



infektionsläkaren

Nr 4 2009 • Volym 13

INFPREG
en tioåring
som bara växer

RIKSSTÄMMAN
program och abstrakt

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:

Katarina Westling
Infektionskliniken, Karolinska
Universitetssjukhuset Huddinge, I 73
141 86 Stockholm
Tel 08-585 820 19
Katarina.Westling@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: iStockphoto

UTGIVNINGSPLAN 2010:

	Manusstopp	Till medlem
Nr 1:	15/1	17/2
Nr 2:	7/4	7/5
Nr 3:	7/9	7/10
Nr 4:	20/10	20/11

INNEHÅLL:

Ledarsidan.....	1
Infpreg – tioåring som bara växer	3
Intervju med Marianne Forsgren	4
Inbjudan till utbildningsmöte	7
Information från Infektionsregistret....	9
Fallbeskrivning.....	11
Göran Sterners resestipendiefond	13
Rapport från kurs i London.....	15
Arbeta och bo i Beirut	16
Vårmetot i Umeå 2010.....	19
Yngreläkarspalten	21
Intervju med Lars Hagberg.....	23
Inbjudan till fallseminarium	27
Riksstämman, program	28
Abstrakt till Riksstämman	31
Protokoll	45
Kongresser och möten	47



Kära vänner!

Det årliga chefsmötet har just gått av stapeln när jag skriver detta, och som vanligt gick diskussionerna höga.

Vi förevisades InfCare Hepatit, som mycket påminner om InfCare HIV i layouten och som helt klart har goda förutsättningar att hjälpa oss att följa upp våra hepatitpatienter på ett bra sätt. Några kliniker har redan visat intresse och jag tror att InfCare Hepatit kommer att ses som ett hjälpmedel av de flesta, kanske alla kliniker, så småningom. Vinsten med InfCare-registren i det dagliga arbetet är tydligare än för de övriga kvalitetsregistren, men det är lika viktigt att vi får koll på hur vi handlägger många av våra akuta sjuka patienter. Jag ser fram emot den dag när kvalitetsregistren nästan själva, med bara några tangenttryck, hämtar alla uppgifter direkt från våra journalsystem. Det vore fantastiskt. Då kanske vi kunde frigöra tid. Vi behöver ibland ta bort saker för att få plats för nya arbetsmoment...

Vi diskuterade den kära ronden. Är tiden mogen för avdelningsarbete utan rond? Nej, det tyckte nog ingen, men många jobbade på att göra den effektivare och eftermiddagsronden hade ersatts av ett "avstämningssmöte" på många håll eller tom slopats. Influensan och framförallt planeringen av såväl epidemi som massvaccinering diskuterades. Arbetet och de lokala förutsättningarna varierade mycket och eftersom varken influensaepidemin eller vaccinationen börjat vecka 42 var det omöjligt att dra några slutsatser om hur man borde ha gjort. En gemensam slutsats var dock att i princip ingen av landets akutmottagningar var lämpade för patienter med luftburen smitta! Det tål att tänka på inför ny- och ombyggnation!

Det drar i dagarna ihop sig till Riksstämman som även i år innehåller en hel del godbitar. Infektionssektionens program brukar locka många åhörare och av rubrikerna att döma blir det så även i år. Det är också dags för föreningens årsmöte och som vanligt blir det lite förändring av styrelsens sammansättning. Jag lämnar styrelsen efter fyra fantastiskt roliga år. Det känns bra att få

ha varit med och uppleva att infektionsspecialiteten återigen står på fast mark, att vårdprogrammen fått en sådan genomslagskraft, att kvalitetsregistren börjar finna sin form, att målbeskrivningen och checklistan för ST är klara, att Hemsidan fått ett lyft, att vi genom läsarenkäten för något år sedan vet att vår tidning är uppskattad etc. Listan kan göras lång och är ett uttryck för att det finns ett stort engagemang i föreningen. Tack alla som bidragit till detta!

Resistensproblem och brist på isoleringsplatser är stora utmaningar för framtiden, men jag både hoppas och tror att vi infektionsläkare kommer att få gehör för våra synpunkter när man framöver planerar svensk sjukvård. Att infektionssjukvården med bl.a. antibiotikakunnande fungerar är ju en förutsättning för i princip all annan sjukvård!

Det hade varit roligt att, som en liten förtida julklapp, kunna meddela er den trevliga nyheten att specialiteten fått tillbaka namnet "infektionssjukdomar", men tyvärr har beslut i namnfrågan ännu inte fattats. Men jag hoppas att Socialstyrelsen snart kommer fram till att det namnet är det som passar allra bäst!

Med de orden vill jag tacka för mig och önska den nya styrelsen lycka till i det kommande arbetet.

Ett gott slut på året
och en God Jul och
ett Gott Nytt År!



ÅSA HALLGÄRDE
Ordförande

ANNONS

Infpreg – en tioåring som bara växer

Internet underlättar informationsspridning och sajten Infpreg har under tio års verksamhet hjälpt både sjukvårdspersonal och gravida mödrar.

För de flesta infektionsläkare är Infpreg, www.infpreg.se, välkänd – en internetsajt med multidisciplinär evidensbaserad kunskap och beprövad erfarenhet inom ämnesområdet infektioner under graviditet. Projektet Infpreg startade för cirka tio år sedan på initiativ av Marianne Forsgren, numera pensionerad virolog och Magnus Westgren, professor på Kvinnokliniken, båda från Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge. De förutsåg framtidens möjligheter och att det var via internet man skulle komma att söka kunskap och information.

Oberoende sajt redan från starten

Marianne och Magnus ansåg även att det var viktigt att inte vara beroende av läkemedelsföretagens reklam och därför bygger Infpreg på offentlig finansiering. Denna syn delas av medverkande experter från hela Sverige som ställer sin kunskap till förfogande utan ersättning. Idag har användandet av Infpreg ökat till drygt 20 000 besökare i månaden. Bland besökarna finns både sjukvårdspersonal och patienter.

Hjälp för både allmänhet och sjukvård

Infpreg underlättar handläggningen av gravida kvinnor med infektioner, framför allt för barnmorskan och den behandlande läkaren. Som sjukvårdspersonal kan det vara svårt att hålla sig uppdaterad om olika infektioners påverkan på graviditeten, vilken provtagning som bör utföras och vilken profylax och behandling som är aktuell. Infektioner under graviditet är vanligt och kan variera från lindriga tillstånd till mycket allvarliga infektioner. Flertalet infektioner är ofarliga för den gravida kvinnan och fostret, men i vissa fall kan skador och komplikationer uppstå och aktuell kunskap är nödvändig för korrekt handläggning.

Även för allmänheten, oftast den gravida och hennes partner, är Infpreg en kunskapskälla. De flesta svenskar har tillgång till internet som numera är en självklar del i all utbildning. Gravida kvinnor söker ofta kunskap om sig själva och sin graviditet



Bakre raden från vänster: Kristina Broliden, Karin Petterson, Marius Kublickas, Marianne Forsgren, Magnus Westgren och Marie Studahl. Främre raden från vänster: Lars Naver, Cecilia Brolinger och Marie Sjödin. På bilden saknas Berit Hammas.

på nätet. Frågor som kan vara aktuella är infektioners påverkan på det väntade barnet, om hon kan ge sig ut och resa i världen eller vilka vaccinationer hon kan ta. Infpreg har blivit en möjlighet att nå ut med uppdaterad kunskap inom området.

Över 100 experter

Sajten innehåller information till allmänheten och separat information till hälso- och sjukvården. Informationen är skriven på svenska. Vissa delar är lösenordsskyddade och endast sjukvårdspersonal har tillgång till informationen: "Frågor & svar" och "Fallrapporter". För hälso- och sjukvårdspersonal finns möjlighet att interaktivt ställa frågor som besvaras av medicinska experter. Målet för "Frågor & svar" är att frågan är besvarad inom tre dagar och vid behov tas telefonkontakt med någon av de ansvariga experterna. Det finns även en nyhets sida som tar upp aktuella ämnen, länkar till relevanta webbsajter och besöksstatistik.

Idag finns 35 kapitel som skrivs av experter med en bred kompetens inom området. Kapitlen är specifika för olika bakterier och virus, men det finns även kapitel om parasiter, vaccinationer och antibiotika under graviditet. Fler än 100 läkare och mikrobiologer från Sverige medverkar i Infpreg som

författare och sakkunniga och kompletterar den centrala expertgruppen (redaktionen) inom obstetrik, klinisk mikrobiologi, infektion och pediatrik.

Det finns också uppdaterad information som kan skrivas ut och ges till den gravida kvinnan och hennes partner.

Ny organisation sedan i somras

Under de gångna tio åren har Marianne Forsgren varit redaktör och ansvarig utgivare. Hennes kunskaper inom området infektioner under graviditet och hennes personliga nätverk har möjliggjort en successiv utökning av sajten. Då Marianne nu drar ner på sin arbetsinsats består redaktionen av med. dr. Karin Petersson, med. dr. Marius Kublickas, professor Magnus Westgren Kvinnokliniken, professor Kristina Broliden Infektionskliniken, doc. Marianne Forsgren Klinisk Virologi och med. dr. Lars Naver, Barnkliniken, samtliga vid Karolinska Universitetssjukhuset, doc. Marie Studahl, Infektionskliniken, Östra sjukhuset, Göteborg, med.dr. Berit Hammas, Klinisk bakteriologi/klinisk virologi, Universitetssjukhuset, MAS och samordningsbarnmorskorna Cecilia Brolinger och Marie Sjödin, Kvinnokliniken, Karolinska/Huddinge (se bild). Varje redaktör är ansvarig för fem till ▶

åtta kapitel och uppdateringar görs regelbundet, oftast årligen eller när ny aktuell kunskap publicerats. Det pågår ständigt rekrytering av nya författare och sakkunniga inom de olika områdena.

Besökarna blir fler och fler

Under de drygt tio år som Infpreg funnits har internet utvecklats kolossalt och webbsajten har blivit en succé. Att Infpreg kan samverka nationellt inom specialområdet infektioner och graviditet innebär goda förutsättningar för en kvalitativ god vård för den gravida kvinnan. Att använda internet

är ett effektivt sätt att förmedla expertkunskaper om infektioner under graviditet över hela landet.

2003 gjordes en studie för att utvärdera användningen av Infpreg inom mödravården (1). Studien visade att majoriteten av mödravårdcentralerna i Sverige hade tillgång till internet och att användningen av Infpreg som kunskapskälla ökade mellan år 2000 och 2002. Dock fanns fortfarande ett behov av ytterligare information om databasens användning.

Alltsedan starten har det varit en stadig ökning av användningen av Infpreg. 2002

var antalet besökare 52 215 och år 2008 var siffran 265 000. Vi hoppas att framgången håller i sig framöver. Vi ses och hörs på www.infpreg.se eller mail: infpreg@karolinska.se

Referenser:

1. Petersson K, Forsgren M, Sjödin M, Kublickas M, Westgren M. Evaluation of an Internet-based database on infectious disorders during pregnancy: INFPREG. Acta Obstet Gynecol Scand 2003; 82: 116-119.

MARIE STUDAHL

Infektionskliniken, Östra sjukhuset
Göteborg

Marianne Forsgren

– en av initiativtagarna till Infpreg

Idén bakom Infpreg kom ursprungligen från Marianne Forsgren, klinisk virolog från Stockholm. Det är hon som varit huvudansvarig för Infpreg, en uppgift som hon nu har lämnat över till andra.

Marianne, idag pensionerad, har arbetat på laboratorium större delen av sitt yrkesverksamma liv. Hon har varit verksam som virolog på Stockholms läns landstings mikrobiologiska laboratorium, och nära samarbetat med kliniskt verksamma kollegor – särskilt inom infektionsmedicin och barnmedicin.

– Det började med att jag efter studenten läste kemi på universitetet. Intresset för medicin tog emellertid över och efter ett år hoppade jag över till Karolinska Institutet, berättar Marianne.

– Men jag var fortsatt intresserad av kemi och molekylärbiologi, fortsätter hon.

Då det inte fanns möjlighet att börja på medicinsk kemi blev Marianne hänvisad till den – vid den här tiden – tämligen nya vetenskapen virologi.

Ständig utveckling

Det har varit en dynamisk och snabbt utvecklande vetenskap att ägna sig åt, anser Marianne idag. Hon arbetade på Karolinska Institutets virologiska laboratorium som student, parallellt med studierna, under Sven Gard som då var chef där och som låg bakom utvecklingen av det svenska poliovaccinet. Marianne deltog i första omgångarna av poliovaccination och

har sedan följt hur de tidigare allt allvarliga epidemierna helt försvann.

Mariannes intresse växte sig starkare. Efter avslutad examen prövade hon först att arbeta med annat – bl.a. på kvinnokliniken på Karolinska sjukhuset.

– Men jag erbjöds en tjänst på avdelningen för klinisk virologi på mikrobiologiska centrallaboratoriet. Jag tog den – och sedan blev jag i stort sett kvar där under 36 år, förklarar hon.

Hon påpekar att under hennes tid på laboratoriet utvecklades ämnet oerhört, och att det är en process som fortfarande pågår i allt snabbare takt.

– Det kom en rubella (röda hund) -epidemi i slutet av 60-talet, och början av 70-talet. Diagnostiken hade blivit möjlig då, och jag blev ansvarig för diagnostik och ofta även rådgivning.

Utredningsuppdrag

Marianne berättar att det var en ögonläkare i Australien som först upptäckte sambandet mellan rubella under graviditeten och ögonskador hos en del av de barn som sedan föddes. Svenska forskare gick igenom egna patientmaterial och bekräftade sambandet mellan rubella och fosterskador.

– Vi testade gravida kvinnor som insjuknat med utslagssjukdom eller troligen utsatts för smitta, och om vi kunde konstatera att det var rubella de hade, så var det information om hur stor risken var för skador hos fostret som vi fick ge. Svår rådgivning om

kvinnan skulle fortsätta graviditeten eller inte, konstaterar Marianne.

Det var framför allt under början av graviditeten som skadefrekvensen hos de födda var allra värst.

– Den låg på mellan 70 och 80%. Sedan sjunker den successivt efter tionde veckan.

Epidemier hade kommit med sex-sju års mellanrum. Sedan – 1972 – kom vaccin mot rubellavirus.

– Man började vaccinera 1974, och man valde att ge vaccinet till 12-åriga flickor. Dessutom testade man alla gravida för immunitet, och de som inte var immuna erbjöds vaccin efter förlossningen. Så gör man fortfarande, fortsätter Marianne. Rubella försvann först när man börjat vaccinera även barnen på 1980-talet.

Hon tillägger att hon och en kollega – Kari Johansen som arbetar på ECDC – i våras fick Socialstyrelsens uppdrag att utreda vad man har för uppfattning om huruvida denna immunitet räcker livet ut när naturlig smitta inte längre finns i samhället.

– Man vaccinerar barn mot morbilli, parotit, rubella vid 18 månader och vid 6–8 års ålder (tidigare var det vid 12 års ålder MPR-programmet). En del av vårt uppdrag är att ta reda på vilka grupper av gravida kvinnor som inte har skydd och hur man kan nå dem för vaccination redan innan de är gravida. De återfinns naturligtvis bland individer som kommer från länder där det inte finns vaccinationsprogram, alternativt sådana som inte har deltagit i ett sådant.

Aktuell kunskap

Efter rubella kom nya områdesfält undan för undan t.ex. hepatiterna A–E och hiv.

– Hiv ledde till att man satte in stora resurser, både i form av ekonomiska resurser och kompetens, världen över. Den molekylärbio-logiska forskningen hade kommit långt redan innan, men den påskyndades mycket av hiv. Utvecklingen gick snabbt, och resulterade i stora framgångar, summerar Marianne.

Utvecklingen inom IT-tekniken har också varit snabb och framgångsrik under det senaste decenniet. Därför föddes redan i början på 1990-talet hos Marianne tanken att bygga en webbaserad databas som informerade om infektioner under graviditet.

För den enskilde läkaren och barnmorskan är det svårt att hålla sig uppdaterad på olika infektioners eventuella påverkan av graviditeten – hur foster och moder ska följas, vilka prover som ska tas och vilken behandling som ska erbjudas.

– Det var inte bara jag som låg bakom webbasen. Vi var ett team bestående av Magnus Westgren, professor i obstetrik, Marius Kublickas, webbkunnig obstetriker, Karin Petterson, obstetriker samt Marie Sjödin, barnmorska, som samarbetade, förklarar Marianne.

Databasen, som nås på Internet på adressen www.infpreg.se, består dels av en allmän del riktad till allmänheten och en del riktad till anställda inom sjukvården – främst läkare och barnmorskor.

– Syftet är att sprida kunskap om det här ganska smala området som infektioner under graviditet utgör för att om möjligt förhindra skador. Utvecklingen går snabbt och vi vill belysa det så allmänt som möjligt med aktuell kunskap!

Interaktiv

Fördelarna med att databasen ligger på webben är flera: enkelt tillgänglig för alla som vill ta del av den, och det är en snabb process att uppdatera innehållet.

– Ett aktuellt exempel på detta är att vi snabbt informerade om den nya H1N1-influensan, säger Marianne.

Hon fortsätter med att berätta att det varit en stor fördel att basen är byggd så att vi själva kan redigera och införa nya uppdateringar – utan teknisk hjälp från någon.

– Uppdatering av innehållet görs framför allt av kapitelförfattarna – vi har en huvudansvarig för varje kapitel.

Dessutom är databasen interaktiv.

– Det finns möjlighet – i den lösenords-skyddade delen för sjukvårdspersonal – att



Marianne Forsgren

” Den mikrobiologiska diagnostiken är navet i det hela – man kan säga att det är en förutsättning för resten av innehållet.

ställa frågor och få svar inom ett par dagar. Det finns också namn på experter inom området att kontakta direkt, om det är en riktigt akut frågeställning.

Marianne är noga med att poängtera att det inte är de ansvariga för Infpreg som sköter patienterna.

– Vi förmedlar kunskap till dem som sköter patienterna, påpekar hon.

Mikrobiologisk diagnostik är navet

Det förekommer ingen reklam på webbplatsen. Alla experter och författare som medverkar ställer upp ideellt.

– Så vill vi om möjligt ha det för trovärdighetens skull.

Det är runt hundratalet specialister företrädare för 16 olika specialiteter som är involverade, och de kommer från hela landet, vilket Marianne säger att de ansvariga är glada för.

Brukarna är framför allt barnmorskor, obstetriker, infektionsläkare, barnläkare och mikrobiologer.

– Den mikrobiologiska diagnostiken är navet i det hela – man kan säga att det är en förutsättning för resten av innehållet.

Pionjärbete blev stor framgång

Det fanns inte många webbaserade databaser för drygt tio år sedan när Marianne och hennes kollegor drog igång.

– Vi var väldigt tidigt ute, konstaterar hon. Vi hade den stora förmånen att ha en kunnig webbmater, som själv är obstetriker.

Ökningen av användare har hela tiden varit stadig såväl i Sverige som i grannländerna. Nu ligger antalet besök på c:a 20 000 i månaden.

– År 2004 var det 10 000, så vi har sett en fördubbling på fem år. Och det fortsätter att öka hela tiden, berättar Marianne stolt. I våras släppte dock Marianne huvudansvaret för Infpreg. Yngre kollegor behöver ta över för att förnya!

– Jag vill vara mer i bakgrunden nu. Det finns så mycket annat att göra, förklarar hon.

Nu har Karin Petersson tagit över som sammanhållande och ansvarig för databasen och redaktion på arotiten har utökats med mycket kunniga kollegor inom infektionsmedicin (Marie Studahl), virologi (Kristina Broliden), bakteriologi (Berit Hammas) respektive neonatologi (Lars Navér).

– Cecilia Brolinger och Maire Sjödin, som ingår i redaktionen är våra samordningsbarnmorskor. Barnmorskorna är mycket viktiga i gruppen! Det är de som fungerar som kontaktlänkar med mödravården, avslutar Marianne Forsgren.

PER LUNDBLAD

ANNONS



Inbjudan till Infektionsläkarföreningens fortbildningsmöte i Mariefred 26–28 april 2010

Vårens fortbildningsmöte hålls i pittoreska, historiemättade Mariefred. Utbildningen är förlagd till Gripsholms vårdshus med anor från tidigt 1600-tal. Boendet och maten håller högsta klass. Vårdshuset har utsikt över Gripsholms slott, där vi kommer att få guidad visning.

Årets kurs blir en upprepning av förra årets succé som fick totalbetyget 5,6 av 6 möjliga poäng. Fokusområden är vårdprogrammen svår sepsis/septisk chock och bakteriella CNS-infektioner, infektionsproblem på intensivvård samt handläggning av multiresistenta bakterier.

Kursen IPULS-granskas och finns därefter tillgänglig på IPULS hemsida. Den pedagogiska metoden är ca hälften katedrala föreläsningar och hälften interaktiva diskussioner kring patientfall och särskilda problem. Interaktiviteten uppskattades särskilt av deltagarna förra året. På frågan om deltagarna skulle vilja rekommendera kursen till en kollega i motsvarande situation fick kursen 5,9 av 6 möjliga poäng!

Anmälningssblanketten kommer att finnas tillgänglig på www.infektion.net. Fyll gärna i den och skicka in via mejl, eftersom detta underlättar vår hantering. Kommunikation inför avresan kommer att ske via e-post, så var särskilt noggrann med att din mejladress är korrekt ifylld och uppdaterad. Deltagarantalet är begränsat till 42 personer, så först till kvarn gäller!

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 **7 900 kr exkl. moms** för Infektionsläkarföreningens medlemmar och inkluderar boende i enkelrum två nätter, tre luncher, två middagar och tre frukostar, guidning på slottet samt möteskostnader. Även icke medlemmar i Infektionsläkarföreningen är välkomna i mån av plats, men då till ordinarie kursavgift, 24 700 kr.

Resan ingår ej. Det finns goda tågförbindelser till Mariefred och man kan även ta sig dit tagledes från Arlanda. Starttiden är förlagd så att de flesta deltagare skall kunna påbörja sin resa hemifrån på måndagen. **Anmälan** kan ske senast **15/1**, men anmäl dig snarast för att vara säker på en plats.

Anmälningssblanketten 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 m.m. Slutgiltigt schema skickas mejlledes cirka tre veckor före avresan.

