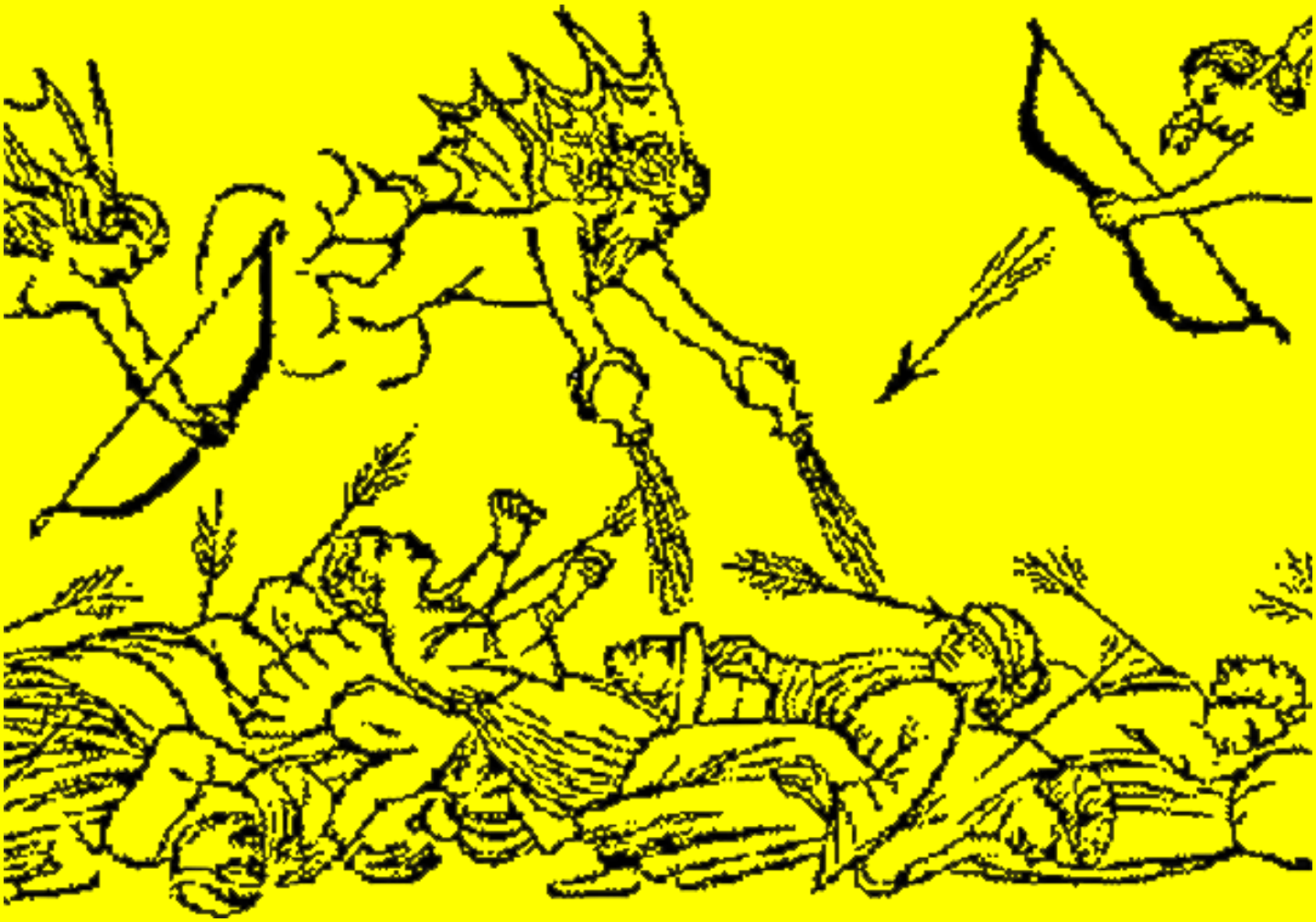
pest-POSTEN

Nr. 1, 1998 - 4. årgang



MEDLEMSBLAD FOR
NORSK FORENING FOR INFEKSJONSMEDISIN

Claforan®
cefotaxime

Hoechst Marion Roussel AS
P.O.Box 232 Økern, N-0510 OSLO
Økernveien 145
Phone +47 22 72 79 90
Fax +47 22 63 18 28

