

# Smittskydd Skåne

## Tema hiv

I årets sista nummer av Smittskydd Skåne kommer temat att vara hivinfektion. Vi kommer få denna kroniska infektion belyst ur några olika aspekter såsom epidemiologiska, preventiva, känslomässiga och juridiska.

Eftersom hiv klassificeras som allmänfarlig sjukdom enligt smittskyddslagen måste en hivinfekterad person följa de förhållningsregler han/hon får av sin behandlande läkare. Här ingår bland annat att **informera sexpartner** om sin smitta **före** sexuella aktiviteter där smittöverföring kan ske. Borde det inte räcka att enbart använda kondom och ta bort kravet på att informera sexpartner? Denna fråga aktualiseras ofta men även om kondomen minskar risken för smittöverföring av hiv ger den inte ett 100 procentigt skydd utan skyddseffekten bedöms vara cirka 90%. Det är viktigt att påpeka att informationsplikten som Riksdagen beslutat om i den smittskyddslag som trädde i kraft 1 juli 2004 gäller för alla allmänfarliga sjukdomar i situationer där smittöverföring kan ske – alltså inte bara vid hivinfektion.

UNAIDS har gjort en uppskattning av den globala hiv epidemin och bedömt att det år 2009 fanns 33,3 miljoner hivsmittade personer i världen; en ökning med 7,1 miljoner hivsmittade på 10 år. Av de 2,6 miljoner som bedömdes ha blivit smittade år 2009 var 370 000 barn födda med hiv. Bland de hivsmittade



individerna fick 5,25 miljoner behandling med bromsmediciner. Men det uppskattade behovet var 14,6 miljoner individer vilket innebär att endast 36 procent av dem som bedömdes ha behov av behandling fick det.

Hur ska vi då arbeta globalt, nationellt, regionalt och lokalt för att minska spridningen av hiv? Ja, utan tillgång till effektivt vaccin finns det ingen enkel lösning på detta problem utan det måste till en kombination av olika åtgärder. Dessa kan vara ökad provtagning av riskutsatta individer med avseende på både hiv och andra sexuellt överförda infektioner, information och rådgivning till både smittade och till osmittade som löper risk att bli smittade, behandling av hivsmittade med effektiva bromsmediciner samt behandling i samband

med nylig exposition för virus (post-expositionsprofylax). Därtill kommer information och reflektion om minskat sexuellt risktagande med bland annat ökad kondomanvändning och rådgivning om partnerantalets stora betydelse för smittorisken, sprutbyte från orena till rena sprutor och kanyler vid användning av intravenösa droger mm. I flera länder pågår studier av omskärelse av män vilket har visats minska risken för smittöverföring med cirka 60 procent – metoden är dock omdiskuterad.

Detta är den sista krönikan jag skriver i denna tidning då jag vid årsskiftet slutar arbeta som smittskyddsläkare i Skåne för att i stället börja arbeta i Umeå. Detta innebär att jag får 125 mil närmare familjen och kan byta transportmedel från flyg till cykel. Jag vill här passa på att tacka alla som jag haft möjlighet att lära känna under mina 19 månader som smittskyddsläkare i Skåne och jag vill framföra ett speciellt tack till alla mina trevliga och duktiga medarbetare vid Smittskydd Skåne – det har varit en stor förmån att få arbeta med och lära känna er alla. Tiden i Skåne har för mig varit mycket trevlig, givande och lärorik och jag önskar er alla lycka till i ert framtida arbete. Vem som efterträder mig är när detta skrivs ännu inte bestämt.

Jens Boman  
Smittskyddsläkare

### Innehåll:

Långsam ökning av antalet hivfall i Skåne .....	2	Tyck om Smittskydd Skåne .....	6
Hur livet kan förändras på några få sekunder, med några få ord .	4	Hivskolan Stockholm .....	7
Jens Boman slutar .....	5	Smittskyddsutbildningar .....	8
Juristens krönika: Frivillighet kontra tvång .....	6	Smittskydd Skåne – ring eller maila .....	8

# Långsam ökning av antalet hivfall i Skåne

Efter en lång nedgång av antalet hivfall i Skåne under 1990-talet bröts trenden vid millennieskiftet. 1999 anmäldes 31 fall, en siffra som dubblats i år trots att vi ännu inte kunnat slutsummera året. Det i en global jämförelse förhållandevis beskedliga antalet fall fluktuerar en del från år till år men det rullande treårsgenomsnittet visar ändå en tydligt stigande trend under hela 00-talet (Figur 1).

Med inledningen av 10-talet bröts äntligen den uppåtstigande kurvan men redan i år verkar förhoppningarna komma på skam. Nu är inte alla fall av hiv i Skåne förebyggbara härifrån. Förutom en tillfällig topp 2007 har de inhemska smittade fallen varierat mellan tio och 20 medan fall med smitta från utlandet ökat under hela 00-talet (Figur 2). Med den senare gruppen avses att smittan överförts utomlands oberoende av var patienten är född.

