

Smittskydd Skåne

Nya smittor vid horisonten

I den strida ström av nyheter om ebola där olika skräckscenarier målas upp, gäller det för sjukvården att nyansera budskapet. Den senaste tidens händelser med sekundärfall av ebola i Spanien och USA förändrar inte bedömningen att risken för allmänheten i Sverige är mycket liten. En samlad expertis är överens om detta. Erfarenheterna från USA och Spanien pekar däremot på behovet av mycket strikta rutiner vid vård och utredning av patienter med misstanke om ebola-infektion och på behovet av att öva användningen av skyddsutrustning. Ett viktigt budskap till vården, och då i synnerhet primärvården, är att alltid fråga patienter med feber ifall de har varit utomlands. Om en patient med feber $>38^{\circ}$ har varit i Västafrika inom tre veckor ska man alltid kontakta en infektionsläkare för bedömning.

Vi uppmärksammar i detta nummer en ny humanpatogen bakterie, *Candidatus Neoehrlichia mikurensis*, som överförs till människa via fästingar. Detta är ytterligare en i raden av infektioner som har varit möjlig att upptäcka genom utvecklingen av den molekylära mikrobiologin. Beskrivningen av det första fallet i Skåne pekar på den ökade risken som immunosupprimerade patienter har för att drabbas av opportunistinfektioner.

Vi ser i Skåne, liksom i övriga landet, en sjunkande trend de senaste åren vad gäller influensavaccination till



ålderspensionärer. Den senaste säsongen vaccinerade sig ca 45 % av de äldre i Skåne vilket var något under riksgenomsnittet och långt från det europeiska målet om 75 % täckning i äldre åldersgrupper. Täckningen är särskilt låg inom vissa grupper som utlandsfödda äldre, och uppenbarligen har den årliga vaccinationskampanjen svårt att nå dessa. För att få fler i riskgrupperna att vaccinera sig har Smittskydd Skåne tagit initiativet till en intensifierad kampanj som bl. a inkluderar ett vykort till alla över 65 år med information om influensavaccination. Detta koncept har med framgång använts i några andra landsting och vi hoppas att det kommer att leda till en ökad vaccination. Informationen i kampanjen finns även översatt till sex språk och kan laddas ner från vår hemsida.

En annan vaccinationsnyhet är att barn under ett år nu gratis kan få en extra MPR-vaccination inför

en utlandsresa. Det är angeläget att spädbarn som inte har fått den första MPR-vaccinationen, som normalt ges vid 18 månaders ålder, skyddas mot mässling vid resa utanför Sverige.

