sökande gäller dock att de skall arbetat minst tre år inom samma infektionsklinik.
- 9§ Vid val mellan olika sökande skall hänsyn främst tagas till den nytta för infektionsspecialiteten som tillföres av de kunskaper den sökande kan inhämta under sin studieresa. Resebidraget får dock ej ges till samma person som erhållit stipendiet tidigare.
- 10§ Beviljat bidrag utbetalas senast inom ett år mot företeende av kvitto för erlagda kostnader.
- 11§ Denna stiftelse skall vara undantagen från tillsyn enligt lagen av den 24 maj 1929 om tillsyn över stiftelser. Den är ej registrerad i Stiftelseregistret enl. stiftelselagen (1994:1220).
- 12§ Stiftelsens säte är Stockholm och dess adress är Svenska Infektionsläkarförningen c/o Svenska Läkarsällskapet, Box 738, Klara Östra Kyrkogata 10, 101 35 Stockholm.

Kvalitetsregister för infektionssjukdomar

Vid chölmötet hösten 2006 presenterades förslag till ett nationellt kvalitetsregister för on-line-registrering av vissa infektionssjukdomar. Vid medlemmötet i samband med riksstämman 2006 fastslogs att vi under våren –07 skulle gå vidare med att utveckla fyra kvalitetsregister: för endokardit, meningit, ledinfektioner (inkl protesinfektioner) samt för svår sepsis och septisk chock (främst för patienter som hamnar direkt på IVA). Under våren 2007 har även ett register för pneumoni tillkommit.

Plattformen för registren heter Comporto och har inköpts från företaget Avensia innovation i Lund med Peter Rothman som vår kontaktperson och registerbyggare. (*Peter.Rothman@avensia.se*)

Ägare av infektionsregistret är Sv. Infektionsläkarförningen. En ansökan om medel för drift av registret för 2008 är inskickad till Sveriges Kommuner och Landsting.

Äntligen var det dags att registrera patienter från och med 071001.

För de olika registren ska det finnas kontaktpersoner på kliniken utsedda och namnen inskickade till registeransvariga:

Lars Olaisson, *lars.olaisson@infect.gu.se*
för endokardit

Magnus Roberg, *magnus.roberg@lio.se*
för meningit

Jesper Svefors, *jesper.svefors@lj.se*
för svår sepsis/septisk chock

Bo Söderquist, *bo.soderquist@orebroll.se*
för ledinfektioner

Hans Holmberg, *hans.holmberg@orebroll.se*
för pneumoni

Här nedan kommer era inloggningssuppgifter. Be er webbmaster att lägga adressen på er hemsida och det krångliga lösenordet man slumpat fram kan ni få ändrat till vad ni önskar genom att kontakta Peter Rothman. (*Peter.Rothman@avensia.se*)

Adress: <http://62.209.165.27/>

Användare: skickat till respektive klinik

Lösenord: skickat till respektive klinik

Hur ni praktiskt rapporterar in kan ske utifrån olika lokala lösningar.

Lars Olaisson önskar fram till årsskiftet även pappersvägen (som tidigare) få in IE-uppgifter. Det är ju då enklast att fylla i formulär 1 och sedan öppna Webblegget och skriva in motsvarande uppgifter för sidan 1 (tar 2 minuter extra). Formulär 2 (uppföljning) och formulär 3 (vid utskrivning från thx-klinik) får även de tills vidare skickas pappersvägen.

För pneumoni har Hans Holmberg skickat ut en enkel lathund där man antingen skriver in uppgifterna i ett pappersformulär eller dikterar in dessa, när man skriver epikrisen och att sekreteraren sedan skriver in i Webblegget.

Det har kommit en hel del synpunkter på registren, särskilt när det gäller definitioner och om tidsaspekten. För att registren skall kunna förenklas och förbättras är det viktigt att man nu går in och registrerar patienter och får erfarenheter – särskilt gäller detta "sepsisregistret" Återkom med frågor till mig eller de olika registeransvariga.

I nästa nummer av tidningen kommer en mer utförlig presentation av registren, registeransvariga och kanske med lite erfarenheter hur långt vi kommit.

TOMAS VIKERFORS,
tomas.vikerfors@orebroll.se



Protokoll fört vid styrelsemöte, Svenska Infektionsläkarföreningen

Vitemölla, 3–5 september 2007

Närvarande: Åsa Hallgårde, Per Follin, Torsten Holmdahl, Anna Jerkeman, Karin Lindahl, Stephan Stenmark, Bengt Wittesjö

§ 1

Å.H. öppnade mötet och hälsade välkomna.

