



# *infektionsläkaren*

Nr 1 2011 • Volym 15

**Göteborg värd för årets Vårmöte  
Svensk Förening för Tropikmedicin  
och Internationell Hälsa  
Arbete som sjukhusläkare i Zambia**

## INFEKTIONSLÄKAREN

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

### ANSVARIG UTGIVARE:

Jan Källman  
Infektionskliniken  
USÖ, 701 85 Örebro  
Tel 019- 602 14 89  
jan.kallman@orebroll.se

### REDAKTÖR:

Katarina Westling  
Infektionskliniken, Karolinska  
Universitetssjukhuset Huddinge, I 73  
141 86 Stockholm  
Tel 08-585 819 78  
Katarina.Westling@karolinska.se

### REDAKTÖR FÖR AVHANDLINGAR:

Cecilia Rydén  
Infektionskliniken  
Akademiska Sjukhuset Uppsala  
Cecilia.Ryden@imbim.uu.se

### PRODUKTION:

Mediahuset i Göteborg AB  
Marieholmsgatan 10C  
415 02 Göteborg  
Tel 031-707 1930  
Annonser: Lars Lundblad  
lars@mediahuset.se  
Layout: Gunnar Brink  
gunnar@mediahuset.se

### TRYCK:

Åkessons Tryckeri AB, Emmaboda  
Distribueras som posttidning  
ISSN 1403-6428

Omslagsbild: istockphoto

### UTGIVNINGSPLAN 2011:

	Manusstopp	Till medlem
Nr 2:	29/3	4/5
Nr 3:	25/8	26/9
Nr 4:	11/10	18/11

### INNEHÅLL:

Ledarsidan.....	1
Inbjudan till Vårmetet 2011 .....	3
Göteborg – värd för årets Vårmetet .....	5
Fallbeskrivning.....	9
Svensk Förening för Tropikmedicin.....	12
Arbete som sjukhusläkare i Zambia.....	14
Virologisymposiet 2011.....	17
Hiv och tuberkulos i Etiopien.....	23
Kom med i PRISS!.....	25
Yngreläkarspalten .....	27
Pfizerstipendiet 2011 .....	27
Minnesanteckningar från Chefsmöte.....	29
Protokoll från styrelsemöten.....	31
Göran Sterners resestipendiefond.....	35
Kongresser och möten.....	36



Nr 1 • 2011 • Årgång 15

# Kära kollegor!

I skrivande stund sitter jag på ett för årstiden typiskt försenat tåg på väg hem och försöker sortera tankarna efter årets första styrelsemöte i Stockholm. Den nya styrelsen som utsågs vid årsmötet under riksstämman träffades tillsammans med avgående styrelsemedlemmar för avrapportering och planering inför 2011. Det är en förmån att få sitta i Infektionsläkarföreningens styrelse, men vid detta årets första möte är det lite blandade känslor då det känns lite vemodigt när avgående styrelsemedlemmar avtackas efter väl förrättat värv samtidigt som det känns spännande att välkomna de nya ersättarna.

I detta nummer av *Infektionsläkaren* finns bland många intressanta artiklar ett ”hemma hos reportage” om infektionskliniken i Göteborg, som står som värd för årets vårmöte 10–12 maj. I tidningen presenteras också som ni vet vetenskapliga avhandlingar. Tidningens vetenskapliga redaktör Cecilia Ryden försöker att trycka på för att få in aktuella bidrag, men det är bra om ni som disputerat mitt i all stress sänder en tanke till era kollegor i SILF och skickar en sammanfattning till Infektionsläkaren. Förutom att få ut sina forskningsresultat kan det öppna nya vägar för forskningsarbete. I detta sammanhang måste jag meddela att SJID från och med 1 januari går i graven som papperstidning, sannolikt på grund av kostnadsskäl för förlaget. Sedan flera år tillbaka har denna tidning ingått som en förmån och finansierats som en del av medlemsavgiften till SILF. Styrelsen menar att tidningen fyllt en funktion för publikation av infektionsforskning med ett nordiskt perspektiv där de stora internationella tidskrifterna kan vara mer svårflirtade. Under 2011 kommer tidningen att vara tillgänglig som webbaserat alster. Om ni får problem med inloggning kontakta vår nya skattmästare Hans Norrgren; *hans.norrgren@med.lu.se*

Under våren kommer Jonas Sundén-Cullberg som utbildningsansvarig ansvara för att det på SILFs hemsida presenteras ”Veckans fråga”. Det kommer att vara en medicinsk kluring i quizzliknande form.

Det är väldigt glädjande och stimulerande att se hur föreningens profilområden om minskad antibiotikaresistens/VRI samt kvalitetsregister förefaller att ligga helt rätt i tiden.

Vårt tiopunktsprogram har blivit ett begrepp och Stephan Stenmark representerade föreningen i en av Socialstyrelsen anordnad workshop 9/12 om antibiotikafrågor, där flera organisationer och myndigheter deltog med sina representanter. Syftet med denna workshop var att starta ett arbete för en nationell strategi för minskad och rationell användning av antibiotika.

I det andra profilområdet med kvalitetsregister så har för 2011 anslag beviljats från SKL för såväl InfcareHIV som de övriga infektionsregistren. Antal register i Sverige och öppenheten i dessa ökar hela tiden. Sverige har i detta avseende ett försprång mot resten av världen, men utnyttjas potentialen fullt ut? Kan rapportering och dataöverföring göras enklare? Dessa och liknande frågor belyses i en mångsidig utredning ”Översyn av de nationella kvalitetsregistren: Guldgruvan i hälso och sjukvården” på uppdrag av socialdepartementet och SKL där SILF får möjlighet som remissinstans att komma med synpunkter.

Någon enstaka gång får jag höra att ni kära kollegor inte får ledigt för att medverka i kurser, konferenser eller delta i viktiga uppdrag som programgruppsarbete, kvalitetsregister, SPUK- inspektör, styrelseuppdrag etc. i SILFs regi. Med full respekt för klinikledningarnas pusslande för att få ihop det kliniska uppdraget, så vill jag vädja till er verksamhetschefer om en generös inställning när det gäller att bevilja ledighet för att infektionsspecialiteten ska bibehålla och utveckla den kompetens och kvalitet som den är känd för.



Med önskan om en god fortsättning 2011  
JAN KÄLLMAN

# ANNONS



# Välkomna till Infektionsläkarföreningens Vårmöte i Göteborg 11-13 Maj 2011

Nu är det äntligen dags! Göteborg och Västkusten i vårskrud inbjuder till ett spännande möte. Vi ser fram emot att träffa många infektionsläkare och ST-läkare från hela landet under dessa dagar. Förutom det vetenskapliga programmet bjuds det på intressanta kvällsaktiviteter. Tillsammans med deltagande utställare hoppas vi alla på tre givande dagar.

Anmälan och information nås via hemsidan på [www.infektion.net](http://www.infektion.net)

## Onsdag 11 maj

- 10.30-12.00 **Registrering och utställarbesök**
- 12.00-13.00 **Lunch**
- 13.00 Välkommen (Rune Wejstål)
- 13.05-13.45 UVI - Behandlingsstrategier i en era med ökad antibiotikaresistens (Torsten Sandberg)
- 13.45-14.30 Utsläpp från läkemedelsproduktion - en global utmaning (Joakim Larsson)
- 14.30-15.00 **Kaffe och utställarbesök**
- 15.00-16.15 Kan endokarditbehandlingen i Sverige bli bättre? (Lars Olaison, Ulrika Snygg-Martin, Mattias Ericsson)
- 16.15-17.00 Medlemsmöte i Svenska Infektionsläkarföreningen
- 18.30 Kvällsaktivitet och middag

## Torsdag 12 maj

- 08.30-10.00 Hepatit C (Moderator Rune Wejstål)
- Hur Non A Non B blev C och vad händer nu? (Gunnar Norkrans)
  - Hepatit C case. Interaktiva övningar (Johan Westin)
- 10.00-10.30 **Kaffe och utställarbesök**
- 10.30-12.00 Infektiösa transplantationskomplikationer + interaktiva övningar (Inger Johansson, Christine Wennerås, Vanda Friman)
- 12.00-13.00 **Lunch**
- 13.00-14.30 "Highlights" från pågående doktorandprojekt (Moderator Marie Studahl)
- Varicella-/zostervirus på hjärnan (Anna Grahn)
  - Norovirus - ett dödligt virus? (Lars Gustafsson)
  - Neuroborrelios/HIV coinfection (Daniel Bremell)
  - Spåra hepatit C-blodsmitta - ett detektivarbete (Magdalena Ydreborg)
  - Protesförankrade titanimplantat hos lårbensamputerade - Infektionsrisk? (Jonatan Tillander)
  - Liknar HIV-demens Alzheimers sjukdom? (Jan Krut)
- 14.30-15.00 **Kaffe och utställarbesök**
- 15.00-16.00 "På diagnostiska spåret". Skämtsam tävling.
- 18.00 Kvällsaktivitet och middag

## Fredag 13 maj

- 08.45-09.20 Är det möjligt att eliminera HIV? (Magnus Gisslén)
- 09.20-10.00 Neuroborrelios väcker många frågor - här får ni svaren (Lars Hagberg)
- 10.00-10.30 Zygomykos - en svårbehandlad svampinfektion (Magnus Brink)
- 10.15-10.45 **Kaffe och utställarbesök**
- 10.45-11.15 Antibiotika - vem bestämmer över S, I och R i Sverige, Europa och resten av Världen (Gunnar Kahlmeter)
- 11.15-11.45 Moderna verktyg för att bestämma brytpunkter (Inga Odenholt och G Kahlmeter)
- 11.45-12.00 RAF (I Odenholt) och RAF-M (G Kahlmeter)
- 12.00-13.00 **Lunch och därefter hemfärd**

# ANNONS



# Infektionskliniken SU – värd för årets Vårmöte i Göteborg

**Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg (SU) är en organisation som är uppdelad på tre olika sjukhus i staden. Infektionskliniken ligger i den byggnad som kallas för Östra Sjukhuset. Det är de som är de ansvariga för årets Vårmöte 11–13 maj.**

**I**nfektionsläkaren träffar överläkare Rune Wejstål som är verksamhetschef för infektionskliniken SU, och hans kollega professor Lars Hagberg.

## **Stor klinik**

Totalt är det cirka 245 personer som är anställda vid kliniken, berättar Rune.

– Sammanlagt är vi 24 specialitälkare, varav 3 är professorer och 5 docenter. Dessutom har vi 11 ST-läkare som arbetar på kliniken.

Inf klin SU förfogar över 56 vårdplatser, och ganska unikt för dessa är att fyra även är IVA-platser. I Sverige är det endast Malmö som också har IVA-platser på Infektionskliniken.

## **Ombyggnad 2011**

Sjukhuset började byggas under slutet av 60-talet, och det var år 1970 som infektionskliniken flyttade in i de – på den tiden – toppmodernt utformade lokalerna.

– Då hade vi egen röntgenverksamhet, egen operationssal och ett eget mikrobiologiskt- och tropiklaboratorium, minns Rune.

Genom åren har dessa verksamheter försvunnit från huset, vilket resulterade i tomma lokaler. De ska dock inte stå tomma så länge till: En ombyggnad av mottagningen är planerad, starten sker direkt efter nyår och det hela ska stå klart i september 2011.

– Idag är mottagningen väldigt trångbodd, framför allt när det gäller de kroniska patienternas vård och behandlingskontroller. Vi kommer då att ta i bruk de lokaler som nu står tomma.

– Genom att vi i och med detta kommer att kunna samordna dagsjukvården personalmässigt, innebär det också att vi kommer att göra effektivitetsvinster, förklarar Rune.

## **Dagsjukvård**

Som verksamheten ser ut idag, bedrivs dagsjukvården i en del av en vanlig vårdavdelning.

– Där sker olika diagnostiska ingrepp, som t.ex. lumbalpunktion, leverbiopsier och handläggning av sår, säger Lars och tillägger:

– Vi har också en försöksverksamhet med Fibroscan för fibrosgradering vid leversjukdomar. Den har gett ganska goda resultat preliminärt, och har visat sig vara bra för att följa olika förlopp.

Rune påpekar att man också har verksamhet för patienter med primär immunbrist som får gammaglobulinbehandling.

– Många patienter sköter detta själva – vi har en ”gammaskola” där de får lära sig att behandla sig själva i hemmet.

## **Barnavdelning**

I mottagningsverksamheten sker ungefär 10 000 läkarbesök per år.

– När det gäller de tidsbeställda besöken är det hepatit, hiv, MRSA, TB och vanliga ►

” Programmet kommer att fokusera på sådant som tillhör vår spetskompetens – och det kommer att bestå av många interaktiva moment. Vi vill sätta en Göteborgsprägel på mötet – och det gäller även det sociala programmet.



Rune Wejstål

återbesök efter inläggande sjukhusvård som dominerar, berättar Rune.

Antalet patienter med TB som behandlas på kliniken är ca 60–70 per år. Dessa genererar i sin tur mycket kringarbete – det handlar om kontaktpårning, och ofta krävs en tolk m.m. En centralisering av TB-verksamheten till Infektionskliniken inom Göteborgsområdet är under utredning, avslöjar Lars.

Ungefär hälften av besöken på mottagningen är akutbesök. Infektionskliniken SU har öppen mottagning, utan remisstväng.