Hoechst
Hoechst Marion Roussel
The Pharmaceutical Company
of Hoechst

REDAKSJONEN:

• ***Ansvarlig redaktør:***
Oddbjørn Brubakk
Infeksjonsmedisinsk avdeling,
Ullevål sykehus

• ***Medredaktør:***
Haakon Sjursen
Medisinsk avdeling B,
Haukeland Sykehus

• ***Redaksjonssekretær:***
Jon Birger Haug
Medisinsk avdeling,
Sykehuset Østfold Fredrikstad

• ***Annonsesjef:***
Eivind Ragnhildstveit
Mikrobiologisk avdeling,
Sykehuset Østfold Fredrikstad

• ***Regionsmedarbeidere:***
Arild Mæland
Medisinsk avdeling,
Ullevål Sykehus

Stig Harthug
Medisinsk avdeling,
Haukeland Sykehus

Bjørg Viggen
Medisinsk avdeling,
Regionsykehuset i Trondheim

Lars Vorland
Mikrobiologisk avdeling,
Regionsykehuset i Tromsø

I N N H O L D :

Redaksjonelt

5. Conference on Retroviruses and Opportunistic infections, Chicago **s. 5**

Vårmøte Stavanger - påmelding **s. 6**

Nekrolog **s. 7**

Fra Spesialitetskomiteen **s. 8**

VIII Intern. Symposium on Viral Hepatitis, Madrid **s. 9**

E-postadresser **s. 11**

Norsk om svensk infeksjons-medisin og mikrobiologi **s. 12**

Diktspalten **s. 16**

Norsk system for overvåking av antibiotikaresistens **s. 17**

Infeksjonsforum Nord-Norge **s. 18**

Schering-Plough prisen 1998 **s. 23**

Billedspalten **s. 24**

Kongresser og møter **s. 25**

Veiledning for forfattere **s. 26**

***"pest-POSTEN"* utgis fire ganger i året, og distribueres til alle som er medlemmer av NFIM.**

Adresse: **Oddbjørn Brubakk, Infeksjonsmedisinsk avd., Ullevål sykehus, 0407 Oslo.**

Telefon: **22111904** ***Telefax:*** **22119181**
E-mail: **jbhaug@online.no**

Bankkonto: **1000.14.63271**

ISSN: 0808 - 2510

Forsiden:
" An Image Of Plague "
Giovanni Sorcambi (1348 - 1424)

redaksjonelt

forsinket-POST,- *pest*-FORSINKELSE

So gjekk dei inn i det fjorde.
Og det var det siste dei gjorde.

-skrev Jakob Sande i diktet om «To bønder».

Mange tenkte kanskje det samme da Julenummeret av denne trykksak, som nå går inn i sin "fjorde" årgang, - kom en tid etter nyttår. Det hadde imidlertid helt ut forklarlige årsaker: Sammenbrudd på denne trykksaks glimrende redaksjonssekretærs såkalte "harddisc", flytting av redaktør til sentrale strøk, uforventet arbeidspress på begge ved skifting av jobb etc.- Imidlertid; denne trykksak går videre uansett vær- og føre-forhold, Olympiske leker, Verdensmesterskap i fotball, resistente mikrober, trippel-terapi etc.etc !!

Altså; *pest*-POSTEN går inn i sin fjerde årgang med uendret opplegg og redaksjon!!

Noe er imidlertid forskjellig. Norsk forening for infeksjonsmedisin har fått nytt styre. Ny formann er Arild Mæland, tidligere flittig bidragsyter i disse spalter. Formannskapet forhindrer ikke at han også denne gang bidrar med sine faglige inntrykk; denne gang fra HIV-møtet i Chicago.

Bent von der Lippe, i mange år engasjert i leversykdommer, - bidrar med referat fra siste nytt på hepatitt-fronten.

