

# Smittskydd Skåne

## Mödosam väg mot ovissheten

Vi har sedan i höstas genomfört vår första omgång hälsovalsutbildning i Helsingborg, Kristianstad och Malmö rörande tarmsmittor och påbörjat nästa angående resistent bakterier. Det är väldigt tillfredställande att vi fått så god respons på dessa möten där vi vill erbjuda utbildning till alla smittskyddsansvariga på Hälsovalsenheterna. Det känns redan som att vi är på god väg att bygga upp ett nära kontaktnät med hela primärvården, ett förhoppningsvis ömsesidigt utbyte som vi kommer att ha stor glädje av i framtiden. Tarmsmittematrisen som vi hade som underlag finns nu som möjlig utvecklingsbilaga i denna tidning.

Även i utredningen av den tydliga ökningen av allvarliga infektioner med grupp A-streptokocker har vi glädje av ett samarbete med flera vårdcentraler

som hjälper till att samla in streptokocker från svalgodlingar för att kunna typa och ge ett underlag för vilka av dessa aggressiva stammar som cirkulerar i samhället just nu. Detta är värdefull kunskap för eventuella utbrott i framtiden.

Brucella är kanske inte lika "hett stoff" men likväl hade vi en spän-

nande period då det fanns misstanke på ett inhemskt utbrott på en gård i Skåne för första gången på många år. Vi vill även påminna om att humanfall förekommer, då med stor sannolikhet som importfall.

Vi rätar i detta nummer också ut en del frågetecken kring och tydliggör handläggningen vid hälsoundersökning av nyanlända invandrare.

Det har under våren kommit nya rekommendationer för preventiva insatser mot tuberkulos från Socialstyrelsen. Här kommenteras i första hand IGRA-testernas nya roll i Tbc-screening/smittspårning.

Bilden har ännu inte klarnat vad gäller vår plats i organisationen eller när smittskyddsläkartjänsten kommer att utlysas. Vår jurist skriver i sin krönika om smittskyddsläkarens roll och vad som gäller juridiskt kring den. Är det ljus eller mörker vid horisonten?

*Håkan Ringberg  
T f smittskyddsläkare*

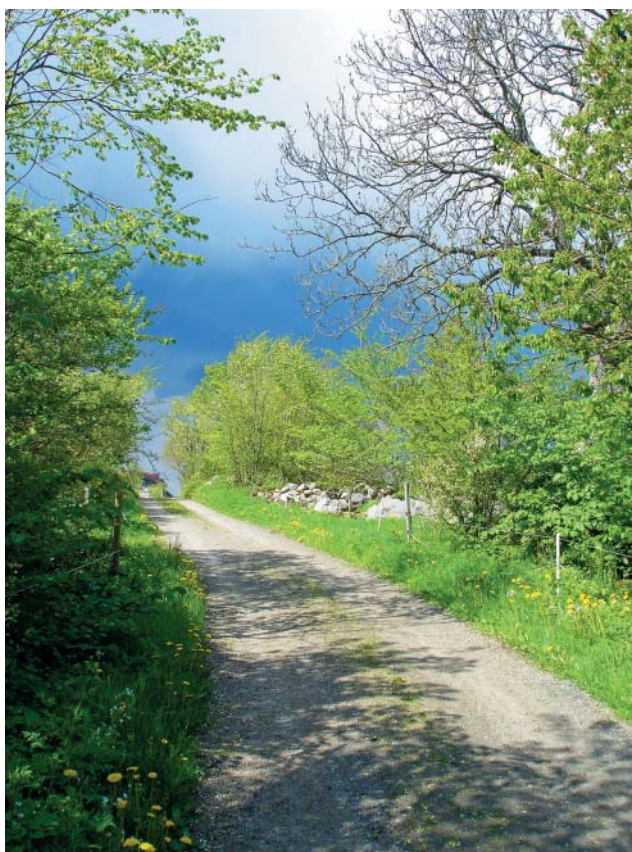


Foto: Niclas Winqvist

### Innehåll:

Migrationsverket ersätter Region Skåne för hälsoundersökningar av asylsökande och anknytningar .....	2
Hälsoundersökning av migranter .....	3
Juristens krönika: Input om smittskyddsläkarens output – eller "Vad gör den där smittskyddsläkaren egentligen?" .....	4
Smittskyddsmatris för mag-tarmsmittor .....	5
Brucellos – diagnos att tänka på vid oklar feber efter utlandsvistelse ....	6
Länsveterinären i Skåne har ordet: Brucellos – en nästan bortglömd sjukdom? .....	7

Smittskyddsmatris för mag-tarmsmittor .....	8
Ful GAS i Skåne .....	9
ESBL <sub>CARBA</sub> – den senaste i raden av allvarlig antibiotikaresistens .....	10
Nya rekommendationer för preventiva insatser mot tuberkulos .....	11
Utbildning för smittskyddsansvariga .....	12
Seminarium om hiv hos barn och unga vuxna .....	12
Att skydda barn mot tuberkulos .....	12
Ring, maila, faxa Smittskydd Skåne .....	12

# Migrationsverket ersätter Region Skåne för hälsundersökningar av asylsökande och anknytningar

Personer som är asylsökande eller anknytningsfall erbjuds idag en hälsundersökning. Landstingen erhåller ersättning för dessa undersökningar enligt förordningarna (1996:1357) om statlig ersättning för hälso- och sjukvård till asylsökande och (2012:1122) om statlig ersättning för insatser för vissa utlänningar. Region Skåne ska alltså erbjuda och kalla asylsökande till en hälsundersökning vilken Migrationsverket ersätter. Ersättningen ligger för närvarande på 2 060 kronor per hälsundersökning.

Enligt samma lag har asylsökande även rätt till hälso- och sjukvård. Vuxna har rätt till omedelbar vård och vård som inte kan anstå, medan barn upp till 18 år har rätt till all vård, även planerad. Migrationsverket ersätter också hälsundersökning av så kallade anknytningar. En anknytning är en person med anknytning till en före detta asylsökande. För att Migrationsverket ska ersätta dessa hälsundersökningar ska anknytningen ha kommit till Sverige inom två år från det datum den de anknyter till blivit kommunplacerad. Anknytningarna som Migrationsverket tidigare beställt hälsundersökningar av beställs sedan införandet av Etableringslagen 2010 via Arbetsförmedlingen. Står patienten utanför etableringsformen kan hälsundersökningen beställas av kommunens socialkontor.

I Skåne görs hälsundersökningar inom primärvården och på Flyktinghälsan i Malmö i enlighet med vårdcentralens uppdrag enligt ackrediteringen. Det finns vårdcentraler som samverkar kring dessa hälsundersökningar vilket i praktiken innebär att en vårdcentral har tagit sig an detta uppdrag och utför hälsundersökningar åt andra vårdcentraler. En fördel med detta är att kompetensen samlas på en och samma enhet.

## Syftet med hälsundersökningen

Syftet med hälsundersökningen är dels att uppmärksamma personer som är i behov av omedelbar vård eller vård som inte kan anstå (individinriktad) och dels behovet av smittskyddsåtgärder (sambällsinriktad). Syftet är också att identifiera varaktig vård (per-

soner med stort vårdbehov) för att regionen ska kunna ansöka hos Migrationsverket om ersättning för vårdkostnader när personen fått uppehållstillstånd och blivit folkbokförd i en kommun. Tillämpningen av varaktig vård definierades i november 2011 men tyvärr har inte många enheter börjat registrera sådan vård. Jag vill här passa på att påminna om denna registreringsmöjlighet.