– En relativt stor andel av dessa besök är av primärvårdskaraktär. Vi har sannolikt mer av dessa, jämfört med övriga Sverige. Primärvårdsreformen i Västra Götalandsregionen som genomfördes hösten 2009, har dock inneburit att antalet besök minskat något, säger Rune.

På kliniken har man även en avdelning, där man har kompetens för att ta hand om barn med smittsamma sjukdomar.

– Det handlar oftast om luftburen smitta, och om immunsupprimerade barn, säger Rune.

Man har även en omfattande konsultverksamhet, två och en halv läkartjänst är avsatt för uppgiften.

– Egentligen är det väldigt lite, om man betänker hur stort SU är. Vi jobbar därför målmedvetet för att det ska bli fler, tillägger han.

#### IVA från början

Innan kliniken flyttade till sina nuvarande lokaler låg den på det gamla Epidemisjukhuset, en bit bortanför Sahlgrenska sjukhuset. De fyra IVA-platser man idag förfogar över är ett arv från den tiden.

– De är en tradition som stammar från polioepidemin på 1950-talet, berättar Lars.

– På den tiden hade man respiratorplatser för poliopatienter på många epidemisjukhus. När vi flyttade hit 1970, fanns det ingen IVA för vuxna patienter på Östra sjukhuset. Därför satsade man på det, och hade ett samarbete med kvinnokliniken: Vi delade på en narkosläkare, som ett stöd – som alltså gick mellan kvinnokliniken och våra respiratorer.

När Centralkliniken på Östra invigdes 1978 – med IVA-platser – blev det ändå så att man på infektionskliniken behöll ett antal IVA-platser.

– Vi hade lokaler som var lämpliga för patienter med luftburen smitta, vilket har varit ett stöd för övriga IVA-avdelningar i regionen.

#### MRSA i separat byggnad

Det var Kjell Alestig som var medicinskt ansvarig för IVA-platserna på den tiden. Denna uppgift togs sedan över av Lars själv.

– Nu är det Magnus Brink – dubbelspecialist i intensivvård och infektionssjukdomar – som har tagit över ansvaret.

När infektionskliniken byggdes satsade man också på en avdelning i en separat byggnad – belägen lite vid sidan av de övriga.

– Ursprungligen var den tänkt att användas som en karantänsavdelning, förklarar Lars, vilket knappast behövs idag, såvida det inte dyker upp nya smittämnen. Patienter med MRSA brukar vi lägga på denna avdelning.

– Spridningen av MRSA sker idag ute i samhället, eller så kommer patienter hem med MRSA från utomlandsvård – spridning inom sjukhuset är numera mycket sällsynt.

#### Integrera teori och praktik

Antalet patienter med hiv som går på mottagningen är ca 350. Till det ska man addera ungefär ytterligare 100, som går på Hudmot-



Lars Hagberg

tagningen på Sahlgrenska – antalet ökar något för varje år. Främst är det invandrare som står för denna ökning – vi har en låg förekomst av hiv bland sprutmissbrukare i Göteborg, säger Lars.

Både han och Rune berättar att öppenvården precis som i övriga Sverige förskjutits mot mer kroniska infektionssjukdomar, framför allt gäller det hiv och hepatit.

#### Läkarstudenter

Forskningen på kliniken är väldigt aktiv.

– Vi har ett 20-tal doktorander – varav tre disputerade under 2010, framhåller Lars.

Han förklarar att han delar på det akademiska ansvaret på kliniken med professor Marianne Jertborn. I detta ansvar ingår både forskning och utbildning av läkarstudenter på kliniken.

– 100 läkarstudenter passerar här per termin, och de är aktiva under 13 veckor vardera, påpekar han.

Specifikt för Göteborg är att man under läkarutbildningens femte termin har en integrerad kurs med klinisk bakteriologi, immunologi och virologi.

– Mig veterligen är det enda platsen i Sverige där man genomför en sådan kurs. Orsaken till att vi satsar på det, är att vi vill integrera praktik och teori – det är ju ett centralt mål för hela läkarutbildningen, förklarar Lars.

### Internt och internationellt samarbete

De 20 doktorander han berättade om arbetar inom flera områden: hiv, endokardit, hepatit, övre luftvägsdiagnostik, CNS-infektioner (herpes och borrelia) är profilmråden.

– Här finns även forskning kring infektioner hos transplanterade och immunbristpatienter.

Det är en omfattande forskningsverksamhet, så vi ber Lars att bara nämna några projekt.

– Vi har forskning kring hiv i CNS, med anslag från Vetenskapsakademien och National Institute of Health i USA och flera projekt vid andra CNS-infektioner. Inom hepatit C-forskningen deltar vi i flera fas 2- och fas 3-prövningar, svarar han.

Dessutom är kliniken i Göteborg ansvarig för endokarditregistret i Sverige – som även är internationellt uppmärksammat.

– Vi har ett väldigt aktivt samarbete med klinisk virologi inom hiv, hepatit, luftvägsvirus och herpesforskning, tillägger Lars.

Infektionskliniken har dessutom även vanlig vaccinationsverksamhet.

– Den täcker en del av det behov som finns i Göteborg. Vi får en del av de mer komplicerade vaccinationsfrågeställningarna.

### Göteborgsprägel på mötet

När det gäller Värmötet så är det en liten arbetsgrupp – där Lars och Rune ingår – som har tagit fram själva innehållet.

– Programmet kommer att fokusera på sådant som tillhör vår spetskompetens – och det kommer att bestå av många interaktiva moment, säger de.

– Det kommer att bli jättebra. Vi kommer



Bakre raden fr v: Torsten Sandberg, Magnus Gisslén, Bengt Björkholm, Anna Grahn, Lars-Magnus Andersson, Daniel Bremell (halvt skymd) och Jan Krut. Främre raden fr v: Arvid Edén, Susanne Woxenius och Martina Sansone.

bl.a. att ta fram ”high-lights” från våra doktorandprojekt, säger Rune.

Dessutom kommer de att låta de kliniker som deltar i mötet att skämtsamt tävla med varandra i något de kallar för ”På det diagnostiska spåret”, inspirerat av den framgångsrika TV-serie som produceras i Göteborg.

– Vi vill sätta en Göteborgsprägel på mötet – och det gäller även det sociala programmet. Vi planerar för ett spännande kvällsprogram, säger de båda och vill inte (ännu) avslöja några fler detaljer...

Föreläsare för mötet är i de flesta fall rekryterade internt, men man har även anlitat några externa.

– Vi kan tillägga att 14 dagar efter Värmötet samlas läkare från hela världen här i Göteborg – för en konferens om hiv i CNS. Det är ett stort möte, och det är Magnus Gisslén från infektionskliniken som driver det.

### Akademien är integrerad

Rune anser att alla som arbetar som läkare på infektionskliniken också ska undervisa och forska.

– Som universitetskliniken har vi ett stort ansvar – inte bara för den direkta patientvården, utan även för forskning och utbildning.

Han påpekar att för honom personligen, som verksamhetschef, är det därför viktigt att skapa en stämning som genomsyrar kliniken när det gäller dessa frågor.

– Det har också haft det goda med sig att vi aldrig haft några problem med rekrytering av läkare. Vi har många sökande på varje tjänst.

Akademien är väl integrerad i det dagliga arbetet på infektionskliniken.

– Jag sitter personligen vägg i vägg med Lars. Det ger en daglig kontakt som i sin tur skänker oss en bra grund för klinisk forskning, säger Rune.

Även Lars är nöjd med denna täta kontakt.

– Det händer så mycket inom området infektionssjukdomar hela tiden! Då är det bra att man befinner sig mitt i verksamheten – så att man verkligen hänger med i utvecklingen, anser han.



Inf klin SU förfogar över fyra egna IVA-vårdplatser.

PER LUNDBLAD

# ANNONS

## Fallbeskrivning

# Hästmedicin blev dunderkur – disseminerad strongyloidiasis

**En 27-årig man, ursprungligen ifrån Nigeria, inkom till Malmö Allmänna Sjukhus på grund av feber och allmän svaghet. Han uppgav att han nyligen kommit till Sverige och hade senaste sex månaderna besvärats av viktning och buksmärtor.**

Vid inkomsten, dag 1, noterades att han var undernärdd med en vikt på bara 45 kg. Septikemi misstänktes och behandling inleddes med cefuroxim. Ifrån blod- och urinodlingar växte det en cefalosporin-känslig *E.coli*. Efter en initial förbättring försämrades han åter med feber och medvetandesänkning. Lumbalpunktion visade purulent likvor med vita på 15.000 med polydominans och sockerkonsumtion. Antibiotikabehandlingen byttes till meropenem och patienten överfördes dag 7 till neurointensiven, Universitetssjukhuset i Lund för ställningstagande till intrakraniell tryckmätning.

Han intuberades, lades i respirator samt en intrakraniell tryckmätare lades in i högra laterala ventrikeln. Labmässigt uppvisade han tecken på DIC med låga trombocyter samt förlängd INR och APTT, leukocyter med en neutrofil övervikt, serumalbumin på enbart 8 g/dl samt förhöjt bilirubin och alkaliskt fosfatas. CT skulle visade hydrocefalus, men inget förhöjt intrakraniellt tryck registrerades efter tryckmätarinläggningen. Lungröntgen visade bilaterala infiltrat förenliga med ARDS. Förnyade odlingar visade växt av nu cefuroxim-resistent *E.coli* i både blod och likvor. Gentamicin intrathekalt adderades till behandlingen.

**På grund av det udda** odlingsfyndet i likvor, fynd av Strongyloideslarv i konventionell faecesmikroskopi tagen i Malmö samt patientens nigerianska härkomst, framkom misstanken om disseminerad Strongyloides. Direktmikroskopi av trachealsekret utfördes därför dag 12 som visade riklig förekomst av levande filariforma Strongyloideslarver (bild 1).

Faecesmikroskopi visade förekomst av rhabditiforma Strongyloides-larver. Behandling inleddes därför med 9 mg ivermectin



**Bild 1.** Filariform larv ifrån sputum. Foto: förf.

via nasogastrisk sond. Daglig mikroskopi av larver i trachealsekret samt maginnehåll utfördes. På fjärde behandlingsdygnet, dag 15, visade direktmikroskopin av trachealsekret ökande mängd levande larver. Patienten uppvisade dessutom ventrikelretention varför tvivel om upptaget av det givna ivermectinet uppkom.

Beslut togs därför om att istället ge en parenteral veterinärberedning av ivermectin (Ivomec, 10 mg/ml) subkutant 12 mg dagligen samt ge albendazol 400 mg två gånger dagligen via nasojejunal sond. Direktmikroskopi av trachealsekret visade härefter sjunkande mängder av larver, dag 19 sågs första gången uppenbart döda larver och efter dag 21 sågs inga larver överhuvudtaget. Patienten förbättrades efterhand och kunde extuberas dag 24.

I samråd med Dr Chiodini, Hospital of Tropical Diseases, London, gavs ivermectin parenteralt i totalt fjorton dagar följt av 9 mg en gång i veckan i två veckor och därefter 1 gång i månaden under tre månader. Vidare utredning visade att patienten var positiv för HTLV-1 som är associerad med disseminerad strongyloides. Övrig blodsmittescreening visade anti-HIV neg samt HBsAg pos. Sjukförloppet komplicerades övergående dessutom med invasiv *Candida tropicalis*-infektion samt gastrointestinal blödning.

Han var aldrig särskilt svår att syresätta i respiratorn. Patienten överfördes till Malmö Allmänna sjukhus dag 27 där han utskrevs i förbättrat skick dag 57.

Under vårdtiden utfördes mikroskopi avseende larver upprepade gånger på likvor och urin som var negativa. I ventrikelinnehåll sågs riklig mängd av rhabditiforma larver (bild 2, vuxna honmaskar (bild 3) samt ägg (bild 4). ►



**Bild 2.** Rhabditiform larv ifrån ventrikelaspirat. Foto: förf.



**Bild 3.** Vuxen honmask ifrån ventrikelaspirat. Foto: förf.



**Bild 4.** Ägg ifrån ventrikelaspirat. Foto: förf.

# ANNONS

**Den intestinala nematoden** *Strongyloides stercoralis* är förekommande främst i subtropiska och tropiska områden. Det finns också endemiska områden i sydöstra USA och södra Europa. Bland maskinfektioner hos människa är strongyloidiasis unik på så sätt att masken kan föröka sig hos den mänskliga värden. Denna autoinfektion innebär att den vuxna honmasken i tarmen lägger ägg som kläcks till larver i tarmen. I stället för att larverna passerar ut i faeces och omgivningen, så kan en del larver penetrera tarmväggen eller den perianala huden hos samma individ. Autoinfektionen möjliggör ett asymtomatiskt bärarskap som kan pågå under flera decennier. Uppföljningsstudier av brittiska soldater som suttit i fångläger under 2:a världskriget har påvisat bärarskap upp till 57 år.

Acceleration av denna autoinfektion, som kan uppstå vid immunsuppression, resulterar i en hyperinfektion (ökat antal larver men begränsat till de vanliga migrationsvägarna, dvs. GI-kanalen och lungorna) eller disseminering av infektionen (ökat antal larver och migration till vävnader utanför den vanliga cykeln). Immunsupprimerande tillstånd som är associerade till hyperinfektion/disseminering är steroidbehandling, hematologiska maligniteter, hypogammaglobulinemi, malnutrition, solid organtransplantation och benmärgstransplantation. Dessutom finns en association mellan svårare strongyloidesinfektion och HTLV-1-infektion såsom i ovan fall. Trots samtidig hög prevalens av både aids och *Strongyloides* såsom i Centralafrika finns få fallbeskrivningar av disseminerad infektion vid aids.