Personer uppväxta i Sverige men som smittas utomlands är en potentiell målgrupp för preventiva insatser. Sedan 1996 har i den skånska statistiken 97 personer födda i Sverige uppgivits vara smittade utomlands, företrädesvis i Thailand (32), Danmark (14) och USA (10). Djupgående information om risk för hiv och hur man skyddar

sig bör i många fall vara lika given som eventuell reseprofylax i samband med att personer uppsöker resevaccinationsmottagning inför resor till Asien och Afrika.

## Män som har sex med män

I Skåne liksom i övriga delar av västvärlden har de flesta fall som upptäcks smittats heterosexuellt men män som har sex med män utgör en oproportionerligt stor del (Figur 3). Av kända hivfall i Skåne i denna senare grupp uppger tre fjärdedelar att de smittats i Sverige medan nästan var tionde smittats i Danmark. Endast fyra män som uppger att de smittats av andra män utomlands sedan 1996 har smittats i Thailand eller andra länder som skulle kunna föranleda besök på en vaccinationsmottagning. Detta är alltså ingen framkomlig väg för preventiva insatser i denna grupp. Icke desto mindre är det av största vikt att identifiera påverkbara riskfaktorer som mål för effektiva preventionsåtgärder.

I San Francisco följde man 541 män som haft sex med män och kunde i en multivariat analys konstatera att en syfilisdiagnos inom två år ökade risken för hivsmitta fyrfaldigt. Risken att smittas av hiv efter två tillfällen med

rektal gonorré eller klamydia var åtta gånger högre jämfört med ingen rektal gonorré eller klamydia alls. Även i Skåne kan vi se prov på dessa riskindikationer. Under 2011 hade åtta av 13 nyanmälda hivfall bland män som har sex med män samtidig diagnos med annan könssjukdom. Detta inskräper behovet dels av rektal provtagning på män som har sex med män, dels att vid varje fall av diagnostiserad STI ta tillfället i akt att tala om riskbeteende och ge möjlighet till motiverande samtal.

## Hiv i Danmark

RFSU och RFSL i Skåne har nyligen offentliggjort resultaten av en studie, "Sexualiteter i ett Öresundsperspektiv", där man utförligt går genom sexualitet över gränserna på ett bokstavligt sätt. Ur den läsvärda rapporten kan man bland annat utläsa att: "sett ur ett Öresundsperspektiv kan vi se att storstaden Köpenhamn, i relation till Skåne, har en trefaldigt så hög incidens av hiv, knappt dubbelt så hög incidens av klamydia, fem gånger så hög incidens av gonorré och elva gånger så hög incidens av syfilis."

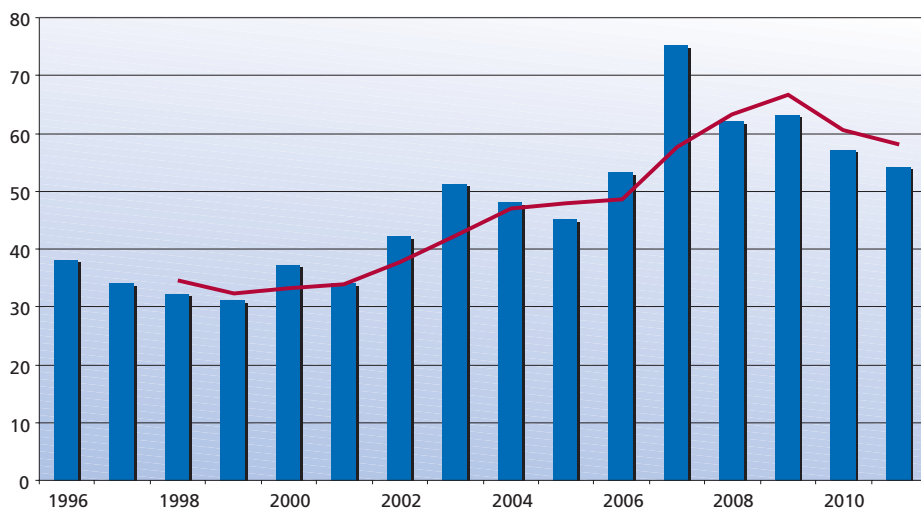
Under 2010 diagnostiserades i vårt grannland 86 fall av hiv bland män som har sex med män, huvuddelen i

Köpenhamn. Fem av dessa var utländska män som har sex med män och som bara var på besök i Danmark, möjligen från Sverige. En liberalare smittskyddslagstiftning i Danmark gör att vissa personer med riskbeteende för hiv väljer att hellre testa sig där. Men framför allt är det kommersiella sexutbudet med bastuklubbar och specialinriktade massagekliniker så mycket större på andra sidan bron att antalet tillfälliga sexkontakter underlättas.