Preliminärt schema för Infektionsläkarföreningens fortbildningsmöte på Gripsholms vårdshus i Mariefred 2010

Måndagen den 26 april

- 09.30–10.00 Kaffe
- 10.00–10.30 Inledning, *Jonas Sundén-Cullberg*
- 10.30–11.15 Infektionsproblem på Intensiven – en utmaning för infektionskonsulten *Bengt Gårdlund*
- 11.30–12.15 Infektionsproblem på Intensiven (forts), *Bengt Gårdlund*

- 12.15–13.15 Lunch
- 13.15–14.00 Vårdprogrammet svår sepsis och septisk chock, *Mia Furebring*
- 14.15–15.00 Vårdprogrammet svår sepsis och septisk chock, *Mia Furebring*
- 15.00–15.30 Kaffe
- 15.30–17.00 Case 1-3, grupp 1-3
Bengt Gårdlund, Mia Furebring, Martin Glimåker
- 18.00 Middag

Tisdagen den 27 april

- 08.30–09.15 Vårdprogrammet bakteriella CNS-infektioner, *Martin Glimåker*
- 09.30–10.15 Vårdprogrammet bakteriella CNS-infektioner, *Martin Glimåker*
- 10.15–10.30 Kaffe
- 10.30–12.00 Case 1-3, grupp 1-3
Bengt Gårdlund, Mia Furebring, Martin Glimåker
- 12.00–13.00 Lunch
- 13.00–14.30 Case 1-3, grupp 1-3
Bengt Gårdlund, Mia Furebring, Martin Glimåker
- 14.30–14.45 Kaffe
- 14.45– Sightseeing
- 19.00 Middag

Onsdagen den 28 april

- 08.30–09.45 Knäckfall med mentometer
Jonas Sundén-Cullberg
- 09.45–10.15 Kaffe
- 10.15–11.00 MRSA, VRE, ESBL behandling, vårdhygien, smittskydd och andra vanliga frågor *Inga Odenholt och Eva Melander*
- 11.15–12.00 MRSA, VRE, ESBL, forts.
- 12.00–13.00 Lunch
- 13.00–14.00 Falldiskussioner VRE, ESBL, MRSA
Inga Odenholt och Eva Melander
- 14.00–14.45 Avslutning och utvärdering
Jonas Sundén-Cullberg

Föreläsare:

Mia Furebring, överläkare, Infektionskliniken, Akademiska sjukhuset i Uppsala
Martin Glimåker, överläkare, Infektionskliniken Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm
Bengt Gårdlund, överläkare, Infektionskliniken Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm
Eva Melander, överläkare, vårdhygien, Universitetssjukhuset MAS, Malmö
Inga Odenholt, överläkare, professor, Infektionskliniken Universitetssjukhuset MAS, Malmö
Jonas Sundén-Cullberg, fortbildningsansvarig Svenska Infektionsläkarföreningen

Välkommen till fortbildningsmötet!

Jonas Sundén-Cullberg, fortbildningsansvarig

ANNONS

Information från *Infektionsregistret*

Början av hösten är extra viktig ur kvalitetsregistersynpunkt. I september ska ansökan till Sveriges kommuner och landsting vara inne för fortsatta anslag till registret.

Nationella kvalitetsregisterdagar hölls i Stockholm där årets tema var "patientrapporterat resultat ger kraft till förbättringsarbete". Vi som arbetar mer aktivt med Infektionsregistret har styrgruppsmöte där registerhållare, delregisteransvariga, sekreterare och IT-konsult träffas och diskuterar problem och förbättringar av registret. På chefsmötet i oktober där klinikchefer från landets infektionskliniker deltar har Infektionsregistret också diskuterats flitigt. Som ny registerhållare efter Tomas Vikerfors har det varit en intensiv höst, men också ett bra sätt att komma in i arbetet. Jag vill passa på att tacka Tomas för det fantastiska arbete han hittills lagt ner på att få Infektionsregistret att fungera.

Inrapportering

Inrapporteringen går på flera håll bra, men ganska många kliniker har fortfarande, delvis av strukturella skäl, svårt att rapportera septisk artrit/protesinfektion och svår sepsis. För att underlätta rapporteringen och tydligt se vilka patienter som ska inkluderas, kommer aktuella diagnoser efter årsskiftet framgå på bladet "Information vid ifyllande" som finns för respektive deldiagnos.

Vissa felkällor som uppmärksammats i inrapporteringssystemet är under åtgärdande.

Fel års formulär har ibland använts vid inmatning där data nu matas över till rätt års formulär. "Varningstext" är inlagd när man loggar in på föregående års register samtidigt som ordningen i rullistan är mer överskådlig för att minska risken för dessa fel. Alla rapporter kommer att datumfiltreras på inskrivningsdatum istället för inrapporteringsdatum. Av största vikt är att det finns registeransvarig sekreterare och läkare på varje klinik för att nå hög inrapportering.

Kvalitetsmål, förbättringsarbete och verksamhetsutveckling

En hög täckningsgrad med valida data är naturligtvis grunden för att kunna använda

Antal inregistrerade patienter 090101-091015:

Register	Klinik	Kön	Antal
Endokardit			281
Pneumoni			4001
Bakteriell meningit			34
Septisk artrit – Nativ led			34
Septisk artrit – Protes			64
Svår sepsis på IVA inom 24t			115
Totalt antal inmatningar:			4529

registeradata till det som är registrets huvudsyfte, dvs. förbättra våden för patienten utifrån bättre följsamhet till våra nationella riktlinjer och använda data till förbättrings- och verksamhetsutveckling ute på kliniker. Det är något som främst kan ske genom analys av resultat med återkoppling, dels från registeransvariga men även ute på den egna kliniken. Konkreta och tydliga kvalitetsmål kommer också tas fram för varje delregister och presenteras på "Information vid ifyllande" efter årsskiftet. Varje klinik kan sedan enkelt på respektive on-linerafford följa hur man uppfyller dessa kvalitetsmål.

Återkoppling

För att förbättra återkopplingen pågår arbete med att ta fram en automatiskt genererad kvartalsrapport med ackumulerade resultat under året, där man kan se klinikens egna resultat i förhållande till övriga landet. I läsande stund är förhoppningsvis den första rapporten som speglar de tre första kvartalen utskickad till landets infektionskliniker, och den kommer också att finnas som en länk på Comportos sida. Sex nya rapporter som visar antal inmatningar per klinik och register jämfört med övriga landet, är också framtagna för att man dagligen ska ha möjlighet till aktuell uppdatering om antal inrapporterade fall för respektive diagnos från kliniken.

Registerregler

Registerregler finns att läsa som en länk under kvalitetsregister på vår hemsida, www.infektion.net.

Här står också reglerat hur man går till väga om man vill använda data från registren till forskning vilket naturligtvis uppmuntras från registeransvariga.

Revision, granskning

Arbete med förslag till ett revisionsförfarande pågår för att granska klinikernas registerarbete där syftet inte främst är en jämförelse mellan landets kliniker utan med den egna kliniken över tid. Under 2010 kommer en revision i begränsad omfattning ske som preliminärt kommer att innefatta samkörning med Socialstyrelsens diagnosregister för att få en uppfattning om täckningsgraden. Vidare kommer stickprovsanalyser att göras med granskning av ifyllda formulär samt på vissa kliniker försök med någon form av journalgranskning av begränsat antal parametrar där man jämför med data som registrerats i registret för jämförelse hur väl man fyllt i registren.

I en tid när nyttan av kvalitetsregister flitigt debatteras och många är tyngda av en redan hög arbetsbörda, är det viktigt att vi alla funderar över syftet och ambitionen med vårt register. För att registret ska fungera bra och kunna användas till allt det har potential för är det avgörande att vi alla bidrar genom en hög täckningsgrad.

Örebro 2009-10-19
GUNLÖG RASMUSSEN
Registerhållare

ANNONS

Fallbeskrivning

Anafylaxi orsakad av cystruptur hos patient med *Echinococcus granulosus*

Den 16 april 2009 kl. 01.30 inkommer en tidigare väsentligen frisk kosovoalbansk 44-årig kvinna medvetslös till medicinakuten. Enligt medföljande make mådde patienten bra föregående kväll. Klockan 01.00 vaknade maken av att patienten stönade och klagade över att det kliade. Föll ur sängen och var därefter medvetslös. Inga kramper.

Vid ankomst till sjukhuset är patienten ej kontaktbar, reagerar endast på kraftig smärtstimulering. Temperatur 36,8°. Saturation 88%. Tachycard, frekvens 146. Blodtryck 100/55 mmHg. Ingen fokalneurologi. Labprover visar CRP 1,1 mg/l, Hb 166 g/l, LPK $15,6 \times 10^9/l$, med normal differentialräkning. P-glukos 12,1 mmol/l, elektrolyter, kreatinin och leverstatus u.a. Utredds med akut CT skalle som visar normala fynd. Blir under undersökningen alltmer vaken. Orolig, skriker. Inläggs för observation. Utredds med EEG och LP som visar normala fynd. MR hjärna visar en 1 x 0,5 cm stor, oklar förändring i vänster lillhjärnshemisfär med utseende av låggradigt astrocytom alternativt reststillstånd efter tidigare process. Patienten förbättras spontant och utskrivs 17 april, uppföljning planeras via neurolog.

Den 19 april inkommer patienten åter med ambulans då hon i hemmet insjuknat med klåda, värmekänsla och därefter medvetandeförlust under ca femton minuter. Vid ankomst till akutmottagningen är patienten vaken men desorienterad, blek, kräks vid undersökningen, afebril, uppvisar urticariella utslag på armar och bål. Blodtryck vid ankomst 120/80 sjunker till 90/45 mmHg. Ingen fokal neurologi. CRP 17 mg/l, LPK $17,3 \times 10^9/l$, eosinofila $0,31 \times 10^9/l$, normalt leverstatus. Tolkas som en allergisk reaktion och behandlas med inj Betapred 8mg iv, Tavegyl och inf Ringeracetat. Förbättras, inlägges på neurologavdelning för observation. Vid fördjupad anamnes framkommer att patienten inte har någon känd allergi, inte ätit något speciellt före insjuknandet, inte tagit några läkemedel eller hälsokostpreparat. Hon är gift, arbetar som undersköterska. Uppvuxen på en gård i Kosovo, kom till Sverige 1992, har besökt Kosovo och gården varje sommar de senaste sju

åren. Man bedömer att de aktuella symptomen inte kan förklaras av de beskrivna lillhjärnsförändringarna. Differentialdiagnoser som diskuteras är paramaligna fenomen och carcinoid med levermetastas. Utredds med CT thorax och buk. Undersökningen visar, i höger leverlob, en 6 cm stor cystisk förändring i vilken en del septa kan anas. I direkt anslutning till denna finns en sämre definierad 3 cm stor förändring. Bilden inger misstanke om echinokokcysta även om annan genes inte kan uteslutas (se bild).



Infektionskonsult inkopplas. Serologi för *Echinococcus granulosus* (ELISA och Western blot) skickas till SMI, den blir kraftigt positiv. I labstatus ses att eosinofila stigit till $2,26 \times 10^9/l$, totalvita $12,4 \times 10^9/l$. Fortsatt normalt leverstatus. Ny LP görs som är u.a. Handläggningen av patienten diskuteras med tropikexpert i Lund och Stockholm. Vår bedömning är att patientens symptom orsakats av *Echinococcus* med cystruptur och anafylaxi. Patienten övertages till infektionskliniken. Insätts på behandling med albendazol (Zentel®) 400 mg x 2 i kombination med praziquantel (Biltricide®) 600 mg x 3. För att förebygga nya allergiska reaktioner under inledandet av behandlingen får hon också T Prednisolon och antihistamin. Patienten tolererar behandlingen väl. Eosinofilin normaliseras snabbt. Utskrivs 30 april. Prednisolonet trappas ned successivt. Antihistaminet utsätts tio dagar efter hemgång. Förändringarna i lillhjärnan

är bedömda av neuroradiologen i Lund, de bedöms inte ha något samband med echinokokkinfektionen, men kommer att följas framöver med ny MR hjärna. Då hjärnechinococcus, som är mycket ovanligt, har ett samband med hjärtechinococcus, görs ett polikliniskt ultraljud av hjärtat. Undersökningen är normal. Efter en månads behandling utsättes praziquantel och patienten behandlas nu enbart med albendazol. Kontroller av blodstatus och leverstatus har varit utan anmärkning. Patienten mår bra även om hon är orolig för nya allergiska reaktioner. Är remitterad till kirurgen i Lund för operation.

Echinococcus granulosus är en zoonos orsakad av en bandmask (cestod). Hund och varg är definitivt värd. Maskarna är 3–6 mm långa och lever i tunntarmen. Ägg utsöndras i värdjurets faeces. Mellanvärd är betande får och annan boskap som får i sig ägg med födan, i deras tarm frisätts en oncospher (embryo) från äggen. Oncospheren penetrerar tarmmukosan och följer sedan med blod eller lymfa till olika organ. Där bildas en hydatidcysta (metacestode). I hydatidcystan utvecklas den adulta maskformen, protoscolices. Cykeln fullbordas om hundar äter inälvor från fåren.

Människan kan infekteras via accidentellt intag av ägg från hundar i närmiljön. Hos människan utvecklas hydatidcystan oftast i levern (ca 70%) eller i lungan (20%), men det finns rapporter om cystor i njure, mjälte, bukåla, hud, muskler och, ännu ovanligare, hjärta och hjärna. *E. granulosus* har sin största spridning i områden med fåravel i södra Europa, Asien, Sydamerika, Australien och delar av Afrika. Den har även förekommit i norra Skandinavien med ren som mellanvärd. Infektionen ger inte upphov till några symptom så länge cystan ►

ANNONS

är liten. Hydatidcystan växer sakta, ca 5–15 mm/år och ger i regel upphov till symptom först vid en storlek av 4–10 cm. Infektionen spontanläker i vissa fall. Större cystor kan ge upphov till trycksymptom beroende på lokalisation. Sekundärinfektion leder till abscessutveckling. Cystruptur kan leda till feber, och akuta hypersensitivetsreaktioner som urtikaria, klåda och anafylaxi. Liknande reaktioner förekommer om cystmaterial läcker ut i samband med kirurgi. Dottercystor kan uppkomma om cystmaterial läcker ut i fri bukhåla antingen i samband med kirurgi eller vid en cystruptur. Lungcystor är oftast asymptomatiska och upptäcks en passant vid lungröntgen. Symptom som feber, hosta och andfäddhet förekommer.

Diagnostiken baserar sig på en kombination av radiologi (typisk bild på ultraljud, CT eller MR) och serologi. Antikroppsdetektion med ELISA anses vara den mest sensitiva serologiska metoden, bör kompletteras med Western blot för verifiering och speciesidentifiering. Båda dessa metoder finns på SMI. I övrigt förekommer lätt leukopeni, trombocytopeni och lätt leverpåverkan. Ett fåtal har eosinofili, ses framförallt vid läckage av cystmaterial (som hos vår patient).

Den klassiska behandlingsmetoden är kirurgi. En annan metod är s.k. PAIR (Puncture, Aspiration, Injection, Reaspiration). PAIR bör inte användas mot cystor som har kommunikation eller som kan rupturera, därför blev det inte aktuellt i vårt fall. Både patienter som opereras och de som behandlas med PAIR bör dessutom behandlas med albendazol (Zentel®) ensamt eller i kombination med praziquantel (Biltricide®). Albendazol kan ge leverpåverkan och leukopeni. Medlet är teratogent. Praziquantel har enligt vissa data en kompletterande effekt genom avdödning av protoscolices.

Referenser:

Donald P McManus, et al. Echinococcosis. *Lancet* 2003; 362: 1295-304.

Lecture Notes on Tropical Medicine, G.V Gill, N.J. Beeching s. 193-4.

EVA LINDQVIST
Specialistläkare
Infektionskliniken Karlskrona

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 infektionsläkarförbundets 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 10 000 kr. Skriftlig ansökan med kortfattad meritförteckning samt beskrivning av målsättningen med resan/konferensen skall insändas elektroniskt till vice ordförande Torsten Holmdahl torsten.holmdahl@skane.se.

Ansökan skall vara tillhanda senast den 1 mars 2010.

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 uppfylls 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 Infektionsläkarförbundet i den mån dess medlemmar vill åta sig detta icke arvoderade uppdrag. Styrelsen för fonden lär dock lägst bestå av tre medlemmar inklusive Svenska Infektionsläkarförbundets 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 Infektionsläkarförbundets årsmöte som en särskild punkt i dess dagordning.
- 8§ Svenska Infektionsläkarförbundets 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 Infektionsläkarförbundet c/o Svenska Läkarsällskapet, Box 738, Klara Östra Kyrkogata 10, 101 35 Stockholm.

ANNONS

Advanced Course in Epidemiological Analysis

Jag erhöll våren 2009 Göran Sterners resestipendium för att delta i kursen "Advanced Course in Epidemiological Analysis" vid London School of Hygiene and Tropical Medicine i London i september 2009.

London School of Hygiene and Tropical Medicine grundades 1899 av den skotske parasitologen Sir Patrick Manson för att samordna utbildningen i tropikmedicin så att de brittiska medborgare som ådrog sig exotiska sjukdomar i kolonierna skulle kunna försäkras en god vård. Manson bodde själv på 1860-talet på Formosa och senare i Kina där han bland annat studerade livscykeln för filaria genom att låta myggor suga blod av sin infekterade trädgårdsmästare. Detta ledde vidare till studier av myggor som sjukdomsspridare och Manson var en av de första att lansera teorin om att malaria spreds med myggor.

Skolan har sedan starten vuxit både bildligt och bokstavigt och är nu en av Europas ledande forskningsinstitutioner inom epidemiologi, folkhälsovetenskap och tropikmedicin. Den är en del av London University och man erbjuder både masterutbildning, forskarutbildning samt kortare diplomutbildningar och forskarutbildningskurser. Skolan har forskningssamarbete med ett flertal olika länder framförallt i Asien och Afrika, en stor del av lärarstaben har icke-engelsk bakgrund och man tar emot studenter från hela världen vilket sammantaget skapar en närmast "FN-lik" multikulturell atmosfär.

Den aktuella kursen var, som namnet anger, en två veckor lång intensivkurs i metoder för epidemiologiska analyser. Kursinnehållet sträckte sig över både så kallade klassiska metoder samt mer avancerade regressionsmodeller. Första veckan ägnades i huvudsak åt principerna bakom logistisk regression men innehöll även sessioner om fall-kontrollstudier, matchning och analysstrategier. Följande vecka ägnades åt analysmetoder för kohortstudier såsom Poisson regression och Cox regression, men även åt metaanalyser och hur man angriper korrelerade data. Det som förelästills tillämpades omedelbart därefter då föreläsningarna varvades med praktiska övningar i smågrupper, både med miniräknare och med datorövningar med



Årets kursdeltagare utanför London School of Hygiene and Tropical Medicine.

» Kursen höll genomgående en mycket hög pedagogisk klass och var imponerande väl sammansatt med entusiastiska och engagerade föreläsare.

lagom tillrättalagda dataset från autentiska studier.

Kursen höll genomgående en mycket hög pedagogisk klass och var imponerande väl sammansatt med entusiastiska och engagerade föreläsare. Visserligen hölls kursen för 20:e gången, men jag blev ändå imponerad av att alla föreläsningar inleddes och avslutades med en kort sammanfattning om var i helheten just den aktuella sessionen befann sig, och vad vi förväntades kunna efter lektionen. Samtliga lärare var införstådda med precis vad som förelästills och vad som skulle komma att föreläsas. Egentligen självklarheter, men trots många år av universitetsstudier och ST-utbildning har jag inte tidigare varit med om någon kurs där detta genomförts i denna grad.

Skolans kurser är populära och det gäller att ansöka i tid för att komma med. Kursavgiften är förhållandevis hög men det finns ett stipendiesystem för att underlätta deltagandet för personer från låginkomstländer. Ungefär hälften av de 60 kursdeltagarna kom från Storbritannien, men av oss övriga fanns representanter från alla världsdelar

med vitt skilda bakgrunder vilket förgyllde diskussionerna, gav ovärderliga minnen och ett nytt spännande kontaktnät.

London School of Hygiene ligger centralt i anrika kvarter i Bloomsbury. Den stramt vackra Art Deco-byggnaden i sandsten uppfördes 1929. Den har naturligtvis renoverats invändigt men fortfarande löper den imponerande trappan genom hjärtat av huset och i biblioteket med ursprunglig träpanel luktar det härligt av damm från gångna årtionden av berömmelse. British Museum finns runt hörnet och har fritt inträde, så vi var en del som förlade lunchrasterna på guidade visningar där. Dagarna blev snabbt in-tecknade då det intensiva tempot dagtid krävde en del självstudier kvällstid och då kursledningen hade ordnat ett omfattande socialt program med välkomst- och avskedsmiddagar, pubbesök, båtutturen på Themsen och en, för oss med lite svindel, hisnande tur med the London Eye.

MALIN INGHAMMAR
Universitetssjukhuset i Lund
Malin.Inghammar@med.lu.se

Arbeta och bo i Beirut

Nu har jag varit i Libanon i snart ett och ett halvt år... Jag är här som "medföljande" och har själv fått hitta arbete på plats. Som många av er vet, så är jag halvlibanes själv. Så jag kan prata arabiska.

I Libanon gäller inga andra examina än den libanesiska, så alla utländska läkare måste tenta. Att registrera sig till tentan är ett helt företag: tre dagar på ministeriet med mutor krävdes (!). I tentamen ingår en skriftlig och en muntlig del, där både kliniska och prekliniska frågor ingår. Tack och lov hade jag gjort den under min första mammaledighet! När tentamen väl är gjord måste man registrera sig vid hälsoministeriet. Det hade jag däremot inte gjort. Det blev också en vals genom diverse statliga institutioner, som tog sin lilla tid. Att bli registrerad i "the order of physicians" är obligatoriskt, men det går snabbt.

Det tog några månader innan all pappers-exercis var klar, men någon gång i oktober förra året började jag jobba, och då blev det på två arbetsplatser på en gång.

Sjukhuset

Det första jobbet jag fick var på "Hospital Saint Joseph-Dora" ett sjukhus av mellanstorlek (120 sängar) i Beiruts norra delar.