§ 2

Val av protokolljusterare T.H.

§ 3

Dagordning fastställdes med tillägg av övriga frågor.

§ 4

Genomgång av protokoll från styrelsemötet 9/5 2007. S.S. avstod från att besvara remissen Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft (SOU 2007:10). I övrigt godkändes protokollet efter några mindre justeringar.

§ 5

Ordförandens ärenden Å.H.

Hemsidan. Styrelsen tackar Niklas Lönnbro för ett gott arbete som webbredaktör för föreningens hemsida. Efter förhandlingar under internatet med Olle Lundblad beslutas att Mediahuset tar över ansvaret för administrationen av hemsidan. Vice ordföranden T.H. blir formellt ansvarig för kontakterna med Mediahuset. T.H. får ansvar av upprätta ett regelverk för publiceringen på hemsidan och lämnar ett förslag till nästa styrelsemöte. Vetenskaplige sekreteraren P.F. får ansvar för kongress- och möteskalendern

Smittskyddsinstitutet har inbjudit till en workshop om resistensutveckling. Inga Odenholt och Inger Nilsson Ehle åker som representanter för SILF oktober 2007

IPULS VD, Kristian Borg, har tagit kontakt för ett möte med styrelsen. Vi har meddelat att vi är intresserad av detta, bollen ligger nu hos IPULS.

Jean Henrik Braconier, har fungerat som konsultationsläkare för specialiteten vid ansvarsärenden på uppdrag av Läkarförbundet. Han avgår nu då han går i pension. ÅH kontaktar förbundet för att få mer information om uppdragsbeskrivning och succession.

Brev från Martin Glimåker som lyfter fram konsekvenserna av utvecklingen för sjukvården i Stockholm. Å.H. kontaktar

Martin Glimåker och verksamhetschefen Elda Sparrelid

Förfrågan från Robert C Read, Professional affairs officer inom ESCMID, om deltagande i en ny kommitté. Infectious Disease Professional Affairs committee. Uppdraget är att bistå ESCMID i frågor gällande "professional training, mobility, recruitment and practical guidelines". Å.H. tar kontakt för mer information.

§ 6

Facklige sekreterarens ärenden, S.S.

Presenterade framtidsguppens dokument, Framtidens infektionssjukvård. Dokumentets innehåll diskuterades. Styrelsen har ytterligare 2 veckor att inkomma med synpunkter. Fortsatta kontakter med Mediahuset kring tryckning och distribution. Ska utkomma tillsammans med *Infektionsläkaren* Nr 4, 16/11 2007. För rådgivning inför utgivningen kontaktar Å.H. en mediakonsult och S.S. kontaktar informationsavdelningen på Läkarförbundet. En kommunikationsplan ska vara klar till chefsmötet.

S.S. har i uppdrag att uppdatera listan med namn på personer som representerar föreningen i olika grupper och råd. Utifrån detta kommer styrelsen ha en fortsatt diskussion om mandatperioders längd.

Information om kallelse till Läkarförbundets fullmäktige 22–23/11 2007 i Stockholm.

Styrelsen beslutade att inte stödja en motion med yrkandet "att centralstyrelsen låter bereda ett förslag till förändringar i stadgar och arbetsordningar i syfte att även specialitetsföreningarna skall vara representerade i fullmäktige".

§ 7

Vetenskaplige sekreterarens ärenden, P.F.

Har avstått från att besvara två remisser. Läke-medelsverkets föreskrifter (LVFS 1997:10) som gäller barnmorskors förskrivningsrätt gällande läkemedel som används vid födelsekontroll och remiss från Socialstyrelsen om hjärtkirurgi på barn och ungdomar som rikssjukvård.

SLE, LIF och SKL har erbjudit SLS ett samarbete om en databas som ska registrera alla utbildningar som läkemedelsindustrin

tillhandahåller för läkare. SLS har tackat nej.

Information om SLS fullmäktige 23/10 2007. Å.H. och K.L. deltar från SILF.

Brev från Ragnar Norrby angående förändrad organisation för SMI som ska övergå till enrådsmyndighet ledd av en myndighetschef som är ordförande. Förslag på att tillsätta ett insynsråd med representanter från Medicinsk mikrobiologi, SILF, Vårdhygien, KBM, SIDA, Vetenskapsrådet, Smittskyddet och Veterinärmedicin. Rådet utses av regeringen. Startpunkt för den nya organisationen är planerad till årsskiftet. Vi uppmanas nominera två personer. Styrelsen föreslår Britt-Marie Eriksson Uppsala och Lars Hagberg Göteborg.