En av studiens åtgärdsförslag är att på försök införa en särskild lågtröskelmottagning för hivtestning i Malmö. En

Figur 1

Antal nyregistrerade hivfall i Skåne 1996 - 2011-11-18 (blå staplar) och rullande treårsgenomsnitt (röd linje)



sådan, ”CheckPoint Skåne”, planerar man att öppna på RFSL i Malmö den 6 december. Självtestning med snabbtest och gemensam avläsning och tolkning av resultat tillsammans med rådgivare erbjuds. Samtidigt ges tillfälle för rådgivning och motiverande samtal till personer med ökad risk att smittas av hiv. Naturligtvis är det viktigt att de som testas positiva för hiv i denna verksamhet snabbt knyts upp till infektionsklinik för konfirmering av testresultat och vidare uppföljning. Öppettiderna för snabbtest på RFSL kommer att vara tisdagar kl 17.00-19.00. Liknande verksamhet finns redan i Köpenhamn, och i Stockholm.

### Hivscreening bland migranter

En annan grupp som är angelägen att nå med bland annat hivtest är migranter som kommer till Sverige.

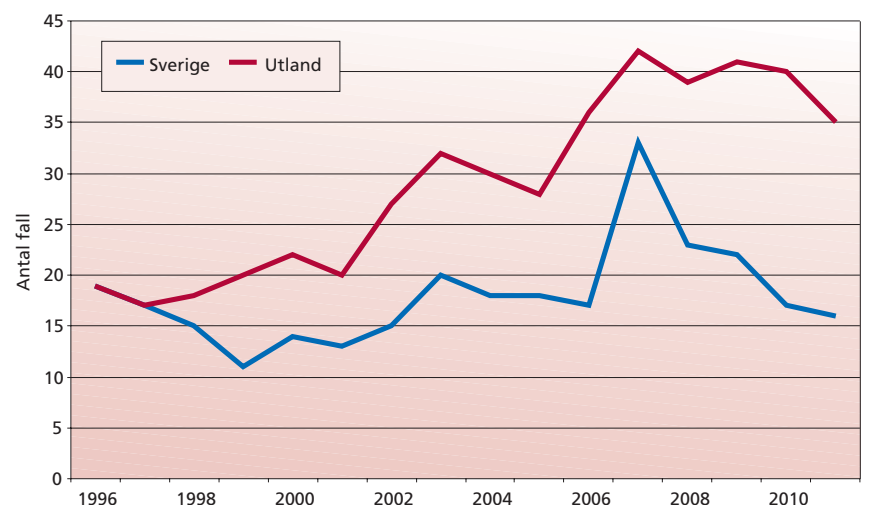
Alla asylsökande och kvotflyktingar samt anhöriginvandrare som kommit till Sverige inom två år från det att anknytningen fått uppehållstillstånd, skall erbjudas kostnadsfri hälsoundersökning. I sådan hälsoundersökning rekommenderas bland annat provtagning för hiv. Dessvärre är det allt för få som tar del av denna hälsoundersökning. Arbete pågår för att förbättra detta.

Än svårare är det att nå de som kommer till Sverige genom arbetskraftsinvandring eller som anhöriga till personer som har haft uppehållstillstånd mer än två år eller är födda i Sverige. Här finns i dagsläget inget erbjudande om kostnadsfri hälsoundersökning. Erfarenheter visar dock att denna grupp av migranter är minst lika viktig att nå. Genom tidigt utförd hälsoundersökning kan framtida sjuklighet och smittspridning förebyggas. Det hade varit önskvärt att kostnadsfri hälsoundersökning erbjöds även dessa.

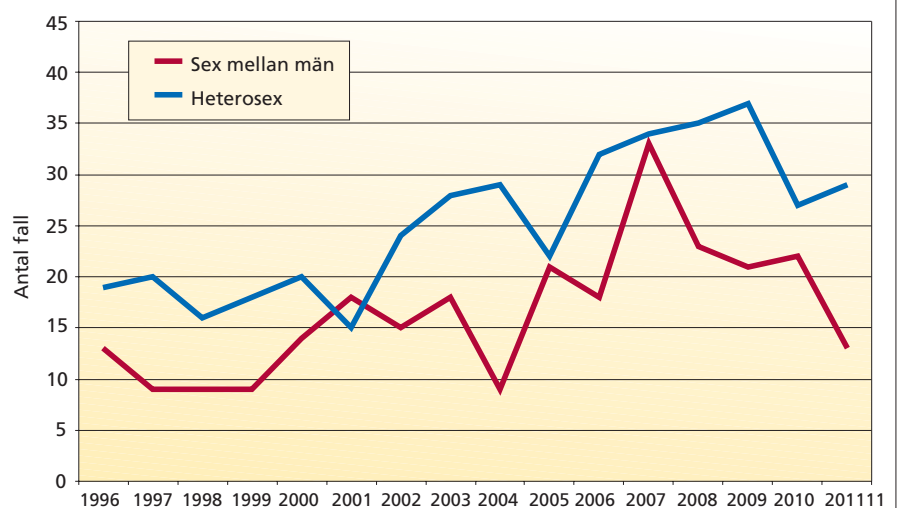
### Hitta nysmittade

Sist men inte minst är det angeläget att tänka på hiv som differentialdiagnos vid oklara sjukdomstillstånd. Av och till trillar det in