**Flera organsystem kan vara** involverade vid hyperinfektion/disseminerad *Strongyloides*. Gastrointestinala symptom är vanliga men ospecifika, såsom buksmärtor och diarréer. Komplikationer såsom paralytisk ileus, gastrointestinal blödning eller stora proteinförluster via tarmen kan uppstå. Lungsymptomen kan bestå i obstruktiva besvär, hemoptyser, pleuritmärta, men regelrätt respiratorisk insufficiens anges som ovanligt. I huden kan kliande upphöjda stråkes (larva currens). Meningeala symptom förekommer till följd av en aseptisk inflammation, men oftast beror det på en komplicerande bakteriell meningit med gramnegativ genes. Invasiv bakteriell infektion med tarmbakterier är vanligt (45%) och tros bero på den massiva penetrationen av larverna genom tarmväggen. På samma sätt kan jästsvampinfektioner uppstå. Morta-

liteten vid disseminerad strongyloides är rapporterad till uppemot 80%.

Diagnosen ställs genom mikroskopi av faeces, sputum, duodenalinnehåll, urin eller likvor. Konventionell faecesmikroskopi är en okänslig metod för diagnostik och särskilda anrikningsmetoder, varav det finns flera olika, är av värde. Serologi är känslig men ej helt specifik. PCR-metoder är under utveckling. Eosinofili förekommer i regel inte, emotsatt till situationen med strongyloidesinfektion hos immunkompetent individ.

Anti-helminthiska medel som använts vid strongyloides är mebendazol, albendazol, thiabendazol och ivermectin. Mebendazol absorberas dåligt och är ej ett alternativ vid svårare infektion. Ivermectin har blivit ”drug of choice” vid hyperinfektion/disseminerad infektion då det tolereras bättre än thiabendazol samt är mer effektivt än albendazol. Behandlingstidens längd är inte definierad. Då autoinfektionscykeln tar två veckor är ett sätt att hålla på tills faeces- och sputummikroskopier är negativa samt ytterligare två veckor.

**I fallet ovan användes** en parenteral veterinärberedning av ivermectin, vilket vid fallets inträffande hade rapporterats bara vid ett tidigare tillfälle. Ytterligare sex fallrapporter har tillkommit. I samtliga sju fall uppnådde man, såsom i vårt fall, parasitologisk bot. Att ge ett veterinärpreparat till människa visade sig vara byråkratiskt okomplicerat i vårt genomreglerade land. En noggrann formell framställan gjordes till Läkemedelsverket som i princip med vändande fax meddelade att myndigheten inte hade med det hela att göra och kände inte heller till någon annan myndighet som reglerade en sådan här situation. Patienten kunde inte själv höras och inga anhöriga fanns, men med tanke på tillståndets allvarlighetsgrad bedömde vi att en eventuell vinst övervägde risken. Tjänstgörande hästintresserad NIVASjuksköterska fann det dock märkligt att hon gav samma medicin till en patient som hon hade gjort veckan innan till sin häst.

**Frågor framkom även** kring risken för personalsmitta. Ingen säker överföring till personal är beskriven i litteraturen, utöver ett fall med patient som kan ha blivit smittad på annat sätt. I fallet ovan följdes skärpt barriärvård hela tiden bl.a. på grund av HBsAg-bärarskap. Tre personal fick trachealsekret på oskyddad hud och samtliga följdes upp serologiskt tre månader efter expositionen och ingen visade sig vara smittad.

Fallet ger också upphov till funderingar kring vad vi har för beredskap och riktlinjer för att utesluta asymtomatiskt strongyloides-bärarskap inför transplantationer och stark immunsuppressiv behandling hos patienter ifrån endemiska områden. En särskilt kliniskt lurig situation är KOL-patienten med asymtomatisk strongyloides. Det finns välbeskrivna fall och jag har själv sett ett sådant fall där upprepade kortisonkurer för ”terapi-resistenta” KOL-exacerbationer resulterat i (och rättare sagt egentligen berott på) en ordentlig hyperinfektion.

**JONAS BLÄCKBERG**

Överläkare

Infektionskliniken

Universitetssjukhuset i Lund

## Nya medlemmar

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

Ordinarie:

Sahra Abdulle, Trollhättan

Annu Kirsi Sorri, Uppsala

Sandra Samuelsson, Halmstad

Anne Lundin, Uppsala

Per Nived, Kristianstad

Pernilla Lundgren, Trollhättan

Olof Säll, Örebro

Thomas Schön, Kalmar

Markus Kalén, Nyköping

Gunilla Aslam, Gävle

Associerade:

Anders Martinsson, Linköping

Ovanstående anmälda till styrelsemötet 2011-01-13

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

## Rättelse

Cecilia Rydén har en viktig rättelse av introduktionstexten till avhandlingarna i förra numret av *Infektionsläkaren*. Där har en mening tappat tre mycket betydelsefulla ord som helt ändrar innehållet rörande resultaten i Karolin Falconers forskningsarbete. Rätt skall vara som följer och inget annat:

Karolin Falconer har funnit att låga nivåer av CD-56-negativa NK-celler är en fördel, och korrelerar med högre grad av utläkning av HCV-infektion både vid behandling av HIV-HCV co-infekterade patienter och av dem med enbart HCV-infektion.

# Svensk Förening för Tropikmedicin och Internationell Hälsa

I december 2009 nybildades Svensk förening för Tropikmedicin och Internationell Hälsa.

Föreningen riktar sig till alla medicinska yrkesutövare (läkare, sjuksköterskor, biomedicinska analytiker m.fl.) samt till företrädare för medicinen närstående verksamheter. Föreningen utgör en sektion inom Svenska Läkaresällskapet.

## Föreningens ändamål är att:

- främja utveckling av tropikmedicin och internationell hälsa i vid bemärkelse,
- anordna en vetenskaplig session i samband med Svenska Läkaresällskapets årliga riksstämman med presentation av nya forskningsresultat,
- bilda informationsnätverk och arrangera gemensamma möten och seminarier i samarbete med andra organisationer och grupper inom tropikmedicin och internationell hälsa,
- belysa migrationsmedicinska problemställningar,
- förmedla information och kontakter till studenter inom hälso- och sjukvård som önskar utföra projektarbeten inom ämnesområdena,
- samarbeta med den europeiska federationen av föreningar för tropikmedicin och internationell hälsa.

## Kort historik om föreningen

”Tropikläkarklubben” bildades 1961 på Roslagstulls sjukhus i Stockholm med dr Olle Gabinus från Jönköping som klubbens första ordförande. De aktiva hade på den tiden sina rötter i missionssjukvården och ville ha ett gemensamt forum för utbyte av idéer och forskning. Under de följande decennierna blev både tropikmedicin och internationell hälsa etablerade akademiska ämnen på flera universitet i landet med stark forskning och undervisning inom sina respektive områden. 1984 ändrades namnet till ”Svensk Förening för Tropikmedicin” och samma år blev föreningen en sektion inom Svenska Läkaresällskapet. 20 år senare, 2004, skedde ett namnbyte till ”Svensk Förening för Tropikmedicin,



Föreningens hemsida hittar du på [www.tropikmedicin.se](http://www.tropikmedicin.se)

## Styrelse:

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| Ordförande:              | <b>Helena Palmgren</b> , Umeå<br>Överläkare infektionskliniken Umeå, lektor i infektionssjukdomar Umeå Universitet.  |
| Vice ordförande:         | <b>Maria Lundberg</b> , Uppsala<br>Specialist infektionssjukdomar, Akademiska sjukhuset i Uppsala.   |
| Kassör:                  | <b>Per Vågström</b> , Jönköping,<br>Överläkare infektionskliniken Ryhov, Jönköping.  |
| Sekreterare:             | <b>Helena Berggren</b> , Uppsala<br>Specialist infektionssjukdomar, Akademiska sjukhuset i Uppsala.<br><b>Pia Appelgren</b> (har även ansvar för kontakter med NGO:s), Stockholm. Pensionerad Överläkare i infektionssjukdomar, Danderyds sjukhus och Karolinska Universitetssjukhuset, Solna.   |
| Vetenskapliga sekr:      | <b>Gabrielle Holmgren</b> , Stockholm<br>Specialist i infektionssjukdomar, postdoc, Karolinska Universitetssjukhuset/Karolinska Institutet, Solna.<br><b>Andreas Mårtensson</b> , Katrineholm<br>Specialist i infektionssjukdomar, postdoc, Karolinska Universitetssjukhuset/Karolinska Institutet, Solna.   |
| Webbansvariga            | <b>Johan Persson</b> , Växjö<br>Vikarierande underläkare, infektionskliniken i Växjö.<br><b>Leif Dotevall</b> , Göteborg<br>Infektionsläkare, tjänstgör nu som överläkare och biträdande smittskyddsläkare i Västra Götalandsregionen.<br><b>Asli Kulane</b> , Stockholm<br>Läkare och forskare vid institutionen för folkhälsa, IHCAR, Karolinska institutet. |
| Övriga styrelsemedlemmar | <b>Johan Ursing</b> , Stockholm<br>ST-läkare Infektionskliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna, Postdoc Karolinska institutet.<br><b>Ulf Bronner</b> , Stockholm, Överläkare Infektionskliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna.  |

Resemedicin och Internationell Hälsa”, för att bättre avspegla föreningens huvudinriktningar. Den resemedicinska delen av föreningen bestämde sig under 2009 för att bilda en egen förening. Detta initierade en diskussion om moderföreningens framtid som småningom ledde till att en ny styrelse tillträdde efter årsmötet i slutet av 2009.

#### **Medlemskap i föreningen**

Till medlem kan antas legitimerad läkare, annan medicinsk yrkesutövare eller företrädare för medicinen närstående verksamhet. Föreningen är således öppen för såväl yrkesutövare som studerande inom vården, läkare, sjuksköterskor, BMA, sjukgymnaster m.fl. med intresse för tropikmedicin och internationell hälsa

#### **Medlemsavgift**

Föreningens medlemsavgift är för närvarande 150 kr. Ingen medlemsavgift för studenter.

Ny medlem i föreningen som även är medlem i Läkarförbundet (LF), kommer att debiteras via LF.

Om du inte är medlem i LF kommer du att registreras som medlem i föreningen hos LF, men inbetalning av medlemsavgift sker antingen via brevutskick med inbetalningskort till föreningens konto eller via direktinbetalning till kontot

#### **Vill du bli medlem?**

Skicka ett mejl till Helena Berggren, medlemsansvarig. Helenas mailadress är:

*helenahellqvist@yahoo.se*

Ange i ditt mejl följande uppgifter om dig själv:

Namn

Adress

Personnummer

Yrke

Telefon

Mejladress

Medlemskap i läkarförbundet (Ja/Nej)

Helena kommer att vidarebefordra ditt mejl till medlemsavdelningen på Läkarförbundet. Om du är medlem i Läkarförbundet vill vi veta detta så kan vi meddela förbundet om ditt medlemskap i vår förening.

#### **Webbsida**

Sedan hösten 2010 har föreningen en hemsida där du hittar mycket information som berör tropikmedicin och internationell hälsa. På hemsidan publiceras intressanta artiklar, information om utbildningar och kongresser, bilder, länkar och mycket annat.

*www.tropikmedicin.se* är adressen till hemsidan.

**HELENA PALMGREN**  
Infektionskliniken, Umeå

# ANNONS

# Sjukvård med små resurser

## Att arbeta som sjukhusläkare i Zambia

Skandinaviska läkarbanken bildades 1988 och varje år sänder organisationen ut ca 160 läkare, tandläkare och sjuksköterskor på uppdrag i framförallt Kenya men även Etiopien, Tanzania, Zambia, Liberia, Kongo och Nepal. Arbetet finansieras via Rotary samt Erikshjälpen. Uppdragen varar i sex veckor och som läkare jobbar man antingen på ett sjukhus eller åker ut som jeepläkare.

Under sex veckor, hösten 2010, jobbade jag i läkarbankens regi på Mpongwe Mission Hospital i Zambia.

Zambia har en folkmängd på ca 12,6 miljoner enligt senaste folkräkningen. Det officiella språket är engelska men det talas mer än 70 olika språk i landet. Till skillnad från många andra Afrikanska länder har Zambia varit förskonat från väpnade konflikter. Landet är hårt drabbat av hiv/aids, enligt beräkningar från 2007 uppskattas prevalensen i åldersgruppen 15–49 år till 15,2%. Medellivslängden för kvinnor beräknas till 45 år och för männen 44 år.

**Mpongwe Mission Hospital (MMH)** är beläget i kopparbältet i nordvästra Zambia. Distriktet har ca 110 000 invånare och MMH fungerar som ett av två distriktsjukhus. Sedan 2006 är all sjukhusvård på landsbygden fri, vilket har inneburit en ökad patienttillströmning samtidigt som anslagen från staten har minskat. Sjukhuset brottas nu med stora ekonomiska svårigheter och är beroende av bidrag utifrån. Den ekonomiska verkligheten och fattigdomen i området präglar det dagliga arbetet på sjukhuset.