Nästan all vård är privat i detta land, och det finns otroligt många läkare. Man får betalt per patient. Man får inget jobb automatiskt och ingen lön från sjukhuset. Det man tjänar mest på är öppenvårdpatienterna, sedan på patienterna som läggs in på ens namn och minst på inläggande konsulter, där man i princip inte tjänar någonting. Kallar ingen på en kan man sitta i kafeterian och rulla tummarna hela dagen (nej, man har inget eget rum man kan sitta på). Infektion ingår i internmedicin, och det fanns redan sex intermedicinare med infektionsprofil när jag kom till sjukhuset.

Jobbet på det sjukhuset var lite "var man för sig", eftersom man lägger in sin patient på avdelningen och sedan är helt ansvarig för denna. Strukturen som vi är vana vid i Sverige med överläkare/underläkare duo per avdelning är inte densamma. Det finns en underläkare på avdelningen, men det är ofta en AT-läkare, som också samtidigt har undervisning och tjänstgör på akuten. Eftersom patienterna på avdelningen "till-



De Romerska ruinerna vid Tyr, söder om Sidon. Det är Israel man skimtar i bakgrunden.

hör" olika läkare är det helt omöjligt att ha en traditionell rond.

Man går rond själv och informerar sedan sjuksköterskorna. All journalföring sker för hand på papper. Händer något din patient ringer sjuksköterskan dig, närhelst det händer på dygnet, och då förväntas man vara tillgänglig. Jour har man en gång i månaden ca, och då är man jour en vecka i stöten. Det blir i princip bara en eller två patienter man får ta hand om eftersom de flesta vill ha "sin egen doktor". Men man måste likväl vara tillgänglig och nära sjukhuset hela veckan. Som ni förstår är det svårt att ta semester eller vara ledig när man jobbar, framförallt de första åren. Det gäller att skapa sitt patientklientel i ett mycket kompetitivt klimat.

Universitetet

Det andra arbetet är på Lebanese American University (LAU). Det är ett amerikanskt-affilierat universitet. De har precis öppnat en

läkarlinje som är en hybrid mellan problem-baserad och traditionell undervisning. Det är ett helt amerikanskt system, studenterna har genomgått "pre-med" som motsvarar lite vårt gamla "pre-klin". Sedan har de fyra år där två tillbringas utanför sjukhuset och två är helt på sjukhuset (s.k. clerk ships). United States Medical Licencing Examination (USMLE) är målet och studenterna skall in i det amerikanska systemet, men helst komma tillbaka till Libanon efter det.

Jag är den enda som är infektionsläkare, och har förutom infektionssjukdomar fått den basala mikrobiologin och immunologi-undervisningen på min lott. Det blir en hel del arbete. Men det är ju oerhört spännande med allt det nya som skall byggas upp. Det är allt från att beställa frys till labbet till att föreläsa och förbereda kliniska fall. Tack och lov har jag en BMA som hjälper mig med labbet och en hematolog som hjälper till med immunbristsjukdomarna.

Utbildningen är uppbyggd på så sätt att kandidaterna först har ett 15-veckorsblock: Foundations of medicine. Det är en riktig "Boot camp" med anatomi, mikrobiologi, immunologi, biokemi, fysiologi, socialmedicin, epidemiologi och lite "clinical skills".

Efter det är allt uppdelat i block om 5–6 veckor: cardiology block, renal block, musculoskeletal block etc. Hela veckan är uppbyggd kring ett kliniskt fall. Till exempel är Anemiveckan uppbyggd kring fallet "My daughter has heavy menses". Studenterna får fallet på måndagen i grupprummen och får jobba hela veckan på fallet. Under tiden handlar alla föreläsningarna om det, från klinisk kemi till hematologi. Och så på fredagen har de lösningen och det blir som en "wrap up" av hela veckan. För varje block får "lärargruppen" träffas och gå igenom vad som ska föreläsa. För närvarande består gruppen av två patologer, en farmakolog, en nefrolog, en epidemiolog, en biokemist, en internist (som tar socialmedicindelen), en infektionsläkare (jag), en genetiker, en urolog (som har hand om anatomin) och en allmänläkare. Till det har vi the dean och the vice dean (dekanus och prodekanus), som övervakar.

Universitetet hade initialt inget tillhörande sjukhus. Harvard var modellen, och liksom Harvard skulle studenterna spridas ut till olika sjukhus. Men snart visade det sig att riktlinjerna (det finns inget som heter nationella riktlinjer här), språket och kvaliteten skulle vara så varierande att det inte skulle gå. Universitetet köpte då helt sonika ett av de mellanstora sjukhusen i centrala Beirut: Rizk Hospital. Så i januari ska jag börja där.

Språk

Libanon är flerspråkigt. Även om det officiella språket är arabiska, så sker det mesta av undervisningen och framförallt högre utbildningar på engelska eller franska. Läkarutbildningar likaså. Det första sjukhuset jag jobbade på var affilierat till ett fransktalande universitet. Så läkarna pratade franska med varandra, medan man pratade arabiska med sjuksköterskorna och patienterna. På universitet är det engelska som gäller. Det blir lätt lite förvirrande med alla språk som flyger runt!

Lite om Libanons historia...

Under flera århundraden ingick Libanon i det Ottomanska riket. Efter andra världskriget hamnade Libanon och Syrien under franskt mandat. Libanon blev självständigt 1943. Så franska språket är fortfarande mycket utbrett, framförallt i de kristna



Bergsvandring med barnen.



Det stora hålet är där byggnaden för läkarlinjen kommer att stå. Vi är i tillfälliga lokaler nu.

kretsarna. Libanon har också alltid varit en mellanösterns metropol vad gäller utbildning. Det kryllar av högre utbildningar i Libanon, de allra flesta privata. Huvuddelen av undervisningen sker på franska eller arabiska. Det finns sex läkarutbildningar i landet nu (i ett land med knappt fyra miljoner invånare). Alla är affilierade till franska eller amerikanska universitet, på så sätt att en majoritet av läkarstudenterna gör sin AT och hela eller delar av sin ST i Frankrike eller USA. Det är således inte ont om läkare i Libanon. De är snarare i överflöd. Och jobb som smittskyddsläkare eller hygienläkare finns bara inte. Klimatet är stenhårt...

Livet i övrigt

Libanon är lika med kaos. Alla har en hatkärleksrelation till kaoset. De klagar på det men älskar friheten det ger.

Libanon har ett subtropiskt klimat, och oktober här är som den svenska sommaren.

Det finns ingen buss eller tunnelbana och bilen gäller överallt. Och folk kör som GALNINGAR! Och folk HATAR att gå.



Bra skidåkning 1 timmes resa från centrala Beirut, 2000 meter över havet.



Klassisk grönsakshandlare. Dessa är tyvärr på väg att försvinna...

Det är ingen bra miljövänlig kombination. Att gå på gatan är fullständigt livsfarligt.

Hur går livet med två små barn? Jo... det finns inget som heter fritids. Barnen börjar skolan tidigare här. Så mina barn (4 och 6 år gamla) går i franska skolan. Skolbussen kommer och hämtar dem vid kl. 7 på morgonen. De är tillbaka vid 14.30. Hitills har min man och jag kunna trixa och komma hem tidigt, men nu går det inte längre. Så vi har en hemhjälp hemma som bor hos oss måndag till och med fredag. Att ha en hemhjälp är legio här, och våra libanesiska vänner förstår inte att vi ger henne ledigt på helgerna. Dessa flickor brukar annars inte ha någon ledighet alls. Arbetsrätt är ingen stor sak här.

På helgerna finns mycket att göra, allt från strand och hav till att gå uppe i bergen. På vintern kan man åka skidor.

Libanon är väl värt ett besök nu när det politiska klimatet har lugnat ner sig!

ANNA FARRA

Infektionskliniken Karolinska
Universitetssjukhuset Stockholm, fn i Beirut

ANNONS



Välkomna till

Infektionsläkarföreningens vårmöte i Umeå

19-21 maj 2010

Programmet och anmälan www.infektion.net
Mer information via kongressbyrån.



Umeå Congress

090-13 00 35. www.umea-congress.se

ANNONS

Så var det dags för årets riksstämma! Vi har ovanligt många symposier som rör infektionsområdet – jätteroligt! Däremot ganska få postrar, vilket känns jättetråkigt. Vad beror detta på? Tycker etablerade forskare inte att det är intressant att ställa ut på riksstämman? Eller är det någonting man inte tänker på? Hur är det med oss yngre läkare och ST-läkare – har vi ingenting att presentera? Har tiden och intresset för forskning minskat? Tiden må kanske ha gjort det i besparingarnas tidevarv, men jag hoppas verkligen inte att intresset har försvunnit utan att vi redan nästa år på stämman har fler intressanta postrar och föredrag att se fram emot!

Apropå tid så är det en bristvara för många av oss. Extra kännbart blir det kanske för oss småbarnsföräldrar. Hur ska man hinna med arbete, barn, hem och hushåll samt gärna lite sociala aktiviteter och som grädde på moset även lite forskning? Man blir också belastad med dåligt samvete om man har barnen på dagis för länge om dagarna, om man nu har hittat ett dagis med hyfsade

öppetider, vill säga. Även om barnen trivs kan det trots allt vara ganska ansträngande för dem, vilket inte blir bättre av att personaltätheten på förskolorna stadigt minskar. Dessutom får man ofta höra kommentarer som att: ”du har väl inte skaffat barn för att ha dem på dagis?”.

Hur gör man då för att få livet att gå ihop? Att arbeta deltid kan ju vara en lösning. Men hur fungerar det för oss läkare? Är det överhuvudtaget görligt? På vår klinik finns det en del mer eller mindre bra varianter av deltidsarbete. Att sluta lite tidigare någon eller alla dagar i veckan är ju naturligtvis bra för att kunna hämta på dagis i tid och kunna laga middag innan det är läggdags. Men hur blir det i praktiken? Får man försöka jobba in tiden medan man är på jobbet, t.ex. kanske hoppa över lunchen, för att inte lämna så mycket merarbete till kollegor som kanske redan dessutom har brottats med problemen själva tidigare i livet då det inte var lika accepterat med deltidsarbete? Eller tar man med sökaren för att vara nåbar även när man har slutat? Hur som helst leder det

ju till att man jobbar mer/lika mycket som vanligt, men får mindre lön för det. Ett annat alternativ kan ju vara att vara helt ledig en dag i veckan. Detta leder ju naturligtvis att man kan vara mer avslappnad just den lediga dagen och att arbetsgivaren lättare kan ersätta en. Men tyvärr löser det ju inte tidsproblemen de övriga dagarna i veckan. Kanske kan ens partner ansvara för en större del av hämtningarna och lämningarna, men det hjälper ju tyvärr inte en stor del av oss som är gifta med en annan läkare. Det var ingen som upplyste om detta när man började på läkarprogrammet, om det nu hade hjälpt i valet av partner?

Nu vill jag gärna höra hur ni har ”löst” deltidproblemen på era kliniker. Maila mig så kan jag se om jag kan försöka sammanställa det ultimata förslaget längre fram.

Det är lätt att känna sig stressad, men glöm inte att njuta av det livet har att erbjuda!

CAMILLA LORANT

Styrelsens yngreläkarrepresentant
camilla.lorant@gmail.com

Pfizerstipendiet 2010

Pfizers stipendium till stöd för forskning inom området infektionssjukdomar

Pfizer AB delar i samråd med Svenska Infektionsläkarföreningens styrelse ut stipendium inom området infektionssjukdomar.

Stipendiet syftar till att premiera icke disputerade medlemmar av Svenska Infektionsläkarföreningen för utfört forsknings- eller utvecklingsprojekt kopplat till infektionsområdet.

Stipendiet kan utdelas och tillfalla en till tre sökande á 25 000 kr, den sammanlagda stipendiesumman kan som mest uppgå till totalt 75 000 kr.

2010 års stipendiebelopp uppgår till totalt 75 000 kr.

Ansökan insändes elektroniskt till vice ordförande Torsten Holmdahl torsten.holmdahl@skane.se senast den 1 mars 2010. Ansökan bör innehålla summarisk curriculum vitae, en beskrivning av forskningsprojektet samt en planerad stipendieanvändning.

Övrig information:

Uppföljning av hur stipendiet har använts skall redovisas skriftligen inom ett år till Pfizer AB och Infektionsläkarföreningens styrelse.

Stipendiet utlyses genom annons i Svenska Infektionsläkarföreningens medlemstidning i god tid före sista ansökningdag. Föreningen ansvarar för kungörelse i medlemstidningen.

Beslutet meddelas till den sökande skriftligen innan stipendiet offentliggjorts.

Stipendiatens/stipendiaternas namn kungörs av Lars Nyman i samband med Infektionsläkarnas vårmöte i maj månad eller vid nästkommande årsmöte.

Stipendiekommitténs beslut kan inte överklagas.

Kallelse till Ordinarie årsmöte för Svenska Infektionsläkarföreningen

Onsdagen den 25 november 2009 kl. 12.00–13.00.

Ålvsjömässan i Stockholm, Sal A4. Vid mötet serveras en enklare lunch

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. Information från styrelsen.
8. Styrelsens verksamhetsberättelse för 2009.
9. Rapport från skattmästaren.
10. Val.
 - Styrelsen: Ordförande (2 år), Vetenskaplig sekreterare (2 år), 1 övrig ledamot (2 år).
 - Revisorer för verksamhetsåret 2009–2010: 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 1 ledamot till valberedningen
11. Fastställande av årsavgift för 2010.
12. Verksamheten år 2010.
13. Övriga frågor.
14. Mötets avslutande.

Välkomna!

Stephan Stenmark, facklig sekreterare

ANNONS

Lars Hagberg – professor i infektionsmedicin

Den professor i infektionsmedicin i Sverige som senast installerades, är Lars Hagberg i Göteborg. Lars har forskat mycket på infektioner som drabbar hjärnan. Dessutom är han världsmästare i tennis.

Lars Hagberg arbetar på infektionskliniken vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg. Han har varit staden trogen hela sitt yrkesverksamma liv – det var här han läste medicin på 70-talet, och det är också här han har forskat och arbetat kliniskt.

Började med urinvägsinfektioner

Efter att ha tagit sin läkarexamen, arbetade Lars först ett år på anestesi-kliniken och därefter ägnade han sig åt forskning på immunologen. Båda dessa arbetsplatser har bidragit till att påverka hans kliniska och vetenskapliga inriktning.

Till infektionskliniken kom Lars redan år 1980, och han blev färdig specialist i infektionsmedicin 1985.

– Under min tid på immunologen började jag forska på urinvägsinfektioner och hur E.coli fäster på urinvägarnas slemhinna, berättar Lars.

– Jag tyckte det var ett spännande område. När jag sedan skrev min avhandling – om betydelsen av bakteriers vidhäftning – så arbetade jag med en musmodell.

Under de första åren på infektionskliniken, arbetade Lars parallellt med sin forskning på immunologen och den kliniska verksamheten på kliniken.

Han fortsätter med att förklara att vid denna tid så var det många på immunologen och infektionskliniken som forskade på just urinvägsinfektioner. Dessutom, tillägger Lars, kom han fram till att det var ”roligare med människor än med möss”.

– Så när jag väl hade disputerat, ändrade jag min forskningsinriktning.

Överföring till hjärnan via likvor

Vid den här tiden hade två nya sjukdomar dykt upp som kliniska problem.

– Båda dessa hade en gemensam nämnare – de handlade om infektioner i hjärnan. Så jag bestämde mig för att flytta mitt forskningskontor ”två trappor upp” – alltså från njuren till hjärnan, fortsätter Lars.



Lars Hagberg utanför sin arbetsplats – Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg.

Sjukdomarna var hiv och neuroborrelios.

– På den tiden visste ingen att hiv-viruset sprids till hjärnan direkt efter det att man blivit infekterad.

– Vi isolerade hiv från likvor med hjälp av virologerna, och det hade ingen rapporterat om tidigare. Men tyvärr hann vi inte publicera våra resultat, innan man på annat håll också gjorde det – och de var snabbare med sin publicering, minns han.

– Tidigare, när vi inte hade mediciner som fungerade lika bra som dem vi har idag, blev ungefär en fjärdedel av alla aids-patienter dementa i förtid, förklarar Lars.

– Därför är det viktigt att kontrollera infektionens förlopp i hjärnan och att medicinerna även överförs till vätskan kring hjärnan – och det är precis det vi gör!

Internationellt samarbete

Lars uttrycker sig i presens, och det är helt relevant. Studien de startade 1985 pågår nämligen ännu.

– I denna studie kontrollerar vi ryggvätskan årligen på våra patienter – både före och efter behandling. Det senare gör vi för att kontrollera att behandlingen verkligen fungerar för att bromsa virus i ryggvätskan.

Magnus Gisslén disputerade på studien, och idag är det han som har huvudansvaret för den, berättar han.

Lars förklarar att till dags dato så har fyra doktorander disputerat på material från denna studie.

– Drygt 1400 prover är tagna, och finns frysta i portioner idag – att de finns just i lagom stora portioner är mycket viktigt. Vi samarbetar med Milano, Sydney och San Francisco och har periodvis haft amerikanska forskningsanslag.

I Göteborg finns idag ungefär 400 hiv-positiva, och Lars påpekar att antalet ökar.

– Det stora genombrottet i behandlingen kom 1996. Vi fick en ny grupp mediciner och i kombination med dem som fanns tidigare blev behandlingen så effektiv att det nästan inte finns någon idag som dör på grund av hiv. Därför ökar antalet, förklarar han.

Bevisat effektiv behandling

Vid ungefär samma tidpunkt som man konfronterades med hiv-virus på kliniker och laboratorium runt om i världen, upptäckte man också en ny bakterie: Borrelia burgdorferi. ►

ANNONS

– Ingen hade odlat den före 1982, och några år senare kom bra tester, berättar Lars.

Bakterien angriper ibland hjärnhinnan, och kan också gå djupare.

– Inom detta område – neuroborrelios – har jag framför allt arbetat med behandling. Den går ut på att jag ger oralt doxycyklin, förklarar han.



Idag är jag President i Svenska Tennisläkarföreningen. Alla som är intresserade att vara med kan maila mig. Adressen är lars.hagberg@gu.se. Det kostar inget att anmäla sig.

Lars påpekar att denna behandling är en väldig fördel för patienten – fortfarande ger man i många länder istället intravenös behandling.

– Även här har vi studerat likvor före och efter behandling, och jämfört resultaten med andra behandlingar. Det har visat sig att en 10–14-dagarskur med oralt doxycyklin är effektivt.

Lars tillägger att han *tror* att han var först med att ge denna behandling.

– Jag publicerade mina rön under slutet av 80-talet, och det fanns i alla fall inget annat publicerat då, säger han.

– Dessutom hade en jag doktorand – Lars Dotevall – som 1999 disputerade på studier av neuroborrelios, där behandling ingick. Jag har också studerat virala encefaliter och hjälpt en doktorand – Marie Studahl – att disputera på det. Även där använde vi oss av studier kring likvor.

Framgångsrik kamp mot MRSA

Innan Lars under våren 2008 installerades som professor, arbetade han som överläkare på den avdelning på infektionskliniken som under slutet av 90-talet tog hand om MRSA, vilket höll på att bli ett stort problem inom Sahlgrenska.

– Vi lyckades bli av med spridningen inom sjukhuset – faktum är att med den stora omfattningen av problemet är vi ett av de få sjukhus i världen som lyckats med det.

Han förklarar att en av åtgärderna som gav denna framgång var att man behandlade alla göteborgare som legat på sjukhus i Göteborg som potentiella bärare.

– Vi kontrollodlade alla vid återinläggning. Alla konstaterade MRSA-patienter flyttades till infektionskliniken. Vi arbe-

tade också målmedvetet med hygien – bl.a. gick vi ut med personliga brev till samtliga doktorer.

SU/Östras infektionskliniker är en av två infektionskliniker i Sverige som har egna intensivvårdsplatser (den andra är Malmö).

– Jag var medicinskt ansvarig för den avdelningen – det är fyra platser som har

IVA-utrustning och elva vanliga. Det var jag ungefär under tio år, fram till dess jag tillträdde som professor.

En professors agenda

Som professor har Lars uppgiften att se till att den akademiska delen av infektionskliniken fungerar.

– Vi har ett utbildningsansvar. 90 studenter från medicinutbildningen, under en period av 13 veckor, passerar här – två gånger om året.

Den delen av sitt arbete ansvarar Lars för i samarbete med sin kollega Marianne Jertborn.

En annan viktig del av hans arbete går ut på att handleda nya doktorander, samt administrativt arbete för att göra läkarutbildningen bättre.

– Jag arbetar även kliniskt 30%. Då brukar jag vara verksam på infektionskliniken IVA-avdelning.

Lars anser att ”ska man arbeta med klinisk forskning, måste man se patienter också...”

Dubbel världsmästare

Vi frågar vad Lars har för intressen på sin fritid. Svaret han lakoniskt ger – utan någon dramatik alls – får oss att studsa till lite:

– Jag tycker om att spela tennis. I år vann jag VM i dubbel.

Reaktionen av överraskning bekommer honom inte, utan istället fortsätter Lars med att tillägga att det gick något sämre i den individuella finalen.

– Där förlorade jag mot en italienare, så det blev endast silver. Men den finalen vann jag i San Diego för två år sedan, så jag har vunnit världsmästerskapen både individuellt och i dubbel – fast vid två olika år.

Han skrattar, antagligen van vid reaktionen, och förklarar att det handlar om tennis för läkare och klassen är 55+.

– Tennis-VM för läkare har funnits sedan 1970-talet. Tävligen hålls varje år. Jag har varit med sedan slutet av 80-talet, men tennis har jag tävlat i under hela livet. Jag började spela som tioåring.

– Idag är jag President i Svenska Tennisläkarföreningen. Alla som är intresserade att vara med kan maila mig. Adressen är lars.hagberg@gu.se. Det kostar inget att anmäla sig.

Enäggstvilling

Andra fritidsintressen som Lars har är golf, svampplockning samt att pyssla med en släktgård som ligger utanför Ljungskile i Bohuslän. Han har fyra barn, samtliga utflugna och hans fru arbetar som sjukhusdirektör i Kungälv ett par mil norr om Göteborg.