Inbjudan till utbildningsdag, 7/9 2007 om Kvalitet i Svensk Läkarutbildningen

Presenterade programmet för riksstämman 28–30/11 2007. 6 fria föredrag, moderatorer Anders Johansson, Umeå och Aylin Yilmaz, Göteborg. Justus Ström-föreläsning med Anders Sönnernborg och lunchföredrag med Sten Iwarsson 28/11.

Elias Bengtsson-föreläsning 29/11 med Professor Markus Maeurer. Programmet innehåller 8 symposier och ett företagssymposium.

Medlemsmiddag efter årsmötet 28/11 planeras i samarrangemang med MSD. Förslag på föreläsare är professor Peter Hawkey.

Prisutdelning kommer att ske för bästa fria föredrag och de fyra bästa postrarna.

§ 8

Skattmästarens ärenden, B.W.

Nya *ordinarie medlemmar*: **Maria Löfgren**, ST-läkare Inf Klin Halmstad, **Ingrid Hammarström**, ST-läkare Inf Klin Västerås, **Jens Eriksson**, ST-läkare Inf Klin Visby.

Presenterade delårsbokslut i Göran Sterners resestipendiefond.

Presenterade delårsbokslut för SILF 3/9 2007

Styrelsen beslutar om en policy att revisioner av vårdprogrammen i första hand inte ska tryckas utan finnas tillgängliga via hemsidan.

Det finns ekonomiskt utrymme för ytterligare 2 programgrupper.

KVÅ. Genomgång av befintliga lathundar

och B.W. har gjort ett förslag till syntes. Åtgärder som har DRG-konsekvenser i öppenvården har markerats. Allt som ingår i ett normalbesök i öppenvården ska inte kodas. Kommer att presenteras på Chefsmötet.

Har tillkommit ett U-kapitel i ICD-10 för bakterier med antibiotikaresistens

Nysam, nyckeltalssamverkan. 14 Lands-ting deltar i registreringen. Mycket av rapporteringen överensstämmer med Verksamhetsenkäten. Kan man slå ihop dessa enkäter? Kostnad för inträde? Diskussion planeras till Chefsmötet. B.W. får i uppdrag att inbjuda Ivan Vig och Per Arneborn för att föredra frågan

Stadgar. Diskussion och revision av det förslag som B.W. tagit fram. Det nya stadgeförslaget läggs som en proposition från styrelsen vid årsmötet. Medlemmarna får information i kallelsen till årsmötet om att stadgeförslaget finns tillgängligt på hemsidan.

Styrelsen beslutar att föreslå förändring av räkenskapsåret till kalenderår men att behålla årsmötet i samband med Läkarsällskapets Riksstämma.

§ 9

Utbildningsansvarig, K.L.

Har skickat ut påminnelse om anmälan till Steningevik 11–12/10.

Redovisar planeringen för vårutbildningen 2008. Försök med nytt pedagogiskt inslag i form av fall som diskuteras med case-metodik.

Diskuterade införande av postrar från ST-läkare vid kommande vårmöten. Inget beslut togs.

Lyfte frågan om behovet av individuella fortbildningsplaner för specialister. Ska diskuteras vid grupparbetet på chefsmötet i oktober.

Diskuterade vad föreningen kan göra för att stimulera infektionsläkare till att ta på sig chefs- och ledaruppdrag.

§ 10

Redaktörens ärenden, A.J.

Presentation av planerat innehåll i *Infektionsläkaren* Nr 4 2007.

§ 11

Frågor för yngre läkare/SPUK, G.R.

Rapport per telefon och via bifogade filer på mail

Nya målbeskrivningen snart klar. Ska skickas in till nationella rådet 17/9 2007.

Styrelsen uppmanas inkomma med synpunkter på målbeskrivningen och checklistan före nästa möte i SPUK 11/9 2007.

§ 12

Programgrupper, T.H.

Revision vårdprogrammen för pneumoni och led- och skelettinfectioner är igång. Arbetet med virala meningoencefaliter fortskrider.

Kvalitetsregister. Inficare HIV har beslutat att skapa en ny styrgrupp för systemets kvalitetsregister. SILF inbjuds att delta med en representant. Beslutas att föreslå T.H. Ansökan ska skickas till SKL för att få bli ett nationellt kvalitetsregister. Inficare hepatit är under utveckling med målsättning att vara klart i början av 2008. Även till detta system ska det kopplas ett kvalitetsregister. Vi tar kontakt med Ola Weiland för att diskutera vårt intresse för deltagande i kvalitetsregistret.