## Hälsosamtal

I Skåne använder vi oss av begreppet hälsosamtal. Sjuksköterskan, som i regel är den som träffar dessa grupper, intervjuar enligt ett framtaget frågeformulär och provtagning sker efter Smittskydd Skånes rekommendationer. Dessa besök registreras som en hälsundersökning med begreppet HUA i PASiS. Bedömer sköterskan att patienten behöver en läkarkontakt bokas patienten till läkare och då registreras det som sjukvårdande behandling. Ofta uppkommer onödiga problem med registreringen vilket leder till att utföraren inte alltid ersätts ekonomiskt. Region Skåne kan inte återsöka pengar för gjorda hälsundersökningar och SKL får fel underlag för sin statistik. Korrekt registrering är därför mycket viktig. Det finns en manual över hur det ska gå till att registrera asylsökande i hälso- och sjukvården.

Migrationsverket brukar faxa en beställning på en hälsundersökning till den vårdcentral som ligger närmast den sökande. Av beställningen framgår namn, födelsedata, adress, LMA-nummer och vilket språk personen talar. Utför vårdcentralen själv hälsundersökningen kallas den sökande per brev. Om vårdcentralen inte utför hälsundersökningen eller beställningen kommit ”fel” faxas den vidare till den vårdcentral som ska utföra hälsundersökningen.

I Skåne rekommenderas att varje patient kallas 2-3 gånger till en hälsundersökning. Uteblir patienten ändå antecknas detta i journalen som uteblivet besök. Vi rekommenderar också användandet av telefontolkar. Ett tips är att beställa tolken när ni ser att patienten kommit så slipper ni stå för tolkavgift om patienten uteblir. Det kan vara svårt att hitta

tolkar, särskilt till språken badini, dari och sorani. Vet ni att det behövs en tolk för något av dessa språk är det bra att beställa telefontolk i förväg. Många vårdcentraler har redan helt gått över till telefontolkar, även vid läkarbesök.

## För få personer nås

Ett problem är att landstingen endast når ca 40 procent av dem som erbjuds kostnadsfria hälsundersökningar. Region Skåne tillsammans med flera landsting, Migrationsverket, Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting (SKL) ingår nu i ett projekt under två år för att identifiera problem och möjliggöra att fler personer kommer till de hälsosamtal som erbjuds. Ni som arbetar med hälsosamtal av asylsökande kommer på ett eller annat sätt att bli involverade i kommande delprojekt.

I ett försök att öka antalet hälsosamtal har vi i Skåne tagit fram en kallelse och ett informationsblad på olika språk. Personerna får då information om själva hälsundersökningen men även första linjens sjukvård. Informationsbladet ska skickas tillsammans med kallelsen.

Många personer är involverade för att ett hälsosamtal ska bli utfört. Kedjan ska fungera från beställning, utförande, registrering och eventuellt vidare kontakter med andra samverkanspartners som t ex BVC-verksamheter, skolor, kommuner, smittskydd mm.

Sedan ett par månader tillbaka finns en webbsida med information kring hälso- och sjukvård för asylsökande, flyktingar med flera ([www.skane.se/flyktingar](http://www.skane.se/flyktingar)). På sidan finner du policy, riktlinjer, tillämpningar och mycket annat som rör dessa grupper. De nyheter som kommer ut på webbsidan försöker jag samla i ett nyhetsbrev som kommer ut ett par gånger om året. Ni som arbetar med dessa grupper rekommenderar jag att lägga upp sidan som en favorit för att sedan regelbundet gå in och läsa nyhetsbrev. På så sätt håller ni er à jour med vad som händer i ämnet. Saknar du något eller har några synpunkter får du gärna höra av dig!

*Hidajeta Jusupovic  
Hälso- och sjukvårdstrateg  
Region Skåne*

# Hälsundersökning av migranter

**Får din hälsovalsenhet beställning från Migrationsverket eller Arbetsförmedlingen på personer som skall erbjudas hälsundersökning? Kallar din hälsovalsenhet nyanlända invandrare till hälsundersökning? Hur sker kallelsen? Kommer de när ni kallar?**

Det finns många frågor runt hälsundersökning av nyanlända invandrare och en av de största frågorna är varför inte fler av de som kommer till Sverige och Skåne blir hälsundersökta. Det är ett viktigt arbete att öka andelen nyanlända som genomgår hälsundersökning. Viktigt för den enskilde individen för att upptäcka, förebygga och behandla sjukdom och viktigt för samhället – för att minska risken för spridning av smittsam sjukdom.

Att få fram tillförlitliga uppgifter om hur många som genomgår hälsundersökning i Skåne har visat sig vara svårt men de beräkningar som gjorts visar att antalet ligger långt under önskvärd nivå. I regionen arbetar hälso- och sjukvårdsstrateg Hidajeta Jusupovic med att underlätta genomförandet av hälsundersökningar. Här intill kan du ta del av praktiska tips. Region Skåne deltar också som ett av fyra län/regioner i det EU-projekt som leds av Smittskyddsinstitutet, ”Förbättrad struktur och samordning vid hälsundersökningar för asylsökande”, som syftar till att nå en högre genomförandefrekvens av hälsundersökningar.

## Andra grupper

Erbjudande om hälsundersökning ges bara till de som kommer till Sverige som asylsökande eller anknytningsfall till tidigare asylsökande som fått uppehållstillstånd och det är bara för dessa grupper som Migrationsverket står för kostnaden av undersökningen. Dessa utgör dock bara en del av dem som invandrar till Sverige. Många fler kommer varje år för att studera, för att arbeta eller som partner till svensk medborgare. Särskilt gruppen arbetskraftsin-

vandrare är en ökande grupp. En del av dessa kommer från länder med högre förekomst av sjukdomar så som hiv, hepatit och tuberkulos. Ur smittskyddssynpunkt är det förstås lika angeläget att erbjuda alla som kommer från länder med ökad förekomst av hiv, hepatit och tuberkulos hälsundersökning, oavsett orsak till invandring.

## Hiv

I Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (Prop. 2005/06:60) anges som delmål att hivinfektion hos asylsökande och nyanlända anhöriginvandrare skall upptäckas inom två månader efter ankomst till Sverige och inom sex månader för övriga grupper som kommer från områden med hög förekomst av hiv. Förutom att tidig upptäckt kan leda till minskad smittspridning så kan tidig upptäckt för den enskilde innebära att utveckling till aids förhindras. Tyvärr ser vi att en inte obetydlig andel av de som upptäcks med hiv i Skåne kommer sent till diagnos och redan har utvecklat aids. En del av dessa hade kunnat upptäckas tidigare genom tidigare provtagning efter ankomst. Vården bör vara frikostig med hivtest till personer från länder med hög förekomst av hiv och erbjuda provet när tillfälle ges även då

vanlig hälsundersökning inte kan ges.

## Hepatit B och C

Provtagning för hepatit B och C kan fås på samma prov som hivtestet. Kronisk infektion av såväl hepatit B som C förlöper ofta symtomlöst tills dess i vissa fall betydande leverskador uppstått p g a inflammationen. Komplikationer som levercirrhos och levercancer orsakar betydande sjuklighet och risk för förtida död hos den drabbade och betydande sjukvårdskostnader för samhället. Idag finns goda möjligheter att behandla hepatit C med utläkning och smittfrihet som mål. För hepatit B uppnås sällan smittfrihet med den antivirala behandling som finns tillgänglig idag men genom att följa och upptäcka personer med ökad inflammatorisk aktivitet i levern p g a hepatit B kan antiviral behandling leda till minskad risk för senkomplikationer.

## Tuberkulos

Upp till en tredjedel av världens befolkning bedöms någon gång blivit smittad med tuberkulos men i majoriteten av fallen utvecklas aldrig någon tuberkulossjukdom. Många får däremot en så kallad latent infektion med risk för senare utveckling av tuberkulossjukdom. Genom screening för tuberkulos kan personer med latent tuberkulos och riskfaktor för utveckling av sjukdom erbjudas förebyggande behandling. Övriga med latent infektion kan ges information om tidig kontakt med sjukvård vid symtom på tuberkulossjukdom. Båda åtgärderna minskar risk för sjukdom och komplikationer hos den enskilde och minskar risk för smittspridning i samhället.