De medicinska traditionerna är väl förankrade hos Lars. Hans far var professor i pediatrik på SU/Östra, och hans mor är medicinsk statistiker.

– Dessutom har jag en tvillingbror som är onkolog. Vi är enäggstvillingar, och folk tar ofta fel på oss. Det kan vara bra att upplysa om det – det har hänt, t.ex. på Riksstämman, att personer har blivit förtörnade över att jag inte hälsat på dem...



Tvillingbröderna Hans och Lars Hagberg.

– Men då är det alltså min bror som de har mött istället, avslutar Lars Hagberg.

PER LUNDBLAD

ANNONS



Fallseminarium i Stockholms skärgård 2–3 februari 2010

Svenska Infektionsläkarföreningens Specialistutbildningskommitté (SPUK) inbjuder ST-läkare i Infektionssjukdomar till utbildning som baseras på autentiska fall. Den 2–3 februari ordnas ett seminarium för 16 deltagare. Fallen presenteras med s.k. case-metodik och utbildningen skall ses som ett komplement till SK-kurser.

Kurslokal: Ljungbergsgården på Tynningö (se www.ljungbergsgarden.se) utanför Stockholm.
Buss kommer att gå från Stockholms Central och sedan med bilfärja över till Tynningö.

Kurstid: 2–3 februari 2010, buss avgår kl 11 från Stockholms Central. Vi startar med lunch på Ljungbergsgården och avslutar dagen efter med sen lunch, åter ca kl 16 på Stockholms Central.

Pris: 3900 kr exklusive moms. Priset inkluderar boende i enkelrum, alla måltider och transporter mellan Stockholms Central och Tynningö.

Varmt välkommen med anmälan senast den 4:e december 2009 på www.infektion.net (gå in under kongresser & möten 2010).

Bekräftelse och faktura skickas efter att anmälningstiden har gått ut.

Vår målsättning är att snarast efter anmälningstiden gått ut ge besked om vilka som har antagits. Vi kommer att prioritera dem som inte varit med tidigare och dem som har kort tid kvar till specialistkompetens samt sträva efter en god spridning mellan olika kliniker.

Vid frågor kontakta

Malin Vading, e-mail: malin.vading@karolinska.se, tel: 073-986 72 09

Riksstämman Stockholm 2009
25–27 november
Preliminärt program infektionssjukdomar

ONSDAGEN DEN 25 NOVEMBER

HALL A

09:00–18:00 **Posterutställning**

SAL A4

15:00–16:00 **Postersession**16:00–16:30 **Prisutdelning postrar, föredrag**Moderator: *Jonas Hedlund, Jonas Sundén-Cullberg*

1P. Facialis pares – skillnader mellan neuroborrelios och Bells pares. *Daniel Bremell, Lars Hagberg.*

2P. Kartläggning av TBE-risken i Sverige med hjälp av lågupplöst fjärranalys. *Marika Hjertqvist, Gert Olsson, Malin Arneborn, Åke Lundkvist, Sarah Randolph, David Rogers.*

3P. Utvärdering av nytt vaccinationsschema för postexpositionspylax av barn till hepatit B-bärande (HBsAg-positiva) mödrar i Stockholms län. *Mona Insulander, Björn Fischler, Gudrun Lindh, Ingvor Petersson, Madeleine von Sydow, Susanne Lindgren, Tony Carlsson, Ingegerd Hökeberg.*

4P. Susceptibility of CTX-M-producing *Escherichia coli* to non- β -lactam agents. *Åse Östholm-Balkhed, Maria Tärnberg, Håkan Hanberger, Anita Hällgren, Hans-Jürg Monstein, Lennart E. Nilsson.*

5P. Identifiering av en trunkerad form av sPLUNC1 i nasofarynxspirat vid RSV-infektion. *Louise Fornander, Erik Kihlström, Britt Åkerlind, Thomas Schön, Christer Tagesson, Bijar Ghafouri, Mats Lindahl.*

6P. Ökad förekomst av *Fusobacterium Necrophorum* infektioner på Karolinska sjukhuset, Solna. *Joachim Luthander, Owe Källman, Jonas Hedlund, Margareta Eriksson.*

7P. Diarréprevalens och friskfaktorer bland små barn på landsbygden i colombianska amazonas. *Anna Asplund, Sara Engman, Gun Wingren, Jakob Paues.*

8P. Antemortem diagnosis of amoebic encephalitis in a haematopoietic stem cell transplanted patient. *Hadi Abd, Amir Saeed, Shah Jalal, A. N. Bekassy, Gunnar Sandström.*

9P. Prevalence and antifungal susceptibility of the black pigmented fungus *Exophiala dermatitidis* in the airway of patients with cystic fibrosis. *Nahid Kondori, Marita Gilljam, Hanane Belhaj, Erik Svensson, Christine Wennerås.*

10P. Comparison of a new commercial test, Dermatophyte-PCR kit, with conventional methods for rapid detection and identification of *Trichophyton rubrum* in nail specimens. *Anna-Lena Abrahamsson, Christine Wennerås, Naser Ataollahy, Nahid Kondori.*

11P. Ökad följsamhet till Stramas rekommendationer i Västra Götalandsregionens särskilda boenden. *Annika Arvidsson, Robert Eklund, Marie Eriksson, Lisbeth Karlsson, Lotta Osbeck, Mette Schewenius, Thomas Wahlberg, Sven Öberg, Peter Ulleryd.*

12P. Varicella under graviditet. *Jörgen Vennsten, Malin Bäcker, Vanda Friman, Marie Studahl.*

13P. Antibodies to Ncore of Morbilli virus in patients with MS and their siblings with trait. *Linn Persson, Sonia Longhi, Oluf Andersen, Maria Johansson, Martin Lagging, Johanna Enarsson, Tomas Bergström.*

14P. Immunglobulin från hönsäggula (IgY) – ett alternativ till antibiotika. *Hans Kollberg, Elin Nilsson, Anders Larsson.*

15P. The secreted collagen and fibronectin-binding protein FNE of streptococcus equi subspecies equi modulates collagen gel contraction and dermal fluid balance. *Lena Persson, Cecilia Rydén, Tijs van Wieringen, Åsa Lidén, Anja Kassner, Jonas Lannergård, Dick Heinegård, Rolf Reed, Bengt Guss, Kristofer Rubin.*

Riksstämman Stockholm 2009
25–27 november
Preliminärt program infektionssjukdomar

- | | | | |
|-----------------------|--|----------------------------------|---|
| SAL A4
10:15–11:45 | Fria Föredrag
Moderatorer: <i>Carl Spindler, Gisela Otto.</i> | SAL A4
16:30–18:00 | Symposium: Hur hindrar vi smittspridning, svår sjukdomsutveckling och reaktivering vid kronisk hepatit B?
Moderator: <i>Gunnar Norkrans.</i> Se sy 19. |
| 10:15–10:30 | 16. Analys av kliniska symtom och laboratorieparametrar hos patienter med pulmonell/tyfös tularemi.
<i>Emma Löfström, Henrik Eliasson, Erik Bäck.</i> | TORSDAGEN DEN 26 NOVEMBER | |
| 10:30–10:45 | 17. Betalaktamantibiotika till feberfrihet i 48 timmar (minst 5 dygns behandling) mot terapi i 10 dygn vid pneumoni: randomiserad, non-inferiority, öppen studie.
<i>Kristoffer Strålin, Anders Rubenson, Håkan Lindroth, Svante Hagberg, Lennart Bodin, Göran Stenlund, Erik Sandholm, Hans Holmberg.</i> | SAL A4
08:30–10:00 | Symposium: Tarmsmitta på sjukhus – en oundviklig konsekvens?
Moderator: <i>Britt-Marie Eriksson.</i> Se sy 27. |
| 10:45–11:00 | 18. Rapport från Kvalitetsregistret för Pneumoni 2009. <i>Hans Holmberg, Lars Eriksson, Gunilla Goscinski, Jonas Hedlund, Christer Lidman, Carl Spindler, Kristoffer Strålin.</i> | SAL A4
10:30–11:30 | 22F. Justus Strömföreläsning: Immunmodulerande behandling vid sepsis. Förhoppningar och besvikelser.
<i>Bengt Gärdlund.</i> |
| 11:15–11:30 | 19. Duration of MRSA Colonization – a four year experience from southern Sweden.
<i>Anna-Karin Larsson, Eva B. Gustafsson, Håkan Ringberg, Eva Melander.</i> | SAL A4
13:30–15:00 | 23 ss. Sektionssymposium: Vanans makt och husets vin!
Moderator: <i>Inga Odenholt.</i>
Deltagare: <i>Mats Erntell, Sigvard Mölstad, Håkan Hanberger, Christian Giske, Anita Groth.</i> |
| 11:30–11:45 | 20. Majoriteten av patienter med nyupptäckt hepatit C-smitta efter blodtransfusion före 1992 kan bli aktuella för behandling.
<i>Magdalena Ydreborg, Ann Söderström, Åsa Alsiö, Petter Malmström, Birgitta Arnholm, Johan Westin, Martin Lagging.</i> | FREDAGEN DEN 27 NOVEMBER | |
| 11:00–11:15 | 21. SAI – Värdefullt instrument integrerat i datajournalen för Klokt Antibiotikaval och VRI-registrering.
<i>Anders Lundqvist, Birgitta Arnholm, Rolf Jungnelius, Torbjörn Noren, Lisbeth Karlsson, Lars Jonsson, Georg Dolk, Hans Ahrne.</i> | SAL A4
08:30–10:00 | Symposium: Hur diagnosticerar och behandlar vid infektioner i CNS?
Moderator: <i>Marie Studahl.</i> Se sy 61. |
| SAL A4
12:00–13:00 | Årsmöte Svenska Infektionsläkarföreningen med enkel lunch | SAL A7
10:30–12:00 | Symposium: Långdragen feber – ett hett ämne.
Moderator: <i>Per Eriksson.</i> Se sy 74. |
| | | SAL A4
10:30–12:00 | Symposium: Handläggning av hud- och mjukdelsinfektioner i primärvård.
Moderator: <i>Sigvard Mölstad.</i> Se sy 73. |

ANNONS

Abstrakt för symposier, föredrag och posters på Riksstämman

SYMPOSIER

HUR HINDRAR VI SMITTSPRIDNING, SVÅR SJUKDOMSUTVECKLING OCH REAKTIVERING VID KRONISK HEPATIT B?

Gunnar Norkrans Infektion, Sahlgrenska Universitetssjukhuset-Östra, Göteborg
Magnus Lindh Viruslaboratoriet, SU/Sahlgrenska, Göteborg
Per Sangfelt Inst. för Medicinska Vetenskaper, Akademiska Sjukhuset, Uppsala
Ann Söderström Smittskyddsenheten, Göteborg, Västra Götaland
Ola Weiland Läkare Institutionen för Medicin, Infektionskliniken I73, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, 141 86 Stockholm

Sammanfattning

Kronisk hepatit B infektion kan leda till levercirrhos med leversvikt och/eller hepatocellulär cancer. Kunskapen om naturalförloppet har ökat och utnyttjandet av markörer vid prognosbedömning av kronisk hepatit B har förfinats. Samtidig tillkomst av nya läkemedel har markant förbättrat möjligheterna att förhindra cirrhosutveckling hos de patienter som bedöms vara i riskzonen. Virologisk monitorering av terapi effekt för att förhindra selektion av resistenta virusmutationer och få underlag för avslut är viktiga komponenter i behandlingen. Hepatit B-virus tycks sällan elimineras komplett, vare sig spontant eller med terapi. Risken för allvarlig s.k. reaktivering av inaktiv/ockult kronisk hepatit B har därför ökat markant i dagens sjukvård när patienter inom exempelvis reumatologin och onkologin behandlas med immunmodifierande eller immunhämmande läkemedel. Reaktiveringsrisken måste beaktas och handläggas adekvat hos dessa patienter för att förhindra allvarliga hepatit B-skov. Postpartum profylax för att förebygga mor-barn-smitta är vanligen mycket effektiv men om modern är högviremisk har tidigare gängse profylax ibland misslyckats. Aspekter på generell barnvaccination mot hepatit B kommer också att diskuteras.

TARMSMITTA PÅ SJUKHUS – EN OUNDVIKLIG KONSEKVENST?

Britt-Marie Eriksson Infektionskliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala
Patrik Gille-Johnson Infektionskliniken, Karolinska sjukhuset
Kjell-Olof Hedlund Chefsmikrobiolog Smittskyddsinstitutet
Ann Tammelén Enheten för vårdhygien, Stockholms läns landsting
Göran Stiernstedt Sveriges Kommuner och Landsting

Bakgrund

Under de senaste åren har spridning av smittsamma bakterier och virus på sjukhus blivit ett ökande problem. Det kan medföra att vårdplatser måste stängas och att patienter som redan är sjuka och nedsatta av andra anledningar drabbas av vårdrelaterade infektioner, som i värsta fall kan leda till döden eller

livslångt lidande. Även personal kan drabbas, med ytterligare störningar i vården som följd. Detta symposium fokuserar på smitta med tarmpatogener och kolonisatorer exemplifierat av *Clostridium difficile*, multiresistenta gramnegativer, vancomycinresistenta enterokocker, noro- och rotavirus. Vilka evidens finns egentligen för hur dessa agens sprids, hur länge är olika patientgrupper smittsamma och vilka åtgärder har verkligen visats kunna begränsa smitta? Kan vi med nuvarande resurser och förbättrad kunskap lösa problemen eller måste vi skaffa en helt annan vårdstruktur? Kan nya diagnostiska metoder skynda på processerna? Om vi vet hur man skall förebygga och lösa problem med tarmsmitta på sjukhus men ändå inte gör rätt, vad är orsakerna?

HUR DIAGNOSTICERAR OCH BEHANDLAR VI INFEKTIONER I CNS?

Elisabeth Aurelius Infektionskliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna
Jan Sjölin Infektionskliniken Akademiska Sjukhuset, Uppsala
Martin Glimåker Infektionskliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna
Ulf Westerlund Neurokirurgiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna
Marie Studahl Infektionskliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra, Göteborg

Sammanfattning

Sammanfattning Infektioner i centrala nervsystemet (CNS) är relativt ovanliga men har stora konsekvenser för patienten med risk för mortalitet och neurologiska sekvele. CNS-infektioner utgör en utmaning vad gäller etiologisk diagnostik. Nya molekylärbioologiska metoder möjliggör diagnostik med hög sensitivitet och specificitet såväl som epidemiologisk övervakning av nya virala agens som orsak till infektioner i CNS. Vid bakteriella infektioner har etiologisk diagnostik blivit allt viktigare i takt med ökad resistensutveckling. Bakteriologiska odlingar i ett tidigt skede av infektionen är en förutsättning för rätt antibiotikaval. Symposiet kommer att rikta uppmärksamhet på modern diagnostik och behandling av CNS-infektioner. Svenska Infektionsläkarföreningen har arbetat fram enhetliga riktlinjer för diagnostik och behandling genom att bland annat publicera ett vårdprogram för bakteriell meningit. Ett nationellt kvalitetsregister för bakteriell meningit drivs även av Svenska Infektionsläkarföreningen. För virala CNS-infektioner kommer ett vårdprogram att publiceras under 2010 och en sammanfattande presentation görs under symposiet. Symposiets syfte är att öka förståelsen för vikten av diagnostik vid CNS-infektioner och vilken diagnostik som bör utföras och tidpunkten för denna. Om diagnostik inte utförs adekvat finns risk för stigande antibiotikakostnader och patientsäkerheten kan hotas. I vissa fall, till exempel vid hjärnabscess, ges terapi under flera veckors tid och framgångsrik terapi med rätt antibiotikaval är beroende av kirurgiska åtgärder som diagnostisk punktion eller operation. Vi vill även belysa och debattera ämnen såsom lumbalpunktion eller inte i olika situationer vid bakteriell meningit och indikationer för tryckavlastande intervention vid bakteriell meningit. Genom ökade kunskaper hos sjuk-

vårdspersonal om adekvat diagnostik och behandling av CNS-infektioner blir det färre patienter som dör eller får neurologiska skador av CNS-infektioner vilket är det övergripande målet med symposiet.

LÅNGDRAGEN FEBER – ETT HETT ÄMNE

Per Eriksson Reumakliniken, US, Linköping
Jan Andersson professor Centrum för Infektionsmedicin, Karolinska Institutet, F59, Karolinska sjukhuset Huddinge, 141 86 Stockholm
Stefan Berg Avd. för Pediatrik, Drottning Silvias Barn och Ungdomssjukhus, Göteborgs universitet
Peter Söderkvist Avd. för Cellbiologi, Hälsouniversitetet i Linköping

Bakgrund

Andelen patienter med feber, som en vecka efter debuten fortfarande har oklar orsak, har med åren minskat. Vid oklar feber är orsaken oftast relaterad till infektion, malignitet eller reumatologisk sjukdom. Även immundefekter får övervägas. På senare år har man myntat termen autoinflammatoriska sjukdomar, betingade av störningar i det icke-specifika immunförsvaret (innate immunity) till skillnad från autoimmuna sjukdomar som via antikroppar och antigen-specifika T-lymfocyter skulle vara mer relaterade till det adaptiva immunförsvaret. De flesta sjukdomar har dock störningar i båda systemen. Inflammationer, t.ex. NALP3-inflammationer, är cytoplasmatiska protein-komplex som ingår i det icke-specifika immunförsvaret. Inflammationen uppfattar vissa bakterieprodukter och kroppsegna substanser (t.ex. urat-kristaller) som varningssignaler. Enzymet procaspase-1 klyvs då till det aktiva caspase-1 vilket leder till bildandet av IL-1beta som framkallar bl.a. feber och CRP-stegring. Autoinflammatoriska sjukdomar kan bero på mutationer i gener för olika komponenter i det icke-specifika immunförsvaret. Familjär medelhavsfeber kan debutera både hos barn och vuxna och drabbar framför allt de som härstammar från trakterna kring Medelhavet. Sjukdomen karakteriseras av attackvisa buksmärtor, feber mm, samt förhöjt CRP och behandlas med kolchicin. Sjukdomen är oftast kopplad till mutationer i genen för proteinet pyrin som interagerar med NALP3-inflammationen. NOMID, Muckle-Wells syndrom och "familial cold auto-inflammatory syndrome" (FCAS) är periodiska febersjukdomar som beror på mutationer i genen för proteinet NALP3. Det finns andra genetiskt betingade periodiska febersjukdomar som t.ex. brist på IL-1beta receptor antagonist, Hyper-IgD-syndrom (defekt i genen för mevalonatkinas) och TRAPS. TRAPS beror på defekt i en av receptorererna för Tumor Necrosis Factor-alfa (TNF-alfa) och trots sjukdomens namn är behandling med IL-1beta blockad ofta effektivare än TNF-alfa blockad (liksom vid andra periodiska febersjukdomar). Vid barnsjukdomen PFAPA är orsaken okänd och denna sjukdom går i regel över med åren. Vissa menar att även reciderande perikarditer och Crohn's sjukdom ska räknas in i spektrat av autoinflammatoriska sjukdomar. Klinisk bild är grundläggande för diagnos av periodiska febersjukdomar. Man får vara väldigt försiktig med att ställa diagnos periodisk febersjukdom enbart på basen av genanalys speciellt om genvarianten förekommer i viss frekvens av befolkningen. ▶

ANNONS

HANDLÄGGNING AV HUD- OCH MJUKDELSINFEKTIONER I PRIMÄRVÅRD

Christer Norman Salems vårdcentral
Johan Berglund Samhällsmedicinska institutionen, Lunds universitet
Ruth Öien Sårcentrum, Blekinge
Christina Jorup-Rönström Infektionsenheten, Söder-sjukhuset, Stockholm
Margareta Eriksson Enheten för infektionssjukdomar, Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Karolinska Universitetssjukhuset
Jan Faergemann Hudkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg
Sigvard Mölsted Primärvårdens FoU-enhet, Jönköping

Sammanfattning

Resistens är ett samhällsproblem. Spridning av multiresistenta bakterier är ett problem inte bara i sjukhusmiljö utan också i primärvården. Hud- och mjukdelsinfektioner står för 15% av all förskrivning av antibiotika. Handläggningen av dessa infektioner har därför stor betydelse inte bara för att den enskilde patienten skall få korrekt behandling utan också för spridning av resistens i öppen vård. Aktuella riktlinjer för handläggning av hud- och mjukdelsinfektioner har saknats. Därför genomförde Läkemedelsverket i samarbete med Strama (Samverkan mot antibiotikaresistens) en workshop om hud- och mjukdelsinfektioner under 2008–2009. I workshopen ges uppdaterad kunskap om hur dessa infektioner skall handläggas i primärvården. I symposiet diskuteras vanliga problemområden. Speciellt fokus läggs på diagnostik och handläggning av impetigo, streptokockinfektioner, hudmanifestationer av borrelia, svårläkta sår, follikulit och furunkulos. Vad krävs för diagnos? När bör antibiotika övervägas och vilken sort? När bör annan behandling väljas i första hand? Vilka patienter skall remitteras? Målsättning för symposiet är att ge aktuell kunskap om hur en stor patientgrupp skall diagnosticeras och behandlas i primärvården.

SEKTIONSSYMPOSIUM

VANANS MAKT OCH HUSETS VIN!

Inga Odenholt (3), Mats Erntell (2), Sigvard Mölsted (6), Håkan Hanberger (4), Christian Giske (5), Anita Groth (1) Grymalaregatan, Lund (1). Infektionskliniken och Smittskydd Halland (2). Infektionskliniken, Universitetssjukhuset MAS (3). Infektionsmedicin, IMK, HU, Linköpings Universitet (4). Klinisk mikrobiologi, Universitetssjukhuset Karolinska, Solna (5). Primärvårdens FoU-enhet, Jönköping (6).

Sedan lång tid har förskrivningen av parenterala cefalosporiner, framför allt cefuroxim, varit mycket hög i Sverige. Preparatet har framhållits som ett effektivt, säkert och relativt ekologiskt ur perspektivet selektion av resistens. Referensgruppen för antibiotikafrågor (RAF) har tillsammans med Strama pekat på behovet av att reducera den totala cefalosporin användningen, eftersom cefalosporinresistens hos gramnegativa tarmbakterier har varit ett ökande problem de senaste åren, med 2–3% resistens i blododlingar. Istället för cefalosporiner bör penicilliner i större grad användas vid ex. pneumonier och vid bukfokus bör man variera mellan användning av cefalosporiner och piperacillin-tazobactam. Även vid hud- och mjukdelsinfektioner bör penicilliner vara ett förstahandsval.