Figur 2



Figur 3



smittskyddsanmälningar på fall som är så kallade ”late testers” det vill säga långt gången hivinfektion, ibland redan med opportunistiska infektioner. En del av dessa tillhör inte riskgrupperna. I dessa fall blir smittspårningen särskilt svår då tidpunkt för smitta ligger många år tillbaka i tiden. Att istället hitta nysmittade genom att diagnostisera primärinfektion ger möjlighet att snabbt bryta smittkedjor. Just i detta skede av sjukdomen är man också särskilt smittsam på grund av övergående, mycket höga virusnivåer. Primär-

infektionen vid hiv kännetecknas av feber, halsont, lymfkörtelförstoring och ofta utslag i form av makulösa, röda efflorescenser på kroppen, företrädesvis på övre delen av bålen och huvud-halsregionen. Symtomen vid primär hivinfektion uppträder hos cirka 50% av dem som smittas och varar vanligen 1-2 veckor men kan sitta i både kortare och längre tid.

Mattias Waldeck  
 Bitr. smittskyddsläkare  
 Niclas Winqvist  
 Epidemiolog

# Hur livet kan förändras...

## ... på några få sekunder, med några få ord

” Jag kommer ihåg mina första tankar när jag fick beskedet från läkaren; du har HIV! Jag sitter på tredje våningen och hoppar jag ut från fönstret så blir det ett snabbt avslut på det hela, tänkte jag.

När jag fick beskedet kände jag hur jag började skaka i hela kroppen utan att kunna kontrollera det. Läkaren kallade på en sjuksköterska som gav mig några lugnande tabletter. Min läkare förklarade för mig att jag nog haft det under en del år då mina värden var väldigt dåliga och han ville göra några tester till. Detta kan ju inte vara sant, tänkte jag. Min sambo och jag hade ju gjort en massa tester för att vi ville skaffa barn, men livet blir inte riktigt som man planerar. Istället för barn fick jag reda på att jag hade hiv och båda delarna är något man har med sig resten av livet, dock det ena väldigt positivt och det andra väldigt negativt, men som sagt; man kan inte alltid välja här i livet. I så fall hade jag valt barn.

### Benen skakade

Den dagen för snart fyra och ett halvt år sedan kommer jag aldrig att glömma, dagen började med att jag fick ett samtal från läkaren på infektionen. De ville att jag skulle komma in och prata med dem. Jag frågade vad det var och de sade att de inte ville ta det via telefon utan jag skulle komma in så snabbt jag kunde.

Jag sade till mina kolleger på jobbet att jag skulle på ett möte och körde till sjukhuset. Bilen stannade tre gånger på vägen för jag skakade så mycket i mina ben att jag knappt kunde köra bilen dit.

När jag väl fått beskedet och pratat en del med läkaren så kom vi överens att vi skulle kalla dit min sambo och att vi skulle mötas utanför ingången. När hon kom gick vi in till läkaren och hon frågade direkt om hon var sjuk på något sätt. Läkaren sade att allt var ok med henne. Då vände jag mig till henne med tårarna rinnande på kinderna och sade till henne att jag inte var ok utan jag hade hiv.

**Inom professionen är det lätt att hålla en nödvändig distans till det man arbetar med genom att både tänka och prata i tekniska termer. Som en kontrast till detta låter vi här "hivpatienten" komma till tals och på sitt högst personliga sätt berätta om mötet som förändrade hans liv. Eller gjorde det?**

Min sambo började skrika och skaka och sa att detta kunde inte vara sant, ”Inte du! Inte du!” Men tyvärr, det var ju sant. Detta var inte en dröm man kunde vakna upp ifrån utan tyvärr alldeles för sant!

Vi satt kvar hos läkaren och sköterskan och pratade under några timmar. Allt för att kunna förstå hur detta skulle påverka mitt liv och vårt tillsammans.

Under denna eftermiddag åkte jag även till jobbet och sa till min kollega att jag behövde prata med honom. Jag förklarade för honom hur det var, och han var väldigt förstående om det hela och jag tog ledig från jobbet i tre veckor.

Dagen efter var jag åter på infektionen för att prata med läkaren. Han förklarade att mina värden var så dåliga att han ville börja med bromsmedicinen redan veckan efter. Jag fick en del förklaringar till vad det var och vilka bieffekter man kanske kunde få. Han berättade att man ibland kunde få verklighetsdrömmar, antingen sexdrömmar eller mardrömmar.

På onsdagen var det dags för mig att ta mina första tabletter av bromsmedicinen som jag sen skulle ta resten av mitt liv. Kommer än idag ihåg hur det kändes, tog väl tablettorna vid tiotiden på kvällen och efter ca 30 minuter sade jag till min sambo att det kändes ungefär som jag druckit en vinare. Inte helt fel, tänkte jag. Men efter ytterligare en halvtimme var den känslan över. Hela rummet snurrade och jag fick lägga mig ner. Den natten sov jag nog inte mer än två timmar, mardröm efter mardröm avlöste varandra hela natten. Detta var det värsta jag varit med om i hela mitt liv. På

morgonen var sängen helt blöt av svett och jag var helt färdig i hela kroppen. Jag tänkte att detta är slutet på ett normalt liv. Veckan gick och för varje natt som gick blev drömmarna kortare och kortare. Dock tog det nästan tre år innan de försvann helt och hållet och detta först sedan jag bytt bromsmedicin. Anledningen till att jag inte bytte tidigare var ju att den hade en väldigt bra effekt på mina värden, vilket var det viktigaste.