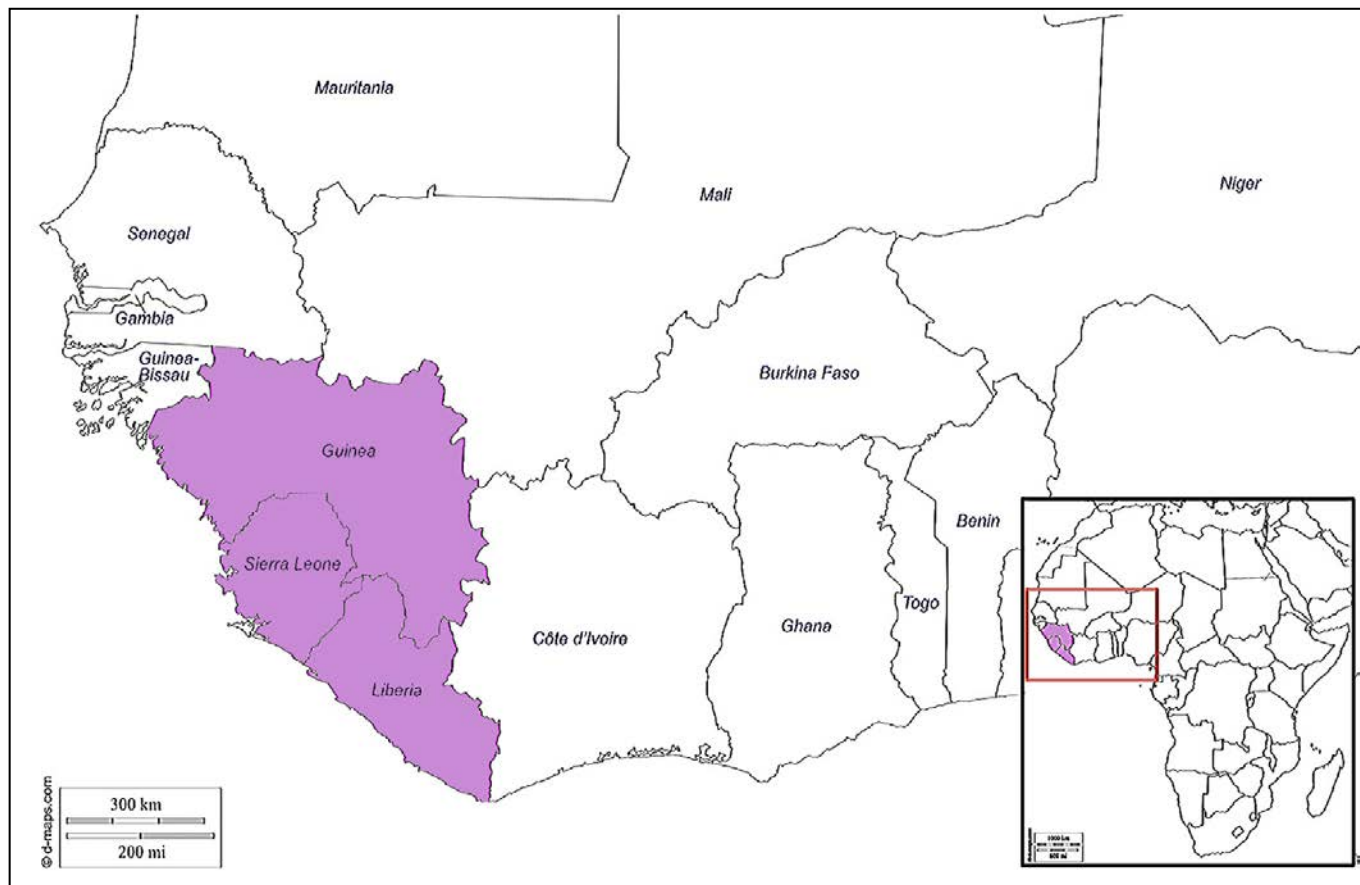
Sedan i maj ingår smittskydd tillsammans med enheten för vårdhygien i en ny enhet inom Koncernkontoret som har fått namnet Område smittskydd och vårdhygien. Detta skapar bättre förutsättningar för det strategiska patientsäkerhets- och smittskyddsarbetet i Region Skåne och både smittskydd och vårdhygien är mycket positiva till förändringen. Samgåendet skapar också bättre förutsättningar för kompetensförsörjning och kompetensutveckling. Nätverket Strama ingår också i Område smittskydd och vårdhygien vilket ger en bra koppling till det regionala patientsäkerhetsarbetet och läkemedelsenheten.

Håkan Miörner
Smittskyddsläkare

Innehåll:

Hantering av misstänkta ebolafall i Skåne	2	STRAMA-bulletin	6
Tuberkulin PPD restnoterat	3	Influensan står för dörren	7
Fallbeskrivning <i>Candidatus Neoehrlichia mikurensis</i> infektion.....	4	Sprututbyte nu även i Kristianstad	7
<i>Candidatus Neoehrlichia mikurensis</i> är vanlig i fästingar.....	5	Kostnadsfri vaccination mot mässling	8

Hantering av misstänkta ebolafall i Skåne



De länder i Västafrika som har pågående ebolasmittspridning 2014-10-22.

Sannolikheten att vi kommer att få ebolafall i Skåne är fortfarande liten trots att utbrottet nu ser mycket allvarligt ut i Västafrika. Utbrottet började sannolikt redan december 2013 men blev laboratoriekonstaterat först i mars. Vi blev redan första dagen utbrottet blev känt varse frågeställningen då sex personer som just återkommit från Guinea tog kontakt då de inte mådde bra. De hade dock inte varit utsatta för någon smittrisk. Ebolafrågeställningen har därefter kommit upp ett flertal gånger och vid två tillfällen, enligt Skånes rekommendationer via en bedömning av infektionsläkare, lett till skarp provtagning avseende ebola på Folkhälsomyndighetens säkerhetslaboratorium. Båda testerna utföll negativa inom 24 timmar.

Det förekommer inga direktflyg från de nu drabbade länderna och inga stora personflöden. Enstaka biståndsarbetare kan bli aktuella. Om någon svensk biståndsarbetare konstateras ha ebola i Västafrika kommer hen att evakueras direkt till Högsmittsamhetsenheten i Linköping.

Om en patient med feber >38° har varit i Västafrika inom tre veckor ska man alltid kontakta en infektionsläkare för bedömning.