I Region Skåne genomfördes under hösten 2007 en utbildning för alla läkare på sjukhusen angående initial behandling till patienter med tecken på bakteriell infektion med syfte att minska cefalosporiner och kinoloner till förmån av penicilliner. Efter detta har en ca 40% minskning skett i förskrivningen av iv cefalosporiner. Stramas mätning av antibiotikaanvändningen på 68 svenska sjukhus visar på ett trendbrott. Användningen av antibiotika med brett spektrum har minskat. Istället används nu alltför ofta mera riktad behandling, t.ex. penicillin, som inte driver på utvecklingen av resistent bakterier lika mycket. Mätningarna visar även en fortsatt ökad följsamhet till rekommendationerna för behandling av nedre urinvägsinfektion hos kvinnor. Andelen patienter som fick för lång antibiotikaprofylax i samband med kirurgiska ingrepp var dock fortfarande hög, men har klart förbättrats jämfört med den första mätningen 2003. I primärvården har mellan 1995 och 2005 förskrivningen av antibiotika för luftvägsinfektioner minskat med ca 20% totalt och till mindre barn med 50%. Antalet läkarbesök har minskat och patienter som fått diagnoserna akut tonsillit och akut oroninflammation har halverats under samma period, medan antalet nedre luftvägsinfektioner är oförändrat. Resultaten antyder att den minskade förskrivningen beror på en kombination av ett ändrat besöksmönster och ett ändrat förskrivningsmönster. En genomgång av antalet mastoiditer före och efter otitkonsensus år 2000 har inte visat någon ökning av dessa.

FRIA FÖREDRAG

16 ANALYS AV KLINISKA SYMTOM OCH LABORATORIEPARAMETRAR HOS PATIENTER MED PULMONELL/TYFÖS TULAREMI

Emma Löfström (1), Henrik Eliasson (3), Erik Bäck (2) Infektionskliniken akademiska sjukhuset 75185 Uppsala (1). Infektionskliniken Universitetssjukhuset Örebro (2). Infektionskliniken Universitetssjukhuset Örebro (3).

Tularemi har under det senaste decenniet etablerat sig på tidigare icke-endemiska områden, såsom Örebro län. Före år 2000 diagnostiserades endast enstaka fall av tularemi i Örebro län, men mellan 2000–2008 har 362 fall diagnostiserats (2–152 fall/år). Flertalet av dessa var av den ulceroglandulära formen, men 35 fall (10%) har varit pulmonell/tyfös tularemi. Målet med studien var att analysera kliniska symptom och laboratorieparametrar hos patienter med pulmonell/tyfös tularemi.

Retrospektiv studie av journaler på patienter med pulmonell/tyfös tularemi.

Ålder 33–90 år, 74% män. Misstänkt inhalationsexposition, t.ex. lantbruk/hantering av hö/gräsklippning/renovering av skjul påvisades hos 26/35 (74%). Alla patienter hade feber, medelvärde på maximal rektalt uppmätt kroppstemperatur var 38,7°C, 10/29 hade en uppmätt temperatur över 39°C. Hosta hade 18/35 (51%), 17/18 torrhosta. Frossa uppgavs av 13 (37%) patienter, 13 patienter hade huvudvärk, och 9 (26%) patienter uppgav muskelvärk. Uttalad relativ bradykardi påvisades hos 11/19 patienter. Blodprover tagna vid första sjukhusbesöket visade normala vita blodkroppar (LPK) hos 17/31 patienter, 11/31 hade LPK ≥ 10 . CRP vid första sjukhusbesöket var förhöjt hos samtliga 30 patienter som testades men endast 6/30 hade CRP ≥ 100 . Hos 27 patienter kontrollerades sänkan (SR) som endast var lätt förhöjt med medelvärde på 39, median värde 32. Hos 22/33

patienter sågs patologiska fynd på lungröntgen/DT thorax. DT thorax avslöjade förändringar såsom förstorade lymfkörtlar och smältning som inte kunde ses på slätröntgen. Av de 22 med patologiska röntgenförändringar var det endast 10 som hade hosta.

Slutsats: I områden där tularemi förekommer måste diagnosen pulmonell/tyfös tularemi övervägas hos patienter med möjlig inhalationsexposition som söker med feber, torrhosta, frossa, huvudvärk. Relativ bradykardi samt endast måttligt förhöjt CRP, normal LPK, och lätt förhöjd SR är viktiga ledtrådar med eller utan patologiska lungröntgenfynd.

17 BETALAKTAMANTIBIOTIKA TILL FEBERFRIHET I 48 TIMMAR (MINST 5 DYGN BEHANDLING) MOT TERAPI I 10 DYGN VID PNEUMONI: RANDOMISERAD, NON-INFERIORITY, ÖPPEN STUDIE

Kristoffer Strålin (4), Anders Rubenson (1), Håkan Lindroth (3), Svante Hagberg (2), Lennart Bodin (5), Göran Stenlund (3), Erik Sandholm (1), Hans Holmberg (4) Infektionskliniken, Centralsjukhuset, Karlstad (1). Infektionskliniken, Falu Lasarett, Falun (2). Infektionskliniken, Mälarsjukhuset, Eskilstuna (3). Infektionskliniken, Universitetssjukhuset, Örebro (4). Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet (5).

Hur länge samhällsförvärd pneumoni bör behandlas är sparsamt studerat. Vi avsåg av jämföra antibiotikabehandling till feberfrihet i 48 timmar (minst 5 dygn (d)) med standardbehandling (10 d).

I en prospektiv multicenterstudie vid infektionsklinikerna i Eskilstuna, Falun, Karlstad och Örebro inkluderades mellan november 1999 och oktober 2008 patienter med röntgenverifierad okomplexerad febril pneumoni. Patienterna randomiserades till behandling med betalaktamantibiotika i 10 d eller till feberfrihet i 48 timmar (minst 5 d). Studien hade en öppen non-inferiority design. För ekvivalens mellan grupperna i per protokollanalysen accepterades en skillnad i klinisk bot på 5 %-enheter inklusive konfidensgränser. Studien var internationellt registrerad (ISRCTN14523624).

Av 207 patienter randomiserades 104 till kort och 103 till lång behandling. I intention to treat analysen noterades klinisk bot vid återbesök efter 4 veckor (v) hos 83% med kort och 85% med lång behandling. Biverkningar rapporterades hos 4 patienter med lång behandling (diarré n=3, muntorsk n=1) men inte hos någon med kort behandling.

Återstående resultat avser per protokollanalys. Till denna exkluderades 33 patienter på grund av felaktig inklusion (n=18), infektion utanför nedre luftvägarna under uppföljningstiden (n=11), samt frånvaro vid återbesök (n=4). Bortfallet var jämnt fördelat mellan grupperna.

I per protokollanalysen fanns 88 patienter med kort (32% med pneumokocker i odling) och 86 patienter med lång (42% med pneumokocker i odling) behandling. Klinisk bot noterades hos 90% med kort och 94% med lång behandling, vilket med 95% övre konfidensgräns ger 11 %-enheters fördel för lång behandling.

Bland patienterna med klinisk bot noterades efter 4 v CRP-värde <10 mg/L hos 91% med kort och 92% med lång behandling och total regress av röntgeninfiltrat hos 66% med kort och 77% med lång behandling. Efter kompletterande lungröntgen efter ytterligare 4 v noterades total regress av infiltrat hos 89% med kort och 91% med lång behandling.

Bland patienterna med pneumokocker i odling var frekvenserna av klinisk bot höga med såväl kort (96%; ►

ANNONS

27/28) som lång (97%; 35/36) behandling. Antalet patienter var dock för litet för att påvisa ekvivalens.

I aktuell studie kunde statistisk ekvivalens mellan kort och lång behandling för klinisk bot vid pneumoni inte påvisas. Dock gav kort behandling näst intill lika god utläkning som lång behandling. Studien ger stöd för förkortad behandlingstid vid pneumokockpneumoni.

18 RAPPORT FRÅN KVALITETSREGISTRET FÖR PNEUMONI 2009

Hans Holmberg (4), Lars Eriksson (3),
Gunilla Goscinski (1), Jonas Hedlund (2),
Christer Lidman (2), Carl Spindler (2),
Kristoffer Strålin (4)

Infektionkliniken Uppsala akademiska sjukhus (1).
Infektionskliniken Karolinska sjukhuset (2).
Infektionskliniken Norrköping (3).
Infektionskliniken, Universitetssjukhuset, Örebro (4).

Sedan nov 2007 rapporteras patienter inlagda på infektionsklinik för samhällsförvärd röntgenverifierad pneumoni i ett webb-baserat kvalitetsregister. Antalet inrapporterade patienter har ökat successivt sedan start och alla kliniker rapporterar nu in fall. Antalet frågor utökades inför innevarande år med fokus på etiologi, diagnostik och antibiotikabehandling.

Under tiden 1 jan–15 juni 2009 inkluderades 2139 patienter i registret. Medianålder var 68 år och 52% var män. Medianvårdtiden var 5 dygn. 13% hade en immunkomprometterande sjukdom och lika många var sängbundna/rullstolsburna. 20% var överförda från annan klinik. 5% vårdades på IVA. Mortaliteten var 4,2%.

CRB-65 vid ankomst gick att räkna ut hos 93% men summan fanns vid inskrivningen bara journal-förd hos 6% av alla patienter. CRB-65 summan var 0 hos 29%, 1 hos 40%, 2 hos 17% och 3–4 hos 7%. För CRB-65 poäng 0, 1, 2, 3 och 4 var mortaliteten 1,0%, 2,2%, 6,6%, 22%, respektive 29%.

Syrgasmättnad var uppmätt hos 90%, vilket kan jämföras med 93% 2008. Blododling var tagen på 92% (90% 2008), luftvägsodling hos 63% (57% 2008), PCR på luftvägssekret hade använts hos 15% och antigen i urin för pneumokocker eller *Legionella* hos 30%.

Hos 33% ställdes en etiologisk diagnos enligt följande: *S. pneumoniae* 19%, *H. influenzae* 6%, *Mycoplasma* 1%, *Legionella* 0,5%. Övrig etiologi 7,4%. Diagnostiken baserades på luftvägsodling (21%), blododling (12%), urinantigen (5%), samt PCR på luftvägssekret (2%).

Penicillin G eller V var initialt antibiotikum hos 52% och cefalosporin hos 30%. Motsvarande siffror för 2008 var 47% och 33%. Bland patienterna med CRB-65 0–1 poäng (n=814) fick 55% penicillin G/V och 26% cefalosporin.

Avslutande antibiotikum var penicillin V hos 29%, amoxicillin hos 21%, doxycyklin hos 6%, kinolon 6%, klindamycin hos 3% och makrolid hos 2%.

Behandlingstiden med antibiotika var ≤ 7 dagar hos 9% av fallen.

Andelen patienter med låg CRB-65 poäng dominerar vilket också avspeglas i den internationellt sett låga mortaliteten. Drygt hälften av patienterna får penicillin G/V initialt men många lindrigt sjuka får cefalosporin. Luftvägs PCR och urinantigen används men är inte så ofta diagnostiskt. Det är få patienter som får antibiotikabehandling i 7 dagar vilket i Vårdprogrammet är den föreslagna behandlingstiden vid komplicerad pneumoni.

Vid Läkarstämman kommer statistik från januari till och med september 2009 att presenteras.

19 DURATION OF MRSA COLONIZATION – A FOUR YEAR EXPERIENCE FROM SOUTHERN SWEDEN

Anna-Karin Larsson (1), Eva B. Gustafsson (3), Håkan Ringberg (3), Eva Melander (2)

Infektionsenheten Helsingborgslasarett (1).
Klinisk mikrobiologi, Universitetssjukhuset MAS (2).
Smittskydd Skåne, Malmö (3).

The duration of colonization with Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) is not well defined. In Sweden it has been debated whether a MRSA case ever can be defined as “MRSA negative” and the different Swedish counties have different rules for follow-up of MRSA cases and for handling during healthcare contacts. In Skåne county all notified MRSA cases have been followed up the same way since 2003 enabling a good base for studying the duration of MRSA colonization.

All notified MRSA cases in Skåne county are followed with cultures from the nares, throat, perineum and possible skinlesions as long as they are colonized and at least for a year after consecutive negative cultures. They are examined for risk factors and contact tracing among household contacts and possible healthcare contacts is performed. All MRSA cases during 2003–2006 that were correctly followed up were included.

431 of the 578 cases during 2003–2006 were correctly followed up and included. The median duration of MRSA colonization was 4.6 months. Having household contacts with MRSA, young age, spa type t002 and colonization in 2 or more locations was significantly associated with a longer duration of colonization. Having a clinical infection (compared to asymptomatic carriage) and healthcare associated MRSA (compared to community associated MRSA) were significantly associated with shorter carriage time.

The duration of MRSA varies between the different existing studies and most deal with healthcare associated MRSA and the duration after hospital stay. Most study show longer durations of carriage compared to our study and the existence of household contacts or Spa-type are not taken into account. Our MRSA cohort is a mix of healthcare and community associated MRSA cases with a thorough follow-up and contact tracing giving a more complete picture.

Our results indicate that MRSA cases can be defined as “MRSA negative” with 5 negative cultures during a 6 month follow-up period and this may have implications for the future handling of MRSA cases in our country.

20 MAJORITETEN AV PATIENTER MED NYUPPTÄCKT HEPTIT C-SMITTA EFTER BLODTRANSFUSION FÖRE 1992 KAN BLI AKTUELLA FÖR BEHANDLING

Magdalena Ydreborg (1), Ann Söderström (6),
Åsa Alsö (3), Petter Malmström (4),
Birgitta Arnholm (5), Johan Westin (2),
Martin Lagging (7)

Infektion, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg (1). Infektion, Sahlgrenska Universitetssjukhuset-Östra, Göteborg (2). Infektionskliniken Skaraborgs sjukhus, Skövde (3). Infektionskliniken, NU-sjukvården, Uddevalla (4). Infektionskliniken, Södra Älvsborgs sjukhus, Borås (5). Smittskydds-enheten, Göteborg, Västra Götaland (6). Virologen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset-Sahlgrenska, Göteborg (7).

Sedan 1992 testas alla blodgivare i Sverige för antikroppar mot hepatit C virus (HCV). Under våren

2007 uppmärksammades risken för HCV-smitta via blodtransfusion före 1992 i lokala media i Göteborg och under 2008 bedrev Västra Götalands regionen en informationskampanj med syftet att identifiera personer som smittats med HCV via blodtransfusion före 1992. Vi har studerat prevalensen av hepatit C bland de som provtagits pga. blodtransfusion före 1992 och grad av leversjukdom och behov av antiviral behandling hos dem som visat sig vara smittade.

Inom Västra Götalandsregionen testades under perioden maj 2007 till dec 2008 serum från 13573 patienter som erhållit blodtransfusion före 1992 avseende förekomst av antikroppar mot hepatit C. 120 (0,8%) hade positiv serologi och av dessa hade 109 (0,7%) detekterbart HCV-RNA tydande på aktiv HCV-infektion. Tre av fyra diagnostiserade med hepatit C var kvinnor, vilket är samma könsfördelning som i hela gruppen som låtit testa sig. Medianålder vid diagnos var 57 år. Majoriteten av patienterna (n=71) har transfunderats i samband med någon form av kirurgi. Av kvinnorna hade 38% (n=34) erhållit blodtransfusion i samband med förlossning.

För de 108 patienterna med kronisk hepatit C har ställningstagande till behandling gjorts i 79 fall. 41 patienter har påbörjat, och en patient väntar på, behandling. Endast fem patienter ansågs ha kontraindikationer mot behandling. I resterande fall har man tills vidare avstått behandling beroende på mild sjukdom eller patientens egen önskan. En tredjedel av patienterna har genomgått leverbiopsi (n=34). Grad av leversjukdom har också bedömts via blodprover där ett cirrhosindex (GUCI) har beräknats. I nio fall visade leverbiopsi på en mer avancerad fibrosutveckling och allvarlig leverskada kan, utifrån GUCI, misstänkas hos ytterligare fjorton patienter. En patient hade hepatocellulär cancer vid diagnos.

Majoriteten av de identifierade patienterna saknar kontraindikationer mot behandling och kan därför sägas ha nytta av att infektionen upptäckts. Hos en betydande del visar den initiala utredningen tecken på leverskada. En stor del är redan under behandling, och fler kommer sannolikt att behöva behandling i framtiden. För kvinnor är blodtransfusion i samband med förlossning en identifierad riskfaktor.

21 SAI – VÄRDEFULLT INSTRUMENT INTEGRERAT I DATAJOURNALEN FÖR KLOKT ANTIBIOTIKAVÄR OCH VRI-REGISTRERING

Anders Lundqvist (2), Birgitta Arnholm (2),
Rolf Jungnelius (1), Torbjörn Noren (2),
Lisbeth Karlsson (5), Lars Jonsson (3),
Georg Dolk (4), Hans Ahne (4)

Infektionskliniken, Södra Älvsborgs Sjukhus, Borås (1). Infektionskliniken, Södra Älvsborgs sjukhus, Borås (2). Mikrobiologiska Laboratoriet, Södra Älvsborgs Sjukhus, Borås (3). Sjukvårdsstrategiska Enheten, Södra Älvsborgs Sjukhus, Borås (4). Vårdhygien, Södra Älvsborgs Sjukhus, Borås (5).

Antibiotikaresistens är ett snabbt ökande globalt problem och nya antibiotikagrupper lyser med sin frånvaro vilket innebär att grundvalarna för modern sjukvård hotas. Spridningen av ESBL-bakterier är det mest närliggande hotet och överförbrukning av antibiotikagrupperna cefalosporiner och kinoloner anses vara en starkt bidragande faktor för selektion av resistentastammar. Flera prevalensundersökningar i Sverige har visat att VRI utgör ca 10% av indikationerna för antibiotika. Södra Älvsborgs Sjukhus, SÅS, i Borås, har avsatt resurser för två projekt, SAI och Klokt Antibiotikaval, med avsikt att optimera användningen av antibiotika och att utveckla ett instrument för att registrera och påverka frekven-

ANNONS

sen av VRI. Målsättningen är att förbrukningen av cefalosporiner skall vara halverad 2011 jämfört med 2007 och att även frekvensen av VRI ska halveras.

Klokt Antibiotikaval: Projektgrupp innefattande infektionsläkare, vårdhygieniker, mikrobiolog och apotekare som 080901 inledde arbetet med klinisk utbildning, kvartalsvis återkoppling av förskrivning och revision av antibiotika-PM.

SAI: (Sjukvårdens Antibiotika och Infektionsuppföljningssystem)

Dataprogram som har integrerats i Meliors läkemedelsmodul och innebär att ordinerande läkare vid all antibiotikaordination tvingas svara på två frågor i en lista med förval:

1) Är indikationen samhällsförvärd, vårdrelaterad eller profylaktisk?

2) Vilken är behandlingsorsaken?

Informationen lagras i programmets databas och utdata blir omedelbart tillgängliga för enkel bearbetning i Microsoft Excel.

Efter att projektet inleddes har konstaterats en reduktion av andelen cefalosporiner av alla dygnsdoser antibiotika från 20% till 5% och från 10% till 2% vid samhällsförvärd pneumoni.

Under samma period ökade andelen penicillin V och G från 17% till 23% av alla dygnsdoser antibiotika och från 40% till 60% vid samhällsförvärd pneumoni.

Den totala förskrivningen av antibiotika och användningen av kinoloner har dock inte förändrats.

SAI har också fungerat som ett enkelt sätt att fortlöpande registrera frekvensen av vårdrelaterade infektioner.

Projektet SAI och Klokt Antibiotikaval sammanfaller med drastiska förändringar i sättet att ordinera antibiotika. Unikt är möjligheten till mätning av den diagnosrelaterade antibiotikaanvändningen.

SAI har tillfört en möjlighet att registrera frekvensen av vårdrelaterade infektioner vilket är en viktig förutsättning när man ska mäta effekten av insatta åtgärder mot VRI.

JUSTUS STRÖMFÖRELÄSNING

IMMUNMODULERANDE BEHANDLING VID SEPSIS. FÖRHOPNINGAR OCH BESVIKELSER

Bengt Gårdlund (1)

Karolinska Universitetssjukhuset (1).

När förståelsen av immunsystemets roll för utveckling av svår sepsis och septisk chock ökade under 1980-talet tändes stora förhoppningar om att det snart skulle finnas effektiv cytotkinmodulerande terapi. Mer än 20 år senare och efter över 60 stora kliniska sepsisprövningar står vi fortfarande utan effektiv adjuvant terapi vid svår sepsis.

POSTERS

1 P

FACIALISPARES – SKILLNADER MELLAN NEUROBORRELIOS OCH BELLS PARES

Daniel Bremell (1), Lars Hagberg (1)

Infektionskliniken SU/Östra, 416 85 Göteborg (1).

Facialis pares drabbar varje år ca 3 000 personer i Sverige. Orsaken är i 60–70% av fallen okänd och kallas då Bells pares. En mindre andel orsakas av neuroborrelios. Nya data har visat att tidigt insatt kortison minskar risken för sekvele vid Bells pares,

men det är osäkert hur kortison påverkar en borreliainfektion. Vid neuroborrelios är likvoranalys viktig för säker diagnos. Emellertid är det praktiskt svårt att genomföra lumbalpunktion på samtliga patienter som söker med facialis pares. Att veta vilka anamnestiska och kliniska data som talar för neuroborrelios är således av vikt.

Journaler för samtliga patienter som sökt för facialis pares och lumbalpunkterats vid infektionskliniken, Göteborg, februari 2000 till februari 2009 granskades. Patienter med facialis pares av annan genes än Bells eller neuroborrelios uteslöts. Patienterna delades in i tre grupper utifrån förekomst av antikroppar mot *Borrelia* i serum och likvor och anamnes på eller förekomst av erythema migrans. Likvorpleocytos användes inte som diagnostiskt kriterium. Grupperna benämndes: neuroborrelios, möjlig neuroborrelios och Bells pares.