Vi har referat fra Infeksjonsforum Nord-Norge, og vil i neste nummer bringe referat fra ytterligere Forumsmøter.

Verdifullt engasjement fra mange infeksjons-interesserte også utenfor NFIM, bl.a. en hjemvendt nordmann med solid bakgrunn for meninger om forholdene hos Söta Bror.

Spesialitetskomiteen for infeksjonssyk-dommer er også nyoppnevnt. Den forrige engasjerte seg i endring av kravene for utdanning av spesialister i infeksjons-sykdommer. En redgjørelse for standpunktene finnes i dette nummer av *pest*-POSTEN.

Diktspalten denne gangen er viet en gammel favoritt, - Per Sivle. Han fortjener i høy grad en plass med si Vår-Von.

Hold ut! *

Oddbjørn Brubakk

Styret i

Norsk forening for infeksjonsmedisin

Hovedrepresentanter:

Arild Mæland, *formann*
Vidar Ormaasen, *sekretær*
Per Espen Akselsen, *kasserer*

Øystein A. Strand
Bjørg Sørensen

Varamann:

Jon Birger Haug
Trond Jacobsen

5. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections

Chicago 1.-5.2 1998

Av Arild Mæland

pest-POSTEN, Chicago. Konferansen var i år flyttet fra Washington til "The Windy City" for å gi plass til flere deltagere. Det var det kanskje, men det var avgjort færre nyheter enn det har vært de siste årene i Washington. Etter at proteasehemmerne kom er det nå ikke dukket opp revolusjonerende fremskritt, men noe nytt å få med seg er det alltid.

Mono- og dobbelterapi er vel for fyord å regne nå, men studier med slik terapi kan lære oss en del om hvilke komponenter vi skal velge i trippelterapi. Og av og til må vi også i det virkelige liv nøye oss med mindre enn det som anbefales fra kateteret. ACTG (Aids Clinical Trials Group) 290, 298 og 306 er tre studier med mono - og dobbelterapi som har noe å fortelle oss. Zidovudin (AZT) og lamivudin (3-TC) er en mye anvendt kombinasjon. ACTG 306 viser at stavudin (d4T) og lamivudin er like bra dobbelterapi, og at didanosin (DDI) monoterapi gjør det påfallende bra i konkurranse med dobbelterapi. Her er didanosin også gitt sammen med lamivudin, og dette går bra i hvertfall i et halvt år. Man har vært skeptisk til denne kombinasjonen pga. mulig kryssresistens og det er mulig dette vil gi seg negative utslag etter et halvt år. ACTG 290 og 298 slår også fast at zidovudin og stavudin er antagonistiske og ikke skal gies sammen. Grunnen er sannsynligvis at zidovudin hindrer fosforylering av stavudin. Denne hemming synes også å henge igjen en god stund etter seponering av zidovudin, slik at stavudin ikke bør etterfølge zidovudin, mens zidovudin kan etterfølge stavudin. Det er vel unødvendig å nevne at alle disse studier bruker effekt på HIV RNA og CD4 som endepunkt, studier med kliniske endepunkter er snart kun historie.

Resultatene med disse dobbelterapiene blir bekreftet i trippelterapi med proteasehemmere. Start I og II viser at både trippelen stavudin + lamivudin + indianvir og trippelen stavudin + didanosin + indinavir er like bra som vår kanskje mest brukte kombinasjon zidovudin + lamivudin + indinavir.

Vi kan nå få vår fjerde proteasehemmer, nelfinavir**,** på registreringsfritak. Viracept, som er salgsnavnet, distribueres i Europa av Roche. Tablettene er på 250 mg og offisiell dosering er 750 mg x 3. Imidlertid viser en studie på konferansen at 1250 mg x 2 virker like bra og jeg tror dette etter hvert vil bli en mer anvendt

- fortsetter på side 15.