När misstanke uppstår i Skåne kan man förvänta sig att personen ifråga själv är medveten om att hen varit utsatt för smittrisk. I första hand ska sjukvården kontaktas per telefon, t.ex. via 1177 och då direkt kopplas vidare till infektionsläkare för bedömning. De skånska rutinerna följer huvudsakligen Socialstyrelsens rekommendationer för handläggning av misstänkt ebola där vissa kriterier ska uppfyllas för att betraktas som misstänkt fall. Ofta sker samråd med Smittskydd Skåne.

Uppdaterade hygienrutiner

Uppdaterade hygienrekommendationer finns nu utarbetade för ambulans, primärvård, akutmottagningar och sjukhusvård. För primärvården är det viktigt att ha som rutin vid feber att fråga om personen vistats i ►



Foto: ECDC

område med pågående ebolautbrott, helst redan per telefon. Om så är fallet ska infektionsläkare kontaktas direkt och om misstanke kvarstår efter bedömningen ska patienten transporteras till närmsta infektionsklinik i specialutrustad ambulans. Ambulans måste informeras om ebolamisstanken före transport. I övrigt, se PM.

Patient som anländer till akutmotagning ska snarast isoleras på in-

fectionsklinik där personalen nu tränas i på- och avklädningsproceduren vilket är A och O för att undvika smittspridning till personal. Med noggranna rutiner och vältränad personal ska ingen smittspridning ske!

Håkan Ringberg

Ställföreträdande smittskyddsläkare

Fakta

Ebolavirus ger upphov till viral hemorragisk feber (VHF) dvs. en blödarfeber.

Inkubationstiden är 2-21 dagar. Man är inte smittsam under inkubationsfasen.

Smittspridning sker via infekterade kroppsvätskor såsom blod, kräkning, saliv, avföring, urin och sädesvätska. Smittan är inte luftburen.

Smittsamheten är låg vid feberinsjuknandet men ökar och är som högst i blödningsfasen och kvarstår även hos avliden.

Sjukdomen debuterar med feber varefter ett flertal symtom tillkommer såsom muskel-, led- och huvudvärk, illamående/kräkningar, diarré och därefter skiftande blödningsmanifestationer.

Dödligheten varierar i olika utbrott men är ofta över 50 %.

Det finns inga färdigutvecklade läkemedel eller vacciner. Stöd- jande, livsuppehållande terapi är viktig.

Information för allmänheten:
www.krisinformation.se
telefon 113 13

Uppdaterad information

WHO ebolasida: www.who.int/csr/disease/ebola/en/

Socialstyrelsens rekommendationer: www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-6-7

Smittskydd Skåne: www.skane.se/smittskydd

Vårdhygien Skåne: www.skane.se/varldhygien

Tuberkulin PPD restnoterat

Tuberkulin PPD RT23 från SSI har varit restnoterat sedan i våras. Nästa leverans till Sverige är beräknad till januari 2015. Som ersättningsprodukt finns nu möjlighet att beställa Tubertest® från SanofiPasteurMSD.

Dosering av Tubertest® är 0,1 ml intradermalt och avläsning skall göras efter 72 timmar, således samma rutiner som vid Tuberkulin RT23.

Samma gränser för tolkning av tuberkulinreaktionen tillämpas också, dvs som positivt test räknas:

Friska vuxna och vaccinerade barn	≥10 mm
Immunsupprimerade	≥6 mm
Ovaccinerade barn under 18 år	≥6 mm

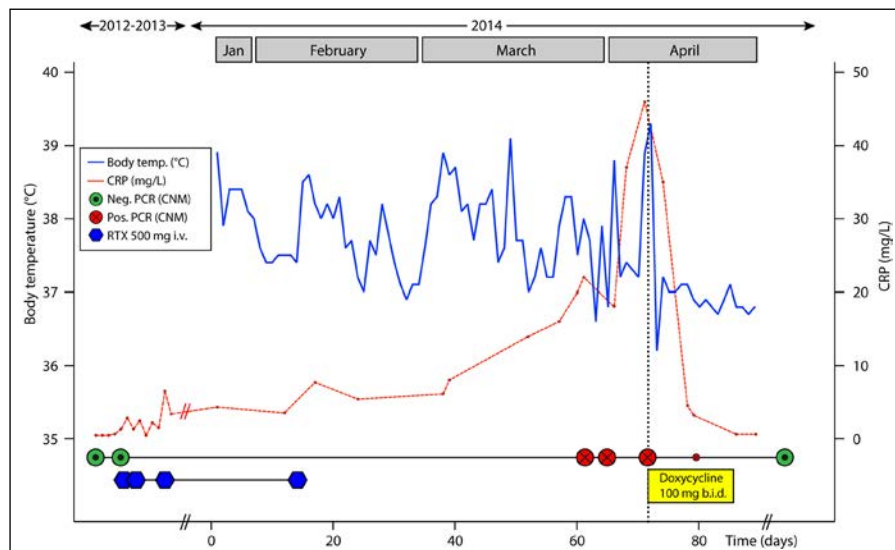
Tubertest® är ett licenspreparat varför varje enhet måste bifoga en licensansökan tillsammans med rekvisitionen till apoteket. Generell licens för enheten skall då sökas. Blankett för licensansökan med grundläggande uppgifter ifyllda samt produktinformation finns att ladda ner från vår hemsida.