### Smittad i Spanien

Jag bodde under 90-talet en del år i Spanien och var en flitig gäst på Barcelonas ineställen och hade väl tyvärr för många kvinnor under dessa år. Dock har jag än idag ingen aning om av vem eller när jag fått det och känner väl inte att det är lönt att spekulera i vem det kunde vara, lite som att leta efter en nål i en höstack.

Min sambo och jag försökte leva vidare vårt liv som vanligt men det var inte så enkelt som vi trodde. Vi hade dock varit tillsammans i nästan sju år när jag fick beskedet och min läkare trodde att jag burit på hiv i cirka tio år eftersom mina värden var så dåliga när de upptäckte min infektion. Vi jobbade vidare på vårt förhållande i ytterligare tre år men det gick inte att rädda, många intima bitar hade tyvärr helt försvunnit från vårt liv. Vi sålde vår lägenhet och gick åt skilda håll i livet. Det jobbigaste var att separera från hennes underbara barn som varit en del av mitt liv under tio års tid. Dock har jag nu en väldigt bra kontakt med dem och ser dem som mina barn, och träffar dem en eller ett par dagar i veckan. Jag har även berättat för dem om min sjukdom. De flesta av mina nära vänner och min familj vet också

Personerna på bilden har ingen koppling till artikeln. Foto: Colourbox.



om att jag har hiv men ingen behandlar mig annorlunda än innan jag fick det.

Ett halvår efter att jag separerat träffade jag en underbar kvinna när jag var ute och drack lite öl med mina vänner, vi pratade hela kvällen och bytte telefonnummer med varandra. Redan dagen efter hördes vi av och bestämde att vi skulle ut och vandra i det fina höstvädret.

När vi gick där på stranden, funderade jag på om jag skulle jag berätta för henne om min sjukdom. Riskera att hon inte vill träffa mig igen eller skulle jag säga att jag inte ville träffas igen. Jag tänkte att jag hade ju inget att förlora så vi satte oss ner på en brygga och börja prata om livet. Jag berättade för henne om min situation och hon var väldigt förstående och sa att hon ändå vill fortsätta att träffa mig.

Idag, ett år senare har vi köpt hus tillsammans där vi bor med två av hennes barn. Nu när jag sitter och skriver dessa sista rader har vi precis avslutat vår söndagsmiddag med hennes fyra barn och mina två bonusbarn så huset är numera fullt.

Jag lever idag ett fullt normalt liv med en underbar kvinna och njuter av livet på alla sätt. Det enda som jag gör annorlunda än innan jag fick hiv är att jag har tre livsviktiga tabletter att ta varje morgon. När jag fick beskedet för snart fyra och ett halvt år sedan trodde jag att jag skulle sitta ensam i en lägenhet utan en livskamrat och tyna bort helt. Dock blir livet oftast vad man själv gör det till.

Jag har lärt mig att trots hiv kan man ha ett underbart liv bara man ser positivt på det och tar vara på de möjligheter som livet erbjuder. Jag tränar fem dagar i veckan och försöker att leva sunt. Tror att det är väldigt viktigt att man har en del nära vänner som man kan berätta allt för, då hiv är en alldeles för tung börda att bära på ensam.

Under nästa år tänkte jag även göra comeback på SM inom den sport som jag sysslat med under mina senaste 30 år, så även med hiv kan man göra det man vill i livet bara man kämpar på. Livet blir vad man gör det till och det gäller att vara positiv. Och jag är ju, som sagt, hivpositiv!

## Jens Boman slutar

Epoken med Jens Boman som smittskyddsläkare i Skåne blev tyvärr kort. Efter ett och ett halvt år på posten går han nu vidare till nya utmaningar i Västerbotten där familjen tålmodigt väntat på honom under hela denna tid.

Att ta över den institution som Smittskydd Skåne blivit under Hans Bertil Hansson var en utmaning i sig men Jens var klok nog att inte försöka bli en ny Hans Bertil utan bara en ny chef.

Under den korta tid han varit på posten har han med en uttalad filosofi stakat ut vägen mot ett smittskydd anpassat för den nya tidens behov. Han har anpassat verksamheten efter nya krav på ett bredare engagemang i folkhälsofrågor och övertygat de mest förhårdade politiker om preventiva insatser som balsam för överhettade vårdbudgetar.

Jens brinnande intresse för sexuellt överförda infektioner i allmänhet och klamydia i synnerhet har han lyckats förmedla och överföra till personal både på smittskyddsenheten och på ungdoms- och andra STI-mottagningar i regionen. Förhoppningsvis har denna entusiasm boostat det STI-förebyggande arbetet för lång tid framöver. Han har dessutom lovat ställa upp som föreläsare på STI-utbildningar i framtiden.