Utför din hälsovalsenhet inte själv hälsundersökningar är det viktigt att ni har ett samarbete med närliggande hälsovalsenhet som kan kalla för undersökning. Detta är en viktig preventiv hälso- och sjukvårdsinsats.

*Mattias Waldeck  
Bitr. smittskyddsläkare*



Foto: colourbox.com

## Juristens krönika

### Input om smittskyddsläkarens output – eller

## ”Vad gör den där smittskyddsläkaren egentligen?”

**Smittskyddsläkaren** är en myndighet som ansvarar för att minimera antalet smittsamma sjukdomar hos hela Skånes befolkning. För att kunna fullfölja denna uppgift är regionen/landstinget enligt smittskyddslagen skyldig att tillätta en smittskyddsläkare.

Smittskyddslagen är sedan smittskyddsläkarens rättsnöre gällande skyldigheter och möjligheter att skydda befolkningen mot smittsamma sjukdomar.

Du har förmodligen hört talas om utbrott av infektioner, vaccinering inom skolhälsovården, smitta i förskolan, kommunens miljö- och hälsoskydd, Livsmedelsverket, smittat dricksvatten, länsveterinären och zoonoser, ungdomsmottagningar och könssjukdomar/hivprevention, Malmö hamn och Transportstyrelsen, 1177, larmrapporter i media, EHEC och groddar, etc. Allt detta berör smittskyddsläkarens arbete utifrån någon av följande punkter:

1. Smittskyddslagens ålägganden
2. att landstingen överlämnar det samlade smittskyddsansvaret till smittskyddsläkaren och
3. att infektioner inte alltid är vänliga nog att uppstå där vi i första hand brukar ta hand om dem, dvs inom slut- och öppenvården, utan även fritt ute i samhället.

#### Kräver stor självständighet

Smittskyddsläkaren är inte en vårdgivare utan hela samhällets myndighet när det gäller smittsamma sjukdomar. Ofta sker emellertid smittspridning inom sjukvården. Finns det då inte en risk, när det samlade smittskyddsansvaret är överlämnat till smittskyddsläkaren, att denne riskerar att hamna i en tveksam beroendeställning till landstinget/regionen? Jo, kanske! Det konstaterades dock i propositionen till den nu gällande smittskyddslagen att den eventuella beroendeställningen balanseras upp av att smittskyddsläkaren är en egen **förvaltningsmyndighet** i enlighet med regeringsformen 11 kap. 7§. I lagtexten tydliggörs också att i frågor

som inte gäller myndighetsutövningen ska smittskyddsläkaren verka enbart under hälso- och sjukvårdsnämnden eller motsvarande. Självständigheten är därför stor både i förhållande till andra myndigheter/aktörer, och visavi det egna landstinget/regionen i sig.

#### Och varför då?

Att ha ansvar (t ex övervakningen av det epidemiologiska läget gällande smittsamma sjukdomar i regionen) är en sak men i smittskyddslagen finns också andra direkta skyldigheter för smittskyddsläkaren. En av de viktigaste är att uppmärksamma **brister i smittskyddet**. Oavsett om det gäller privata vårdcentraler, en kommuns vatten- eller sophantering, en klinik på SUS eller Laboratoriemedicin i Skåne, som inte anmäler sjukdomar alls eller som inte vidtar tillräckliga åtgärder av andra orsaker för att stoppa smitta – så är det smittskyddsläkarens plikt att påpeka bristerna och göra anmälningar till den aktuella verksamhetens tillsynsmyndighet. Oberoende och självständighet är för smittskyddsläkaren nyckelbegrepp i sådana lägen.

En annan direkt skyldighet är att ha det **övergripande** ansvaret för smittspårningen i regionen samt vara den myndighetsinstans som kliniker/mottagningar kan överlämna ärenden till om man inte själv klarar av att t ex slutföra smittspårningar. I slutändan handlar det för smittskyddsläkaren om att kanske tvingas utöva just myndighetsutövning mot enskilda invånare, t ex att ansöka om tvångsundersökning av person vid misstanke om allmänfarlig sjukdom. Samma princip om oberoende gäller naturligtvis här. Enbart smittskyddsläkaren kan besluta om dessa myndighetsåtgärder.

Smittskyddsläkaren är också **regionens övervakare** när det gäller *lagen om internationella hot mot människors hälsa*. Smittskyddsläkaren ansvarar enligt denna lag för beredskapen och åtgärder som förhindrar att smittor tar sig in via våra karantänshamnar, Malmö och Helsingborg, eller via karantänflygplatsen Malmö Airport.

#### Smittskyddsläkaren möjligheter

För att kunna genomföra sitt uppdrag att minimera smittspridningen har Sveriges riksdag gett smittskyddsläkaren vissa redskap. Smittskyddslagen kräver att regionen/landstinget tillsätter en smittskyddsläkare och i Skåne ska detta beslut tas av regionens högsta beslutande organ – regionfullmäktige. Till sin hjälp ska smittskyddsläkaren tillätta biträdande smittskyddsläkare och annan personal till sin stab. Den tillsatta smittskyddsläkaren ska, förutom att uppfylla smittskyddslagens skyldigheter också verka under hälso- och sjukvårdsnämnden gällande frågor ut- anför myndighetsutövningen. Att det är lagstiftade tvingande skyldigheter som smittskyddsläkaren har fått på sin lott gör det svårt att ifrågasätta genomförandet.

Ett annat verktyg/redskap för smittskyddsläkaren är anmälningsprincipen, dvs att alla läkare och laboratorier som upptäcker vissa allvarliga smittsamma sjukdomar måste rapportera dessa till smittskyddsläkaren. De anmälda sjukdomarnas utbredning ska sedan smittskyddsläkaren bedöma och i vissa fall följa upp och/eller åtgärda genom insatser. Smittskyddsläkaren har därför, som regional myndighet, rätt att begära ut uppgifter/ journalhandlingar i hela sjukvården gällande misstänkt smittade personer, och i vissa fall, även hos andra icke sjukvårdande myndigheter, t ex socialtjänsten.

#### För ett aktivt smittskydd

Smittskyddsläkaren har således i smittskyddslagen fått både skyldigheten, och redskap för, att stoppa spridningen av smittsamma sjukdomar. Lagstiftarens intentioner för smittskyddsläkaren är också att ge denne en självständig och oberoende ställning i regionen – både vad gäller myndighetens placering i organisationen och möjligheten att genomföra erforderliga smittskyddsåtgärder bland befolkningen i Region Skåne.