Fallbeskrivning *Candidatus Neoehrlichia mikurensis* infektion

Candidatus Neoehrlichia mikurensis (CNM) är en fästingburen intracellulär bakterie som beskrevs vara en human patogen första gången så sent som 2010. Tidigare detta år publicerade en forskargrupp som leds av Christine Wennerås i Göteborg en sammanställning av elva europeiska fall. De flesta av dessa var under immunsuppressiv behandling och var därtill drabbade av en blodmalignitet och/eller saknade mjälte. Samtliga fall uppvisade feber och de flesta (drygt 50 %) utvecklade tromboemboliska komplikationer. Även friska individer kan bli infekterade, men här är kunskapsläget osäkert – det verkar i nuläget som att de flesta endast får en lindrig och övergående sjukdom.

Under senvåren 2014 upptäcktes det första fallet av CNM infektion i Skåne; en person med reumatoid artrit (RA) som var inlagd på Reumatologiska kliniken i Lund pga. återkommande feberepisoder av oklar orsak och viktnedgång. Det handlar om en 71-årig kvinna som gärna vistas i skog och mark, tidigare behandlats för bröstcancer och som diagnostiserades med RA november 2011. Patienten påbörjade behandling med methotrexate (MTX) i januari 2012 men pga. otillfredsställande effekt startade man rituximab (RTX)-behandling januari 2013. RTX är ett immunsuppressivt biologiskt läkemedel riktat mot B-lymfocyter, som är godkänt för behandling av RA och lymfomsjukdomar men används i Sverige även mot andra autoimmuna sjukdomar som exempelvis SLE och MS. RTX ges via infusion och kan användas både som induktionsbehandling och underhållsbehandling



Återges med samtycke från *Rheumatology, Oxford Press*.

(för det senare är ett inom reumatologi typiskt tidsintervall mellan infusionerna sex månader). Under 2013 hade patienten utvecklat illamående och viktnedgång och i december 2013 avslutades därför MTX som man misstänkte kunde vara orsaken.

Symtomen förvärrades

Kvinnans symtom progredierade trots detta under vintern och under våren 2014 uppvisade hon återkommande feberepisoder (se figur) i kombination med lufthunger. När patienten lades in på Reumatologiska kliniken i Lund mars 2014 hade hon anemi, ökad hjärtfrekvens, feber, lätt ökat CRP, påverkade leverprover och 10 kg viktnedgång. Hon utreddes ingående för malignitet, vanliga och ovanliga infektioner, samt tromboembolism utan att man fann någon förklaring till sjukdomsbilden. Patienten kunde minnas ett antal fästingbett under juli och augusti 2013. Serologiundersökningar för *Borrelia*, *Rickettsia* och *Anaplasma* utföll dock negativa. Vi övervägde om RTX-behandlingen gjort henne oförmögen att prestera serologiskt svar mot dessa patogener men hennes generella immunoglobulinnivåer visade sig vara normala.

Mjälten var lätt förstörd men en benmärgsundersökning med immunofenotypning visade inga tecken på blodmalignitet. Patientens sjukdomsbild fortsatte att förvärras och utredningsmässigt hade man nått vägs ände. I detta läge sattes, i samråd med infektionsläkarna, doxycyklin in ex juvantibus för att behandla eventuella atypiska intracellulära bakterier. Kort därefter avklingade febern, CRP och Hb normaliserades, och patienten återhämtade sig successivt. Först senare väcktes misstanken om CNM, en misstanke som kunde bekräftas via PCR-analys av sparade serumprover. Medan prover från mars och april 2014 var starkt positiva för CNM var provet som tagits kort efter att doxycyklin givits endast svagt positivt och provet som togs ytterligare något senare var negativt för CNM. Förklaringen till patientens svåra sjukdomsbild var således identifierad.