Vi vill tacka Jens för den här tiden och önskar honom all lycka på det nya jobbet. Vem som tar över smittskyddsläkartjänsten på sikt står ännu skrivet i stjärnorna.

*Redaktionen*



## Juristens krönika

# Frivillighet kontra tvång

Då förvaltningsrätten i Malmö i somras skulle avgöra om en person som smittats med en allmänfarlig sjukdom skulle isoleras enligt smittskyddslagen hade man att göra en svår bedömning: riskerade personen genom sitt nuvarande beteende att i framtiden smitta andra? Eftersom domen blev isolering torde svaret blivit ja på den frågan.

Observera att den förhandling som sker i förvaltningsrätten inte handlar om brottsmålsbalken och om att straffa någon. Istället handlar det här om smittskyddsläkarens skyldigheter att enligt smittskyddslagens bestämmelser ansöka om tvångsisolering till förvaltningsrätten när alla de frivilliga åtgärderna, för att få den smittade att själv skydda andra, är uttömda.

Som jag redogjort för i tidigare krönikor finns i Smittskyddslagen en proportionalitetsprincip som är mycket viktig när smittskyddsläkaren vidtar åtgärder. Den innebär bland annat att olika sjukdomar kan bedömas olika ur smittskyddshänseende. Till exempel ska en bedömning göras som tar ställning till olika faktorer såsom ålder, riskbeteende och vilken typ av allvarlig smittsam sjukdom det gäller. En patient med en förhållandevis starkt smittsam sjukdom som tuberkulos, vilken kan leda till allvarliga följder och innebär långvarig behandling, skulle mycket väl kunna tvångsisoleras om han/hon inte frivilligt ville låta sig isoleras. Detta till skillnad från en patient med misstänkt klamydia som dock skulle kunna bli aktuell för tvångsundersökning vilket inte en patient med giardia blir, o s v.

Därför: ju allvarligare smittsam sjukdom, desto större skäl för isolering. Hiv är smittsam på annat sätt än tuberkulos men är fortfarande en allvarlig smittsam sjukdom med livslångt bärarskap och som kan vara dödlig utan medicinering.

## Att förstå sina förhållningsregler

Om det finns belägg för att en person med en allmänfarlig sjukdom som hepatit B, tuberkulos eller hiv inte skyddar sin partner eller sin omgivning måste behandlande läkare kalla sin patient för samtal för att denne bättre ska förstå sina förhållningsregler. Det kan finnas flera orsaker till att man inte förstår dessa och ett samtal är då en chans att rätta ut eventuella frågetecken.

Smittskyddsläkaren kan också på eget initiativ, om informationen om eventuell risk för smittöverföring kommer från andra håll, kontakta behandlande läkare. Patienten kan därefter kallas för samtal av sin behandlande läkare eller av smittskyddsläkaren för samtal med denne. Samarbete mellan patient, behandlande läkare, smittskyddsläkare samt med t ex beroendevård och psykosociala instanser är primärt för att ändra en patients smittfarliga beteende.

## Slutmålet – patienten ska skydda

Patienten måste ”frivilligt” gå med på att skydda andra från smitta. Förhållningsreglerna, som t ex att man inte får dela spruta, inte får ha oskyddat sex och att man måste informera om bärarskapet, är tvingande men smittskyddsläkaren måste få patienten att frivilligt skydda andra. Om smittskyddsläkaren måste ansöka till förvaltningsrätten om tvångsisolering innebär det alltså att patienten inte frivilligt gått med på att skydda andra, att han/hon fortfarande trots alla åtgärder och samtal fortsätter sitt smittfarliga beteende.

gärder och samtal fortsätter sitt smittfarliga beteende.

## Tvångsisolering

En ansökan till förvaltningsrätten om tvångsisolering måste innehålla en översiktlig plan för hur man ska få patienten att ändra sitt beteende och skydda andra. Den måste naturligtvis också ge exempel på hur patienten ej följt förhållningsreglerna och på vilka grunder som smittskyddsläkaren anser att patienten, i framtiden, riskerar att smitta andra. Förhoppningen är att få patienten att under den i första hand maximalt tre månader långa isoleringstiden samarbeta snarast möjligt. Om en patient till en början t ex helt förnekar sin infektion måste samtalen inriktas på acceptans och insikt. Det kan också vara så att en patient helt förnekar sitt riskbeteende eller inte har insikt i att andra faktorer, som t ex missbruk kan påverka beteendet och omdöme visavi personer i omgivningen.

Resultatet av en tvångsisolering bör alltid utvärderas både av smittskyddsläkaren och av den avdelning där patienten vistats under isoleringstiden. Under hela processen ska patientens behandlande läkare finnas med. Syftet är att patienten ska fortsätta hos sin behandlande läkare som förut, men förhoppningsvis med bättre insikt om hur han/hon ska skydda andra från smitta.

Det är smittskyddsläkarens ansvar att agera om denne inte ser någon förändring eller om de behandlingsinsatser som gjorts visar sig vara otillräckliga. Om ingen förändring har skett i patientens beteende har man inte lyckats med uppdraget. Därför är alla personer omkring en isolerad person oerhört viktiga och ambitionen är omfattande. Målsättningen för alla parter är så kort isoleringstid som möjligt.