Totalt granskades journaler för 112 patienter. 7 patienter exkluderades pga. av annan genes till facialis paresen, 36 fick diagnosen neuroborrelios, 16 möjlig neuroborrelios och 53 Bells pares. Patienter med neuroborrelios var äldre jämfört med patienter med Bells pares (medianålder 45 mot 36) och insjuknade under andra halvåret. De uppvisade i högre grad neurologisk påverkan utanför kranialnervsområdet som radikulitmärta (47% mot 11%), sensorisk påverkan (25% mot 2%) och pareser (11% mot 0%). Däremot var smärta från den paretiska sidan av ansiktet lika vanligt i grupperna. Anamnes på fästingbett var låg i båda grupper (28% mot 13%). Patienter med neuroborrelios uppvisade som förväntat i högre grad lymfocytär pleocytos (100% mot 15%) och albuminstegring (81% mot 8%) i likvor.

Vi jämförde patienter med Bells pares och facialis pares orsakad av neuroborrelios. Vi fann att patienter som insjuknar mellan maj och december och som har radikulitmärta utanför området för facialis pares är viktiga att noggrant utreda med lumbalpunktion för *Borrelia* som orsak. Lymfocytär likvorpleocytos och förhöjt albumin stödjer diagnosen neuroborrelios och är ovanligt hos patienter med Bells pares.

2 P

KARTLÄGGNING AV TBE-RISKEN I SVERIGE MED HJÄLP AV LÅGUPPLÖST FJÄRRANALYS

Marika Hjertqvist (3), Gert Olsson (5),

Malin Arneborn (1), Åke Lundkvist (5),

Sarah Randolph (2), David Rogers (4)

Avd för Epidemiologi, Smittskyddsinstitutet (1). Department of Zoology, University of Oxford, United Kingdom (2). Smittskyddsinstitutet (3). TALA Research Group, Tinbergen Building, Department of Zoology, University of Oxford, United Kingdom (4). Virusavdelningen, Smittskyddsinstitutet, Stockholm (5).

Fästingburen encefalit (TBE) orsakas av TBE-viruset, som sprids via bitt av fästingen *Ixodes ricinus*. Sedan mitten av 1970-talet har infektionen spridit sig i Sverige och incidensen ökat nära fyrfaldigt. Under 2008 anmäldes 224 personer, vilket är en toppnotering av fall under ett år.

Mellan 1986 och 2007 har information samlats in angående på vilken plats inhemska fall TBE-smittats. Information fanns för 1 692 fall från 311 orter. Förranalyser användes för att på samma platser med hjälp av så kallad fjärranalys extrahera säsongberoende miljövariabler ur data från MODIS-sensorn på NASA:s Terrasatellit. De variabler som användes för att karaktärisera miljön var exempelvis infraröda signaler, markens yttemperatur under dag och natt samt vegetationsindex. Baserat på utfallet efter analys av TBE-fallen och satellitdata i en bootstrap skapades en modell för riskkarta för TBE i Sverige.

Kappavärden beräknades för att kvantitativt mäta graden av överensstämmelse mellan olika bootstrapresultat.

Kappavärdena var starkt signifikanta och låg mellan 0.990 (± 0.0024) för de tio bästa modellerna och 0.943 (± 0.0185) för de tio sämsta modellerna av 100 bootstrapprover. Minimivärdet i landytetemperatur på dagen var den variabel som mest exakt bestämde var TBE fanns (inkluderad i 100 av 100 modeller), följd av altitud (94 av 100) och variansen i landytetemperatur på dagen (65 av 100).

Riskkartan måste valideras för att säkra sambanden, men vår preliminära tolkning av resultaten är att minimivärdet respektive variansen i landytetemperatur på dagen kan ha en begränsande respektive reglerande effekt på fästingars aktivitet och utbredning. Detta påverkar i sin tur förekomsten och spridningen av TBE, där bland annat "co-feeding" mellan nymfer och larver utgör en faktor. Betydelsen av altitud för TBE-förekomsten återstår att utreda, men altituden är förmodligen viktig eftersom den har inflytande på det lokala klimatet. Våra resultat kommer att användas för att identifiera riskområden och -faktorer samt i förlängningen även öka allmänhetens medvetande om TBE-risken och lokalt ge rekommendationer om TBE-vaccinering.

3 P

UTVÄRDERING AV NYTT VACCINATIONSSCHEMA FÖR POSTEXPOSITIONSPROFYLAX AV BARN TILL HEPATIT B-BÄRANDE (HBSAG-POSITIVA) MÖDRAR I STOCKHOLMS LÄN

Mona Insulander (6), Björn Fischler (5),

Gudrun Lindh (2), Ingvor Petersson (6),

Madeline von Sydow (1), Susanne Lindgren (4),

Tony Carlsson (3), Ingegerd Hökeberg (6)

Avd för klinisk mikrobiologi, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna (1). Infektionskliniken, Karolinska Universitetssjukhuset (2). Infektionskliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Solna (3). Kvinnokliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge (4). Sektionen för barn gastroenterologi, hepatologi och nutrition, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge (5). Smittskydd Stockholm (6).

Sedan 2005 screenas alla gravida kvinnor för hepatit B i samband med sitt första besök på MVC. Om kvinnan befinner sig vara HBsAg-positiv ges hepatit B-vaccin till barnet inom 24 timmar efter födseln, vid HBeAg-positivitet ges även immunoglobulin. Ett nytt schema för denna profylax infördes 2005. I tidigare schema gavs endast monovalent hepatit B-vaccin medan det nya schemat inkluderar en kombination av monovalent och hexavalent vaccin. I det nya schemat ges Engerix®-B vid 0 och 1 månads ålder samt Infanrix® hexa vid 3, 5 och 12 månaders ålder. Vaccinationen som före 2005 gavs på barnläkarmottagningar (då ca 60% följdes upp med hepatitserologi efter avslutad vaccination) ges nu tillsammans med övriga vaccinationer på BVC. Vi önskade utvärdera effekten av det nya vaccinationsschemat och följde HbsAg-positiva mödrars barn födda januari 2005 till mars 2008.

De vaccinerade barnen följdes upp med HbsAg, anti-HBs och anti-HBc vid 13 månaders ålder. 380 barn inkluderades varav 33 (9%) är barn till HbeAg-positiva mödrar.

350/380 (92%) barn kunde följas upp. Av övriga hade 27 flyttat till annat landsting/land och tre följdes upp på HIV-mottagning och exkluderades. 32 (9%) har ej lämnat prov efter avslutad vaccination. 318 barn (84%) följdes upp med hepatit B-serologi efter avslutad vaccination: 164 (52%) vid 12–14 mån, 79 (25%) vid 15–17 mån och 75 (23%) vid ≥ 18 mån ålder. Ett barn var HbsAg-positivt trots

ANNONS

erhållen rekommenderad postexpositionsprofylax. Modern till detta barn var högviremisk med påvisbar HBeAg. Ett barn hade inte mätbar antikroppsnivå. För två barn har anti-HBs ej kunnat analyseras pga. för liten blodmängd. Övriga 314 barn (99%) var anti-HBs-positiva. 266 (84%) hade anti-HBs \geq 1000 IU/L, 44 (14%) hade anti-HBs mellan 100 och 1000 IU/L och 4 (1%) hade anti-HBs mellan 10 och 99 IU/L. Vid uppföljande hepatitserologi vid 12–16 månaders ålder påvisades anti-HBc hos 44 (13%) av barnen, 40 av dessa följdes upp vid >18 mån ålder och då påvisades inte längre anti-HBc.

Vaccinationsschemat med en kombination av mono- och hexavalent hepatit B-vaccin som postexpositionsprofylax ger ett bra skydd vid mor-barn-smitta samt ett mycket bra antikroppssvar. Följsamheten till rekommenderad postexpositionsprofylax och uppföljande provtagning har ökat när all vaccination sker på BVC. Om uppföljande serologi sker vid 12–16 månaders ålder hittas en viss andel med kvarvarande anti-HBc, vilket bedöms vara av maternell ursprung.

4 P SUSCEPTIBILITY OF CTX-M-PRODUCING ESHERICHIA COLI TO NON- β -LACTAM AGENTS

Åse Östholm-Balkhed (1), Maria Tärnberg (4), Håkan Hanberger (1), Anita Hällgren (3), Hans-Jürg Monstein (5), Lennart E. Nilsson (2) Infektionsmedicin, IMK, HU, Linköpings Univ. (1). Institutionen för molekylär och klinisk medicin, HU, Linköping (2). Institutionen för molekylär och klinisk medicin, Hälsouniversitetet, Linköping (3). Klinisk mikrobiologi, IMK, HU, Linköpings Universitet (4). Klinisk mikrobiologi, LMC, Univ.sjukhuset i Linköping (5).

Enterobacteriaceae with extended-spectrum beta-lactamases (ESBL) is emerging and the most widespread enzymes are the CTX-M enzymes. ESBL-producing isolates are often multiresistant which limits the therapeutical options. To investigate the activity of different non- β -lactam agents against 187 CTX-M producing clinical isolates of *Escherichia coli* in the County of Östergötland, Sweden 2002–2007.

PCR-amplification of CTX-M-genes and DNA-sequencing of PCR-amplicons were performed.

Minimal inhibitory concentrations (MICs) for nitrofurantoin, colistin, fosfomicin, ciprofloxacin, tigecycline, trimethoprim, trimethoprim-sulfamethoxazole (TMP-SMX), gentamicin, tobramycin and amikacin were determined with Etest (AB Biodisk). Clinical breakpoints according to EUCAST were used and MIC50 and MIC90 were calculated.

132 isolates clustered to CTX-M group 1, 55 isolates to CTX-M group 9.

The percentage of susceptible isolates among ESBL-producing *E. coli* belonging to CTX-M group 1/9 were as follows: nitrofurantoin 96,2/96,4, colistin 99,3/98,2, fosfomicin 99,2/100, ciprofloxacin 28,0/43,6, tigecycline 98,5/100, TMP-SMX 38,6/27,3, trimethoprim 31,1/23,6, gentamicin 53,0/76,4, tobramycin 43,9/76,4, amikacin 93,9/100.

The number of susceptible isolates was low for ciprofloxacin, trimetoprim, TMP-SMX, gentamicin and tobramycin for isolates belonging to CTX-M group 1 and CTX-M group 9.

Isolates in both groups showed high susceptibility to nitrofurantoin, fosfomicin, colistin, tigecycline and amikacin and these agents might offer therapeutical options.

There was a tendency towards higher susceptibility to all aminoglycosides among isolates belonging to CTX-M group 9. Amikacin showed good in vitro activity against both CTX-M group 1 and CTX-M group 9 producing *E. coli*.

53,5% were multiresistance, i.e. decreased susceptibility for two or more classes of antibiotics in addition to the beta lactams (except carbapenems). If amikacin were excluded there was 74,9% multiresistance among the isolates.

5 P IDENTIFIERING AV EN TRUNKERAD FORM AV SPLUNC1 I NASOFARYNXASPIRAT VID RSV-INFektion

Louise Fornander (1), Erik Kihlström (4), Britt Åkerlind (3), Thomas Schön (2), Christer Tagesson (1), Bijar Ghafouri (5), Mats Lindahl (1) Arbets- och miljömedicin, IKE, Linköpings univ. (1). Avd för Klinisk Mikrobiologi, Kalmar (2). Avd. för klinisk mikrobiologi, Univ.sjukhuset, Linköping (3). Klinisk mikrobiologi, IKE, Linköpings univ. (4). Rehabiliteringsmedicin, IKE, Linköpings univ./Smärt- och rehabiliteringscentrum, Univ.sjukhuset, Linköping (5).

Respiratoriskt syncytial virus (RSV) är en vanlig patogen hos spädbarn och kan hos vissa leda till en allvarlig luftvägsinfektion. Infektion med RSV leder till en ökad risk för att utveckla astma senare i livet. Det finns också studier som tyder på att RSV-infektion är vanligare hos pojkar än flickor.

SPLUNC1 (short palate lung nasal epithelial clone 1) är ett 25 kDa-protein som nyligen identifierades i de övre luftvägarna. Proteinet binder till lipopoly-sackarid (LPS) och ingår i det medfödda immunförsvaret. Tidigare studier har visat att rökare och personer med allergisk rinit har lägre nivåer av sPLUNC1.

47 nasofarynxaspirat från spädbarn (<1 år, 24 pojkar och 23 flickor) tagna vid misstänkt RSV-infektion undersöktes. RSV diagnostiserades med immunfluorescens. SPLUNC1 analyserades med en- och tvådimensionell gelelektrofores, Western blot och aminosyrasekvencerades med masspektrometri.

Av de undersökta barnen var 23 stycken (14 pojkar och 9 flickor) RSV-positiva medan 24 stycken (10 pojkar och 14 flickor) var RSV-negativa. Förekomst av sPLUNC1 i nasofarynxaspirat påvisades hos 28 barn (60%). Hos vissa individer fanns istället för 25 kDa sPLUNC1 ett 15 kDa-protein som detekterades med PLUNC1-antikroppar. 15 kDa-proteinet identifierades med aminosyrasekvencerad som en trunkerad variant av sPLUNC1.

Analysen med tvådimensionell gelelektrofores demonstrerade flera isoformer av sPLUNC1. Den trunkerade formen förekom som två isoformer (pl 5,3 och 5,4). Hos de undersökta hade 26% både 25 kDa och 15 kDa sPLUNC1, 13% bara 25 kDa-formen och 21% enbart den trunkerade 15 kDa-varianten. Det var ingen skillnad mellan pojkar och flickor. Däremot hade RSV-positiva pojkar signifikant lägre nivåer av 25 kDa sPLUNC1 än RSV-negativa pojkar. 10 av de 14 (86%) av de RSV-positiva pojkarna saknade sPLUNC1 eller hade enbart den trunkerade 15 kDa-varianten.

Nasofarynxaspirat från spädbarn innehåller det LPS-bindande 25 kDa-proteinet sPLUNC1 samt en ny 15 kDa-trunkerad variant av samma protein. RSV-positiva pojkar har lägre nivåer av sPLUNC1 än RSV-negativa pojkar. Det är möjligt att lägre nivåer av sPLUNC1 och förekomsten av en trunkerad variant har betydelse för uppkomsten av allvarlig RSV-infektion i luftvägarna.

6 P ÖKAD FÖREKOMST AV FUSOBACTERIUM NECROPHORUM INFektionER PÅ KAROLINSKA Sjukhuset, Solna.

Joachim Luthander (2), Owe Källman (4), Jonas Hedlund (3), Margareta Eriksson (1)

Astrid Lindgrens barnsjukhus (1). Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Karolinska Universitets sjukhuset Solna (2). Infektionskliniken Karolinska sjukhuset (3). Klinisk mikrobiologi Karolinska universitets laboratoriet Solna (4).

Fusobacterium Necrophorum (FN) är en gramnegativ anaerob bakterie som kan kolonisera munhålan. FN kan i efterföljande till en pharyngotonsillit orsaka en allvarlig sepsis med tromboflebit i v. Jugularis interna och metastatiska abscesser ffa i lungor men även i andra organ, t.ex. leder och skelett. Tillståndet kallas Lemierre's syndrom (LS).

Den kliniska bilden karaktäriseras av ensidig hals-smärta, andnings- och allmänpåverkan samt feber hos en ung vuxen med anamnes på halsinfektion sedan någon vecka.

LS beskrevs under tidigt 1900-tal men föll i glömska efter införandet av antibiotika. Under de senaste decennierna har antalet fall rapporter om LS stadigt ökat.

Under de senaste 10 åren har en ökning av LS beskrivits i USA och Danmark.

Även vi på Astrid Lindgrens Barnsjukhus och Karolinska universitetssjukhuset har noterat en ökad förekomst.

Vi vill med två fallbeskrivningar illustrera sjukdomsbilden och öka medvetenheten om LS. Sjukdomsbilden är allvarlig, förenad med komplikationer och drabbar ofta i övrigt friska tonåringar och unga vuxna.

Med hjälp av laboratoriedatasystemet ADBakt har statistik rörande ålder och kön tagits ut för samtliga individer med fynd av FN i blododling vid Klinisk mikrobiologi, Karolinska Universitetslaboratoriet, Solna under tiden 19980101–20090630.

Under den aktuella perioden har NF hittats i blododling hos 21 patienter. 11 av dessa har diagnostiserats sedan 2007. Patienterna var 14–81 år vid diagnos, 16/21 var <35 år. Medianålder var 22 år. 8 var kvinnor/flickor och 13 män/pojkar.

Fall 1; 15 årig flicka

Fall 2; 15 årig pojke

En tendens till ökning av sepsis med *F. Necrophorum* de senaste åren ses i vårt material. Detta överensstämmer väl med rapporter från andra länder. Sjukdomsbilden är allvarlig och förenad med olika komplikationer. En kännedom om LS är viktig för rätt och tidig behandling.

7 P DIARRÉPREVALENS OCH FRISKFAKTORER BLAND SMÅ BARN PÅ LANDSBYGDEN I COLOMBIANSKA AMAZONAS

Anna Asplund (2), Sara Engman (3), Gun Wingren (1), Jakob Paues (3)

Arbets- och miljömedicin, Hälsouniversitetet, Linköping (1). Inst för klinisk och experimentell medicin, avd för infektionsmedicin (2). Inst. för klinisk och experimentell medicin, avd för infektionsmedicin (3).

Diarré är ett av de största hoten mot små barns hälsa i utvecklingsländer. Många studier har visat på samband mellan epidemiologiska faktorer och diarrésjukdom, där vissa samband har starka vetenskapliga belägg medan andra fortfarande inte är tillräckligt studerade. Få studier fokuserar på s.k. friskfaktorer, d.v.s. faktorer som bidrar till att skydda barn mot att insjukna.

Syftet med vår studie är att undersöka diarréprevalens bland 1–5 år gamla barn på landsbygden i colombianska Amazonas, samt att undersöka samband mellan en rad potentiellt skyddande faktorer och låg diarréprevalens.

Tio samhällen längs med Amazonasfloden i Colombia besöktes och 485 barn inkluderades i studien. ►



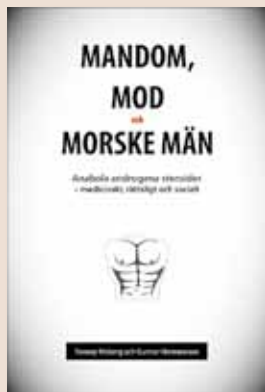
Narkotika, dopningsmedel och hälsofarliga varor

Upplaga 10.1

Skriften ges ut av Svenska Carnegie Institutet
och Svenska Narkotikapolisföreningen.
Format A4, 64 sidor, ca 100 färgbilder. ISBN 978 91-87514-31-9
Pris: **185** kr exkl. frakt och moms.

Narkotika, dopningsmedel och hälsofarliga varor ger en bred översikt över de vanligaste aktuella drogerna på den illegala svenska marknaden. Den är lämplig vid grundläggande undervisning inom skola, socialtjänst, frivilligt arbete, polisväsende, säkerhetsverksamhet, företagshälsovård, personalarbete samt lärar- och ungdomsledarutbildning.

Ett 50-tal preparat och beredningar beskrivs i fråga om sammansättningar, ruseffekter, skadeverkningar m.m. tillsammans med detaljerade färgbilder. Vanliga kroppsliga och psykiska symptom på drogrus redovisas i checklistor. Ett särskilt avsnitt ägnas åt upptäckt av drogmissbruk.



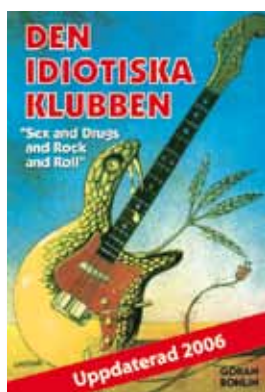
MANDOM, MOD OCH MORSKE MÄN

**Anabola androgena steroider
– medicinskt, rättsligt och socialt**

En bok av Tommy Moberg & Gunnar Hermansson

384 sidor. ISBN 91-87514-25-7
Pris: **282** kr exkl. frakt och moms.

Allt fler män, och numera också kvinnor, söker sig idag till sjukvården för att få hjälp och behandling för fysiska och psykiska besvär relaterade till missbruk av anabola steroider. Vidare är sambandet mellan AAS-missbruk och våld numera ett vedertaget faktum men mörkertalet är stort. I de flesta fall av gatuvåld eller våld mot kvinnor utreds inte en eventuell koppling till AAS-missbruk. Nyckelorden är kunskap och insikt. Boken belyser ingående AAS-problematiken ur tre olika samhällsperspektiv; medicinskt, rättsligt och socialt.



Den idiotiska klubben

En bok av Göran Bohlin

Uppdaterad och utökad med 80 sidor

288 sidor. ISBN 91-87514-24-9
Pris: **185** kr exkl. frakt och moms.

Den idiotiska klubben kom ut våren 1995 i samband med första upplagan av mässan SVERIGE MOT NARKOTIKA. Boken kan ses som en resa från mitten av 50-talet till 1995, och där ges under resans gång exempel på rockmusikens efterhand allt vanligare koppling till narkotika.

Uppdateringen tar alltså sin början 1995 och sträcker sig fram till mars 2006. Läsaren får en återblickande sammanfattning om vad som hänt på rockmusikens och narkotikans område i allmänhet, och kopplingen rock/narkotika i synnerhet. Boken skildrar enskilda rockartisters koppling till narkotika, dödsfall på grund av narkotika, narkotikautvecklingen på de stora sommarfestivalerna i vårt närområde m.m.

Paketpris! Beställ alla tre böckerna för 575:-, exkl. frakt och moms.
Beställ på www.snppf.org (litteratur) eller via mail: order@snppf.org

En intervju och observation genomfördes med hjälp av ett frågeformulär innehållande 30 utvalda faktorer relaterade till vatten, sanitet, hygien och föda samt en uppskattning av antalet diarréepisoder barnet lidit av under föregående år. Låg diarréprevalens definierades som mindre än 2 episoder. Logistisk regressionsanalys användes för att utvärdera sambanden mellan faktorer och diarréförekomst och med hjälp av stegvis multiregressionsanalys identifierades confounders och viktade riskmått.