Peter Gröön  
Smittskyddsjurist

## Smittskyddsmatris för mag-tarmsmittor Giltig från 2012-05-09

Klinisk bild *	Lab. diagnostik	Inkubtid dygn	Smittvägar/Epidemiologi
Campylobacter  Feber, diarré (ibland blodig, slemmig) och buksmärtor.	Odling faeces, pinne (eller burk).	2-7	Zoonos. Livsmedel: främst kött. Förorenat dricksvatten. Person till personsmitta är mindre vanligt. ~1 000 fall/år i Skåne. Ca hälften utlandssmitta.
Yersinia  Feber, diarré. Symtom kan likna appendicit (ont höger fossa).	Odling faeces, pinne (eller burk). Blododling vid misstanke om sepsis.	3-6	Zoonos. Kött - främst av svin. Person till personsmitta mindre vanligt men utbrrott på förskola förekommer. Hög andel små barn. Ofta inhemsk under grillsäsongen. ~70 fall/år i Skåne.
Salmonella  Uttalad vattentunn diarré, feber. Blod i avföringen förekommer. Sepsis inte ovanligt.	Som ovan.	1-5	Zoonos. Livsmedel (kött och grönsaker). Djurkontakt (spillinge). Person till personsmitta. ~500 fall/år i Skåne. Utlandssmitta dominerar.
Shigella  Feber, ofta blodig diarré och uttalad buksmärtor.	Som ovan.	1-5	Livsmedelssmitta. Person till personsmitta. ~80 fall/år i Skåne. Utlandssmitta dominerar kraftigt.
EHEC  Som vid shigella.	Odling/PCR faeces pinne (eller burk).	2-7	Zoonos. Spilling från nöt och får: direkt djurkontakt, livsmedel främst nötkött, men även grönsaker och opastöriserad mjölk. Även person till personsmitta. ~40 fall/år i Skåne.
Clostridium difficile  Diarré, illaluktande. Varierande grad av koilit.	Faeces i burk (odling, toxinpåv.)	Ej relevant	Risikfaktorer: 1. Antibiotikabehandling – får chansen när andra tarmbakterier är borta. 2. Inneliggande sjukhusvård.
Calicivirus  Snabbt insjuknande, kaskadkräkningar, diarré, ibland feber, buksmärtor. Snabbt tillfrisknande.	Faeces i burk (PCR). Ta prov vid misstänkt utbrrott men inte på alla (dyrt).	1-2	Person till personsmitta. Sprids främst allt vintertid på sjukhus och institutioner men också i samhället. Dessutom vanligaste orsaken till livsmedelsutbrrott i Sverige
Crypto- sporidium  Buksmärtor, vattning diarré.	Parasitundersökning/faeces i burk. "Cryptosporidium?" måste stå på remissen.	2-7	Vattenburna utbrrott ex. bassängbad, parasit som tål klorering. Dricksvattensutbrrott, kan drabba tusentals. Ibland djursmitta. Sannolikt underdiagnostiserad, hittills endast ett fall/år i Skåne som fått diagnosen.
Giardia  Uppspänd buk, illaluktande flatulens (ruttet ägg). Ibland (grötig) diarré. Symtomfritt bärarskap vanligt.	Parasitundersökning faeces i burk	7-10	Vattenburen - globbait kontaminerat dricksvatten (bristfälliga avloppssystem). ~200 fall/år i Skåne. Utlandssmitta vanligast. I Sverige familje- och förskoleutbrrott.

\* Det är svårt (ofta omöjligt) att ställa artdiagnos utifrån den kliniska bilden. Symtomen varierar kraftigt inom varje diagnos och svårighetsgraden kan för de flesta diagnoserna variera från symptomfritt bärarskap till livshotande sjukdom.

# Brucellos

## – diagnos att tänka på vid oklar feber efter utlandsvistelse

I september 2010 sökte en ung somalisk man på akutmottagningen i Malmö strax efter att han anlänt till Sverige. Senaste veckorna hade han känt sig allmänt sjuk och haft smärta i pungen och till höger i buken. Vid undersökningen konstaterades att vänster bitestikel var svullen men i övrigt inga anmärkningsvärda fynd. Han hade temp 38,6° och CRP 78 mg/l. Bitestikelinflammation misstänktes och behandling med ciprofloxacin insattes. Urinodling och klamydiaprov togs, som båda var negativa.

### Fortsatt feber

En månad senare uppsökte patienten akutmottagningen igen. Han hade först upplevt förbättring under antibiotikakuren men därefter åter fått feber. Smärtan i pungen och höger flank hade förvärrats och strålade ner i höger ben. Leverprover och kreatinin var normala, CRP 86 mg/l, temp 39,4°. Malariautstryk var negativt. Blododling togs. Han lades in och fick behandling med cefotaxim men förbättrades inte och hade fortsatt hög feber.

### Brucella i blodet

I blododling växte efter tre dagar små gramnegativa stavar som visade sig vara *Brucella*. Man bytte då till kombinationsbehandling doxycyklin och gentamicin. Därefter förbättrades patienten snabbt, febern upphörde och smärtan minskade. MR visade att infektionen slagit sig ner i höger lårben vilket förklarade smärtan därifrån. Även bitestikelinflammation är en välkänd manifestation av brucellos. På grund av skelettinfektionen fick patienten långvarig tablettbehandling, tre månaders kur, med doxycyklin och rifampicin, efter att den intravenösa behandlingen avslutats.

Behandlingen med rifampicin förlängdes sedan ytterligare eftersom patienten dessutom visade sig ha latent tuberkulos.

### Anmälningsskyldig sjukdom

*Brucella* utrotades hos svenska husdjur för ett drygt halvsekel sedan, men humanfall förekommer av och till efter vistelse i länder där *Brucella* är ett problem. Sjukdomen är anmälningsskyldig enligt smittskyddslagen och i hela Sverige har 44 fall anmälts under de senaste fem åren varav endast två skånska fall. De flesta som får diagnosen brucellos i Sverige har blivit smittade kring Medelhavet eller i Mellanöstern men sjukdomen förekommer i stora delar av världen.

### Får, getter och kameler

Getter och får är de vanligaste smittkällorna men lokalt kan kameler vara en smittkälla av betydelse. Vid fördjupad anamnes framkom att den ovan beskrivna patienten ätit getkött och

druckit kamelmjök (eller troligare mjök från dromedar som är den art av *Camelus*-släktet som domesticerats i Nordafrika). *Brucella* överförs vanligtvis till människa genom direktkontakt med smittade djur eller genom intag av opastöriserade mejeriprodukter, ofta färskost. Kött smittar sällan eftersom bakteriekoncentrationen i djurens muskelvävnad är låg.

### Feberutredning

Inkubationstiden är vanligtvis 2-4 veckor. Sjukdomsbilden kännetecknas framför allt av feber som kan komma och gå under lång tid (undulantfeber) om sjukdomen inte behandlas. Muskel- och ledsnärta är vanligt liksom trötthet, viktnedgång, och svettningar. Efter som symptomen ofta är ospecifika och sjukdomen inte så vanlig är diagnosen lätt att missa. Vid utredning av långvarig feber där man inte lyckats finna orsaken bör brucellos ingå i ”check-listan”.

*forts nästa sida*



Getter och får är de vanligaste smittkällorna men lokalt kan kameler vara en smittkälla av betydelse.

Foto: Håkan Ringberg

Länsveterinären i Skåne har ordet:

# Brucellos

– en nästan bortglömd sjukdom?

I december i fjol hamnade en liten fårbesättning utanför Perstorp i hetluften. Inom ramen för den nationella övervakningen av epizootiska djursjukdomar hade blod från tre får från besättningen visat sig vara starkt positiva för *Brucella melitensis* i två olika blodtester. Brucellos hos livsmedelsproducerande djur går in under epizootilagen så fårbesättningen spärrades i avvaktan på närmare utredning.



Det var egentligen mycket osannolikt att de drygt 20 fåren i Perstorp skulle vara smittade med *B. melitensis*, som i Europa främst förknippas med östra medelhavsområdet. Inga utlandskontakter hade framkommit och ingen onormal sjuklighet eller aborter förelåg. Blodproverna skickades till EU's referenslaboratorium i Anses i Frankrike där de också var positiva. Det är emellertid känt att korsreaktion med *Yersinia Enterocolitica* serotyp O9 kan ge en falskt positiv brucellareaktion. Strax före jul togs därför träckprov från samtliga 20 får och provresultatet som kom i mitten av januari visade att 5 får hade *Yersinia*

*Enterocolitica* i sin tarm. Senare undersökningar visade också att det var serotyp O9. Efter att omprov också visat att titrarna mot *B. melitensis* minskat kunde restriktionerna för fårbesättningen hävas.