*Peter Gröön, Smittskyddsjurist*

## Tyck om Smittskydd Skåne!

I förra numret uppmuntrade vi till återkoppling från våra läsare om vad ni tycker om denna tidning. Gensvaret på denna uppmuntran har varit svårtolkat så vi vill ännu en gång uppmuntra er som ännu inte svarat på enkäten att gå in på vår hemsida,

[www.skane.se/smittydd](http://www.skane.se/smittydd), och fylla i en läsarenkät. Det tar två minuter av din tid men gläder oss en hel timme.

Tack på förhand!



I Skåne saknar vi särskilt stöd till barn och unga med hiv. Vi har därför bett socionom Christina Ralsgård, verksamhetsansvarig för Nationellt Kunskaps- och Resurscentrum för barn och unga med hivinfektion, att beskriva deras verksamhet i Stockholm.

I Sverige lever idag cirka 150 barn med hivinfektion. De flesta mår bra och lever vanliga liv. De besöker sin läkare fyra gånger per år och tar hivmediciner. Smittskyddslagens föreskrifter ställer dock krav på den enskilda individen, även på barn och unga med hiv. De behöver, precis som barn med andra kroniska sjukdomar, förstå sin sjukdom, ofta genom utbildning och samtalsstöd.

De senaste åren har antalet unga, födda med hiv, som fyllt 18 år ökat. Personal vid landets infektionsklinker möter nu den första generationen unga som är födda med hiv. Då de inte smittats sexuellt behöver de stöd utifrån en annan utgångspunkt än andra vuxna med hiv. Detta ställer annorlunda krav på oss som arbetar med unga vuxna födda med hiv. Personal vid barn- och infektionskliniker behöver därför formaliserad kunskap och inlevelse i hur barnen och de unga vuxnas behov av stöd och utbildning ser ut, för att kunna stödja dem till ett bra liv med hiv.

Nationellt Kunskaps- och Resurscentrum för barn och unga med hivinfektion är en verksamhet som är sprungen ur det multidisciplinära barnhivteam som finns vid Astrid Lindgrens barnsjukhus, vid Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge.

Nationellt Kunskaps- och Resurscentrum startade hösten 2008 och är projektfinansierat genom statliga hivmedel, vilka söks årligen. Verksamheten har utgått från de behov som personal vid kliniker med få hivinfekterade barn visat. Kliniker som vi hade kontakt med redan innan verksamheten formaliserades. Vi i barnhivteamet gjorde punktinsatser och gav stöd

både medicinskt och psykosocialt. När vår egna verksamhet utökades med fler patienter och den kliniska verksamheten slimmades fanns det ingen möjlighet att ge ett gott stöd till alla utan att tillföra resurser och av erfarenhet och modell från andra västeuropeiska länder startades den nu nationella verksamheten som ska tjäna som stöd till all annan klinisk verksamhet där man möter barn och unga med hiv.

Idag arbetar jag som verksamhetsansvarig för detta centrum och för de nationella utbildningar för barn och unga vuxna som är kopplade till verksamheten. Hivskola för barn med hivinfektion är ett nationellt stöd- och utbildningsprojekt som genomförs i internatform i tre eller fyra dagar och som har funnits sedan 1999 då den första nationella hivskolan genomfördes. Numera inbjuds barn i åldrarna 10-17 på hivskolor som anordnas årligen för respektive åldersgrupp.

### Nationell utbildningskonferens

För unga vuxna (18-26 år) med hiv har det sedan 2003 anordnats en årlig nationell utbildningskonferens. Denna genomförs som en fyradagars konferens med ett strukturerat innehåll som ska ge de unga som deltar formaliserad förståelse för både hur hiv och mediciner fungerar och hur svensk lagstiftning påverkar den enskilde med hivinfektion. Smittskyddsläkaren i Stockholm föreläser vid dessa konferenser och förklarar på ett enkelt sätt hur Smittskyddslagen fungerar och vad lagen kräver av den enskilde. Denna föreläsning avslutas alltid med en livlig och givande diskussion kring vad lagen betyder och vilka konsekvenser den ger för de unga. Vi har sett att föreläsningen och diskussionen gett fördjupad kunskap åt båda håll, både för oss som arbetar med hivinfekterade unga och smittskyddsläkare liksom de som lever med hiv.

Förutom ovanstående utbildningsverksamheter för barn och unga som

lever med hiv genomför Nationellt Kunskaps- och Resurscentrum sedan 2010 en årlig tvärprofessionell nationell konferens för klinisk personal såsom barn- och infektionsläkare, sjuksköterskor och kuratorer. Intresset för konferensen har varit stort och samlat drygt 70 deltagare vid varje tillfälle som konferensen hittills genomförts.