Vårmøte NFMM / NFIM 1998

Orientering - påmelding

Vårmøtet til Norsk forening for medisinsk mikrobiologi (NFMM) og Norsk forening for infeksjonsmedisin (NFIM) arrangeres i år av NFMM i **Stavanger 4. - 5. juni.**

Programmet består av tre seksjoner:

1. Nytt om gastrointestinale infeksjoner.
2. Nyere kunnskap om viktige virus. Humane retrovirus. Virale hepatitter.
3. Overvåking av resistente mikrober.

I tillegg blir det anledning til frie foredrag. Forslag med tittel og lengde på foredraget sendes lederen av programkomitéen, avdelingsoverlege Bjørg Marit Andersen. Adr: Avd. for sykdomsforebygging hos risikogrupper, Ullevål sykehus, Kirkevn. 166, 0407 Oslo.

Inger Johanne Samdal Vik
Formann NFMM

PÅMELDING TIL VÅRMØTE NFMM / NFIM

Vårmøtet holdes på Radisson SAS Globetrotter Hotel (tidl. KNA hotellet), Adr: Lagårdsveien 61, 4001 Stavanger, tlf. 51528500. Flybussen stanser ved hotellet og bruker 15-20 min. fra flyplassen.

Møtet begynner kl. 10.00 den 4. juni og avsluttes kl. 15.00 den 5. juni.

Festmiddag torsdag 4. juni med utdeling av årets Scheringpris holdes i Sjøhusene i Stavanger, Nedre Holmegt. 14-20 i Stavanger sentrum. Før middagen vises en minirevy med sykehusets glade damer (SIRkus).

Overnatting koster kr. 795 for enkeltrom, kr. 995 for dobbeltrom. En lunch buffet med kaffe koster kr. 155. Betaling gjøres opp direkte med hotellet under møtet.

Ikke-medlemmer betaler en deltakeravgift på kr. 400. Festmiddag for ledsager koster kr. 450. Betales innen 1. mai til bankgiro 7333.10.24810, giroen merkes "Vårmøte" og adresseres til:

- *Olav B. Natås, Mikrobiologisk avd., Sentralsjukehuset i Rogaland, Postboks 8100, 4003 Stavanger.*

Etternavn: Fornavn:

Adr.: Tlf: Telefax:

Hotellrom	Nei ☐	Ja ☐	natt ons.-tors. ☐	natt tors.-fred. ☐
			enkeltrom ☐	dobbeltrom ☐
Lunch	Nei ☐	Ja ☐	begge dager ☐	en dag ☐
Festmiddag	Nei ☐	Ja ☐	uten ledsager ☐	med ledsager ☐

Elias Bengtsson er død.

En av Nordens mest kjente infeksjons-medisinere, professor Elias Bengtsson døde like etter nyttår.

Han var professor ved Roslagstulls sjukhus i Stockholm der han bygget opp en tropemedisinsk enhet som kom til å bli den ledende i Norden, og mange norske infeksjonsmedisinere har hatt ham som lærer.

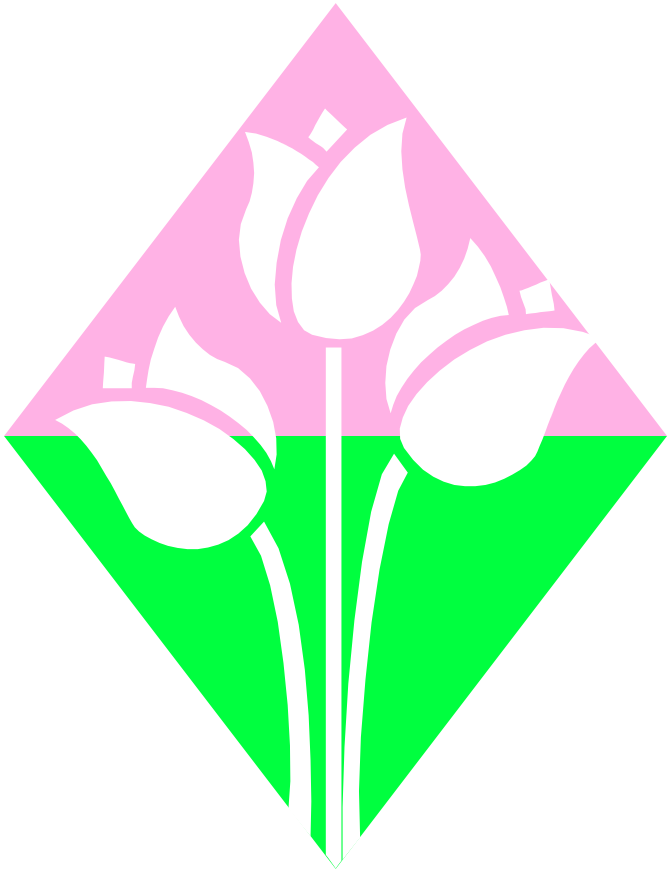
Sin egen utdannelse hadde han fra London School of Tropical Medicine and Hygiene og av interesse for oss norske; han var en av dem som tok initiativ til Armauer Hansen Research Institute i Addis Abeba.