När det gäller SILF:s kvalitetsregister har Tomas Wikerfors skrivit en ansökan till SKL om att få bli ett nationellt kvalitetsregister. Start av inmatning av patientdata är planerad till 1/10 2007. Utöver sedan tidigare planerade register har Pneumoni-registret tillkommit med Hans Holmberg som programansvarig. I den budget som bifogats SKL ansökan för 2008 är kostnaden i nuläget beräknad till 445 880 kr. Fortsatt belysning och diskussion av projektet och ekonomin på chefsmötet.

§ 13

Chefsmötet

Styrelsen träffas dagen före mötet 17/10 20.00. Resor till mötet bokas via Hansen Göteborg, karin.sjoholm@hansen.se, 031-755 87 28.

Diskussion om chefsmötets innehåll och ett preliminärt program tas fram.

T.H. och B.W. ansvarar för kontakter med inbjudna talare. S.S. skickar ut programmet, grupparbetet och gruppindelningen.

§ 14 Styrelsens arbetsformer 2008

- Styrelsemöte tisdag 8/1 på Läkarsällskapet i Stockholm.
- Deadline för material till Infektionsläkaren Nr 1 18/1
- Styrelsemöte torsdag 13/3 på Läkarförbundet i Stockholm.
- Deadline för material till Infektionsläkaren Nr 2 4/4.
- Styrelsemöte inför vårmötet 7/5, styrelsen träffas på kvällen 6/5.
- Styrelseinternat 27–29/8, Fjällbacka.
- Deadline för material till Infektionsläkaren Nr 3 2/9.
- Styrelsemöte inför chefsmötet 8/10
- Chefsmötet 9–10/10.
- Deadline för material till Infektionsläkaren Nr 4 19/10.
- Riksstämman 26–28/11, årsmöte 26/11

§ 15 Övriga Frågor.

Med anledning av förfrågan från infektionskliniken i Borås diskuterades Vårsmötets utformning. Styrelsen ställer sig fortsatt positiv till att man arrangerar ett socialt program på fredagen. Diskuterade åter frågan om program för sjuksköterskor på vårmötet. Frågan ska tas upp på chefsmötet.

§ 16 Mötet avslutas

STEPHAN STENMARK, *Facklig sekreterare*

ÅSA HALLGÄRDE, *Ordförande*

TORSTEN HOLMDAHL, *Protokolljusterare*

Kallelse till Ordinarie årsmöte för Svenska Infektionsläkarföreningen

Onsdagen den 28 november 2007
kl. 18.30–19.30. Stockholmsmässan i
Älvsjö, Sal A8.

Efter årsmötet inbjuds samtliga medlemmar i Infektionsläkarföreningen till en terapiinriktad utbildning med efterföljande enkel måltid. Separat inbjudan till detta kommer att sändas ut inom kort.

Dagordning:

1. Mötets öppnande.
2. Val av ordförande för mötet.
3. Val av mötessekreterare.
4. Val av protokolljusterare.
5. Godkännande av kallelseförfarandet.
6. Godkännande av dagordningen och ev. övriga frågor.
7. Styrelsens verksamhetsberättelse för 2007.
8. Rapport från skattmästaren.
9. Revisorernas berättelse. Fråga om ansvarsfrihet för styrelsen.
10. Val.
 - Styrelsen: Ordförande (2 år), Vetenskaplig sekreterare (2 år), övrig ledamot (2 år).
 - Revisorer för verksamhetsåret 2007–2008: 2 ordinarie, 1 suppleant.
 - Ledamöter i Svenska Läkaresällskapets fullmäktige, 1 år: 2 ordinarie, 2 suppleanter.
 - Ledamot i Specialistföreningarnas representantskap i Sveriges Läkarförbund, 1 år: 1 ordinarie, 1 suppleant.
 - Val av 2 ledamöter till valberedningen
11. Fastställande av årsavgift för 2008.
12. Proposition från styrelsen med förslag på förändring av stadgarna. Förslaget till stadgeändring finns tillgängligt på föreningens hemsida, www.infektion.net
13. Verksamheten år 2008.
14. Utdelning av pris till bästa Fria föredrag.
15. Övriga frågor.
16. Mötets avslutande.

Välkomna!