Första fallet utan blodmalignitet

Fallbeskrivningen har nyligen accepterats för publikation i den brittiska, vetenskapliga tidskriften *Rheumatology*. Fallet representerar den första patienten med RA utan blodmalignitet och/eller mjältavsaknad att drabbas

av CNM. I likhet med fem av de tidigare elva beskrivna fallen i Europa hade denna patient erhållit behandling med RTX. Symtomen på infektionen är ospecifika och kan initialt vara svåra att skilja från symtom associerade med RA eller SLE. Intressant är att flera av de tidigare kända fallen insjuknade under senvintern, långt efter fästingsäsongen. Av vikt i sammanhanget är att CNM inte går att upptäcka via serologiska tester i nuläget och det krävs en PCR-analys

för att detektera infektionen. Vi vet ännu inte hur vanligt förekommande denna svårdiagnostiserade och potentiellt allvarliga infektion är, men vi vet att den kan behandlas framgångsrikt med t.ex. doxycyklin.

*Jan Marsal, Avdelningen för immunologi, Lunds universitet
Kristofer Andréasson,
Reumatologiska kliniken, SUS
Göran Jönsson,
Infektionskliniken, SUS*



Skogssork. En vanlig reservoar för CNM.

Candidatus Neoehrlichia mikurensis är vanlig i fästingar

Sjukdomar spridda av fästingar är vanliga över stora delar av världen och orsakar årligen stora kostnader och ett stort lidande för drabbade människor. Infektioner orsakade av fästingar förväntas öka de närmaste åren i takt med att klimatet blir varmare och fler fästingarter därmed kan överleva i Norden.

Trots att fästingar är så pass viktiga som sjukdomspridare känner vi fortfarande inte till alla sjukdomar de orsakar och dessa sjukdomars verkliga utbredning. Det allra senast kända exemplet på en tidigare helt okänd fästingspridd sjukdom är en intracellulär bakterie med det långa namnet *Candidatus Neoehrlichia mikurensis* (CNM), som 2010 för första gången beskrevs i en patient från Göteborg med återkommande feberepisoder. Samtidigt som detta patientfall beskrevs hittade vår forskargrupp vid Lunds Universitet denna bakterie i blodprover från vilda djur, främst gnagare, i södra Sverige. CNM inte bara förekom hos vilda djur men var spridd över stora områden och var vanligt förekommande i naturen i södra Sverige.

Fästingar viktig länk

Förekomsten i vilda djur är viktig eftersom många fästingburna sjukdomar inte överförs från fästinghonan till avkomman. Därmed bär unga fästingar inte på smitta, men kan bli infekterade från vilda djur när de suger blod första gången för att sedan sprida smittan vidare till människor vid nästa blodmåltid. Fästingarna är därmed länken mellan sjukdomar i vilda djur och i människor.

Sveriges vanligaste fästingart är *Ixodes ricinus* som ofta biter människor och kan därmed överföra smitta från vilda djur till människor. CNM förekommer i ungefär 6 % av fästingarna i Skåne och antagligen är förekom-

sten lika stor i andra delar av landet. Vi hittade CNM spridd över stora delar av Skåne, från Hemmeströ i norr till Ystad i söder.

Ett dramatiskt ökat fokus från forskarsamhället har under de senaste åren lett till att CNM hittats i fästingar i de flesta Europeiska länder, från Spanien i söder till Norge i norr. I de flesta undersökta områden förekommer CNM i ungefär 6-7 procent av fästingarna. Det senaste fyndet är från Rumänien där CNM nyligen beskrivits i en fästing från en patient. Att den är så pass vanlig gör den intressant nog till det näst vanligaste smittämnet i *Ixodes ricinus*, endast *Borrelia afzelii* är vanligare. Detta är ganska anmärkningsvärt då CNM för bara några år sedan var helt okänd. CNM förekommer även över stora delar av världen och har bland annat hittats i Kina och Nigeria.

Risk för smitta till människa

CNM är numera ett hett forskningsfält och nya fynd görs regelbundet. Hur vanlig är då infektion i människor? Många utsätts för bitt av infekterade fästingar, men endast ett fåtal fall är än så länge kända. De flesta som haft allvarliga symptom har haft en underliggande sjukdom/behandling som påverkat deras immunförsvar och gjort dem extra mottagliga (se fallbeskrivning här intill). Friska personer med intakt immunförsvar kan infekteras men har i de flesta fall inga uppenbara symptom. Åtminstone inte i de fåtal fall som i dagsläget är kända. Just detta är det stora problemet och den stora utmaningen med CNM. Vi vet fortfarande helt enkelt alldeles för lite. Förhoppningsvis leder ett ökat intresse till vidare forskning som kan räta ut återstående frågetecken.