Under mina sex veckor fick jag en inblick i vad det innebär att arbeta i en medicinsk verklighet som är mycket långt ifrån vår egen. Sjukhuset har 100 sängplatser fördelat på 4 avdelningar, barn-, kvinno-, mans- och förlossningsavdelning. Läkarbemanningen på sjukhuset var varierande men stommen utgörs av tre fast anställda läkare.

**Som zambisk läkare** på landsbygden förväntas du kunna handlägga allt ifrån infektioner till kirurgi. Ibland kom det dock in fall



Pojke på Mpongwe Mission Hospitals barnavdelning.

som inte kunde handläggas på sjukhuset. Detta gällde framförallt större bukkirurgi och svåra frakturer men även internmedicinska fall, där diagnosmöjligheter eller behandlingsmöjligheter saknades. Dessa skickades vidare in till det större sjukhuset i Ndola. Transport till sjukhuset gick en gång i veckan med en gammal jeep. Ibland saknades bensin och transporten fick ställas in. Några övervakningsmöjligheter fanns inte och därför behövde patienten vara något så när stabil för att kunna skickas. Det ledde ibland till svåra beslut. Jag kommer särskilt ihåg en liten tvåårig flicka som blivit påkörd av en lastbil. Hon var svårt skadad med sänkt medvetandegrad, misstänkt intrakraniell blödning, pneumothorax och femurfraktur. Hon var för instabil för att skickas direkt men hade samtidigt ingen chans att klara sig på sjukhuset. Trots våra försök avled flickan efter någon timme.

En stor del av det dagliga arbetet på sjukhuset utförs av clinical officers. Dessa har en kortare utbildning på något år men gör en stor skillnad i länder där det råder brist på utbildade läkare. På MMH sköter clinical officers nattjourerna och gör en initial bedömning av alla patienter som söker till sjukhuset. Utan dem skulle det vara omöj-

ligt att driva verksamheten. Många var fantastiskt duktiga på att ställa diagnos och ge förslag på behandling, men ibland blev bedömningarna mindre bra.

**Arbetsdagen började** varje morgon klockan åtta med en jourrapport. Precis som på min egen klinik lämnades rapport om vilka som sökt till sjukhuset, nya inläggningar och dödsfall under natten. Två systrar tog hand om alla patienter under ett nattpass och det kunde röra sig om mer än 60 patienter.

–”And then the patient collapsed”, beskrev plötsliga dödsfall. Ofta var de inte så oväntade men det fanns ingen rutin att övervaka instabila patienter. Därför hittades patienten avlidna av sköterskan när denna gick runt under natten. På morgonen när jag cyklade till sjukhuset kunde jag höra klagosången från den intilliggande kyrkogården, tystnad var ett bra tecken.

Efter morgonrapporten följde rondens. Jag hade min huvudsakliga placering på kvinnoavdelningen. Sjukdomspanoramats på avdelningen dominerades av gynekologiska och hiv-/aidsrelaterade sjukdomar.

**Malaria har tack vare** besprutningskampanjer och gratis myggnät minskat drastiskt i



Kvinnovardningen på Mpongwe Mission Hospital.

området. Jag såg endast några få fall. Diagnos ställdes genom mikroskopi, några snabbtest fanns inte. Få av patienterna talade engelska så jag var beroende av att sköterskan eller ibland undersköterskan kunde tolka. Att lära sig några ord på det lokala språket bemba underlättade patientkontakten.

Många kvinnor sökte med blödningar efter aborter och varje dag utfördes minst två skrapningar. Eftersom vi inte kunde intubera patienterna skedde all kirurgi under ketalaranestesi och helt utan övervakningsutrustning. Det fungerade mycket väl och den enda biverkning jag såg var hallucinationer och mardrömmar vid uppvaknandet. Abortlagstiftningen i Zambia är sträng och många kvinnor tvingas därför till osäkra aborter utanför sjukhuset. Följden blir svåra blödningar och infektioner.

**Avdelningen var uppdelad** så att i främre delen låg patienter med medicinska, kirurgiska och gynekologiska besvär och i bakre delen låg patienter med misstänkt infektion. I den bakre delen hamnade även de svårast sjuka där hopp om förbättring var liten. Här låg unga kvinnor med aids, utmärglade unga människor utan hopp. Ofta hade mannen dött några år tidigare, en del av barnen var smittade och skulle komma att bli helt beroende av den äldre generationen som i Zambia får dra ett allt tyngre lass.

Det fanns ett bra hiv-program på sjukhuset med tillgång till mediciner och möjlighet att följa CD4-celler. Problemet var att patienterna sökte för sent. Många gick

först till en lokal medicinman innan man uppsökte sjukvård och på så sätt fördröjdes diagnos och behandling. TB var mycket vanligt i den här gruppen men alla typer av opportunister fanns representerade och jag såg flera fall av kryptokockmeningit och Kaposis sarkom.

Den dagliga utmaningen i arbetet låg i att ställa rätt diagnos, trots begränsade diagnostiska hjälpmedel. Det fanns möjlighet att kontrollera blodstatus och analysera urinen men i övrigt var provtagningen begränsad. Sjukhuset får donationer utifrån och det fanns en massa fina blodglukosmätare, men stickorna till apparaterna var ständigt slut och sjukhuset hade inte råd att köpa nya. Sputum mikroskopierades och på sått kunde man få besked om förekomst av syrafasta stavar eller ej. Röntgen av lungorna och skelettet samt ultraljud kunde utföras men det var upptill varje läkare att tolka bilderna, som ofta var av dålig kvalitet. Grunden för diagnostiken blev därför att lyssna på anamnesen och använda sina händer. Det zambiska läkarna var vana vid detta och skickliga men det ledde också till att mycket av behandlingen blev standardiserad och att onödigt många behandlades med antibiotika.

**Alla hiv-patienter** med luftvägsbesvär och feber fick vid ankomst behandling med Bactrim som breddades om det var svårt sjuka patienter. Vid utebliven förbättring fick TB övervägas. Alla med feber fick malariabehandling och antibiotika.

Sjukhuset hade ingen egen blodbank och det rådde ständig brist på blod och ingen som hade Hb över 50 fick transfusion. Det fanns endast ett syrgasaggregat på sjukhuset och att ordinaera syrgas visade sig vara ett pedagogiskt problem. Endast de som var svårt sjuka fick syrgas och många avled strax efter. Medpatienterna och anhöriga noterade detta och vägrade därför att ta emot behandlingen. Det samma gällde för sondmat till undernärda barn, mycket tid fick läggas på att övertala föräldrarna att gå med på sondmatning.

Det rådde en mässlingsepidemi i området och flera fall av svår mässling både hos barn och vuxna kom till sjukhuset. Många drabbades av komplicerande pneumoni och av diarré. Det fanns endast två isoleringsrum och dessa var i perioder överfulla.

Trots den ständiga bristen på material och medicin fick många hjälp och patienterna var tacksamma även för, i mina ögon, ibland mycket bristfällig vård. Omvårdnaden utfördes av anhöriga som lagade mat och skötte personlig hygien. Jag hörde aldrig anhöriga klaga trots att de var tvungna att finnas till hands på sjukhuset varje dag.

**Att åka iväg som ST-läkare** är något jag verkligen kan rekommendera. Jag har fått se och behandlat sjukdomstillstånd som jag troligen inte hade stött på i Sverige. Förståelsen för vad det innebär att arbeta under knappa förhållanden är viktig och den väcker även frågor kring de prioriteringar som vi gör i vårt dagliga arbete.

Mina sex veckor i Mpongwe har gett mig minnen för livet och erfarenheter som jag inte skulle vilja vara utan.

**ANNA-KARIN SVENSSON**

ST-läkare  
Infektionskliniken  
Karolinska Universitetssjukhuset  
Huddinge



# ANNONS



## Virologisymposiet 2010

**Den åttonde upplagan av Virologisymposiet genomfördes traditionsenligt dagen före Riksstämman.**

**År 2010 var det i Göteborg som de cirka 70 anmälda deltagarna samlades.**

**M**oderator var – även det traditionsenligt – Professor Lars Hagberg, och han hälsade alla välkomna till ett för årstiden ovanligt kallt Göteborg.

– I den här kylan trivs virus, konstaterade han.

Därmed presenterade Lars symposiets förste talare: Lars-Magnus Andersson som talade om *Förbättrad diagnostik av virala luftvägsinfektioner – klinisk betydelse*.

### **Snabb diagnostik med realtids-PCR**

Luftvägsinfektioner är ett stort problem.

– Det är den tredje vanligaste orsaken till dödlighet i världen, konstaterade Lars-Magnus.

Många virus som är inblandade känner vi igen, men det dyker också upp nya kandidater.

– Om alla dessa orsakar sjukdom vet man däremot inte.

– Den biologiska virusdiagnostiken har tidigare vilat på tre stadiga ben – odling, serologi och antigenpåvisning, fortsatte han.

Odling tar lång tid, är kostbart och personalkrävande. Gör man en serologi får man ofta diagnosen först när patienten har tillfrisknat. Antigenpåvisning lider av bristande känslighet, summerade Lars-Magnus.

Han fortsatte med att beskriva PCR. Metoden var ursprungligen tidskrävande, men med realtids PCR (qPCR) som idag finns utvecklat, går det betydligt snabbare.

– Fördelen är att man i realtid kan se hur provet kvantifieras.

### **Minskad förskrivning av antibiotika?**

Med multiplex realtids-PCR – som Magnus Lind arbetat mycket med och utvecklat en test för luftvägsagens – kan man leta efter flera virus i samma ”tub”.

– På fem timmar kan man hitta ett stort antal luftvägsvirus. En nackdel är dock att man bara hittar det man *letar* efter, fortsatte Lars-Magnus.

Han redogjorde för en prospektiv studie de genomfört på multiplex realtids-PCR. Den omfattade vuxna patienter med luftvägsinfektion och maximalt två veckors sjukdomsduration. Totalt omfattades 219 patienter och 100 asymptomatiske kontroller.

– Det var en av de första undersökningarna på en frisk kontrollgrupp. I denna grupp

visade det sig att falskt positiva prov var ganska ovanligt. Endast 2% av dem som uppgav sig som friska hade positivt test – framförallt av rhinovirus.

Med hjälp av denna och andra nya tekniker att snabbt påvisa virus, borde man kunna minska överförskrivning av antibiotika.

### **Egen studie**

– Men blir det verkligen så? undrade Lars-Magnus.

Han refererade till en holländsk studie där man undersökt saken. Ett antal patienter lot-tades till snabb svar, och en annan grupp till en tids fördröjning. Det visade sig att det inte blev någon skillnad i antibiotikaförskrivning i de båda grupperna.

– Vi ville kontrollera detta. Därför genomförde vi en prospektiv studie av 406 vuxna patienter med akut luftvägsinfektion i öppen vård. De randomiserades till snabbt (nästa dag) eller fördröjt (inom 10 dagar) svar. Antibiotikaförskrivningen registrerades vid första besöket.

I denna studie visade det sig att 4,5% av patienterna som skulle få ett snabbt svar fick antibiotika, jämfört med 12,3% för dem som randomiserats till fördröjt svar. Dock visade det sig vid en uppföljning senare i sjukdoms-

förloppet, att det då inte längre fanns någon statistiskt signifikant skillnad mellan grupperna i antibiotikaförbrukning.

– Vi tolkar det ändå som att en *förväntan* om att få ett snabbt svar i viss grad påverkar benägenheten att förskriva antibiotika, sa Lars-Magnus.

### Paradigmskifte för hepatit C 2011

Professor Ola Weiland talade om hepatit C-behandling.

– Det händer fantastiskt mycket inom området just nu, sa han inledningsvis.

Ola redogjorde för två nya läkemedel för hepatit C som kommer på marknaden nästa år – telaprevir och boceprevir. Han visade på olika studier där dessa jämförts med dagens standard of care (SOC). Båda uppvisar i dessa betydligt bättre behandlingsresultat.

– Det är mycket positivt, ansåg Ola.

Dagens behandling är kinetikstyrd, vilket även morgondagens behandling kommer att vara, påpekade han vidare.

– Nästa år innebär ett paradigmskifte! Tillägg av första generationen proteashämmare till SOC medför 30% mer utläkning för naiva HCV genotyp 1-patienter, och tillåter en kortare behandlingstid för patienten.

Ola tillade också att vi i framtiden kommer att gentesta alla våra hepatit C-patienter för att kunna förutsäga hur de kommer att svara på behandlingen.

### Olika åldersgrupper drabbas vid olika influensor

2009 års virologisymposium ägde rum mitt under en pandemi, påpekade Lars Hagberg.

– Nu ska vi få en sammanfattning om vad som egentligen hände med dem som var svårast sjuka, fortsatte han och presenterade Magnus Brink.



Lars Hagberg



Lars-Magnus Andersson

Titeln på Magnus föredrag var *Influensapandemin 2009 – hur gick det på IVA i Sverige?* Han inledde med att konstatera att det var sjätte gången i modern tid som Sverige blev drabbat.

– En faktor som gör att dessa pandemier *skiljer* sig åt sinsemellan, är vilka åldersgrupper som drabbades hårdast, sa Magnus.