## Två zoonoser bekämpades och utrotades samtidigt

En gång var brucellos ett stort problem i Sverige. Det var *Brucella abortus* hos nötkreatur som orsakade stora förluster till följd av fertilitetsstörningar, orchiter och aborter. Tillika var den en allvarlig zoonos. Hur smittan introducerades till Sverige är oklart men hypotesen är att den, i likhet med nötkreaturstuberkulosen, kom hit med avelsdjur som importerades under början av 1800-talet. Under de första decennierna av 1900-talet var brucellosen tillsammans med tuberkulosen mycket spridd i svenska nötkreatur. De båda sjukdomarna kom att bekämpas samtidigt. Nya testmetoder av mjölk och blod underlättade brucellabekämpningen avsevärt liksom de införda pastöriseringsreglerna.

År 1957 kunde landet förklaras fritt från *B. abortus* och året därpå fritt för nötkreaturstuberkulosen (*Mycobacterium bovis*). På gamla ladugårdsdörrar kan man ibland se vackra gamla blåvita emaljskyltar med texten ”Reaktions- och kastningsfri besättning”. Ett minne om vad som varit.

## Maltafeber och Dr Bruce

När brittiska soldater under slutet av 1800-talet var stationerade på Malta

och insjuknade i en återkommande febersjukdom började den skotske läkaren David Bruce intressera sig för vad detta var. Han visade med tiden att sjukdomen orsakades av en gramnegativ bakterie som överfördes via mjölk och mjölkprodukter från smittade får och getter. Dr Bruce fick senare ge namn åt genus *Brucella*.

Brucellos hos livsmedelsproducerande djur har som nämnts utrotats i Sverige och

också i våra nordiska grannländer. *Brucella melitensis*, som smittar får och getter, har aldrig påvisats i Sverige. Brucellos utgör numera ett problem hos tama och vilda djur främst i utvecklingsländerna. Men också i östra medelhavsområdet och i mellanöstern som Syrien och Irak förekommer smittan, kameler och kamelmjölk inte att förglömma.

Vissa yrkesgrupper kan smittas genom direktkontakt med smittade djur, aborterade foster, fosterhinnor, m.m. Smittade livsmedel som opastöriserad mjölk och mjölkprodukter utgör däremot en smittrisk för befolkningen i stort. *Brucella* har också, jämte antrax, figuretrat som ett tänkbart biologiskt vapen vilket USA's försvarsmakt har visat intresse för.

## Perstorp igen

Under 2011 påvisades för övrigt det första fallet av *Brucella canis* hos hund i Sverige. Än en gång var Perstorp aktuellt då hundarna bodde i tätorten Perstorp. Det var en importerad hanhund från Serbien som visade sig vara smittad efter att tikar som parats med hunden aborterat eller gått tomma. Hanhunden och någon av tikarna avlivades senare. *Brucella canis* anses vara något mindre benägen att smitta till människa än vad *B. abortus* hos nötkreatur och *B. melitensis* hos får är.

forts från sid 6

Diagnosen ställs oftast genom odling och eftersom bakterien är långsamväxande kan förlängd odlingstid krävas. Serologisk diagnostik finns också på smittskyddsinstitutet.

## Laboratoriesmitta

Brucellamisstänke måste tydligt anges på odlingsremisserna, eftersom det finns en påtaglig risk för laboratoriesmitta efter att blododlingsflaskan öppnats. I fallet ovan utsattes personal på laboratoriet för smittrisk och fick antibiotikaprofylax när diagnosen blivit känd!

Simon Werner  
Bitr. smittskyddsläkare

Lennart Sjöland  
Länsveterinär

## Smittskyddsmatris för mag-tarmsmittor Giltig från 2012-05-09

Smittskyddsämälän **	Smittskyddsåtgärder **	Följdsjukdomar/ komplikationer	Att tänka på
Campylobacter	Ange misstänkt smittland, insjuknandedatum, yrke samt misstänkt livsmedel (enligt inkubationstid).	Man ska stanna hemma från arbete/skola/förskola vid symtom (diarré/kräkningar).	Reaktiv artrit 2-3%. Korskontamination via kniv/skärbräda. Behöver oftast inte antibiotikabehandlas.
Yersinia	Som ovan.	Som vid Campylobacter.	Reaktiv artrit 10-30%. Oftast inte i behov av antibiotikabehandling.
Salmonella	Som ovan.	Hemma vid symtom. Symtomfri smittbärare får återgå till arbete men ej hantera livsmedel. Uppföljning med kontrollodlingar tills 3 negativa odlingar vid riskyrke.	Infektion i olika organ, led- profeser, m m förekommer. Reaktiv artrit 2-3%. Behöver oftast inte antibiotikabehandlas från- sett vid svår enterit/ sepsis. <u>Specialfall:</u> Salmonella Typhi****
Shigella	Som ovan.	Personer med riskyrke samt även förskolebarn avstängda tills 3 negativa odlingar, i övrigt som vid Salmonella.	Hemolytiskt uremiskt syndrom (HUS) förekommer. Hög risk i Egypten, Turkiet, Indien. Ska oftast antibiotikabehandlas.
EHEC	Som ovan. Ange även ev. djurkontakt.	Antibiotikabehandlas ej, i övrigt som vid Shigella.	HUS (5-10%). Antibiotikabehandlas ej.
Clostridium Difficile	Ej anmälningspliktig	På sjukhus. Minskad antibiotikaanvändning.	Pseudomembranös kolit Behöver oftast antibiotikabehandlas (metronidazol).
Calicivirus	Ej anmälningspliktig.	Ring kommunen (miljökontoret) och Smittskydd Skåne vid större utbrott.	Långvarig infektion förekommer vid nedsatt infektionsförsvår. Mycket hög smittsamhet. Ingen antibiotikabehandling.
Crypto- sporidium	Ange misstänkt smittland, eventuell resa i Sverige, bad, insjuknandedatum.	Som vid calicivirus. Främst vattenburna utbrott.	Underdiagnosticerad parasit på frammarsch. Ingen antibiotikabehandling.
Giardia	Som vid cryptosporidium. Ange namn på förskola om relevant samt ev. sjuka i familjen.	Dagisbarn/personer med riskyrke: Avstängning tills behandlad och symptomfri, kontrollprov x 2.	Kan vara långvarig och leda till avmagring. Antibiotikabehandlas(tinidazol/metronidazol).

\*\* För utförlig information, se smittskyddsblad för respektive diagnos samt "hygienråd vid tarmsmita".

\*\*\* Salmonella Typhi har i motsats till övriga salmonellatyper människan som enda reservoar, och orsakar ofta sepsis med hög feber. Sjukdomen kallas då Tyfoideber. Diarré tidigt i förloppet eller inte alls. Nästan alltid utlandssmitta. Antibiotikabehandlas. Symtomfritt långvarigt bärarskap förekommer.