58,1% av barnen hade låg diarréprevalens. Efter multivariat analys hade 5 faktorer signifikanta samband med låg diarréprevalens ($p < 0,05$): ökande ålder ($p = 0,001$), enbart intag av vatten från förbättrad källa enl. WHO ($p = 0,008$), bruk av vatten från förbättrad källa till bad/tvätt av barn ($p = 0,004$), alltid värma rester eller inte äta rester alls ($p = 0,029$), tvåll tillgänglig på toalett ($p = 0,030$).

Små barn på landsbygden längs Amazonasfloden i Colombia har i jämförelse med andra utvecklingsområden i Latinamerika hög diarréprevalens och lider hög risk att insjukna i diarré. Trots detta insjuknar 3/5 inte mer än 1 gång om året. Ett antal faktorer relaterade till bättre hälsa identifierades, varav fem kvarstod som signifikanta efter justering för confounders. Ett flertal faktorer som saknade signifikans i denna studie kan inte uteslutas vara hälsofrämjande, eftersom ett stort antal faktorer inkluderats i studien och många av dessa visades samvariera.

8 P ANTEMORTEM DIAGNOSIS OF AMOEBIC ENCEPHALITIS IN A HAEMATOPOIETIC STEM CELL TRANSPLANTED PATIENT

Hadi Abd (4), Amir Saeed (2), Shah Jalal (3), A. N. Bekassy (1), Gunnar Sandström (5)
Blood- and Marrow Transplant-Team, University Hospital Lund, Sweden (1). Center for Microbiological Preparedness, Swedish Institute for Infectious Disease Control, Solna, Sweden (2). Karolinska University Hospital, Huddinge, Stockholm (3). Swedish Institute for Infectious Disease Control, Centre for Microbiological Preparedness, SE-171 82 Solna, Sweden (4). Swedish Institute for Infectious Disease Control, SE-17182 Solna; Karolinska University Hospital, Huddinge, SE-141 86 Stockholm (5).

Free-living amoebae (FLA) are environmental eukaryotes found worldwide in soil, air, and fresh or salt water. They include several genera such as *Acanthamoeba*, *Balamuthia*, *Dictyostelium*, *Naegleria* and *Sappinia*.

Acanthamoeba species are widely distributed FLA showing an increased role as human pathogens causing encephalitis, keratitis, pneumonitis and dermatitis. A haematopoietic stem cell transplanted (HSCT) patient developed purulent meningitis while awaiting re-grafting. The meningitis was thought to be an endogenous infection arising from the mucous membranes primarily involving the cervicofacial regions, probably due to haematogenous spread facilitated by surgery.

Direct microscopy of a cerebrospinal fluid sample (CSF), *Acanthamoeba* cultivation, Giemsa staining, polymerase chain reaction and sequencing.

We diagnosed a fatal case of granulomatous amoebic encephalitis caused by *Acanthamoeba castellanii*. To our knowledge this is the first amoebic encephalitis case reported in Sweden during antemortem examination. The importance of antemortem diagnosis of amoebic encephalitis is to increase the opportunity of quick and successful recovery.

It is important to include investigation for amoebic infections in risk groups in order to decrease fatal

sequences of these infections; direct microscopy for CSF sample is still the first step in the diagnosis of amoebic encephalitis, as shown in the current short communication.

9 P PREVALENCE AND ANTIFUNGAL SUSCEPTIBILITY OF THE BLACK PIGMENTED FUNGUS EXOPHIALA DERMATITIDIS IN THE AIRWAY OF PATIENTS WITH CYSTIC FIBROSIS

Nahid Kondori (2), Marita Gilljam (3), Hanane Belhaj (2), Erik Svensson (2), Christine Wennerås (1)
Bakteriologiska laboratoriet och sektionen för hematologi, SU/Sahlgrenska, Göteborg (1). Bakteriologiska Laboratoriet, Sahlgrenska Universitetssjukhus (2). Cystisk fibros center, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg (3).

Exophiala dermatitidis is a darkly pigmented yeast-like microorganism which may cause infection in immunocompromised and immunocompetent individuals. The microorganism is a frequent colonizer of lungs of patients with cystic fibrosis and may cause occasional disseminated phaeohyphomycosis and fungemia.

A screening of 500 respiratory samples (sputum and bronchoalveolar lavage) from patients with cystic fibrosis ($n = 223$), lung transplant recipients ($n = 110$) and patients with other respiratory disorders ($n = 167$) revealed that *E. dermatitidis* was only seen in patient with cystic fibrosis with a frequency of 23% ($n = 51$). The susceptibility of isolated *E. dermatitidis* specimens was determined for the following antifungal agents: itraconazole, voriconazole, posaconazole, flucytosine and amphotericin B by two broth microdilution methods (CLSI M38-A and EUCAST). The overall agreement was >80% between the two methods for all drugs except for posaconazole, and flucytosine.

In conclusion, posaconazole was the most active drug in vitro against

E. dermatitidis followed by voriconazole, amphotericin B and itraconazole. Flucytosine has no significant in vitro activity against *E. dermatitidis*. The prevalence of *E. dermatitidis* in patients with cystic fibrosis was high.

10 P COMPARISON OF A NEW COMMERCIAL TEST, DERMATOPHYTE-PCR KIT, WITH CONVENTIONAL METHODS FOR RAPID DETECTION AND IDENTIFICATION OF TRICHOPHYTON RUBRUM IN NAIL SPECIMENS

Anna-Lena Abrahamsson (3), Christine Wennerås (1), Naser Ataollahy (3), Nahid Kondori (2)
Bakteriologiska laboratoriet och sektionen för hematologi, SU/Sahlgrenska, Göteborg (1). Bakteriologiska Laboratoriet, Sahlgrenska Universitetssjukhus (2). Bakteriologiska laboratoriet, Sahlgrenska, Göteborg (3).

The performance of a new commercially available test, Dermatophyte PCR Kit, for detection and identification of dermatophytes, particularly *Trichophyton rubrum*, was evaluated. The Dermatophyte PCR Kit was compared with conventional methods (microscopy and cultures) for routine detection and identification of dermatophytosis.

We studied 177 nail samples from patients with suspected onychomycosis by fluorescence microscopy (blankophore), cultures and Dermatophyte PCR kit.

T. rubrum was the most common microorganism

isolated from nails and confirmed to be present in 95% of all culture-positive nail specimens. All *T. rubrum* culture-positive specimens ($n = 56$) were confirmed by PCR, with exception of one specimen which was positive for culture and negative by PCR. More samples were positive by PCR (44%) than by conventional cultures (37%).

In conclusion, PCR enhanced the detection rate of dermatophytes and was shown to be a rapid and sensitive method for routine investigation of nail dermatophytosis.

11 P ÖKAD FÖLSAMHET TILL STRAMAS REKOMMENDATIONER I VÄSTRA GÖTALANDSREGIONENS SÄRSKILDA BOENDEN

Annika Arvidsson (5), Robert Eklund (4), Marie Eriksson (3), Lisbeth Karlsson (6), Lotta Osbeck (1), Mette Schewenius (1), Thomas Wahlberg (4), Sven Öberg (3), Peter Ulleryd (2)
Infektionshygien, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg (1). Smittskyddsenheten Västra Götaland (2). Vårdhygien, NU-sjukvården, Uddevalla (3). Vårdhygien, Skaraborgs sjukhus, Skövde (4). Vårdhygien, Södra Älvsborgs sjukhus Borås (5). Vårdhygien, Södra Älvsborgs Sjukhus, Borås (6).

2004 genomfördes en punktprevalensstudie av vårdhygieniska riskfaktorer och användning av antibiotika vid särskilda boenden i Västra Götalandsregionen. Syftet var att få ett aktuellt lokalt faktaunderlag inför fortsatt arbete med att höja den vårdhygieniska standarden och säkra en rationell antibiotikaeftersättning. Denna studie omfattade 17477 vårdtagare. 2009 har studien upprepats.

Undersökningen är gjord som en punktprevalensstudie i alla särskilda boenden inom Västra Götalandsregionens kommuner den 17 mars 2009. Samma registreringsformulär som vid studien 2004 har använts. Ansvarig sjuksköterska på respektive boende har registrerat samtliga vårdtagare med kön, ålder, boendeform, aktuell infektion, antibiotikabehandling, bakterieodling före behandling, förekomst av kärlkateter, omlägningskrävande sår, kvarsittande urin kateter eller gastrostomi. Data har bearbetats av studieansvariga hygienläkare och hygiensjuksköterskor.

Studien omfattar 16089 vårdtagare. Andelen korttidsboende har ökat från 7 till 10%. Vårdhygieniska riskfaktorer förekommer i oförändrad andel med kvarliggande urinkateter i 8% och omlägningskrävande sår i 8%. Odling före antibiotikabehandling har gjorts hos 58% före behandling av urinvägsinfektion och hos 34% före behandling av hud- och mjukdelsinfektion. Motsvarande odlingsfrekvens 2004 var 56% respektive 40%.

Totalt är det färre vårdtagare som antibiotikabehandlas, 4,2% 2009 jämfört med 5,3% 2004. Vårdtagare i korttidsboende behandlas med antibiotika i högre utsträckning, 8,1%. De vanligaste indikationerna för antibiotikabehandling är hud- och mjukdelsinfektion, urinvägsinfektion och luftvägsinfektion med 40%, 28% respektive 15%. Andelen penicilliner vid behandling av luftvägsinfektion har ökat från 23% till 44% medan tetracykliner har minskat från 47% till 34%. Vid behandling av urinvägsinfektion har andelen nitrofurantoin ökat från 8% till 19% medan kinoloner har minskat från 26% till 16% och trimetoprim har minskat från 36% till 27%. Vid behandling av hud- och mjukdelsinfektioner har andelen penicilliner ökat från 69% till 77% medan andelen cefalosporiner har minskat från 9% till 3%.

Mellan 2004 och 2009 har det skett en klar anpassning till gällande regionala antibiotikarekom-

ANNONS

mentationer med en generell återhållsamhet och en ökad användning av penicilliner och nitrofurantoin parallellt med en minskning av cefalosporiner, kinoloner och tetracykliner.

12 P VARICELLA UNDER GRAVIDITET

Jörgen Vennsten (1), Malin Bäckér (1), Vanda Friman (2), Marie Studahl (2) Infektionskliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset (1). Infektionskliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra, Göteborg (2).

Varicella under graviditet innebär en ökad risk för allvarliga komplikationer både hos mor och det nyfödda barnet. Antiviral behandling ges till gravida med vattkoppor. För att förhindra allvarlig sjukdom ges specifikt immunglobulin mot varicella zoster virus (VZV) till nyfödda vars mödrar har varicella kring partus.

Målsättningen med studien var att undersöka förekomst och morbiditet vid varicella hos gravida och konsekvenser för det nyfödda barnet. Aktuella svenska studier saknas.

Via journalstudier insamlades uppgifter om gravida kvinnor i åldrarna 15 till 45 år som vårdats på infektionskliniken på Sahlgrenska Universitetssjukhuset p.g.a. varicella mellan åren 1991–2007. För att identifiera de som var infekterade med varicella användes ICD-10. Journaluppgifter från nyfödda barn till mödrarna insamlades.

Incidensen av sjukhusvårdade gravida kvinnor med varicella i Göteborg var 7 fall per 20 000 graviditeter vilket motsvarar 35 kvinnor under åren 1991 till 2007. Antalet fall sjönk under 2000-talet. Minst 20% av de gravida kvinnorna med varicella var av icke-europeiskt ursprung. Merparten, 85,7%, insjuknade under tredje trimestern och av dessa insjuknade nästan hälften 7 dagar före till 7 dagar efter partus. Hos 4/35 kvinnor uppstod komplikationer som pneumoni, sekundär infekterade koppor samt encefalit. Dessa kvinnor var i graviditetsvecka 29–34. Femton nyfödda barn fick specifikt immunglobulin mot VZV. Denna profylax förhindrade inte helt insjuknande i varicella. Ingen nyfödd fick dock svår varicella eller hade tecken på kongenital infektion.

En sjunkande incidens av gravida kvinnor som sjukhusvårdats p.g.a. varicella mellan 1991 till 2007 noterades. Invandrare från länder med tropiskt- och subtropiskt klimat var överrepresenterade. Komplikationer hos gravida kvinnor med varicella kan ej försummas. Neonatal varicella kan inte helt förhindras med hjälp av immunglobulin profylax men allvarliga infektioner kan förhindras. Immunitet mot varicella är därför viktigt hos kvinnor i fertil ålder.

13 P ANTIBODIES TO N CORE OF MORBILLI VIRUS IN PATIENTS WITH MS AND THEIR SIBLINGS WITH TRAIT

Linn Persson (3), Sonia Longhi (6), Oluf Andersen (2), Maria Johansson (5), Martin Lagging (7), Johanna Enarsson (4), Tomas Bergström (1) Avd. för klin. virologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg (1). Inst för klin neurovetenskap, Göteborgs Universitet (2). Inst för klin virologi, Göteborgs Universitet (3). Inst för klin virologi, Göteborgs Universitet (4). Inst för klin virologi, Göteborgs universitet (5). Universités Aix-Marseille (6). Virologen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset-Sahlgrenska, Göteborg (7).

The role of measles infection in the pathogenesis of multiple sclerosis has been of interest for dec-

ades. We have earlier shown that: i/ MS patients have high IgG titers against morbilli virus antigen in serum and CSF in comparison with their siblings and healthy controls; ii/ a subset of siblings (called "trait") with 2 or more oligoclonal bands had similar morbilli titers to MS patients.

Here, we have utilized an expression system for producing Ncore, the structurally organized part of the morbilli nucleocapsid, as the serological antigen. We chose this approach because we wanted to investigate the IgG response in MS patients in an ELISA system devoid of human /primate components and thereby exclude assessment of auto-antibodies due to presence of host cell antigens in the conventional ELISA.

Results: In serum and CSF, IgG titers against Ncore were significantly higher in MS patients as well as in their siblings with trait, as compared to controls and siblings without trait.

Comments: We found that the elevated IgG response to morbilli virus antigen in MS patients and their siblings with "trait" contained specific antibodies to Ncore. This argues for an elevated IgG response to paramyxovirus nucleocapsids in MS, and against the presence of autoantibodies to cellular antigens as an explanation of the earlier results. Further studies will focus on epitope mapping of the IgG reactivity detected in this test system.

14 P IMMUNOGLOBULIN FRÅN HÖNSÄGGULA (IGY) – ETT ALTERNATIV TILL ANTIBIOTIKA

Hans Kollberg (1), Elin Nilsson (3), Anders Larsson (2) Inst. för kvinnors och barns hälsa, Akademiska sjukhuset, Uppsala (1). Klinisk kemi, Inst. för medicinska vetenskaper, Akademiska sjukhuset, Uppsala (2). Klinisk kemi, Institutionen för medicinska vetenskaper, Akademiska sjukhuset, Uppsala (3).

Antibiotikaresistenta mikrober är ett stort alarmrande miljöhot. Att finna alternativ till antibiotika är trängande nödvändigt. Efter vaccination med en mikrob bildar höns specifika antikroppar mot denna. Antikropparna (IgY) transporteras i stor mängd till äggulan. IgY aktiverar inte komplement och reagerar inte med Fc-receptorer. Oralt givet IgY framkallar ingen inflammatorisk reaktion och triggar inte till bildandet av anti-IgY-antikroppar – således ingen risk för resistens! IgY som ren vattenlösning för oralt bruk har inga toxiska bieffekter.

IgY-vattenlösning från vaccinerade höns har getts peroralt i alla studier.

Djurstudier: God effekt av specifikt IgY på infektionssjukdomar i mag-tarm-kanalen. Rotavirus: C:a 100% skydd mot diarré hos råttor; E. coli: minskad dödlighet från 90% till 0% hos smågrisar och kalvar; Salmonella: gott skydd mot diarré för kalvar; S. mutans: skydd mot karies på råttor.

Humanstudier: 1) Cystisk Fibros är en svår ärftlig sjukdom. Svåraste besvären och främsta dödsorsaken är ständiga lunginfektioner med P. aeruginosa. Anti-pseudomonas IgY: I en liten men långvarig öppen kontrollerad studie har vi visat att behandling med Anti-pseudomonas IgY, signifikant förlänger tiden mellan infektioner med Pseudomonas och förskjuter tiden till start av kronisk infektion. Inte heller uppträda några andra bakterier eller svampar varaktigt. Behovet av antibiotika minskar kraftigt. Patienterna bibehåller god lungfunktion och gott nutritionsstatus. Ingen av patienterna har lagts in på sjukhus på grund av lunginfektioner. Anti-pseudomonas IgY är licensierat av LV och har Orphan drug designation hos EMEA.

2) Immunsupprimerade patienter får ofta candida-infektioner. I en öppen studie vid UAS behandlades 4 leukämbarn med anti-candida IgY. Inget av dessa fick candida medan 3 av 4 kontroller fick det. En vuxen leukämbarnpatient, som fick mycket svår candidiasis vid första immunsuppressiva behandlingen, fick anti-candida IgY under liknande suppressionsbehandling vid recidiv. Han fick då ingen candidiasis.

3) Enterobacter cloacae ger hög dödlighet hos prematurt födda barn, är ofta resistent, och sprids mycket snabbt på en nyföddhetsavdelning. Vid ett utbrott av E. cloacae vid UAS blev 10 prematurer behandlade med anti-E.cloacae IgY. Ingen fick sepsis. Spridningen kunde stoppas.

Slutsats: Passiv immunterapi med immunglobulin från ägg (IgY) är ett möjligt alternativ att behandla sjukdomar i mag-tarmkanalen och profylaktiskt i luftvägarna.

15 P THE SECRETED COLLAGEN AND FIBRONECTIN-BINDING PROTEIN FNE OF STREPTOCOCCUS EQUI SUBSPECIES EQUI MODULATES COLLAGEN GEL CONTRACTION AND DERMAL FLUID BALANCE

Lena Persson (4), Cecilia Rydén (5), Tjjs van Wieringen (4), Åsa Lidén (2), Anja Kassner (1), Jonas Lannergård (1), Dick Heinegård (1), Rolf Reed (3), Bengt Guss (7), Kristofer Rubin (6) Bindvävsbiologi, Institutionen för experimentell medicinsk vetenskap, Lund (1). Fysiol.Institut, Bergen (2). Fysiol.Institut, Bergen, Norge (3). IMBIM (4). Infektion, UAS (5). Inst. för medicinsk biokemi och mikrobiologi, Uppsala Universitet (6). Mikrobiologi, SLU (7).

Inflammationsinducerat ödem spelar sannolikt en roll för att underlätta fagocytos samt för transport av antimikrobiella ämnen till infektionshärden, liksom för att underlätta utflöde av toxiner m.m. från densamma.

Streptococcus equi med den virulenta subspecies equi vilken ger upphov till kvarka (strangles) hos hästar, utsöndrar ett fibronektin och kollagen bindande protein FNE. I den mindre virulenta subspecies zooepidemicus föreligger samma protein cellväggsförankrat, kallat FNZ.

Myofibroblaster och kollagen inkuberas i närvaro av FNE samt FNE + PDGF-BB. Inkubation sker även i närvaro respektive frånvaro av fibronektin (FN).

Celler som används är C2C12-celler vilka uttrycker FN på cellytan samt 4D-celler, de senare i avsaknad av FN-uttryck. Ingentenda celltypen har kollagenbindande integriner på cellytan.

FNE injicerades likaså i möss vilka försatts i anafylaxi med C48/80.

FNE interagerar med myofibroblaster som uttrycker fibronektin (FN) på ytan vilket leder till en kontraktion av kollagen, och ger upphov till en gelbildning. PDGF-BB har likartad effekt, och kombinationen PDGF-BB och FNE ger en potentierad kollagenkontraktion.

Vid anafylaxi hos möss sänks det interstitiella vävnadstrycket. FNE injektion ledde till en normalisering av vävnadstrycket hos mössen, tydande på att vävnaden kontraheras vilket kan vara en effekt av fibronektin interaktion med kollagen via FNE.

Våra resultat tyder på att FNE från streptococcus equi subspecies equi kan motverka ödembildning och därmed bidra till virulens hos dessa bakterier genom att öka det interstitiella vävnadstrycket och därmed försvåra infektionsförsvaret och borttransport av bakterierna från den infekterade vävnaden. ■

Signerade reproduktioner av omslagsbilderna från Läkarmatrikeln

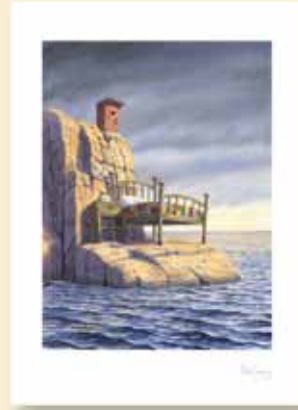
Vårdval • 2009



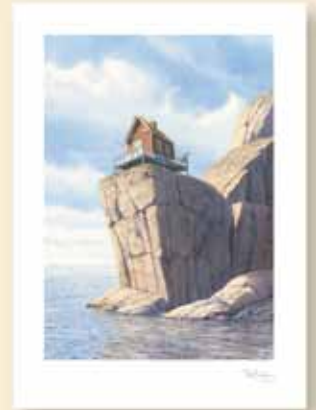
Sjuktransport • 2008



Sängläge • 2007



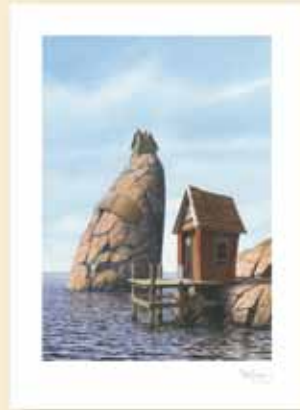
Sjukstuga • 2006



Stenbrott • 2005



Sjösjukan • 2004



Ö-Lasarett • 2003



Gör er beställning på www.mediahuset.se, via e-post: order@mediahuset.se eller telefon: 031-707 19 30.

Omslagsbilderna till Läkarmatrikeln är akvareller av konstnären Peter Engberg. Reproduktioner av bilderna finns att köpa för 200 kr./st. + porto/exp.avg. (59 kr). Bilderna mäter 65 X 47 cm och samtliga exemplar är signerade av konstnären. Gör er beställning på www.mediahuset.se, via e-post: order@mediahuset.se eller telefon: 031-707 19 30.