Via en simulering som gjordes förra året, beräknade man överdödligheten i Europa om samma virus som låg bakom Spanska sjukan (som varade mellan 1918 och 1919) skulle inträffa nu. För Sveriges del landade denna siffra på 13 300 personer.

– Det skulle också innebära att vi fick 65 000 IVA-fall i Sverige! Vi förfogar i dagsläget ungefär över 1 000 platser, påpekade Magnus.

### Register för IVA-vårdade influensafall

Under pandemin förra året, arbetade man parallellt på olika nivåer – nationellt, regionalt och lokalt. Man arbetade också med att

planera IVA-vården, och Magnus var med i den gruppen.

– Vi skulle ta fram rekommendationer för diagnostik och behandling av intensivvårdskrävande influensafall. Dessutom arbetade vi med rekommendationer för upprättande av lokala pandemiplaner för IVA – så att så många som möjligt skulle kunna tas om hand med hög kvalitet.

Man upprättade också ett nationellt kvalitetsregister för intensivvårdade influensafall – IRIS. Uppgiften blev att kunna leverera fortlöpande planering till berörda myndigheter och deltagande centra.

– Den andra uppgiften för IRIS var att skapa möjlighet till vetenskapliga rapporter, fortsatte Magnus.

### 30 procent hade fått antibiotika

En av de slutsatser man kunnat dra med hjälp av IRIS, är att pandemin ledde till *färre* IVA-fall (ca 130 st) än vad man hade förväntat sig.

Antalet avlidna, IVA-vårdade patienter på sjukhus av de intensivvårdskliniker som var anslutna till IRIS var totalt 13/95 personer (13,6%), vilket enligt Magnus ligger väldigt nära relevanta jämförelseländer. Hälften av dessa fall hade respiratorisk grundorsak.

Antalet ECMO-fall var stort – 18%.

– Vi har också kunnat konstatera en förvånansvärt hög andel användning av NIV (non-invasiv ventilation).

Just detta faktum var en av de frågor som Magnus tyckte var värd att fortsätta undersöka.

– NIV vid IVA-vård är omtvistat, konstaterade han.

Ett annat område han tyckte skulle vara spännande att följa upp är om det finns genetiska markörer för svårt sjukdomsförlopp.



Magnus Brink



Ola Weiland



Vanda Friman

– Ett av de intressantaste fynden vi gjorde, var att nästan 60% av patienterna hade varit på vårdcentral innan. Endast en (1) av dessa patienter hade där fått Tamiflu. Däremot hade 30% av dem fått antibiotika. Det ger något att fundera på när det gäller var man ska satsa, när det gäller kommande pandemier!

#### God skyddseffekt för organtransplanterade

Vanda Friman beskrev ett annat perspektiv på H1N1-influensan – hur den drabbade de organtransplanterade.

– Transplanterade drabbas ofta av infektioner, och det handlar om många olika virus. Jag kommer idag att koncentrera mig på polyomavirus och influensa, sa Vanda.

Hon beskrev en amerikansk multicenterstudie där man tittat på komplikationer av influensa för organtransplanterade.

– De patienter som startade med Tamiflu så tidigt som möjligt, hade signifikant färre komplikationer, fortsatte Vanda.

Därför ska man ge dessa patienter Tamiflu vid första indikation, ansåg hon.

Detsamma gäller för Pandemrix, som har god effekt för organtransplanterade.

– 65% har skyddande titrar efter dos 1, och 80% efter dos 2.

#### BK-viremi

BK-virus hör till polyomavirus, och Vanda redogjorde för följderna av en infektion hos en njurtransplanterad patient.

– BKV-nefropati drabbar 1–9 % av njurtransplanterade patienter. Det vanligaste är att man drabbas mellan 5–13 månader efter transplantation, 95% av fallen kommer inom 2 år. Mer än hälften av dessa fall leder till graftförlust. *Alla* de här patienterna har viremi!



Leo Flamholz

De visar dock inga typiska tecken på infektion.

– Det är viktigt att man tar PCR – i både urin och serum. Behandling av BK-infektion är att sänka immunosuppressionen. I en studie där man gjorde just det, visades en frånvaro av viremi hos 22 av 23 patienter inom i snitt 54 dagar, berättade Vanda.

– Ingen av dessa patienter utvecklade nefropati, och ingen drabbades av rejektion eller graftförlust, konstaterade hon. BK-viremi kan således vara en markör för att immunosuppressionen är tilltagen i överkant.

#### När börja behandla hiv?

Leo Flamholz talade om hiv-behandling 2011. Han inledde med en tillbakablick.

– Nästa år är det 30 år sedan de första hivfallen beskrevs, konstaterade Leo.

Han påminde om att det naturliga förloppet på den tiden var att efter att patienterna fått en aidsdiagnos, så var majoriteten av dessa avlidna inom några år. I Sverige idag är

mortaliteten för hiv-patienterna som grupp nere på 1%.

Leo fortsatte med att ge en översikt av de läkemedel mot hiv som utvecklats. Han beskrev de fasta kombinationer – fler läkemedel i samma tablett – som vi har idag. Av dessa är Atripla den som kan ges som 1 tablett per dag.

– När ska man sätta in antiretroviral behandling? Nu har pendeln svängt tillbaka till att man ska göra det tidigt. Framför allt är det frågor om cancerincidens, kardiovaskulär sjukdom m.m. som talar för det.

Svenska guidelines säger att behandling ska påbörjas vid ett värde av 350 CD4-celler.

– Det är dock ingen helig gräns. Individuella faktorer påverkar – t.ex. börjar man ta hänsyn till om patienten har en icke-smittad partner, sa Leo.

Han tillade att frågan är ganska teoretisk, eftersom tidigare okända smittade patienter för det mesta identifieras sent i sjukdomsförloppet – ofta när de har under 200 CD4-celler.

#### Gränsen är nådd

Med hypersensitiv PCR går det att mäta virus ner till enstaka kopior. Leo framhöll att vi idag mycket sällan har patienter i Sverige som sviktar på grund av resistens. Men i stort sett samtliga patienter har viremi.

– Virus går att påvisa hos i stort sett alla patienter, ofta 1–3 kopior. Frågan är om man kan minska denna mängd genom att intensifiera behandlingen med fler läkemedel? Svaret är *nej*.

Orsaken är att – hos välbehandlade patienter med god följsamhet – så kommer viruset från *latent infekterade* celler, vars virusproduktion inte påverkas av antiretroviral terapi. De läkemedel som finns förhindrar inte en infek-



Eva Waern



Rutger Bennet

# ANNONS

terad cell från att *bilda* virus – utan *förhindrar* istället viruset från att infektera nya celler.

– Det blir alltså endast en replikation – det sker ingen utveckling, förklarade Leo.

Han citerade Robert Siciliano, som på CROI (Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections) 2009 hade sagt att ”den teoretiska gränsen för vad man kan uppnå med HAART (Highly Active Anti-Retroviral Therapy) har nåtts”.

– Det är kanske ett djärvt påstående – men jag tror på det.

### Behandling är bra prevention

Patienter med hiv blir alltså idag äldre och äldre. Blir våra patienter gamla på samma sätt som andra?

– Vi har fler frågor än svar på den frågan. Det finns en mängd andra sjukdomar vi också ska fundera över – kardiovaskulära, diabetes, icke aids-relaterad cancer, depression m.m.

Neurokognitiv dysfunktion förefaller vanligare hos hiv-positiva.

– Det finns scoringtester som visar på det. Frågan är bara om det är sant. Själv tycker jag att scoringen inte är helt bra, ansåg Leo.

Prevention är ett ämne som fortfarande har högsta prioritet.

– Upplysning, och att få ett ändrat bety-  
ende till stånd – det har vi hittills misslyckats med...

Behandling är väldigt bra prevention – en studie som Leo redovisade beräknade skyddseffekten till 92%. (De som står under behandling smittar inte sin partner/partners.)

Han avslutade med att berätta om vaccinstudien där 16 000 invånare i Thailand fick vaccin eller placebo.

– Totalt 125 blev smittade – 51 som var vaccinerade och 74 som fått placebo. Det betyder att man nått och jämt kunde visa signifikans. Skyddseffekten visade sig vara störst i början – så det kanske beror på att effekten är övergående? Det är alltså långt kvar till dess att vi har ett fungerande vaccin, summerade Leo.

### Skillnad mellan nord och syd

D-vitaminbrist och ökad infektionskänslighet var rubriken för Ewa Waerns föredrag.

– Barn under den industriella revolutionen levde ofta i trånga gränder, där de inte såg mycket solljus, blev sjuka, och många av dem dog. Man upptäckte att de framgångsrikt kunde behandlas med fiskleverolja, och trodde då att man funnit ett nytt vitamin. Eftersom A, B och C var upptaget fick det heta vitamin D. Egentligen är det

ett hormon, men namnet har blivit kvar, inledde hon.

D-vitaminbrist leder till en mineraliseringsstörning i ben, och ger migrerande skelett- och muskelsmärta. Det är belagt.

– Men D-vitaminbrist har diskuterats inom många andra områden – depression, kolorektal-, prostata- och bröstcancer, kardiovaskulära sjukdomar och immunologiska sjukdomar. Det är inte belagt, men mycket talar för ett samband, fortsatte Ewa.

Ett exempel är att man kan se en skillnad i incidens mellan nordliga och sydliga länder – där de nordliga alltså har en högre incidens av dessa sjukdomar.

– Till exempel är MS väldigt sällsynt på sydliga breddgrader, men ökar allt mer ju längre norrut man kommer.

### 10–15 minuter sommarsol räcker

När man studerar immunförsvaret ser man att D-vitamin kan ha både en skyddande och angripande effekt. Man vet också att D-vitamin påverkar T-cellerna.

– När det gäller infektionssjukdomar är TB ett exempel, som man har känt till länge. TB behandlades tidigt med fiskleverolja, och man ansåg att det gav effekt. Även luftvägsinfektioner har förknippats med låga D-vitaminnivåer, sa Ewa.

Det är svårt att få i sig tillräckligt med D-vitamin via kost, därför är vi beroende av solen.

– Bor man i Kräftans vändkrets behöver man inte bekymra sig. Men i Göteborg är det nästan samma som att bo vid Polcirkeln. Därför lever vi på de lager vi får i oss om sommaren. Normalt klarar vi oss på det.

Äldre har svårare att bilda D-vitamin, och utgör en patientgrupp man ska uppmärksamma. Veganer har också en uppenbar risk att få brist. Enligt Ewa är bisköldkörtelhormon (PTH) – som går upp vid D-vitaminbrist – det enda prov som är en bra indikator.

Behandlingen är enkel: Tillför D-vitamin. Ewa påpekade dock att det nu kommer rapporter om att det kalcium som finns i tabletterna kan bäddas in i kärnen, trots att man tidigare sagt att det inte förhöll sig så.

– Ett annat sätt att ”tanka på” är att sola. För en ljushyad person räcker det med 10–15 minuter i sommarsol på ansikte och armar. För äldre rekommenderar man dock 30 minuter, avslutade Ewa.

### Underliggande tillstånd bakom mortalitet

Vattkoppor var det sista ämnet för dagen.

– I Sverige är det – jämfört med andra länder – ofta yngre barn som drabbas. Det

beror antagligen på att dagis är mer utbyggt här, sa Rutger Bennet.

En annan förklaring kan vara att varicella-zostervirus (VZV) är luftburen, och har visat sig ha lägre smittsamhet i ett varmt klimat. Ju fler blåsor patienten har, desto smittsamare är denne.

– På Astrid Lindgrens barnsjukhus har vi i snitt patienter inlagda med vattkoppor varannan vecka. I allmänhet blir de inlagda för komplikationer – framförallt hudkomplikationer, berättade Rutger.

*Antalet* koppor är inte kopplat till risken för hudkomplikationer.

Varicella leder till ungefär ett dödsfall om året i Sverige.

– I stort sett alla av dessa har ett underliggande tillstånd. Det är mycket ovanligt med mortalitet för i övrigt friska barn.

Neonatal varicella är däremot ett allvarligt tillstånd. Det är en fulminant, generell infektion med 20% mortalitet.

### Vill vaccinera

VZV är det enda humana virus där replikation i artär har påvisats.

– VZV-angiopati kan förekomma veckor eller månader – ända upp till ett år – efter varicella eller zoster, berättade Rutger.

– Man hittar oftast tydliga förändringar på MR, och då med typiska förändringar i gränsområdet vit/grå substans.

Differentialdiagnoserna är flera: TB, bartonella, tularemi var några han räknade upp.

– Vid VZV-angiopati rekommenderas antiviral behandling intravenöst under mer än 14 dagar samt steroider de första fem dagarna.

Rutger visade flera bilder på patienter, och gav också flera fallbeskrivningar. Han avslutade med att beskriva monkeypox – ”apkoppor”. Flera tusen fall är beskrivna i Kongo, och 93 fall i USA. Utslagen är mer lika smittkoppor, och smittkoppsvaccin har visat sig skydda.

– Det är ett besläktat tillstånd som har viss mortalitet hos barn. Sjukdomen har kommit eftersom man har slutat att vaccinera mot smittkoppor, förklarade han.

En av frågorna han fick efter sin föreläsning var om han ansåg att man ska vaccinera mot vattkoppor.

– Socialstyrelsen tycker inte det – men *vi* tycker verkligen att man ska göra det, svarade Rutger utan att tveka.