Ved Elias Bengtssons død ble det opprettet et legat i hans navn. På initiativ av professor Bjarne Bjorvatn bidrog NFJM til legatet.

Fra Spesialitetskomiteen for infeksjons-sykdommer

Legeforeningen har utnevnt ny spesialitets-komite for infeksjonssykdommer. Nye medlemmer er Tore Kalager, Bjørg Viggen og Håkon Sjursen mens Per Aksel Aslaksen og undertegnede er overliggere fra forrige komité. Varamenn er Arvid Bjørneklett, Harald Steinum og Øystein Wendelbo.

Den forrige komiteen engasjerte seg i endring i spesialitetsreglene. Komiteen følte at den kliniske utdannelsen ble for kort med 2 år. Dette med tanke på at det er viktig for utdannings-kandidatene å få se flest mulig pasienter under sin utdanningstid, at det er mange støttefag man skal innom i de to årene; hygiene, immunologi, infeksjonspatologi etc.



Vakter på generelle indremedisinske avdelinger, avspasering, fri etter vakt etc. gjør også at den reelle tiden på klinisk avdeling blir kortere enn to år.

Ettersom det ikke aktuelt å forlenge den totale utdanningstiden utover 3 år, fant komiteen at man måtte foreslå en kortere utdanningstid i mikrobiologi og forlenge den kliniske utdannelsen med 1/2 år.

Noen har oppfattet dette som en nedvurdering av den betydning mikrobiologi har for infek-sjonsmedisinere. Det er imidlertid ikke komitéens mening, men den har altså valgt å prioritere den kliniske utdannelsen.

Det viser seg også at i de fleste land det er grunn til å sammenligne seg med, forlanger man ikke mer enn 1/2 år utdannelse i mikrobiologi til spesialiteten i infeksjonssykdommer. Av andre grenspesialiteter er det bare hematologi som forlanger ett års utdannelse i annen hovedspesialitet, i det tilfelle onkologi.

Forslaget har vært til vurdering i Legeforeningen og med 48 mot 45 stemmer ble det vedtatt å sende forslaget tilbake til komiteen for fornyet behandling. Komiteen behandlet forslaget pånytt i møte 12.12.97, og man vedtok enstemmig å sende inn forslaget pånytt.

Komiteen står altså fast ved sitt forslag om å prioritere den kliniske tjenesten på bekostning av mikrobiologi.

Oddbjørn Brubakk.