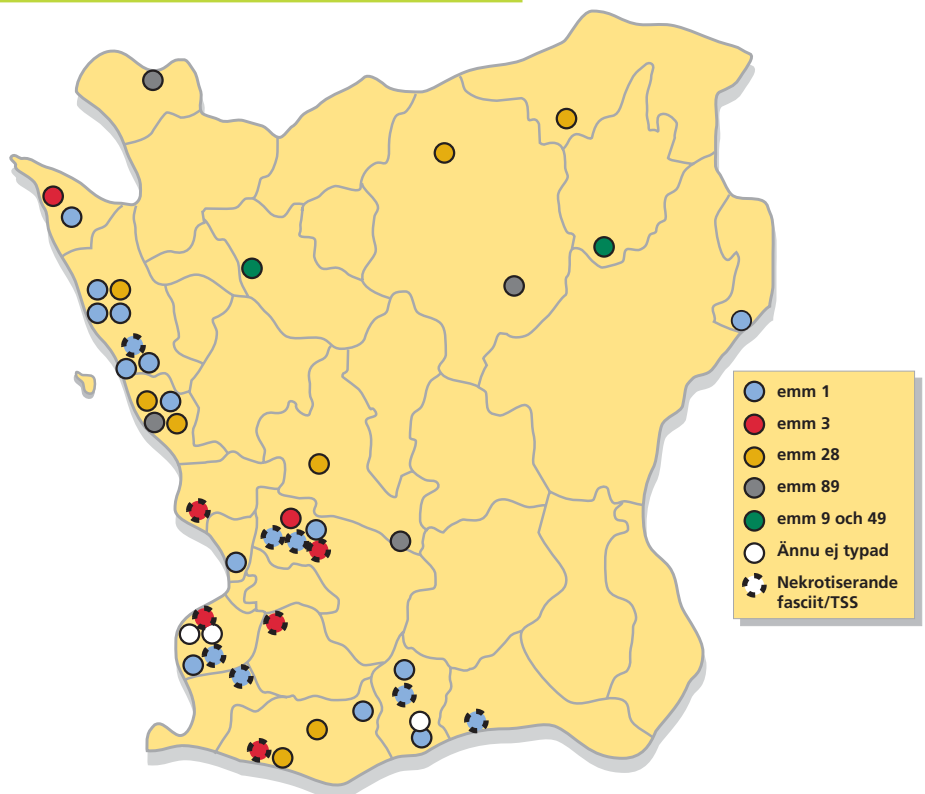


# Ful GAS i Skåne

Sedan årsskiftet fram till och med den 9 maj 2012 har Skåne haft 46 fall av invasiva grupp A-streptokocker (GAS). Tolv har haft svår infektion med nekrotiserande fasciit eller toxic shock syndrome (TSS), men alla har överlevt sjukdomsperioden. Två dödsfall i sepsis har noterats. Ett "normalår" rapporteras cirka 60 invasiva fall och möjligen ett till två fall av nekrotiserande fasciit, TSS är sällsynt.

I kartan visas spridningen med hänsyn tagen till typ av GAS. Fall med nekrotiserande fasciiter eller toxic shock syndrome har markerats med en öppen, fet cirkel.

Av de 42 fall som hunnit typas före pressläggningen av detta nummer av tidningen (11 maj 2012) har 21 orsakats av emm-typ 1, åtta är av typen emm 28 och sju emm 3. Endast fall av emm-typ 1 och 3 har orsakat de svåra formerna nekrotiserande fasciit och TSS.



## Utbrott och inte utbrott

Som framgår av såväl kartan som figur 2 är det fel att tala om ett utbrott som orsak till ansamlingen av fall. Typningen visar att det finns en spridning av fallen både geografiskt och över tid. De svåra fallen tillhör emellertid alla typerna emm 1 och 3 vilket stämmer väl överens med tidigare erfarenhet. I både Norge och Danmark finns rapporter om nosokomiala utbrott av svår invasiv GAS från 1980- och 90-talen där orsakande streptokock typats till emm 1 eller motsvarande enligt den tidens nomenklatur. Tre fall av nekrotiserande fasciit orsakat av GAS emm 1 diagnosticerades i vecka 18, samtliga efter ljumskbräcksoperation vid lasarettet i Landskrona dagarna innan.

Detta föranledde profylaktiskt penicillin till samtliga som opererats där under vecka 17. Här gjorde såväl personalen på Landskrona lasarett som Vårdhygien ett styvt jobb vilket gjorde att operationerna kunde komma igång igen på ett säkert sätt veckan därpå. Bland annat satt läkare och bakjour på kirurgkliniken i Landskrona på jourtid och ringde runt till alla som kunde vara exponerade för att informera om eventuella symtom och ringa ut recept.

## Undersökning av cirkulerande stammar i samhället

Strep A-testet är ett fantastiskt test som snabbt och effektivt skiljer ut strepto-

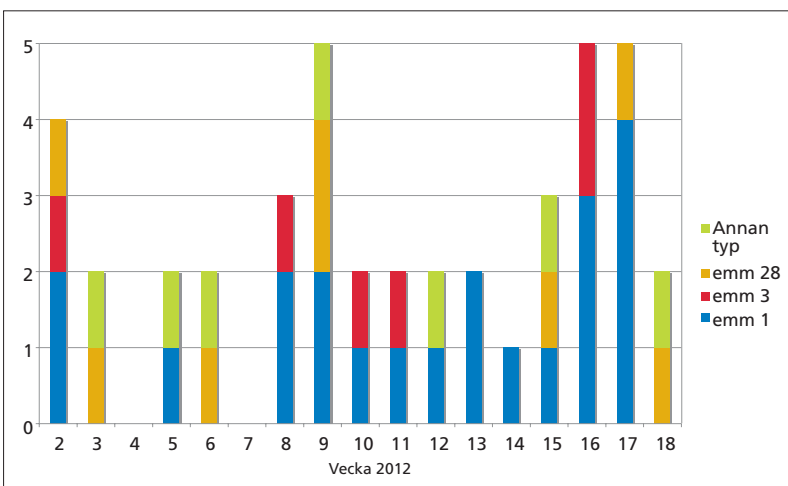
kockfall från andra diagnoser på både mottagningar och i primärvård. En biffekt av detta test är att bristen på svalgodlingar gör övervakningen av cirkulerande emm-typer närmast omöjlig.

För att få en ögonblicksbild av vilka stammar som för närvarande cirkulerar i samhället har vi brett strategiskt utvalda vårdcentraler i Skåne att kostnadsfritt ta en svalgodling på alla fall av tonsillit där strep A-testet utfallit positivt. I skrivande stund pågår insamlingen och typningsresultaten har nått och jämnt börjat komma. Från de första, preliminära, resultaten kan vi konstatera att både emm 1 och 3 verkar vara i omlopp men analysen är långt ifrån klar. Förhoppningen är att vi i samarbete med Smittskyddsinstitutet ska kunna samla in svalgodlingar under kontrollerade former med jämna mellanrum även fortsättningsvis för att vara på tårna direkt nästa gång den fula GASen kommer till Skåne.

Tack till vårdcentralerna Lundbergsgatan i Malmö, Löddeköpinge, Planteringen och Rydebäck i Helsingborg, Norrestad i Landskrona, Bokskogen i Bara, Linero i Lund, Skurup, Centrumkliniken i Trelleborg, Näsby i Kristianstad, Åhus, Solljungahälsan i Örkelljunga samt Carema Närsjukvård i Simrishamn.

Niclas Winqvist  
Epidemiolog  
Eva Gustafsson

Bitr. smittskyddsläkare



Figur 2: Fördelningen av invasiv GAS i Skåne per typ och vecka.

# ESBL<sub>CARBA</sub>

## - den senaste i raden av allvarlig antibiotikaresistens

Tiden före antibiotika ligger inte längre bort än 1930-talet, då man helt fick förlita sig på kroppens immunförsvar för att läka en infektion. Tuberkulos behandlades med frisk luft. Dödligheten i sepsis var 80%.

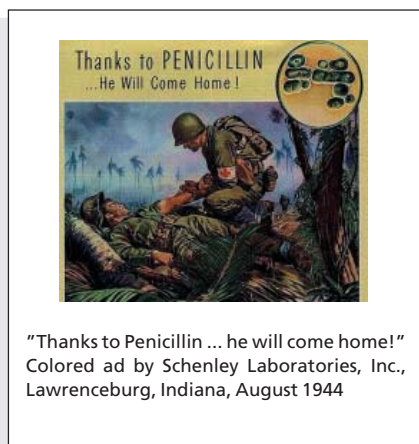
Vi har nog alla någon anhörig som kan vittna om vad infektioner kunde innebära på den tiden. Min mormor dog vid 45 års ålder av tuberkulos strax innan det första tuberkulosmedlet kom. Som barn på 30-talet svävade min pappa mellan liv och död i en svår lunginflammation med lungsäcksinflammation.