*Martin Andersson,
Biologiska institutionen, Lunds universitet*

STRAMA-bulletin

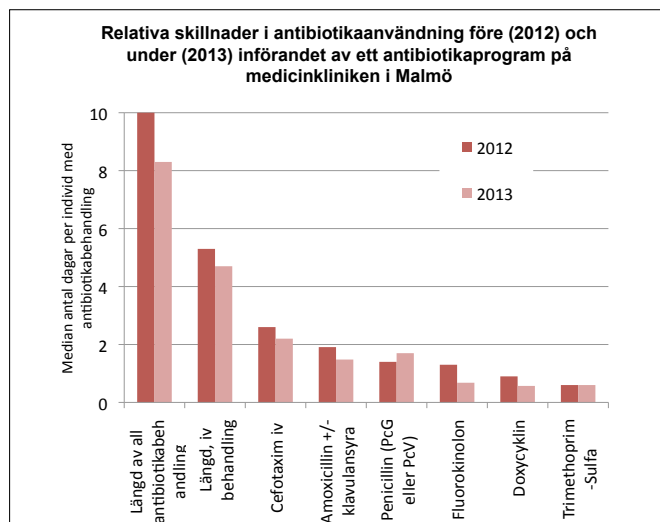
Olika former av antibiotikaprogram (*Antibiotic stewardship programs, ASPs*) är vanliga internationellt. Flertalet program initieras som motåtgärd i samband med aktuella problem i specifika regioner. Problem som motiverar start av ASP kan till exempel innefatta särskilt hög prevalens av antibiotikaresistens eller utbrott med *Clostridium difficile*.

Under 20 veckor 2013 infördes i studiesyfte ett antibiotikaprogram på medicinkliniken SUS, Malmö. Studien var godkänd av regional etikprövningsnämnd och finansierades delvis av STRAMA Skåne. Syftet med programmet var att ta reda på ifall ett antibiotikaprogram, i detta fall genom en regelbunden konsultation av infektionsläkare av alla antibiotikabehandlade patienter, förändrade utfallet och antibiotikaanvändningen för patienter med infektion som vårdas utanför infektionskliniken. Totalt sex olika infektionsspecialister deltog i studien. En stor del av patienterna på medicinkliniken var över 80 år, den kategori av patienter där risken för oönskade effekter av antibiotika är störst.

Studiens praktiska upplägg innebar två timslånga besök per medicinavdelning och vecka, där en infektionsläkare diskuterade samtliga patienter med pågående eller planerad antibiotikabehandling med avdelningsläkare. Med hjälp av läkemedelsmodulen i Melior identifierades i efterhand samtliga ineliggande patienter som under studieperioden, samt under motsvarande tidsperiod 2012, ordinerats antibiotika på medicinkliniken i Malmö. Studien genomfördes under april-oktober för att influensasäsongen, med sina stora variationer i infektionsfrekvens, skulle undvikas.

Resultat

Totalt 781 patienter som erhållit antibiotika identifierades under interventionsperioden 2013 medan motsvarande siffra för 2012 var 886. Resultaten visade att 85 % av alla patienter som erhållit antibiotika under interventionsperioden 2013 diskuterades med infektionsläkare, trots endast två timmars konsultation per avdelning och vecka. Vidare var patientgrupperna 2012 och 2013 helt jämförbara. Ingen skillnad noterades i ålder (medianålder 82 respektive 83 år), könsfördelning eller prevalens av underliggande sjukdomar. Den aktuella enskilda infektionens allvarlighetsgrad var också helt jämförbar 2013 och 2012. Den identifierade patientgruppen karaktäriserades av hög ålder och mycket hög prevalens av underliggande sjukdomar. Detta återspeglades i andelen patienter som avled eller återinlades på sjukhus inom 28 dagar efter utskrivning. Andelen avlidna efter 28 dagar var 13 % och återinlagda ca 22 % såväl 2012 som 2013. Dock noterades en signifikant minskad andel patienter som återinlagts på grund av terapivikt av infektion 2013 (4,7 %) jämfört med 2012 (7,2 %).



Minskad antibiotikaanvändning

Samtidigt såg man en tydlig skillnad i antibiotikaanvändning 2013 jämfört med 2012. I relativa tal noterades en minskning med 27 % i total antibiotikaanvändning 2013 (mätt som antal dygn med antibiotika) jämfört med 2012. Denna skillnad förklarades till 12 % av ett minskat antal individer som erhöll antibiotika 2013, och till 15 % av minskad behandling hos de som erhållit antibiotika. Vid en statistisk jämförelse var den förkortade durationen av antibiotika 2013 klart signifikant. När fördelningen av olika antibiotika analyserades noterades en signifikant minskning av Ciprofloxacin, Cefotaxim, Selexid samt Furadantin 2013 jämfört med 2012. En signifikant ökning av Bensylpenicillin noterades dessutom 2013. Slutligen skedde byte från intravenös till oral antibiotikabehandling signifikant tidigare under 2013 än 2012.