Därmed var årets Virologisymposium till ända och Lars Hagberg tackade alla föreläsare, Roche – och inte minst alla som infunnit sig för att lyssna, ställa frågor och delta i diskussionerna.

PER LUNDBLAD

# ANNONS

# Hiv- och tuberkulosbehandling i Etiopien

**Göran Sterner-stipendiaten Sten Skogmar presenterar sitt projekt – hiv- och tuberkulosbehandling i Etiopien.**

Det uppskattas att ca 33 miljoner människor i världen är smittade med hiv. De flesta av dem, ca 22 miljoner, finns i Afrika söder om Sahara. En tredjedel av de hiv-positiva beräknas dessutom vara infekterade med tuberkulos (TB) som är den största opportunistiska infektionen vid samtidig hiv-infektion [1]. Kombinationen hiv och TB är associerat med hög mortalitet om inte adekvat behandling sätts in i rätt tid [2]. TB har dessutom ofta ett atypiskt förlopp hos hiv-infekterade som försvårar diagnosen [3], [4]. Samtidigt är det viktigt att identifiera TB-positiva innan man startar antiretroviral behandling (ART) då man har sett att man annars riskerar ökad tidig död [2]. Det råder även en osäkerhet om hur kombination bör behandlas och vid vilken tidpunkt.

**Det ökande antalet** patienter som är i behov av både ART och tuberkulosbehandling medför att behandlingen måste ske framförallt i primärvården. I nuläget beräknas att endast 42% av patienter med hiv har behandling med ART och bara 4% screenas för TB [5]. För att öka täckningen är de flesta forskare eniga om att en decentralisering av behandlingen krävs. Det ställer stora krav



på primärvården, där resurserna redan är begränsade, att kunna bedöma, diagnostisera och följa denna stora patientgrupp som är medicinskt komplicerad. Det är därför av stort intresse att dels öka kunskapen om olika aspekter av kombinationen hiv och TB och dels att finna andra metoder, särskilt riktade mot regioner med små resurser, att på ett enkelt och tillförlitligt sätt bedöma denna patientgrupp.

Jag är doktorand i en forskargrupp från Sverige och Etiopien som försöker hitta bättre metoder att diagnostisera, följa och

behandla patienter som är infekterade med både hiv och tuberkulos i Oromiaregionen i Etiopien. Genom Göran Sterner-stipendiet har jag åkt till Etiopien under hösten och vintern vid tre tillfällen för att starta och monitorera den första av flera planerade studier. Studien inriktar sig på att försöka hitta ett alternativ till CD4-provtagning där detta inte är möjligt att analysera. Studien baseras på ett frågeformulär samt klinisk undersökning av patienter som är co-infekterade och som sedan korreleras till CD4-nivåer. Patienterna rekryteras genom studiesköterskor som också intervjuar och undersöker patienterna och min uppgift är i första skedet att anställa och instruera denna personal som utför det som krävs för studien. Målet är att inkludera ettusen patienter under ca ett och ett halvt år.

**I studien ingår** fem vårdcentraler längs med huvudvägen mellan Addis Abeba och Djibouti. Längs med denna väg finns byar och mindre städer som växer snabbt på grund av den hårt trafikerade huvudleden till kusten som ringlar sig genom Oromiaregionen, Etiopiens folkrikaste delstat. I städerna bor folk mestadels tätt i slumområden och prevalensen av TB är mycket hög här. Hivprevalensen i Etiopien är ca 2% men mycket högre i många städer. I vårt material får ungefär var tredje patient som diagnostiseras med TB även diagnosen hiv. Runt omkring städerna finns småskaligt lantbruk. Hälften ▶



# ANNONS

## ” Projektet andas stor optimism och vi tror att själva materialet kommer att ge mycket och viktig information i kampen mot hiv och TB och bli en viktig pusselbit som ökar möjligheterna för många människor att få rätt behandling i fattiga länder där dessa sjukdomar är vanliga.

av våra vårdcentraler är i utkanten av dessa städer och hälften är i byar som servar lantbruksbefolkningen.

**Den första resan** gjorde jag tillsammans med min handledare Per Björkman i augusti till september 2010. Då startade vi upp projektet tillsammans med lokala medarbetare och hade möte med alla inblandade. Vi började sedan med att inkludera patienter på ett par vårdcentraler men kunde snart utöka till alla fem. Det är många detaljer som måste fungera för att studiematerialet skall bli så bra som möjligt. Det är alltid något som saknas på vårdcentralerna, en våg, ficklampa eller pennor till exempel. Att få prover från den mest avlägsna vårdcentralen till huvudlaboratoriet samt att frysa ner dessa till rätt temperatur har visat sig vara en utmaning men som nu fungerar bra. Sköterskorna är mycket duktiga och engagerade, men för

att frågeformuläret skall fyllas i på samma sätt liksom den kliniska undersökningen skall göras på samma sätt, krävs täta besök på alla vårdcentraler.

**Just nu är projektet** i en expansionsfas där ytterligare studier planeras och under den senaste resan har vi åkt till flera nya platser som kan tänkas vara aktuella att ingå i dessa. De nya studierna kommer att inrikta sig på diagnos av tuberkulos hos hiv-positiva samt utfallet av behandlingen av ART på primärvårdsnivå, vilka båda är viktiga komponenter för att en uppskalning och en decentralisering skall fungera. Projektet andas stor optimism och vi tror att själva materialet kommer att ge mycket och viktig information i kampen mot hiv och TB och bli en viktig pusselbit som ökar möjligheterna för många människor att få rätt behandling i fattiga länder där dessa sjukdomar är vanliga.

### Referenser:

1. WHO, *Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing*. WHO report, 2009.
2. Koenig, S.P., et al., High mortality among patients with AIDS who received a diagnosis of tuberculosis in the first 3 months of antiretroviral therapy. *Clin Infect Dis*, 2009. 48(6): p. 829-31.
3. Wood, R., et al., Undiagnosed tuberculosis in a community with high HIV prevalence: implications for tuberculosis control. *Am J Respir Crit Care Med*, 2007. 175(1): p. 87-93.
4. Shah, S., et al., Intensified tuberculosis case finding among HIV-Infected persons from a voluntary counseling and testing center in Addis Ababa, Ethiopia. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2009. 50(5): p. 537-45.
5. Ghebreyesus, T.A., et al., *Tuberculosis and HIV: time for an intensified response*. *Lancet*, 2010.

**STEN SKOGMAR**

ST-läkare  
Infektionskliniken SUS/Malmö

## En givande, intressant och meningsfull revideringsuppgift står öppen för alla infektionsläkare! Kom med i PRISS!

Sedan drygt ett och ett halvt år pågår en revidering av de ortopediska kliniker som utför ledplastiker i höfter och knän i Sverige. Målet är att minska protesinfektionsfrekvensen, helst med minst 50%. Som de flesta kollegor säkert är medvetna om vid det här laget är det intresseföreningarna för ortopedier, operations-sköterskor, sjukgymnaster, vårdhygieniker och infektionsläkare som utför arbetet med stöd av LÖF, Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag, vilket administrerar och bekostar projektet. Föreningarna äger de sekretessbelagda handlingarna inom projektet.

Vi som utför revisionerna upplever arbetet mycket stimulerande och behjärtansvärt! Det är en viktig uppgift, främst förstås utifrån patienternas perspektiv. Dessutom lär vi oss mycket, kunskaper som vi sedan kan ta med som idéer till hemmaklinikerna. Vi för givande diskussioner med varandra och med kollegor över professionsgränserna, och stimuleras att förbättra arbetet inom vår egen verksamhet.

**Du som infektionsläkare behövs i projektet!** Eftersom infektionsminskning är målet för projektet är vår medverkan synnerligen viktig. Jag, som nu reviderat 8 kliniker, har inte tröttnat, men vi är tyvärr för få infektionsläkare. Några kliniker revideras i vår utan medverkan från infektionsspecialiteten, vilket är en klar brist.

Anmäl Dig till uppstartseminarium 13–14 april 2011 i Stockholm genom att snarast kontakta Torbjorn.Schultz@patientforsakring.se. Torbjörn Schulz är vår utmärkt kompetente projektledare inom PRISS.

För infektionsläkarföreningen

**CECILIA RYDÉN**

Överläkare, docent  
Uppsala

# ANNONS

**M**ina randningar flyter på och för tillfället är jag på hudklinikerna en månad innan IVA väntar. Just nu har jag det ganska lugnt och man inser att det är ganska stor skillnad på olika specialiteter. Naturligtvis är det ju så att jag som randare inte heller har lika mycket arbetsuppgifter som dem som är här hela tiden. Men jag tycker att det är ganska lärorikt och jag får se en hel del olika saker.

Ungt Forum i höstas var mycket lyckat med stor uppslutning. Vi fick höra om invasiva svampinfektioner av professor Janne Sjölin och efter detta avnjöt vi en mycket god middag i trevligt sällskap på restaurang 3vligt.

Planeringen inför fallseminariet 17–18/3 pågår. Många sökande i år till ett begränsat antal platser. Vi håller på och undersöker möjligheten att köra ett seminarium till per år, då det verkligen är ett uppskattat utbildningstillfälle.

I mars kommer specialistutbildningskommittén (SPUK) även att anordna ett möte för alla studierektorer på landets infektionskliniker. Syftet är främst att diskutera frågor kring den nya ST-utbildningen, som ju blir aktuell för fler och fler av oss ST-läkare, och det finns en hel del frågetecken. Förhoppningen är att vi ska göra så lika som möjligt över landet.

Ett problem som ofta uppstår under ST-utbildningen är att det är svårt att komma in på kurser i början. Vi arbetar med att kurserna antimikrobiell och antibakteriell terapi ska ha omvänd turordning, så att man ska kunna gå någon kurs i början av sin ST och detta är ett ämnesområde som lämpar sig väl för detta.!

**CAMILLA LORANT**

Styrelsens yngreläkarrepresentant  
camilla.lorant@gmail.com

## ANNONS

### Pfizerstipendiet 2011

Pfizers stipendium till stöd för forskning inom området infektionssjukdomar. Pfizer AB delar i samråd med Svenska Infektionsläkarförningens styrelse ut stipendium inom området infektionssjukdomar. Stipendiet syftar till att premiera icke disputerade medlemmar av Svenska Infektionsläkarförningen 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. 2011 års stipendiebelopp uppgår till totalt 75 000 kr.

Ansökan insändes elektroniskt till vetenskaplige sekreteraren Anders Johansson [anders.johansson@vll.se](mailto:anders.johansson@vll.se) senast den 1 mars 2011. 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 Infektionsläkarförningens styrelse. Stipendiet utlyses genom annons i Svenska Infektionsläkarförningens medlemstidning i god tid före sista ansökningsdag. 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.

# ANNONS

# Minnesanteckningar chefsmöte 14–15/10 2010

## Inledning

Ordf. Jan Källman hälsar alla 43 deltagare välkomna (36 klinikledamöter från alla kliniker utom en, 7 styrelseledamöter).

## Kvalitetsarbete och kvalitetsregister

Registerhållare Gunlög Rasmussens rapport från Nationella Kvalitetsregisterkonferensen. Pågående översyn av alla kvalitetsregister. Hur förenkla registerförandet? Automatiserad överföring önskvärd. Diskussion kring registercentra, långsiktig finansiering, forskningsfrämjande. Kostar idag ca 500 milj/år. Patientdatalagen kräver mer aktiv information till patienten, ej tillräckligt säkert med nuvarande inloggningsförfarande.

Problem med täckningsgrad, ffa avseende artrit- och sepsisregistren.

Samverkan med ortopedernas protesregister? Styrelsen återkommer med förslag på ev kontraktsskrivning med intresserade kliniker avseende protesregistret.

Ny diagnosättning avseende sepsis har ännu inte implementerats på alla kliniker, Läkartidningsartiklar på gång. Bör fångas upp redan på IVA. I första hand de patienter som eftervårdas på Inf klin.

Finansiering: Kan räkna med ca 500 tkr i bidrag/år. Beräknad kostnad för 2011 ca 760 tkr. Auditoriet överens om att klinikerna ska skjuta till pengar för att täcka ev. underskott.

Endokardit- och meningitregistren har fungerat som forskningsunderlag till vetenskapliga rapporter. Bra underlag för t.ex. ST-läkare som ska göra kvalitets- och forskningsprojekt.

Dags att öppna upp registren från 2011.

## Nya ST-utbildningen (Camilla Lorant)

Vad innebär den nya ordningen? Ökade krav både på ST-läkare och handledare. Genomgång av vårdgivarens, verksamhetschefens och handledarens ansvar. Ökade krav på dokumentation av uppnådd kompetens. Målbeskrivningen finns på hemsidan.

Hur ska vi få detta att fungera i praktiken? Spridda kommentarer från auditoriet:

Dyrbart – enl Uppsala ca 500 tkr i extra kostnader/ST-läkare, många nya moment på kort tid, behov av forskningshandledare, forskningsprojekt förläggs gärna under tjug på Mikrobiologen, central FoU-utb i vissa landsting, för lite tid för bedside-undervisning, svårt få plats på handledarutbildningar, svår prioritering mellan handledning av egna och randande ST-läkare, få specialister att fördela handledaruppdraget på,

## Redovisning av tjänsteenkäten (Per Arneborn)

## Redovisning av Nysam för Infektionsmedicin (Bengt Wittesjö)

Diskussion kring att Nysam ska ersätta tjänsteenkäten för alla kliniker. Ca 8 nya kliniker visade intresse för att gå med i Nysam 2011.