### Betalaktamantibiotikas historia i korthet

Penicillinet kom i bruk i början av 1940-talet. Sjukdomar som sepsis, lunginflammation och syfilis kunde botas. Stafylokokerna var på den tiden känsliga för vanligt penicillin vilket var helt avgörande för att bota de sårinfektioner soldaterna ådrog sig under andra världskriget. I tidskriften Life från 1944 fanns en annons under rubriken "Thanks to penicillin he will come home".

På 1970-talet utvecklades cefalosporinerna. De fick ett ordentligt uppsving eftersom de kunde bota både lunginflammationer, urinvägsinfektioner samt hud- och mjukdelsinfektioner. Det blev inte så viktigt att ställa exakt infektionsdiagnos och "pnuvi" blev ett begrepp för "allt" kunde ju botas med dessa nya läkemedel. Medlet användes så flitigt att begreppet "husets vin" myntades. Nu har flera bakterier utvecklat resistens mot cefalosporiner, bland annat ESBL-bildande bakterier.

I början av 1980-talet kom karbapenemer (Tienam och Meronem) och blev de ultimata intensivvårdsläkemedlen. Dessa antibiotika har varit livlina för patienter med de mest livshotande infektioner. De har också fungerat som en garant vid behandling av våra vanligaste infektioner med ESBL-bildande bakterier. Nu har re-



"Thanks to Penicillin ... he will come home!"  
Colored ad by Schenley Laboratories, Inc.,  
Lawrenceburg, Indiana, August 1944

sistens mot karbapenemer, ESBL<sub>CARBA</sub>, även nått Skåne.

### Bakterier med ESBL och ESBL<sub>CARBA</sub>

ESBL (Extended Spectrum Betalactamas) är ett ämne/enzym som bryter ner penicilliner och cefalosporiner. ESBL<sub>CARBA</sub> innebär att även karbapenemer bryts ner. De bakterier som bär detta enzym är skammnegativa tarmbakterier. *E. coli* är den vanligaste bakterien medan *Klebsiella* är den som har mest spridningspotential i vården. Även *Salmonella* kan bära ESBL och ESBL<sub>CARBA</sub>. När antibiotika kommer i närheten av dessa bakterier bryter enzymet ner läkemedlet, som då blir verkningslöst.

### Effektiv spridning av resistensen

ESBL och ESBL<sub>CARBA</sub> sprids på samma sätt och har en dubbel spridningsmekanism. Enzymet sitter på en plasmid, ett mobilt element som lätt förflyttar sig mellan bakterier. Det innebär att resistensegenskaperna inte bara kan spridas med bakterierna mellan personer utan även mellan olika bakterier, till exempel i tarmen. Bakterierna kan dessutom överleva i naturen, i vattendrag och i avloppssystem. Det är därför svårt att få full kontroll över smittspridning med gramnegativa tarmbakterier. Smittspridningen till människor kan då ta sig

samma vägar som för salmonella och smitta via kontaminerad mat och vatten.

Bakterierna har, förutom resistens mot ESBL<sub>CARBA</sub>, ofta resistens mot andra antibiotika som kinoloner (Ciprofloxacin), aminoglykosider (Garamycin) och trimetoprim-sulfa (Bactrim). Eftersom det inte finns några antibiotika med nya verkningsmekanismer på gång de närmaste åren försöker vi köpa oss tid genom att använda kända antibiotika i nya kombinationer eller i andra doseringar. Vi håller alltså stegvis på att ta oss tillbaka till 1930-talet då allvarliga infektioner inte kunde botas.

### ESBL<sub>CARBA</sub> i världen och Sverige

Det är främst i länder i södra och östra delen av Europa som ESBL<sub>CARBA</sub> förekommer. Det är länder som sedan tidigare har haft problem med antibiotikaresistenta bakterier och använt mycket bredspektrumantibiotika.

Vården har under 2000-talet haft flera stora utbrott med ESBL<sub>CARBA</sub>, främst kopplat till *Klebsiella*. Det har beskrivits från flera länder i Europa, USA samt i Israel. Utbrotten har ofta drabbat vård där karbapenemer är frekvent använda, alltså till svårt sjuka patienter. Dödligheten har varit över 25 % i vissa av utbrotten. Denna antibiotikaresistens beskrivs som den mest hotande av alla.

Till skillnad från ESBL är ESBL<sub>CARBA</sub> från 15 mars i år kliniskt anmälnings- och smittspårningspliktigt. Fortfarande är de ESBL<sub>CARBA</sub>-producerande bakterierna få i Sverige. Förra året rapporterades 16 fall, varav hälften från Skåne. Samtliga skånska fall är "importsmita" efter vård på utländskt sjukhus. Hittills i år har vi inte haft några nya fall.

### Kan man skydda sig mot ESBL<sub>CARBA</sub>?

Det är väldigt viktigt att denna resistens inte sprids på sjukhus för där finns personer som redan är sjuka, som står på

forts nästa sida

## Nya rekommendationer för preventiva insatser mot tuberkulos

forts nästa sida

antibiotika eller som har riskfaktorer för att lättare smittas och insjukna i en infektion med ESBL<sub>CARBA</sub>-producerande bakterier. I Skåne har vi hittills haft väldigt lite smittspridning av antibiotika-resistenta bakterier över lag och det är viktigt att vi fortsätter hålla en hög nivå för våra patienters säkerhet.

### Om man drabbats

Ibland kan oron att bära på antibiotika-resistenta bakterier vara en källa till mer lidande än vad bakterierna själva orsakar. Det är viktigt att den som har råkat ut för dessa bakterier får ett bra och vänligt bemötande av andra människor. Vård och behandling får inte fördröjas på grund av bärarskap av resistenta bakterier.

Eva Gustafsson  
Bitr. smittskyddsläkare

### Faktaruta betalaktamantibiotika

Gemensamt för dessa antibiotika är en betalaktamring som förhindrar bakterier att bygga upp sin cellvägg. Till följd av detta dör bakterierna.

Till denna grupp räknas:

- Penicilliner (Kåvepenin, Bensylpenicillin)
- Penicillinasstabila penicilliner (Heracillin och Ekvacillin/Kloxacillin)
- Cefalosporiner (Cefadroxil/Cefamox, Zinacef, Cefotaxim, Fortum)
- Karbapenemer (Tienam, Meronem)

När Socialstyrelsen gav ut sina rekommendationer för preventiva insatser mot tuberkulos 2007 var det första gången sedan 1995 som det kom några nationella riktlinjer om tuberkulos. Att det tog så lång tid gjorde att det på många håll hunnit sätta sig lokala rutiner vilka inte sällan skiljde sig en hel del från varandra. Socialstyrelsens rekommendationer blev därför inte särskilt stringenta och lämnade inom flera områden utrymme för egna tolkningar.

Detta gjorde att vi inom Region Skåne enades om att ge ut egna, regionala rekommendationer som ett komplement till Socialstyrelsens där vi försökte förtydliga vissa områden. Även om det tog några år att styra upp gamla invanda hjulspår på många håll följer nu de flesta rekommendationerna från 2007.

Såväl Socialstyrelsens som Region Skånes rekommendationer ruskade om en smula i leden och fick personer som arbetar preventivt mot tuberkulos att tänka till och ifrågasätta både sina egna gamla och de nya rekommendationerna. Dessutom har en ny generation immunologiska tester, de så kallade IGRA-testerna QuantiFERON-TB Gold och T-Spot.TB, kommit i allmänt bruk sedan de senaste rekommendationerna.

### Inventering

Socialstyrelsen gav därför Smittskyddsinstitutet i uppdrag att inventera kunskapsläget och föreslå nya rekommendationer. Med hjälp av gräddan av den svenska tuberkulosexpertisen plus ett par allmänna tyckare från Skåne har dokumentet från 2007 uppdaterats utifrån publicerad evidens och beprövad erfarenhet. I mars i år utkom så "Rekommendationer för preventiva insatser mot tuberkulos – hälsokontroll, smittspårning och vaccination".