Sammantaget sågs en minskning och omfördelning av antibiotikaanvändningen under införandet av ett antibiotikaprogram 2013 utan att infektionernas utfall i form av mortalitet eller återinläggning påverkades negativt. Antibiotikaprogram har förvisso förekommit i Sverige tidigare, men de som systematiskt utvärderas har varit av mer riktad karaktär för att adressera specifika problem. Även om vår studie endast utfördes under fem månader menar vi att resultaten ger gott stöd åt tanken att systematiska antibiotikaprogram kan vara verkningsfulla även i svensk sjukvård. Vårt aktuella antibiotikaprogram har mottagits väl, och har fått en fortsättning i projektform under hösten 2014, nu med en utökning till att omfatta även medicinkliniken SUS, Lund.

Fredrik Resman, Infektionsläkare

Influensan står för dörren

Den 21 oktober startar årets influensavaccination. Det är som alltid vanskligt att så här på förhand sia om hur mycket "flunsan" kommer att drabba skåningarna i år. Sett i backspegeln kan vi konstatera att förra årets influensasäsong var ovanligt mild med låg rapporterad sjuklighet. Året dessförinnan hade vi dock en lång och svår säsong med många svårt sjuka.

Influensa är som bekant ett förändringsbart virus och ingen säsong är den andra lik. Årets influensavaccin innehåller samma virusstammar som förra året:

- A/California/7/2009(H1N1)pdm09
- A/Victoria/361/2011(H3N2)
- B/Massachusetts/02/2012

Fyrvalent vaccin (Fluenz Tetra®) innehåller utöver dessa ytterligare en influensa B-stam: B/Brisbane/60/2008(v).

Vaccinationsstrategin syftar till att skydda grupper med ökad risk för allvarlig influensasjukdom. Social-

influensavaccin. Då det är ett levande vaccin är det kontraindicerat till barn med klinisk immunosuppression till följd av sjukdom eller behandling. Det skall heller inte ges till barn med allvarlig astma. Fluenz Tetra® rekommenderas till barn i riskgrupp med beaktande av de kontraindikationer som föreligger (se Fass).

Utförliga vaccinationsrekommendationer finns i Socialstyrelsens dokument "Rekommendationer för profylax och behandling av influensa, reviderat 2013-06-19".

Inför denna säsong tar vi också nya grepp vad gäller influensakampanjen. Nytt informationsmaterial finns framtaget i form av affischer och foldrar som också finns översatta till ett antal olika språk. Alla ålderspensionärer i Skåne har i dagarna också fått ett personligt utskick i form av ett vykort med information om influensavaccination. Allt material finns tillgängligt på Smittskydd Skånes hemsida. Vi hoppas att få se en ökad vaccinationstäckning i Skåne den här säsongen.

Per Hagstam
Bitr Smittskyddsläkare



styrelsen har inte ändrat något i sina vaccinationsrekommendationer i år vilket innebär att riskgrupper som rekommenderas vaccination är de samma som tidigare (se faktaruta):

Riskgrupperna vaccineras kostnadsfritt mot influensa i Region Skåne. Upphandlat vaccin är även i år Vaxigrip®. OBS! Kanyler behöver beställas separat! Tillverkaren levererar denna säsong Vaxigrip® i förfylld spruta utan kanyl. Anledningen är det nya EU-direktivet 2010/32 EU mot stick- och skärskador. Varje enhet måste därför själv beställa och bekosta sina kanyler. Blå kanyl (0,6x25mm) rekommenderas.

Vaccin för barn

För barn 2-18 år i riskgrupp finns också upphandlat Fluenz Tetra® som är ett levande försvagat influensavaccin som administreras nasalt. Studier har visat på en bättre skyddseffekt och ett mer långvarigt skydd jämfört med traditionellt inaktiverat

Faktaruta - Riskgrupper

1. Personer över 65 år
2. Personer oavsett ålder med någon av följande sjukdomar:
 - Kronisk lungsjukdom inklusive astma
 - Kronisk hjärtsjukdom (ej enbart förhöjt blodtryck)
 - Extrem fetma (störst risk vid BMI>40)
 - Neuromuskulära sjukdomar som påverkar andningen (exempelvis MS)
 - Kraftigt nedsatt immunförsvar till följd av sjukdom eller medicinering
 - Kronisk lever- eller njursvikt
 - Svårinställd diabetes mellitus
 - Barn med flerfunktionshinder
3. Gravida kvinnor i andra och tredje trimestern.