Stephan Stenmark, facklig sekreterare

Kongresser & Möten 2007/2008

2007

- 16 nov SMI-dag om antibiotika resistens**
<http://www.smittskyddsinstitutet.se/kalendarium/smi-dag-om-antibiotikaresistens/>
- 19 nov SMI dag om HIV-2**
<http://www.smittskyddsinstitutet.se/kalendarium/smi-dag-om-hiv-2/>
- 21-23 nov 5th World Melioidosis Congress**
Khon Kaen, Thailand
<http://www.wmc2007.org/>
- 27 nov Virologisymposiet**
Stockholm
birgitta.mansen@roche.com
- 27 nov Ungt Forum: Tuberkulos**
Anmälan: se annons Infektionsläkaren 0407
- 28-30 nov Riksstämman Stockholm**
<http://www.svls.se/riksstamman/811.cs>
- 1 dec World AIDS Day**
<http://www.worldaidsday.org/>
- 10-13 dec Allvarliga infektionsrelaterade sjukdomstillstånd**
Uppsala
<http://130.238.132.227/4DCGI/beskrivning?kursID=740&random=28377>
- 12-15 dec International Symposium on Tropical Medicine and Hygiene**
Karachi, Pakistan
<http://www.aku.edu/news/seminars/rstmh/>
- 2008**
- 21-25 jan SK-kurs: Sepsis på akutmottagningen och IVA 2008**
Linköping
<http://edu.ipuls.se> (se IPULS-nr: B:49)
- 27-29 jan International Conference on Opportunistic Pathogens in AIDS**
New Dehli, Indien
<http://www.icopa-india.org/>
- 28 jan – 1 feb SK-kurs Tuberkulos**
Stockholm
<http://edu.ipuls.se> (se IPULS-nr: B:50)
- 4-5 feb Fallseminarium**
Ljungberggården, Tynningö, Stockholm
Anmälan: se separat annons i detta nummer av *Infektionsläkaren*
- 3-7 mars SK-kurs: Antimikrobiell terapi**
Uppsala
<http://edu.ipuls.se> (se IPULS-nr: B:51)
- 10-14 mars SK-kurs: Infektionsepidemiologi och smittskydd**
SMI, Stockholm
<http://edu.ipuls.se> (se IPULS-nr: B:44)
- 18-21 mars 28th International Symposium of Intensive Care and Emergency Medicine**
(ISICEM), Bryssel.
www.intensive.org
- 24 mars World TB Day**
- 13-17 apr 21st International Conference on Antiviral Research (ICAR)**
Montreal, Kanada
<http://m114.phrm.cf.ac.uk/isar/node/31>

- 19-22 apr 18th European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ECCMID)**
Barcelona, Spanien
<http://www.akm.ch/eccmid2008/>
- 23-27 apr European Association for Study of the liver (EASL) 2008**
– The 43rd Annual Meeting. Milano, Italien
<http://www.easl.ch/>
- 7-9 maj SILF Vårmöte**
Lund
- 3-8 aug XVII International AIDS Conference (AIDS 2008)**
Mexico City, Mexiko
<http://www.aids2008.org/>
- 15-19 sept SK-kurs: Akut och kronisk leversjukdom**
Stockholm
<http://edu.ipuls.se> (se IPULS-nr B:17)
- 14-17 sept The Third European Influenza Conference**
Sevilla, Spanien
<http://www.eswi.org/>
- 6-10 okt SK-kurs: Klinisk handläggning av virala hepatiter**
Stockholm
<http://edu.ipuls.se> (se IPULS-nr: 13:01)
- 16-19 okt 13th Meeting of the European Society for Immunodeficiencies (ESID)**
Hertogenbosch, Holland
<http://www.esid2008.org/>
- 25-28 okt 48th Annual Interscience Conference on Antimicrobial Agent and Chemotherapy (ICAAC)**
Washington DC, USA.
<http://www.asm.org/meetings/index.asp>
- 31 okt-4 nov The Liver Meeting 2008 (59:e AASLD)**
San Francisco, USA
<https://www.aasld.org/>
- 26-28 nov Svenska Läkaresällskapets Riksstämma**
Göteborg
www.sls.se
- 1 dec World AIDS Day**
<http://www.worldaidsday.org/>

Nya medlemmar

Svenska Infektionsläkarföreningen välkomnar följande nya medlemmar som tagits in i föreningen:

Ordinarie:

Maria Löfgren, Halmstad
Ingrid Hammarström, Västerås
Jens Eriksson, Visby

Om ni inte får tidningen, inte finns med i matrikeln eller inte får SJID var goda och kontakta vår kassör Bengt Wittesjö, Gefionvägen 1, 371 41 Karlskrona, e-mail: bengt.wittesjo@telia.com