## Styrelsen informerar

Jan Källman: Ännu ej fått beslut från SoS ang återgång till ursprungliga namnet på specialiteten "Infektionssjukdomar".

Rune Wejstål önskar välkomna till Vårmetotet i Göteborg 2011.

Okklart vem som tar hand om vårmötet 2012, ev. Visby 2013.

Valberedningen har haft svårt att rekrytera nya styrelseledamöter där det som skäl bl.a. angivits svårigheter att ge ledighet från kliniken.

Torsten Holmdahl: Info om kvalitetsregistren. Den lösenordsskyddade delen öppnas på hemsidan.

99% täckningsgrad i InfCare HIV.

InfCare Hepatit på gång, Rune Wejstål önskar rekrytera ngn person till styrgruppen.

Vårdprogram Virala CNS-infektioner – klar för tryckning.

Vårdprogram meningit reviderat, ligger på hemsidan.

Vårdprogram Pneumoni, Sepsis, Endokardit revideras 2011.

Hemsidan – anslagstavlan för lediga vikariat kompletteras med fasta tjänster.

Bengt Wittesjö: Auditoriet godkänner utsänt förslag på differentierade avgifter för att täcka kostnader för kvalitetsregister och vårdprogram.

Info om aktuellt bokslutsläge och önskemål om ökad medlemsanslutning.

Camilla Lorant: Ungt Forum 30/11 om invasiva svampinfektioner. Fallseminarium 17–18/3 2011. Studierektorsmöte planeras våren 2011.

Jonas Sundén-Cullberg: Höstutb om tbc 18–19/10.

Vårutbildning om bla kirurgiska infektioner på Vår Gård i Saltsjöbaden 23–25/5 2011.

Anders Johansson: Info om Läkarstämman 2010 med huvudtema Jämlig vård. 3 egna symposier, 20 posters och 8 fria föredrag.

## Karbapenemasbildande bakterier (Anders Johansson)

Epicentrum på indiska subkontinenten. Hittills två kända fall från Sverige.

Drabbar ffa enterobacteriaceae. Flera olika typer av karbapenemaser där NDM-1 möjligen

har ngt större spridningsbenägenhet, plasmid-medierat. Mestadels kolonisation, kliniska manifestationer i form av UVI, bukinfektioner. Resistent mot allt utom mot tigecyklin och colistin. Enkelsal och basala hygienrutiner inom sjukvården. De flesta infektionerna samhällsförvävade.

## Stramas program för att minska antibiotikaresistens i slutenvården

Infektionsverket i SKL:s regi som pilot i VG-region och Uppland.

Europeisk antibiotikadag 18/11. Upprop i Stramas regi den 17/11. Förslag till åtgärdsprogram har tillställts SILF. Planeras debattartikel i Läkartidningen.

## Grupparbete – hur implementera Stramas åtgärdsprogram?

Verka för mera enkelrum, inga korridorplatser.

Rätt pat på rätt plats – tillräckligt med rum på "första" avdelningen/kliniken för att slippa omflyttningar.

Infektionsklinikerna ska inte bli isoleringsklinik.

Mät följsamhet till klädregler och basala hygienrutiner.

Utvärdera/omvärdera insatt ab-terapi i tid i samråd med infektionskonsult.

Påpeka konsekvenser för andra specialiteter vad ökad ab-resistens innebär för deras patientgrupper.

Infektionsverket/SAI viktigt medel för att följa och styra ab-val.

Genomför redan beslutade program i SKL:s patientsäkerhetsåtgärder avseende CVK-, UVI- och postop sårinfektioner.

Obligatoriskt med blododlingar före iv ab-terapi.

Strama och ab-resistensfrågorna bör ingå i alla landstings patientsäkerhetsorganisationer i samverkan med smittskydd och vårdhygien.

Riktlinjer för korta beh-tider. Vi måste leva som vi lär.

Glöm inte bort öppenvården, hygienrutiner och ab-anv inkl djurindustrin.

Snabbare mikrobiologisk diagnostik.

Strama-arbetet bör i första hand drivas från infektionsspecialiteten.

## Övriga frågor

Sture Persson: Information kring ny organisation på Gotland. Matrisorganisation med tre verksamhetsområden och fyra resursområden från årsskiftet. Klinikerna försvinner som självständiga enheter, nuvarande verksamhetschefer försvinner. Infektionsjouren ifrågasatt. Mkt oklarheter.

BENGT WITTESJÖ  
Sekreterare

# ANNONS



# Protokoll fört vid styrelsemöte Svenska Infektionsläkarföreningen

Ulfsunda Slott, Bromma 14–15 oktober 2010

Närvarande: Jan Källman, Anders Johansson, Torsten Holmdahl, Jonas Sundén-Cullberg, Bengt Wittesjö, Camilla Lorant, Stephan Stenmark (via länk från Luleå)

§ 1  
J.K. öppnade mötet och hälsade välkomna.

§ 2  
Torsten Holmdahl väljs till protokolljusterare.

§ 3  
Dagordning fastställdes.

§ 4  
Genomgång av protokoll från styrelsemötet 31/8–1/9 2010. Protokollet godkändes.

§ 5 **Ordförandens ärenden J.K.**  
Protokoll ska publiceras på hemsidan.  
Steroidbehandling vid bakteriell meningit, Martin Glimåker ombedes kommentera kommande artikel i Läkartidningen.

SLS fullmäktige 19/10, önskemål om bättre sortering av remissflödet samt längre svarstider.

Diskussion kring "Förslag till nationellt 10-punktsprogram för minskad antibiotikaresistens inom slutenvård" på initiativ från Strama. Ska publiceras i Läkartidningen i samband med Europeiska antibiotikadagen 18/11.

Ännu ej fått svar från SoS angående återgång till tidigare namn på specialiteten "Infektionssjukdomar".

§ 6 **Facklige sekreterarens ärenden, S.S.**  
På länk från Luleå via Skype.  
Åker på SLF fullmäktige i dec.

§ 7 **Vetenskaplige sekr. ärenden, A.J.**  
Programmet klart för Läkarstämman. 20 posters, 8 muntliga presentationer och 3 egna symposier. Styrelsen träffas kl 11.00 onsd 1/12 för genomgång inför postersessionen.

Genomgång av remisser – "Ny ordning för nationella vaccinationsprogrammet" (besvaras av Torbjörn Norén).

Förslag till nya medlemmar till Justus Ström-kommittén: Lars Hagberg, Anna Färnert, Jonas Hedlund som ordinarie; Magnus Gisslén, Birgitta Evengård, Per Björkman, Kristoffer Strålin som suppleanter.

Kongresskalendern uppdaterad.  
Diskussion kring upplägg för nästa Läkarstämma (2011).

§ 8 **Skattmästarens ärenden, B.W.**  
*Nya ordinarie medlemmar:*  
**Gunilla Leander**, ST-läkare, Inf klin Karlskrona, **Anna-Carin Ericsson**, ST-läkare, Inf klin Ryhov, Jönköping  
*Nya associerade medlemmar:*  
**Kerstin Nilsson**, verksamhetschef, Inf klin Kristianstad, **Lisa Helldal**, ST-läkare, Virologiska lab, Sahlgrenska.

Informationsbrev om SILF till alla utbildningsläkare för att rekrytera fler medlemmar (C.L, J.K), via verksamhetschefer och studierektorer.

Genomgång av delårsbokslut. Föreningens ekonomi diskuterades.

Diskussion kring kostnadsfördelning mellan klinikerna för vårdprogram och kvalitetsregister från 2012.

§ 9 **Utbildningsansvariges ärenden, J. S-C.**  
Tb-kurs på Ulfsunda Slott 18-19/10.

Vårutbildning 23-25/5 2011 Vår Gård, Saltsjöbaden – Kirurgiska infektioner, Virala CNS-infektioner, NK-infektioner samt Kirurgisk profylax.

§ 10 **Redaktörens ärenden, K.W. (sjuk)**  
Presentation via mail av planerat innehåll i *Infektionsläkaren* Nr 4/2010.

§ 11 **Programgrupper/Hemsidan/Kvalitetsregister, T.H.**  
Virala CNS-infektioner klart, tryckning pågår.

Pneumonirevision pågår, endokardit på sepsis på gång 2012.

Diskussion kring finansiering av framtida revisioner.

Lösenordsskyddad del (Ebola) för kvalitetsregistren.

Reklam för och "städning" avseende lediga vikariat på hemsidan.

Annonsering av fasta tjänster? Avgift eller ej, diskussion på Chefmötet och Mediahuset.

"Veckans fråga" på hemsidan under utredning.

§ 12 **Frågor för yngre läkare/SPUK, C.L.**  
Ungt Forum i Göteborg 30/11 – Invasiva svampinfektioner.

Fallseminarium i Uppsala 17-18/3 2011.  
Förslag till revision av målbeskrivning där kravet på tjänstgöring på universitetssjukhus skärps (ändras från kan till bör).

Studierektorsmöte planeras våren 2011.  
SPUK:s medlemmar presenteras, en ny medlem behöver rekryteras.

C.L. åtar sig att vara svensk kontaktperson för TAE (Trainee Association of ESCMID).

Gemensam mall för ST-kontrakt ligger på hemsidan.

§ 13 **Chefmötet**  
Genomgång av agendan för chefmötet.

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

§ 15 **Styrelsens arbetsformer 2011**  
Styrelsemöte 13/1.  
Styrelsemöte 16/3.  
Styrelsemöte (Gbg) 11(-13)/5, styrelsen träffas på kvällen 10/5.  
Styrelseinternat 31/8-2/9.  
Chefsmöte 13-14/10, styrelsen träffas på kvällen 12/10.  
Läkarstämman (Sthlm) 30/11–2/12, styrelsen träffas på kvällen 29/11.

§ 16 **Övrig fråga**  
RAF – styrelsen föreslår Elisabeth Löwdin som representant.

Förberedande diskussion inför redovisning av grupparbetet i chefsgruppen ang. 10-punktsprogrammet (se §5).

§ 17 **Mötet avslutas**

BENGT WITTESJÖ  
*Tf sekreterare*

JAN KÄLLMAN  
*Ordförande*

TORSTEN HOLMDAHL  
*Protokolljusterare*

# ANNONS



## Protokoll fört vid styrelsemöte Svenska Infektionsläkarföreningen

Svenska Läkaresällskapet, Stockholm 13 januari 2011

Närvarande: Jan Källman, Anders Johansson, Hans Norrgren, Kristina Cardell, Camilla Lorant, Stephan Stenmark, Jonas Sundén-Cullberg, Katarina Westling adj §1-7, Torsten Holmdahl adj §1-18

### § 1

Ordförande Jan Källman öppnade mötet.

### § 2

Till protokolljusterare jämte ordföranden valdes Hans Norrgren.

### § 3

Dagordningen fastställdes.

### § 4

Föregående protokoll från styrelsemötet den 14/10 2010 granskades och godkändes.

### § 5 Ordförandes ärenden J.K.

Torsten Holmdahl adjungeras till fortsatt arbete som vice ordförande då Maria Werner är sjukskriven.

Diskussion om framtida avtal med Scandinavian Journal of Infectious Diseases som medlemstidning. Frågan tas upp igen på nästa möte 16/3 2011.

Mediahuset startar den nya tidningen HIV and Virology News med 4 nr/år. Tidningen distribueras gratis till SILFs medlemmar.

Diskussion om samarbetsformer med industrin i samband med vårens utbildningsmöte.

Rapport från lanseringen av 10-punktsprogrammet. God respons nationellt och lokalt.

Inbjudan från Tandvårds-Strama att utse en representant från Infektionsläkarföreningen att delta i deras arbete. Inga Odenholt åtar sig uppgiften.

RAF inbjuds att delta vid nästa styrelsemöte 16/3.

### § 6 Redaktörens ärenden K.C. och K.W.

Presentation av innehållet i Infektionsläkaren nr 1/2011.

Deadline nr 1 19/1, nr 2 29/3 2011.

Idéer för kommande artiklar diskuterades.

### § 7 Rapport från facklige sekreteraren S.S.

Rapport från Läkarförbundets fullmäktigemöte 9-10/12 2010.

Nytt presidium med Ordförande Marie Wedin, 1:e vice ordförande Heidi Stensmyren och 2:e vice ordförande Ove Andersson.

Genomgång av beslut på behandlade motioner och arbetet med den fortsatta utredningen om förbundets framtida struktur.

Styrelsen diskuterade förslag på möjliga motioner från SILF till nästa fullmäktigemöte.

Obligatorisk diagnosregistrering på antibiotikarecept.

Krav på åtgärder mot återkommande restnoteringar av antibiotika och tuberkulostatika.

Rapport från möte om Socialstyrelsens nya förslag till utveckling av strategin mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner.

Inbjudan till specialitetsföreningarnas representantskapsmöte 30/3, J.K. deltar.

### § 8 Rapport från vetenskaplige sekreteraren A.J.

Brev från SLS angående hantering av tidigare SPUR ekonomi inför övergång till IPULS  
*Inkommande remiss: 3 remisser från SLS som inte besvaras.*

Guldgruvan, om kvalitetsregister, svarstid i slutet av mars 2011.