VIII INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON VIRAL HEPATITIS

Madrid, Spania - januar 1998

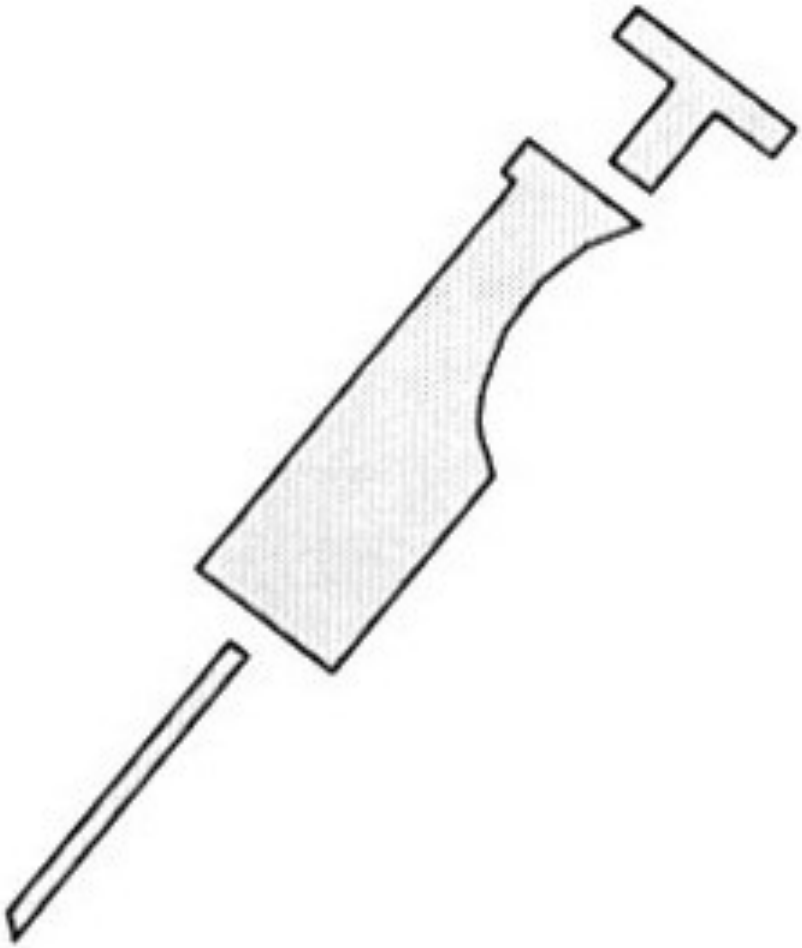
- ET MØTE UTEN DE STORE NYHETER...

Av Bent von der Lippe

De som var kommet for å høre nyeste nytt om proteasehemmere ved viral hepatitt, kom dessvere forgjeves. Dette emne ble overhodet ikke berørt. Imidlertid var det en del interessante data om lamivudine, spesielt brukt pre-og post lever-transplantasion. Av transplanterte levere i USA går 11 % til HBV- og 36 % til HCV-pasienter. Ved langtidsbehandling med HBIG (hepatittB immunglobulin) oppnås 80% overlevelse i 60 måneder. Riktignok utvikles HBV-mutanter under denne behandling, men når HBIG stoppes, reverterer 78 % til sitt opprinnelige HBsAg. Dette er en kostbar og en parenteral behandling. Ved å gi 100 mg lamivudine (og ikke HBIG) daglig 4 uker før og etter transplantasjon oppnådde man i et lite materiale 86 % overlevelse i 40 måneder (5 pasienter hadde HBeAg). Men utvikling av lamivudinresistens er selvsagt et problem og ble i en serie angitt til 13 %. Flere antivirale midler testes nå ut i kliniske forsøk, til dels i kombinasioner med interferon og lamivudine (Lobucavir, Famciclovir, Adefovir, Ganciclovir). Kombinasjonen famciclovir og lamivudine er interessant, også lamivudine + ganciclovir samt kombinasjonen alfa-interferon og lamivudine. Vesentlig er det at nucleosidanaloger (f.eks. lamivudine) kan anvendes trygt ved inkompensert cirrhose. Men mutasjoner/resistensutvikling skjer ved fam-/ og ganciclovir såvel som ved lamivudine. Antisense DNA terapi ved HBV har foreløpig gitt dårlige resultater i dyreforsøk. IL 12 -terapi virker lovende eksperimentelt, sannsynligvis best egnet i kombinasjoner. Det "nye" interferon kalt Consensus interferon (med 30 % homologi med betainterferon) har i preliminær studie ved HCV (over 6 mnd.) ikke gitt bedre resultater enn konvensjonelt alfa-interferon i ekvivalente doser. *Alberti* (Italia) viste 59 % SR (sustained response) hos HCV-pasienter med relapse etter 6 mud.'s IFN terapi, når han rebehandlet i 1 år. Men hos pasienter som under initial IFN-behandling ikke fikk neg. PCR på tross av normal ALAT, fikk han ingen effekt ved fornyet behandling, selv med høyere doser. Kombinasjonsbehandlingen med IFN og ribavirin gir stadig flere viktige data, men fortsatt vil mange pasienter sitte igjen uten respons. Nye potensielt brukbare midler ved HCV ble ikke lansert på dette møte.