Denna nya version innehåller kapitel om smittspårning, undersökning av migranter, undersökning vid immunsuppression, undersökning inför studier, arbete och vistelse i utsatta miljöer samt slut-

ligen ett om BCG-vaccination. Andemeningen skiljer sig inte från den förra versionen men den som läser lite noggrannare kommer att upptäcka några nyheter.

Framför allt är bruket av IGRA-tester fullt inlemmat som ett rekommenderat alternativ till tuberkulintestet vid såväl smittspårning som vid screening av migranter och vaccinerade studenter och nyanställda inom vissa vårdyrken. I de olika algoritmerna för smittspårning och hälsoundersökning lämnas förvisso fortfarande utrymme för antingen tuberkulintestet eller IGRA men i inledningen uttrycks det specifikt att IGRA är att föredra hos BCG-vaccinerade personer. IGRA-tester kan emellertid inte ersätta PPD som test inför vaccination med BCG.

### Gräns för screening

En annan nyhet är att endast migranter från länder med hög tuberkulosincidens, det vill säga länder med mer än 100 årliga fall per 100 000 invånare, behöver erbjudas hälsoundersökning. Denna gräns gäller även vid screening av gravida. Vilka länder som har denna höga incidens ändras över tid men i princip gäller det hela Afrika söder om Sahara, Bolivia och Peru i Latinamerika, forna Sovjetunionen utom Baltikum samt södra och sydöstra Asien utom Kina. I Europa utanför forna Sovjet är Rumänien det enda landet med så hög tuberkulosförekomst att det föranleder en allmän hälsodeklaration.

Niclas Winqvist  
Epidemiolog

Socialstyrelsens nya rekommendationer för preventiva insatser mot tuberkulos kan laddas ner gratis från [www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-3-16](http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-3-16) eller beställas på glättat papper för 60 kronor från samma webbsida.

## Utbildning för smittskyddsansvariga i primärvården

Av responsen på den inledande rundan med smittskyddsseminarier för de smittskyddsansvariga på vårdcentralerna/hälsovårdsenheterna att döma, tror vi att vi börjar hitta formen för dessa utbildningar. Till hösten erbjuder vi smittskyddshalvdagar om multiresistenta bakterier i

- Kristianstad tisdagen den 26 oktober 2012 klockan 13-16 i sal Hanö i Blocket och i
- Malmö tisdagen den 20 november 2012 klockan 13-16 i Waldenströmsalen, ingång 35, plan 2 (= Inga Marie Nilssons gata 46), SUS, Malmö

Detaljerat program skickas ut till de smittskyddsansvariga i god tid men boka tiden redan nu, almanackan fylls snabbt på. Har din vårdcentral/hälsovårdsenhet inte anmält någon smittskyddsansvarig kan ni göra detta via länk på vår hemsida..

## Seminarium om hiv hos barn och unga vuxna

I förra numret av Smittskydd Skåne flaggade vi för ett seminarium utifrån erfarenheterna från det nationella kunskaps- och resurscentret för barn och unga vuxna med hivinfektion. Tyvärr lyckades vi inte få till ett datum före sommaren men nu är datum spikat. Kommer du i ditt arbete idag eller i framtiden i kontakt med barn och unga med hiv är du välkommen till:

- Medelhavet, Wallenberglaboratoriet, ing. 46, (= Inga Marie Nilssons gata 53) SUS Malmö, onsdagen den 5 september 2012 klockan 13-16.30

Såväl instruktioner för anmälan som program når du via länk på vår hemsida. Seminariet är gratis men anmälan är bindande.

## Att skydda barn mot tuberkulos

- – det viktiga preventiva arbetet
- Tillsammans med Kunskapscentrum för barnhälsovård i Skåne arrangeras en utbildningsdag om tuberkulos och det viktiga preventiva arbetet med att identifiera och vaccinera barn som löper ökad risk att smittas. Dagen är avsedd att ge kunskaper om tuberkulos och dess symtom, smittvägar, PPD, BCG-vaccinet och rutiner för det preventiva arbetet i Region Skåne.
- Anmälningsförfarande och kostnader är i skrivande stund inte klara men boka redan nu in
- ● Onsdagen den 5 december 2012 klockan 9-15.30, Jubileumsaulan, ing. 59 (= Jan Waldenströms gata 5), SUS Malmö
- eller
- ● Tisdagen den 4 december 2012 klockan 09-15.30 i Helsingborg (lokal ej klar)
- All personal som i sina verksamheter arbetar med preventiva insatser mot tuberkulos när det gäller barn bör för vidare information hålla utkik på vår hemsida eller på Kunskapscentrum för barnhälsovårds hemsida, [www.skane.se/sv/Webbplatser/Valkommen\\_till\\_Vardgivarwebben/Utveckling\\_projekt/](http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Valkommen_till_Vardgivarwebben/Utveckling_projekt/)
- Kunskapscentrum-for-barnhalsovard/

## Smittskydd Skåne

[www.skane.se/smittskydd](http://www.skane.se/smittskydd)  
E-post: [smittskydd.skane@skane.se](mailto:smittskydd.skane@skane.se)

Smittskydd Skåne, 205 02 Malmö  
Tel växel: 040-33 71 80. Fax: 040-33 71 88

Håkan Ringberg	Tf. smittskyddsläkare	040-33 71 85	E-post:
Eva Gustafsson	Bitr. smittskyddsläkare	040-33 71 42	Hakan.Ringberg@skane.se
Per Hagstam (tjänstledig t o m 120812)	Bitr. smittskyddsläkare	040-33 71 84	Eva.X.Gustafsson@skane.se
Simon Werner	Bitr. smittskyddsläkare	040-33 71 84	Per.Hagstam@skane.se
Rosmarie Fält	Smittskyddssjuksköterska	040-33 71 83	Simon.Werner@skane.se
Niclas Winqvist	Epidemiolog	040-33 71 86	Rosmarie.Falt@skane.se
Ulla Stamer	Smittskyddssjuksköterska	040-33 71 87	Niclas.Winqvist@skane.se
Lena Melchert-Cacia	Smittskyddssjuksköterska	040-33 71 82	Ulla.Stamer@skane.se
Anna Karlsson	Smittskyddssjuksköterska	040-33 71 07	Lena.Melchert-Cacia@skane.se
Peter Gröön	Jurist	040-33 68 70	Anna.X.Karlsson@skane.se
Michaela Nilsson	Teamledare	040-33 71 41	Peter.Groon@skane.se
Mariam el Moghrabi	Assistent	040-33 71 80	Michaela.Nilsson@skane.se
Magdalena Nilsson	Folkhälsoarbetare	040-33 71 34	Mariam.el.Moghrabi@skane.se
Ida Hall	Projektleddare för projektet Kondomkunskap	040-33 69 77	Magdalena.Nilsson@skane.se
			Ida.Hall@skane.se

Smittskydd Skåne, 291 85 Kristianstad  
Fax: 044-309 16 77

Mattias Waldeck	Bitr. smittskyddsläkare	044-309 16 08	Mattias.Waldeck@skane.se
Åsa Ståhl	Smittskyddssjuksköterska	044-309 16 18	Asa.Stahl@skane.se
Marie Sten	Assistent	044-309 16 16	Marie.Sten@skane.se

Smittskydd Skåne

Ansvärgivare: Håkan Ringberg  
Redaktör: Håkan Ringberg och Niclas Winqvist  
Layout: Ann-Christin Jönsson  
Tryckeri: Elander Sverige AB  
Upplaga: 2.000 ex  
Papper: Maxisilk, miljömärkt med Svanen