Sprututbyte nu även i Kristianstad

Onsdagen den 15 oktober 2014 öppnade Skånes fjärde sprututbyte för intravenösa missbrukare. Efter Lund, Malmö och Helsingborg har nu även Kristianstad fått en sprututbytesmottagning, belägen i anslutning till Infektionskliniken på CSK. Smittskydd Skåne välkomnar denna nyetablering som är ett viktigt redskap för att förhindra smittspridning av blodburna sjukdomar.

Kostnadsfri vaccination mot mässling (MPR-vaccination) på barnavårdscentral före 12 månaders ålder

Hälso- och sjukvårdsnämnden har beslutat att en extra MPR-vaccinationsdos till barn i åldersgruppen 6-12 månader inför förestående utlandsresa skall ges kostnadsfritt på barnavårdscentral. Åtagandet införs i ackrediteringsvillkoren för BVC inför 2015.

MPR-vaccin ingår i det svenska barnvaccinationsprogrammet där en första dos ges vid 18 månaders ålder. Spädbarn kan ha ett visst skydd genom antikroppar från modern men detta avtar med stigande ålder. Det finns därför en relativt stor grupp mottagliga barn under 18 månaders ålder som inte hunnit få sin första vaccindos. Risken för ovaccinerade barn att smittas av mässling är påtaglig vid utlandsresor – även inom Europa. Vid utlandsresor rekommenderas vaccination generellt från 9 månaders ålder, men på speciell indikation kan man vaccinera från 6 månaders ålder.

En dos MPR-vaccin givet före 12 månaders ålder måste följas upp med ordinarie vaccindos vid 18 månaders ålder och kan således inte räknas in i det ordinarie vaccinationsschemat.

*Per Hagstam
Bitr Smittskyddsläkare*

Smittskyddsseminarier för primärvården

Till våren tar Smittskydd Skåne åter upp de populära smittskyddsseminarierna för primärvården. Temat för vårens möten blir **Flyktinghälsa**. Vem undersöker? Vilka undersökningar görs? Vem betalar? Dessa och relaterade frågor kommer att diskuteras. Samma seminarium hålls på tre olika platser så boka redan nu in ett av följande datum:

Tisdagen den 10 mars 2015
13.00 – 16.00 Lokal Hanö, CSK,
Kristianstad

Torsdagen den 12 mars 2015
13.00 – 16.00 Clarion Grand Hotel,
Stortorget 8/12, Helsingborg

Torsdagen den 9 april 2015
13.00 – 16.00 Lilla aulan,
Jan Waldenströms gata 5, Malmö

Smittskydd Skåne

www.skane.se/smittskydd
E-post: smittskydd.skane@skane.se

Smittskydd Skåne, 205 02 Malmö

Tel växel: 040-33 71 80. Fax: 040-33 71 88

Håkan Miörner	Smittskyddsläkare
Håkan Ringberg	Stf. smittskyddsläkare
Eva Gustafsson	Bitr. smittskyddsläkare
Per Hagstam	Bitr. smittskyddsläkare
Niclas Winqvist	Epidemiolog
Rosmarie Fält	Smittskyddssjuksköterska
Ulla Stamer	Smittskyddssjuksköterska
Lena Melchert-Cacia	Smittskyddssjuksköterska
Peter Gröön	Jurist
Mariam el Moghrabi	Assistent
Ida Elisabet Hall, tjänstledig från 140120	Projektledare för projektet Kondomkunskap
Rachel Cooper	Studentmedarbetare, vik. för Ida Hall

Telefon:	E-post:
040-33 71 81	Hakan.Miorner@skane.se
040-33 71 85	Hakan.Ringberg@skane.se
040-33 71 42	Eva.X.Gustafsson@skane.se
040-33 71 84	Per.Hagstam@skane.se
040-33 71 86	Niclas.Winqvist@skane.se
040-33 71 83	Rosmarie.Falt@skane.se
040-33 71 87	Ulla.Stamer@skane.se
040-33 71 82	Lena.Melchert-Cacia@skane.se
040-33 68 70	Peter.Groon@skane.se
040-33 71 80	Mariam.elmoghrabi@skane.se
040-33 69 77	Ida.Hall@skane.se
040-33 18 15	Rachel.Cooper@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

Ansvarig utgivare: Håkan Miörner
Redaktör: Håkan Ringberg och Niclas Winqvist
Layout: Wilma Designbyrå
Tryckeri: Elander Sverige AB
Upplaga: 2.000 ex
Papper: Maxisilk, miljömärkt med Svanen