****

ZENECA



En samarbeidspartner også på antibiotika

SPENNEDE FORELESNING...

Torsdag 7. mai kl. 1500 i auditoriet,
Laboratoriebygningen, Ullevål sykehus:

Stephen E. Straus, Chief of Laboratory of Clinical Investigation,
National Institute of Allergy and Infectious Diseases, Bethesda, USA
vil forelese over emnet

"Autoimmune Lymphoproliferative Syndrome: An inherited Disorder of Lymphocyte Apotosis".

Syndromet forekommer hos barn. Pasientene får massiv, kronisk ikke-malign lymfeknutesvulst, og multiple antistoff-medierte autoimmune problemer, inkludert hemolytisk anemi og ITP.

Bjørn Myrvang

E - post adresser pr. 15/4-98

Listen blir jo LITT større for hver gang. Målet er en fullskrevet side ved utgangen av året! Denne gangen har vi fått rettet et par beklagelige feil som raskt ble påpekt av dem det gjaldt - nettopp pr. E-post.

Hvor nyttig denne kommunikasjonsmåten er, kan vel alle underskrive som bruker den. Så - skaff deg E-post du også, privat eller på jobb!

Tore Abrahamsen	Barneavd., Rikshospitalet	Tore.Abrahamsen@rh.uio.no
Johan Bakken	The Duluth Clinic, Duluth, Minn.	bakkenj@smdc.org (arb.) jbakken1@d.umn.edu (priv.)
Oona Dunlop	Inf.avd., Ullevål sykehus	o.b.dunlop@ioks.uio.no
Knut Fredriksen	Anestesiavd., RiTø	kfredri@online.no
Svein G. Gundersen	Inf.avd., Ullevål sykehus	s.g.gundersen@ioks.uio.no
Stig Harthug	Avd. for sykehushygiene, Haukeland sh.	Stig.Harthug@hyg.haukeland.no
Reidar Hjetland	Mikrobiologisk avd., SSH i S & Fj.	reidar.hjetland@vestdata.no
Jon Birger Haug	Med. avd., Sykehuset Østfold	jbhaug@online.no
Berit Hovig	Bakt. institutt, Rikshospitalet	berit.hovig@labmed.uio.no
Eyrun F. Kjetland	Inf.avd., Ullevål sykehus	eyrun.kjetland@ioks.uio.no
Ulf E. Kongsgaard,	Anestesi/intensivavd., Radiumhospitalet	u.e.kongsgaard@klinmed.uio.no
Nina Langeland	Med. avd. B, Haukeland sykehus	nina.langeland@med.haukeland.no
Lars Holst Larsen	Med. avd., Fylkessh. i Haugesund	lholstla@sn.no
Arild Mæland	Infeksjonsmed. avd., Ullevål sykehus	Arild.Maeland@ulleval.no
Svein A. Nordbø	Avd. for mikrobiologi, RiT	Svein.A.Nordbo@unigen.ntnu.no
Vidar Ormaasen	Inf.avd., Ullevål sykehus	vormaase@online.no
Signe Holta Ringertz	Bakteriologisk lab., Aker sykehus	s.h.ringertz@ioks.uio.no
Aksel Schreiner	Med. avd. B, Haukeland sykehus	aksel.h.schreiner@hspost.no
Haakon Sjursen	Med. avd. B, Haukeland sykehus	Haakon.Sjursen@med.haukeland.no
Arnfinn Sundsfjord	Mikrobiologisk avd. RiTø	arnfinns@fagmed.uit.no
Yngvar Tveten	Telelab, Skien	yngvar.tveten@telelab.no

Norsk om svensk infeksjonsmedisin og mikrobiologi

Av Arild Løvestad

Forfatteren er nordmann med 26 år bak seg som infeksjonsmedisiner og klinisk mikrobiolog i Sverige. På redaksjonens oppfordring gir han en sammenfatning av forholdene i vårt naboland når det gjelder disse spesialitetene.