Torsten Holmdahl samordnar svar efter synpunkter från styrgruppen för kvalitetsregistret.

Betänkande om ny biobankslag.

Hans Glauman tillfrågas om att svara.

Riksstämman 2010 hade 9 300 besökare. Sammanfattning av allmänna intryck från stämman.

3/2 hålls ett sekreterarmöte inför Riksstämman 30/11–2/12 2011.

Tema: Läkekonst i en säkrare vård.

Förslag på ämnen för symposier och lämpliga moderatorer diskuterades. Deadline för förslag 4 mars 2010

Planer på samordnat program med föreningen för medicinsk mikrobiologi.

26/8 deadline för fördrag och posters.

Roche- och Pfizerstipendierna är annonserade i tidningen.

### § 9 Rapport från utbildningsansv. J.S-C.

Information om utbildningsmötet i Vår Gård i Saltsjöbaden 23-25/5. Tema om kirurgiska infektioner.

Inbjudan till höstutbildningen i oktober om tuberkulos kommer ut med Infektionsläkaren 2/2011 och på hemsidan.

Rapport från nätverket för utbildningsfrågor inom SLE. Pågående inventering av specialitetsföreningarnas utbildningsaktiviteter. På gång att inrätta SPUR-inspektioner även för specialister.

### § 10 Rapport från skattmästaren H.N.

Presenterade bokslut för 2010 och budgetförslag för 2011.

Som *nya ordinarie medlemmar* i föreningen antogs:

**Sahra Abdulle**, överläkare, Inf klin NÄL, Trollhättan, **Annu Kirsi Sorri**, ST-läkare, Inf klin, Uppsala, **Sandra Samuelsson**, ST-läkare, Inf klin, Halmstad, **Anne Lundin**, ST-läkare, Inf klin, Akademiska Sjukhuset Uppsala, **Per Nived**, ST-läkare, Inf klin, Centralsjukhuset Kristianstad, **Pernilla Lundgren**, ST-läkare, Inf klin, NÄL, **Olof Säll**, ST-läkare, Inf klin, Örebro, **Thomas Schön**, ST-läkare, Inf klin, Kalmar, **Markus Kalén**, ST-läkare (Med+Inf), Med klin, Nyköping, **Gunilla Aslam**, ST-läkare, Inf klin, Gävle.

Som *nya associerade medlemmar* i föreningen antogs:

**Anders Martinsson**, Verksamhetschef, Infektionskliniken i Östergötland, Linköping.

### § 11 Styrelsemöte i Göran Sterners resestipendiefond

Presenterade bokslut för Göran Sterners resestipendiefond 2010.

10.000 kr kan delas ut 2011. Annonns om stipendiet gick ut med nr 4/2010 och påminnelse kommer i nr 1/2011. Ansökningstiden går ut 1/3 2011.

### § 12 Frågor angående yngre läkare och SPUK C.L.

Rapport från Ungt forum 24/11 2010 om invasiva svampinfektioner. 37 deltagare.

Årets fallseminarium är i Uppsalatrakten 17-18/3. Annonns på hemsidan. ►

# ANNONS

Pågår rekrytering av ST läkare och senior specialist till SPUK.

Diagnostiska provet kommer ut under våren.

Inbjudan har gått ut till studierektorsmöte 8/3.

### § 13 Programgrupper, hemsida, kvalitetsregister T.H. Programgrupper

Diskussion om prioriteringar av kvarvarande medel för programgrupperna.

Sepsisgruppen har pågående uppdatering och endokarditgruppen planerar uppdatering i slutet av året.

#### Kvalitetsregister

Kvalitetsregistret har tilldelats 500.000 kr från SKL.

Anna Norrby har ansökt medel till att starta ett kvalitetsregister för komplicerade mjukdelsinfektioner. Vi stödjer forskningsintentionen med nationell registrering men ser ingen möjlighet att i nuläget ta in detta i infektionsregistret.

#### Hemsidan

Startar med "veckans fråga" under våren.

### § 14 Svenska Infektionsläkarföreningens firmatecknare för 2011

Beslutades att firmatecknare för Svenska infektionsläkarföreningen (organisations nr 802017-9480) är var för sig föreningens ordförande Jan Källman (580704-2014) samt skattmästare Hans Norrgren (600705-0054).

### § 15 Stiftelsen Göran Sterners resestipendiefond, firmatecknare för 2011

Beslutades att firmatecknare för Stiftelsen Göran Sterners resestipendiefond (organisations nr 812000-3077) är var för sig föreningens ordförande Jan Källman (580704-2014) samt skattmästare Hans Norrgren (600705-0054).

### § 16 Styrelsens arbetsformer 2011

Styrelsemöte 16/3.

Styrelsemöte (Göteborg) 11/5, styrelsen träffas på kvällen 10/5.

Styrelseinternat 31/8-2/9.

Chefsmöte 13-14/10, styrelsen träffas på kvällen 12/10. Riksstämman (Stockholm) 30/11-2/12, styrelsen träffas på kvällen 29/11.

### § 17 Övriga frågor

Avvaktar inbjudan från ESCMID/ECCMID innan beslut om eventuellt deltagande från SILF på konferensen.

### § 18 Ordförande J.K. avslutade möte

STEPHAN STENMARK  
*Facklig sekreterare*

JAN KÄLLMAN  
*Ordförande*

HANS NORRGREN  
*Protokolljusterare*

## Stiftelsen för Göran Sterners resestipendiefond

Ändamålet med Göran Sterners resestipendiefond är att bidra till fördjupade kunskaper inom infektionssjukdomar men också befärma framtagandet av effektivare vårdmetoder för personer med infektionssjukdomar. Stiftelsens styrelse utgörs av infektionsläkarföreningens 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 vetenskaplig sekreterare Anders Johansson [anders.johansson@vll.se](mailto:anders.johansson@vll.se).

Ansökan skall vara tillhanda senast den 1 mars 2011.

### Stadgar för Stiftelsen Göran Sterners resestipendiefond:

- 1§ Stiftelsens ändamål är att bidra till fördjupade kunskaper inom fältet infektionssjukdomar i vidaste mening men också att befärma 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 Infektionsläkarföreningen i den mån dess medlemmar vill åtaga sig detta icke arvoderade uppdrag. Styrelsen för fonden lär dock lägst bestå av tre medlemmar inklusive Svenska Infektionsläkarföreningens 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 Infektionsläkarföreningens årsmöte som en särskild punkt i dess dagordning.
- 8§ Svenska Infektionsläkarföreningens 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 Infektionsläkarföreningen c/o Svenska Läkarsällskapet, Box 738, Klara Östra Kyrkogata 10, 101 35 Stockholm.

# Kongresser & Möten 2011

- 27 feb-2 mars** **18th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI)**  
Boston, USA  
<http://retroconference.org/2011/>
- 4-5 mars** **ESCMID courses and workshops: Improving Antibiotic Prescribing in Hospitals**  
Belgrad, Serbien
- 10-12 mars** **ESCMID courses and workshops: Clinical Implications of Antimicrobial Susceptibility Testing**  
Izmir, Turkiet
- 14-15 mars** **Livshotande infektioner, SK-kurs**  
Stockholm, [www.ipuls.se/kursbevakningen/](http://www.ipuls.se/kursbevakningen/)
- 17-18 mars** **Fallseminarium vid Mälarens strand**  
Krusenbergs herrgård utanför Uppsala
- 22-25 mars** **31th International Symposium of Intensive Care and Emergency Medicine (ISICEM)**  
Bryssel, Belgien, [www.intensive.org](http://www.intensive.org)
- 30 mars-1 april** **ESCMID courses and workshops: Acute Infectious Encephalitis: Challenges in Clinical and Biological Diagnosis**  
Grenoble, Frankrike
- 30 mars-3 april** **EASL, the International Liver Congress™ 2011**  
Berlin, Tyskland  
<http://www.easl.eu/>
- 1-2 april** **ESCMID Conference on the Impact of Vaccines on Public Health**  
Prag, Tjeckien
- 4-5 april** **Sviktande vitalfunktioner, IPULS-granskad**  
Stockholm, <http://www.ipuls.se/kursbevakningen/>
- 4-8 april** **Sepsis på akutmottagningen och IVA, SK-kurs**  
Östergötland, [www.ipuls.se/kursbevakningen/](http://www.ipuls.se/kursbevakningen/)
- 5-6 april** **Fortbildning "Infektioner och infektionsbehandling i klinisk vardag"**  
Örebro, [www.lakardagarna.se](http://www.lakardagarna.se)
- 7 april** **XXII HIV-symposiet i Göteborg**  
Symposiet kommer att ipuls-certifieras (info kommer senare)  
Kontakt [katarina.y.casserlov@gsk.com](mailto:katarina.y.casserlov@gsk.com)
- 11-15 april** **ESCMID courses and workshops: Basic Parasitology**  
Ankara, Turkiet
- 14 april** **Tuberkulos – en dag om TBC, IPULS-granskad**  
Östergötland  
<http://www.ipuls.se/kursbevakningen/>
- 3 maj** **30 Years of AIDS, Memories, Achievements and Future Perspectives**  
Stockholm, Norra Latin  
<http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=33514&a=108555&l=en>
- 7-10 maj** **21st ECCMID/27th ICC**  
Milano, Italien, [www.eccmid-icc2011.org/](http://www.eccmid-icc2011.org/)
- 9-15 maj** **Antibakteriell terapi, SK-kurs**  
Skåne, [www.ipuls.se/kursbevakningen/](http://www.ipuls.se/kursbevakningen/)
- 11-13 maj** **Värmötet 2011**  
Göteborg
- 16-19 maj** **Infektioner hos immunsupprimerade, SK-kurs**  
Stockholm  
[www.ipuls.se/kursbevakningen/](http://www.ipuls.se/kursbevakningen/)
- 16-20 maj** **Klinisk tropikmedicin, SK-kurs**  
Stockholm  
[www.ipuls.se/kursbevakningen/](http://www.ipuls.se/kursbevakningen/)
- 21-22 maj** **ESCMID courses and workshops: Infections in Critically Ill Patients**  
Aten, Grekland
- 23-25 maj** **Infektionsläkarföreningens utbildningsmöte**  
Saltsjöbaden, Stockholm
- 25 maj** **Strama-dagen 2011**  
Arlanda  
[www.strama.se](http://www.strama.se)
- 26-28 maj** **North European Workshop on HIV-Infection in the CNS (HANSA-meeting)**  
Göteborg  
Registrering och anmälan: [www.hansa2011.se](http://www.hansa2011.se)  
IPULS-nr 20100445: [http://edu.ipuls.se/www/\\_public/pub\\_course.cfm?courseid=6837](http://edu.ipuls.se/www/_public/pub_course.cfm?courseid=6837)
- 7-11 jun** **29th Annual meeting of the European society for pediatric infectious diseases – ESPID 2011**  
Haag, Holland
- 18-21 aug** **28th Annual Meeting of the Scandinavian Society for Antimicrobial Chemotherapy (SSAC)**  
Reykjavik, Island  
<http://www.congress.is/SSAC2011/welcome.aspx>
- 17-20 sep** **51st ICAAC (Annual Interscience Conference on Antimicrobial Agent and Chemotherapy)**  
Chicago, USA  
<http://www.asm.org/index.php/meetings/icaac.html>
- 12-16 sep** **Akut och kronisk leversjukdom, SK-kurs**  
Stockholm  
<http://www.ipuls.se/kursbevakningen/>
- 2-4 okt** **7th European Conference on Travel Medicine (ECTM7)**  
Venedig, Italien  
<http://www.ectm7.org/>
- 3-7 okt** **Inflammatoriska systemsjukdomar, SK-kurs**  
Uppsala  
[www.ipuls.se/kursbevakningen/](http://www.ipuls.se/kursbevakningen/)
- 10-14 okt** **Vaccination av barn, SK-kurs**  
Stockholm  
[www.ipuls.se/kursbevakningen/](http://www.ipuls.se/kursbevakningen/)
- 15-16 okt** **The Lancet/ESCMID Conference on Healthcare Associated Infections and Antimicrobial Resistance**  
Beijing, Kina
- 17-21 okt** **Antimikrobiell terapi, SK-kurs**  
Uppsala  
[www.ipuls.se/kursbevakningen/](http://www.ipuls.se/kursbevakningen/)
- 4-8 nov** **The Liver Meeting® 2011–AASLD's 62st Annual Meeting**  
San Francisco, USA
- 30 nov-2 dec** **Medicinska Riksstämman 2011 "Läkekonst i en säkrare vård"**  
Stockholm, <http://www.svls.se>

## Diagnostiskt prov 2011

Vi vill redan nu uppmärksamma Er om att årets diagnostiska prov kommer gå av stapeln v 18–20.

Provet kommer att distribueras via mail veckan efter påsk (v 17) till landets studierektorer och verksamhetschefer. Avsätt gärna tid i schemat för detta. Skrivtiden är som tidigare tre timmar och provet skall rättas tillsammans med handledaren. Provet är tänkt att fungera som ett pedagogiskt verktyg i handledarsamtalen och ge ST-läkaren en uppfattning om vilka kunskaper som behöver inhämtas och leda till en diskussion med handledaren om hur detta skall gå till.

För specialistutbildningskommittén (SPUK)  
Jonas Ahl, [jonas.ahl@med.lu.se](mailto:jonas.ahl@med.lu.se)