Förutom verksamhetsansvarig som arbetar heltid i verksamhet och projekt, så arbetar kurator Maja Nannesson och barnsjuksköterska Vendela Hagås samt barnläkare och med. dr Lars Navér cirka en dag i veckan i verksamheten och de arbetar främst med medicinskt och psykosocialt stöd, ofta över telefon men de gör även klinikbesök. Dessutom arbetar vi alla med metodutveckling, föreläser, planerar och genomför de olika utbildningarna som hivskola och konferenser och vi arbetar hela tiden med motivation och stöd både till personal och till barn och deras vårdnadshavare så att de känner att de verksamheter vi bedriver och erbjuder är något de vill skicka sina barn till.

Vi har skrivit två olika informationsbroschyrer, den ena broschyren vänder sig till sjukvårdspersonal och den andra vänder sig till föräldrar och vårdnadshavare. Dessa finns att ladda ner från nätet från Karolinskas hemsida, [www.karolinska.se/barnhiv](http://www.karolinska.se/barnhiv) eller från Hivportalen. Informationsbroschyrerna finns även tillgängliga på engelska.

Vi tar emot studiebesök, både nationella och internationella och efterfrågan och intresset för vår kompetens kring barn, hiv och utbildning ökar vilket visar på ett ökat intresse för gruppen barn och unga vuxna med hiv och deras behov av rätt stöd, både medicinskt och psykosocialt.

*Christina Ralsgård  
Kurator/Verksamhetsansvarig  
Nationellt Kunskaps- och Resurscentrum för barn och unga med hiv  
Karolinska Universitetssjukhuset,  
Huddinge*

## Utbildning för smittskyddsansvariga i primärvården om mag-tarmsmittor

Efter en bejublade smittskyddsdag i nordvästra Skåne erbjuder vi nu de smittskyddsansvariga på vårdcentraler och hälsovalsenheter i övriga Skåne en utbildningshalvdag om mag-tarmsmittor.

Detaljerat program kommer men vi ber smittskyddsansvariga inom primärvården i Hässleholm, Osby, Östra Göinge, Bromölla, Kristianstad, Hörby, Sjöbo, Tomelilla och Simrishamn att redan nu boka in en halvdag i Kristianstad

■ **Tisdagen den 13 mars 2012 klockan 13.00-16.00**

Är du smittskyddsansvarig läkare eller sjuksköterska på en vårdcentral/hälsovalsenhet i Kävlinge, Höör, Eslöv, Lund, Lomma, Burlöv, Malmö, Svedala, Staffanstorp, Vellinge, Trelleborg, Skurup eller Ystad ska du i stället boka in en halvdag i Malmö

■ **Tisdagen den 17 april 2012 klockan 13.00-16.00**

Har din vårdcentral/hälsovalsenhet ännu inte anmält en smittskyddsansvarig läkare och sjuksköterska ber vi er anmäla dessa uppgifter via vår hemsida, [www.skane.se/smittskydd](http://www.skane.se/smittskydd).

## 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

Jens Boman

Håkan Ringberg

Eva Gustafsson

Per Hagstam (tjänstledig t o m 120812)

Simon Werner

Rosmarie Fält

Niclas Winqvist

Ulla Stamer

Lena Melchert-Cacia

Anna Karlsson

Peter Gröön

Michaela Nilsson

Magdalena Nilsson

Ida Hall

Smittskyddsläkare

Stf. smittskyddsläkare

Bitr. smittskyddsläkare

Bitr. smittskyddsläkare

Bitr. smittskyddsläkare

Smittskyddssjuksköterska

Epidemiolog

Smittskyddssjuksköterska

Smittskyddssjuksköterska

Smittskyddssjuksköterska

Jurist

Administratör

Folkhälsoarbetare

Projektledare för projektet Kondomkunskap

Telefon:

040-33 71 81

040-33 71 85

040-33 71 42

040-33 71 84

040-33 71 84

040-33 71 83

040-33 71 86

040-33 71 87

040-33 71 82

040-33 71 07

040-33 68 70

040-33 71 41

040-33 71 34

040-33 69 77

E-post:

Jens.Boman@skane.se

Hakan.Ringberg@skane.se

Eva.X.Gustafsson@skane.se

Per.Hagstam@skane.se

Simon.Werner@skane.se

Rosmarie.Falt@skane.se

Niclas.Winqvist@skane.se

Ulla.Stamer@skane.se

Lena.Melchert-Cacia@skane.se

Anna.X.Karlsson@skane.se

Peter.Groon@skane.se

Michaela.Nilsson@skane.se

Magdalena.Nilsson@skane.se

Ida.Hall@skane.se

Smittskydd Skåne, 291 85 Kristianstad

Fax: 044-309 16 77

Mattias Waldeck

Åsa Ståhl

Marie Sten

Bitr. smittskyddsläkare

Smittskyddssjuksköterska

Assistent

044-309 16 08

044-309 16 18

044-309 16 16

Mattias.Waldeck@skane.se

Asa.Stahl@skane.se

Marie.Sten@skane.se

Smittskydd Skåne

Ansvarig utgivare:

Redaktör:

Layout:

Tryckeri:

Upplaga:

Papper:

Jens Boman

Håkan Ringberg och Niclas Winqvist

Ann-Christin Jönsson

Elander Sverige AB

2.000 ex

Maxisilk, miljömärkt med Svanen