PETER ENGBERG

Fjällbackakonstnär, född 1962, som i måleri och grafik ger oss sin syn på det bohuslänska landskapet. Med sitt sinne för det karga och nakna levererar han en varm och kärleksfull, lätt karikerad tolkning av sin omgivning. Peter är en autodidakt konstnär som fick sitt genombrott i slutet av åttiotalet med sina träffsäkra miljöbilder från bohuslän.



Protokoll fört vid styrelsemöte, Svenska Infektionsläkarföreningen

Umasjö 2–4 september 2009

Närvarande: Åsa Hallgärde, Torsten Holmdahl, Stephan Stenmark, Jonas Hedlund, Jonas Sundén-Cullberg, Katarina Westling, Camilla Lorant, Bengt Wittesjö, Gunlög Rasmussen (Adj)

§1 Ordförande Åsa Hallgärde öppnade mötet.

§2 Till protokolljusterare jämte ordföranden valdes Bengt Wittesjö.

§3 Dagordningen fastställdes.

§4 Föregående protokoll från styrelsemötet den 7/5 2009 granskades och fastställdes.

§5 Ordförandes ärenden Å.H.

Å.H. har skickat en motivering till Socialstyrelsen angående önskat namnbytet på specialiten till Infektionssjukdomar.

Å.H. har skrivit svar på remissen Förslag till ändring i lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler (dnr S2009/2928/ST).

Å.H. redovisade från paneldiskussion under Almedalsveckan 1/7 om antibiotikaresistens.

Simon Athlin, Örebro är årets RAF-stipendiat.

Nya SPUR-inspektörer: Pia Forsberg från 2009. Nils Kuylentierna, Anna Werner, Bengt Hill och Åsa Hallgärde från 2010.

§6 Rapport från facklige sekreteraren S.S.

Inkomna remisser:

Förslag till nya föreskrifter angående biobanker i hälso- och sjukvården från Socialstyrelsen – besvaras ej.

Rapport från PRISS-projektets fortsatta arbete. Testomgången med fyra reviderade kliniker har genomförts och utvärderats med positivt resultat. Inbjudan har nu gått ut till alla ortopedkliniker att anmäla sig till revision. Målet är 10 kliniker HT 2009, 10–15 kliniker VT 2010, 15 kliniker HT 2010. Arbete med att rekrytera infektionsläkare till revisorsteamet pågår.

En genomgång av SILF:s representanter i olika grupper och organ. Diskussion om policy för mandatperioder, fördelningar bland deltagarna avseende ålder, kön, geografi, tid i specialiteten. Frågan diskuteras vidare på chefmötet.

§7 Rapport från vetenskaplige sekreteraren J.H.

Läkarestämman:

Presentation av programförslag.

Genomgång av inkomna abstracts med beslut om postrar och fria föredrag.

Inkomna Remisser:

Ett effektivare Smittskydd (SOU 2009:55), besvaras av Gudrun Lind.

Klinisk forskning, ett lyft för sjukvård (SOU 2009:43), besvarad av Lars Hagberg.

Tillgång till vårdhygienisk kompetens, besvaras av Åsa Hallgärde.

MRSA i förskolan och MRSA-rekommendationer för bedömning av bärarskap och smittrisk.

Information från Internetmedicin.se om planer på att bygga upp en interaktiv nätsida för infektionsläkare. Vi ställer oss positiva till projektet.

§8 Rapport från skattmästaren B.W.

Skriftlig rapport

Nya ordinarie medlemmar:

Catarina Widing, ST-läkare, Inf klin Karlstad, Katarina Århem, leg läk, Inf klin KS, Martin Widlund, ST-läkare, Inf klin Örebro, Mattias Ericsson, ST-läkare, Inf klin, Östra sjh, Gbg, Arash Izadkhasti, ST-läkare, Inf klin, Östra sjh, Gtb, Lina Davies Forsman, leg läk, Inf klin KS Solna.

Rapport från aktuellt bokslut för föreningen och Göran Sterners resestipendiefond.

Mot bakgrund av överskott från tidigare års Chefmöte tas inte någon klinikavgift ut för mötet i år.

Diskussion om inkommet avtalsförslag från Mediahuset. Nuvarande avtal löper ut 2010-12-31.

§9 Rapport från fortbildningsansvarig J.S-C. Skriftlig rapport

24–25 september genomförs utbildningen i akutmedicin på Sigtunahöjden.

Nästa år planeras höstutbildningarna att ha infektionsprofil.

Våren 2010 planeras repetition av årets program i Mariefred.

§10 Redaktörens ärenden K.W.

Innehållet i *Infektionsläkaren* nr 3/2009 föredrogs av Katarina Westling. Deadline 7/9, utgivning oktober. Deadline för nr 4/09 är 20/10.

§11 Frågor angående yngre läkare och SPUK C.L.

Tema för kommande ungt forum: Ortopediska infektioner med Bertil Christensson, Marie Studahl och Bo Söderqvist.

Checklistan är helt klar och ligger nu ute på hemsidan.

Beslut: Styrelsen ger SPUK i uppdrag att ta fram en mall för ST kontrakt.

§12 Programgrupper T.H.

Gruppen för Virala meningoencephaliter fortsätter sitt arbete och kommer med en första presentation till riksstämman.

§13 Hemsida T.H.

Vi genomför de layoutförändringar av hemsidan som tagits fram i samråd med Mediahuset.

Beslutas att införa utrymme för vikariatsannonsering.

§14 Kvalitetsregister T.H., G.R.

Gunlög Rasmussen är nu registeransvarig. Ansökan till SKL för nästa år är på gång. Presentation av ekonomi, förslag till utveckling och aktuella kvalitetsmål. Diskussion om formerna för revisionsförfarande.

§15 Planering inför Chefmötet

Beslut om innehåll och program.

§16 Övriga frågor

H1N1 – nya influensan.

Genomgång av hur man planerat vaccination av sjukvårdspersonal och omhändertagande av sjuka patienter runt om i landet. Beslutade att cirkulera alla aktuella PM till varandra.

Å.H. tar kontakt med Socialstyrelsen för dialog om läget med nationella riktlinjer för behandling och profylax med Oseltamivir.

Frågan kommer att bli en av huvudpunkterna på chefmötet i oktober.

§17

Ordförande Å.H. avslutade mötet

STEPHAN STENMARK *Facklig sekreterare*
ÅSA HALLGÄRDE *Ordförande*
BENGT WITTESJÖ *Protokolljusterare*



Protokoll fört vid chefmöte, Svenska Infektionsläkarföreningen

Sigtunahöjden 15–16 oktober 2009

Närvarande: SILFs styrelse, Chefer från alla kliniker utom Östersund. Totalt 41 deltagare. Ola Weiland §3, Gunlög Rasmussen §4, Per Arneborn §6, Annika Linde §10

TORS DAG 15/10

§1 Åsa Hallgårde öppnade mötet och hälsade välkomna. Presentation av styrelsen och alla närvarande.

§2

Information från styrelsen

Programgrupper T.H.

Endocardit och bakterella CNS-infektioner under revision.

Virala ME presenteras på läkarstämman i november.

Alla program skall framöver presenteras i webbformat med hjälp av Mediahuset.

Hemsidan T.H.

Ny layout, ny flik för vikariat som VC själva kan lägga ut på hemsidan via Anders på Mediahuset.

Styrelsen kommer rek årsmötet att vi framöver ska lägga in reklam på hemsidan.

Utbildningar J.C.-S.

Samma program under kommande vårmöte i Mariefred som 2009.

Höstutbildningens program med akutmedicin som tema läggs ned och ersätts med mera riktade infektionsprogram, för 2010 planeras tbc v 43.

Uttalade sig mötet åter om att man i princip åtar sig att skicka minst en deltagare/klinik.

Tidningen K.W.

Information om kommande nummer.

Yngreläkare C.L.

Checklistan klar och ligger på hemsidan.

Information om Ungt Forum som i år handlar om ortopediska infektioner samt Fallseminariet 2–3/2 2010 på Tynningö.

Ekonomi B.W.

Diskussion kring överskott från vårutbildningen. Förordas att det stannar i föreningen för framtida behov, framförallt revision av vårdprogrammen när detta anslag är slut.

§3

InfCare Hepatit, Ola Weiland

Kliniskt verktyg och kvalitetsregister med översiktliga grafer för stadium och behand-

ling av hepatit B och C, jmf HIV. Bra utbildningsverktyg, forskningsdatabas och konsultationsverktyg. Dags att börja implementera för andra kliniker, kostnad i förhållande till antal patienter. Driftkostnad ca 140 tkr/år. Mkt goda erfarenheter av Fibroscan som dock kostar ca 850 tkr, minskat biopsibehovet med ca 90% i Stockholm.

§4

Kvalitetsarbete och kvalitetsregister,

Gunlög Rasmussen

Fortfarande en del problem med kvalitetsregistren. Täckningsgraden är inte optimal och det finns brister i ifyllnaden av formulären. Alla programgrupper har fått i uppdrag att ta fram 3–5 kvalitetsmål/register. Förbättrad återkoppling på gång med automatgenererade kvartalsrapporter på klinisknivå. Behov av schemalagd arbetstid för delregisteransvariga, en kostnad som alla kliniker får dela på, ev i förhållande till storlek.

Revision planeras i forma av samkörning med Socialstyrelsens diagnosregister för att kontrollera täckningsgrad, stickprov avseende ofullständigt ifyllda formulär samt journalgranskning så att ifyllda parametrar stämmer.

§5

Redovisning av grupparbeten

Så har vi förbättrat rondens:

- Alla väl förberedda inför rondens, längre samtal efter rondens.
- Teamrond med läkare, ssk, usk, paramedicinare; stort utbildningsvärde.
- Kort och koncis dokumentation.
- Fler utskrivningar på morgon och fm.
- Avstämning på em, gärna med samma ssk som på morgonen. Planera prover och undersökningar som kan göras tidigt dagen därpå.
- Rond vid behov à la S:t Görans tveksamt.

Erfarenheter från problem och lösningar med kvalitetsregistren:

- Utse ansvariga + tid.
- Läkarsekr har central roll.
- Svårt med vissa register då alla pat inte vårdas på inf klin.
- Sepsisregistret för omfattande, svårt få fram alla uppgifter.

§6

Redovisning av tjänsteenkäten, Per Arneborn

Se separat pappersrapport och presentation som läggs ut på infektion.net.

FREDAG 16/10

§7

Övriga frågor, Å.H.

PRISS-inspektörer efterlyses (ortopediska infektioner).

SPUK får i uppdrag att utforma gemensam mall för ST-kontrakt.

Info ang Vårmetet 2010 i Umeå 19–21/5. Göteborg 2011 och ev Gävle 2012.

Janet H informerade om förslag att inf-bakjouren skulle upphöra nattetid och ev frågor hänvisas till regionen. Förslaget kraftfullt avvisat men ej avgjort ännu.

Utlyst tjänst som VC Lund, även på gång i Kristianstad och Linköping.

§8

Nysam, B.W.

Diskussion kring diagnoskodning av sepsispatienter, huvud- resp bidiagnos. Artikel på gång i Läkartidningen där Olafr Steinum är inblandad.

SILF har nu egen Nysamgrupp för att få gemensamma riktlinjer kring hur produktion och resurser redovisas. Elva landsting deltar fullt ut, enskilda kliniker kan också teckna egna avtal. Ny enkät enbart för Infektion på gång inför 2010. Ambitionen är att verksamhetsenkäten inom en snar framtid skall ersättas av Nysam för samtliga infektionskliniker.

§9

Grupparbete

Så har vi vaccinerat personal och riskgrupper: Stora lokala variationer. Teoretiska pandemiplaner har fått en rejäl uppträskning. Problem med lägre vaccintilldelning än planerat.

Så har vi organiserat vården på infektionsklinikerna och sjukhuset i övrigt:

Framförallt Barn och IVA som får störst belastning, inte vuxenmedicin/infektion.

Primärvården tar första stöten. Akutmott för inf-pat har återuppstått på en del ställen

och nyöppnade rum på enstaka kliniker.

Brist på enkel-/isoleringsrum och respirator-/ECCMO-platser kritiska faktorer. Akutmottagningarna har överlag dåliga isoleringsmöjligheter (för alla smittsamma sjukdomar).

§10

Nya influensan, Annika Linde

Svininfluensa kanske inte är så dumt namn ändå då det faktiskt förekommit utbrott i svinbesättningar, framförallt problem om de även smittas av andra virus samtidigt. Änder bär på virus i tarmen, sprids via vatten till andra änder och djurarter. Förutsättningen för pandemi är att fågelvirus anpassas så att det kan infektera övre luftvägar efter passage i gris. Har förekommit 3–5 pandemier/sekul åtminstone sedan 1100-talet.

85% av alla dödsfall <55 år 1918 pga. Spanska sjukan, 25% pga. Asiaten. Under Asiaten dog ca 5 milj människor. Samma riskgrupper som med Nya influensan initialt, äldre patienter i andra vågen. Hittills har ca 4 500 avlidit i Nya influensan, framförallt

unga (10–30 år) och gravida, mkt få >65 år. OBS extrem fetma som riskgrupp. Av gravida tycks de med IgG2-brist löpa störst risk.

Verkar som om intag av Omega 3 (fiskeleverolja/tran) ökar risken för dödlig utgång. Jmf. eskimåer i Nordamerika och fiskarbefolkningen i Bohuslän under Spanska sjukan. Förklaring till sex dödsfall i Norge?

För närvarande ökar antalet fall igen, framförallt pga. skolutbrott i Västernorrland. Sentinelövervakningen har stora brister. Serologiska undersökningar på gång före vaccinationskampanjen, webbsökningar på Vårdguiden, sjukrapporter. Vård av sjukt barn påverkas ej av influensaaktiviteten!

I Australien är det framförallt Barnklin och IVA som haft störst belastning. I Nya Zeeland har 12,5% av befolkningen smittats, ung. som vid säsongsinfluensa. Med ledning av deras erfarenhet kan man räkna med ca 1 000–2 000 sjukhusvårdade, 90 IVA-fall och 35–70 dödsfall i Sverige utan vaccination (lågt räknat).

Vid varmt och fuktigt klimat sker spridningen som kontaktsmitta, vid kallt och

torrt klimat som aerosolsmitta. Förklaringen till att smittan avtog efter skolstart var sannolikt att det i stället spreds rhinovirus vilket hindrade influensavirus att infektera slemhinnecellerna samtidigt.

Paracetamol i förebyggande syfte vid vaccination tycks försämra vaccineffekten på barn. Sannolikt räcker en dos till vuxna, i övrigt friska – beslut väntas inom kort. Var liberal med Tamiflu både beh och profylax framförallt till riskgrupper. Inga studier på gravida men ej heller några teoretiska risker med vaccination. Hög feber, som vid influensa, i tidig graviditet ökar sannolikt risken för läpp-gomspalt och spina bifida.

Hela presentationen läggs ut i pdf-format på hemsidan.

§11

Mötet avslutas av Å.H.

Nästa chefsmöte planeras på annan plats 14–15/10 2010.

Vid tangenterna
BENGT WITTESJÖ
Tf sekreterare SILF

Kongresser & Möten 2009/2010

2009

24 nov **Virologisymposiet**
Stockholm
Kontaktperson: Birgitta Månsén 08- 7261215,
birgitta.mansen@roche.com

25-27 nov **Riksstämman**
Stockholm
www.svls.se/riksstamman/811.cs

1 dec **World AIDS Day**
<http://www.worldaidsday.org/>

2010

2-3 feb **Fallseminarium i Stockholms skärgård**
Stockholm
<http://hansen.issi.se/itp/event/falls/100140>

4-5 feb **Infektioner hos patienter med hematologiska maligniteter**
Steningevik, Stockholms län
edu.ipuls.se kursnr 20090304

9-12 mars **30th International Symposium of Intensive Care and Emergency Medicine (ISICEM)**
Bryssel, Belgien
www.intensive.org

14-18 mars **7th International symposium on pneumococci and pneumococcal diseases 2010**
Tel Aviv, Israel
www2.kenes.com/isppd/pages/home.aspx

15-19 mars **SK-kurs: Infektionsepidemiologi och smittskydd**
Smittskyddsinstitutet, Stockholm
edu.ipuls.se IPULS-nr B:48

22-26 mars **SK-kurs: Tuberkulos**
Stockholm, edu.ipuls.se IPULS-nr B:29

24 mars **World TB Day**

10-13 april **20th ECCMID**
Wien, Österrike
<http://www.esccmid.org/>

19-21 maj **SILF Vårmöte**
Umeå

26 maj **2010 års Strama-dag**
Stockholm
kristina.lundh@strama.se

22-27 aug **14th International Congress of Immunology**
Kobe, Japan
<http://www.ici2010.org/>

17-21 maj **SK-kurs: Klinisk tropikmedicin**
Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm
edu.ipuls.se IPULS-nr 13:01

12-15 sep **50th Annual Interscience Conference on Antimicrobial Agent and Chemotherapy (ICAAC)**
San Fransisco, USA
www.icaac.org

30 sep – **SSAC - 27th Annual meeting of the Scandinavian Society for Antimicrobial Chemotherapy**
Stockholm
www.ssac.nu

7-10 okt **XIVth Meeting of the European Society for Immunodeficiencies (ESID)**
Istanbul, Turkiet
<http://www.esid2010.org/>

1 dec **World AIDS Day**
<http://www.worldaidsday.org/>



Protokoll fört vid styrelsemöte, Svenska Infektionsläkarföreningen

Sigtunahöjden 15 oktober 2009

Närvarande: Åsa Hallgärde, Jonas Hedlund, Torsten Holmdahl, Katarina Westling, Jonas Sundén Cullberg, Bengt Wittesjö, Camilla Lorant

§1
Å.H. öppnade mötet och hälsade välkomna.

§2
Jonas Hedlund väljs till protokolljusterare.

§3 Dagordning fastställdes.

§4
Genomgång av protokoll från styrelsemötet 2–4/9 2009. Protokollet godkändes efter justeringar.

§5
Ordförandens ärenden Å.H.
Remissvar om ny smittskyddsmyndighet sammanställd av Å.H.

§6
Facklige sekreterarens ärenden, S.S.
Beslut om årlig översyn av föreningens representation i referensgrupper som fast punkt under styrelseinternatet.

§7
Vetenskaplige sekreterarens ärenden, J.H.
Remisser:
Handläggning av MRSA i förskoleverksamhet besvarad av Cecilia Rydén med Anna-Karin Larsson som bollplank.
Tillgång till vårdhygienisk kompetens besvaras av Å.H.

Läkemedelsassisterad behandling besvaras av Christer Lidman och Martin Käberg.

Effektivare smittskydd besvaras av Gudrun Lindh.

Vissa apoteksfrågor, besvaras ej.

Handel med vissa receptfria läkemedel, besvaras ej.

Stämman:

Lunch till årsmötet på onsdagen beställs.
Genomgång av programmet.

§8
Skattmästarens ärenden, B.W.
Nya ordinarie medlemmar:
Tobias Kollberg, ST-läkare, Inf klin Mälarsjukhuset, Eskilstuna, **Piotr Nowak**, ST-läkare, Inf klin, Karolinska Huddinge, **Malin Hagstrand Aldman**, ST-läkare, Inf klin Linköping, **Jakob Billfeldt**, ST-läkare, Inf klin

Halmstad, **Alexandros Petropoulos**, leg läk, Inf klin Linköping.

Genomgång av delårsbokslut. Föreningens ekonomi diskuterades.

§9
Utbildningsansvariges ärenden, J. S-C.
Höstudbildningen fick bra betyg. Läggs dock ner tills vidare i nuvarande form. Satsar på rena infektionsutbildningar, nästa år tbc.
Vårutbildning 2010 i Mariefred, samma program som i år. Annonser kommer i *Infektionsläkaren* nr 4.

§10
Redaktörens ärenden, K.W.
Presentation av planerat innehåll i *Infektionsläkaren* Nr 4/2009.

§11
Programgrupper/Hemsidan/Kvalitetsregister, T.H.
Virala meningocentraler presenteras på Stämman.

Bakteriella CNS-infektioner revideras.
Endocardit revideras.

Allmän revision för att göra programmen webbanpassade i samverkan med Mediahuset.

Hemsidan i ny skepnad. Ny rubrik – vikariat på infektionsklinik. Diskussion kring avtalet med Mediahuset, inkl frågan om reklam eller ej. Föreslår årsmötet att tillåta reklam.

Chatgrupp på internetmedicin.se (Lars Hagberg).

Önskemål om tydliga kvalitetsmarkörer från respektive programgrupp via Gunlög Rasmussen.

§12
Frågor för yngre läkare/SPUK, C.L.
Ungt forum – Ortopediska infektioner på Karolinska Huddinge.

Fallseminarium 2–3/2 2010.

Uppdras åt SPUK att ta fram gemensam mall för ST-kontrakt.

§13
Chefmötet
Genomgång av agendan för chefmötet.

§14 **Inför årsmötet**
Genomgång av frågor inför årsmötet

§15 **Styrelsens arbetsformer 2010**
Styrelsemöte 13/1.
Styrelsemöte 17/3.
Styrelsemöte 19(–21)/5, styrelsen träffas på kvällen 18/5.
Styrelseinternat 1–3/9.
Chefsmöte 14–15/10, styrelsen träffas på kvällen 13/10.

§16 **Övrig fråga**
Martin Glimåker har inkommit med önskemål om att få använda meningitregistret som historisk kontroll till projekt ”Trycksänkande behandling vid bakteriella meningiter”. Beslöt styrelsen att godkänna ansökan.

Diskuterades formerna för hur man hos styrelsen ansöker om att få använda kvalitetsregister för forskningsändamål. T.H. ger styrgruppen i uppdrag att utforma lämpligt formulär som styrelsen har som underlag för beslut.

Beslöt att ansökan skickas till ordf i programgrupp för vidare befordran till styrgruppen för synpunkter och vidare till styrelsen för beslut.

§17 **Mötet avslutas.**

BENGT WITTESJÖ *Tf sekreterare*
ÅSA HALLGÄRDE *Ordförande*
JONAS HEDLUND *Protokolljusterare*

Nya medlemmar

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

Ordinarie:

Tobias Kollberg, Eskilstuna
Piotr Nowak, Karolinska Huddinge
Malin Hagstrand Aldman, Linköping
Jakob Billfeldt, Halmstad
Alexandros Petropoulos, Linköping

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