Arild har arbeidet som overlege ved infeksjonsklinikken og mikrobiologen i Eskilstuna, utdannet seg som mikrobiolog ved regionsjukhuset i Örebro, og har også studieopphold fra Tyskland bak seg. Han har det siste året arbeidet i Norge, nærmere bestemt som overlege ved mikrobiologisk avdeling i Fredrikstad.

Økonomi

Dei siste tiåra hadde helsesektoren i Sverige stendig fått større resursar då velkjende økonomisk problem melde seg i sluten av 80-åra. Arbeidsløyse har sidan gjett minkande skatteinntekter og mindre offentlege ressursar. Dessutan har dei relative kostnadene for helseteneste i Sverige gått ned frå 9,6% av nasionalproduktet i 1983 til 7,5% i 1995. Forutan Irland er Sverige det einaste landet i OECD-området som har hatt ei liknande utvikling av tilhøvet mellom kostnader for helseteneste og nasjonal-budsiett.

Som i mange andre land har primær helseteneste fått prioritet. I åra 1987 - 1996 vart sengetal på sjukehusa redusert frå 107 000 til 38 000. Av desse gikk ca. 55 000 sengeplassar for somatisk langtidssjuke i åra 1992 - 1994 over til kommunane i samband med Äldre-delegation-reformen. (Ädel). Stigande gjennom-snittsalder stiller også større krav til helsevesenet.

Organisasjon

I Sverige har landstinget ansvaret for organisering av all helseteneste, også primærhelsetenesta. I Noreg har kommunane ansvaret for denne.

I dette systemet får landstingspolitikarane ei dobbeltrolle. På den eine sida er dei eksponentar for dei krava veljarane har på bra helseteneste. På den andre sida skal dei sjølve stå som produsentar av den helsetenesta dei har til oppgåve å krevja. Ansvaret for både institusionsbunden og primær helseteneste har dessutan giett landstinga så godt som kjøparmonopol på "helsemarknaden".

Endringar i organisasjon og finansiering av helsetenester

I Stockholm vart landstinget delt i 9 helsedistrikt med lokal politisk styring. Meininga var å skapa klarare ansvarstilhøve og å redusera kostnadene. I tillegg til å garantera for pengar til forsking og

undervisning, gjorde politikarane under mottoet "Köp och sälj" lokale avtalar om volum og kvalitet med ymse "produsentar" av helsetenester. I konkurranse med andre "produsentar" skulle i prinsipp helsetenester "produserast" av eigne foretak som sjølve stod for driftskostnadene. Såleis forsvann alle frie servicetenester or helsesektoren. Laboratorietenester og liknande skulle kjøpast frå sjølvfinansierte produsentar.

På sjukehusa skulle prestasionserstatning betra på produktiviteten. Kirurgiske avdelingar skulle ta betalt via eit DRG-system (Diagnostic Related Groups) og laboratoriedrift skulle finansierast via stykkpris.

Nye finansieringsformer gav økonomisk incitament og førte på grunn av overtids-og helgearbeid i 1992 til større produksjonsauke enn kalkulert. Operasjonskøane vart drastisk reduserte. Dette gav i sin tur større kostnader, og difor vart politikarane i 1993 og 1994 tvungne til å setja rammar for økonomisk stimulans og kvantitetsauke.

Fra Bjartveit "Håndbok i tuberkulosekontroll" Statens helsetilsyn IK-2551

Infeksjonsmedisin

Til skilnad frå dei fleste andre land, som har infeksjonsmedisin som indremedisinsk subspesialitet, er dette eige fagområde i Sverige. Infeksjonsmedisinarane har obligat sideutdanning i indremedisin, pediatri og mikrobiologi med 6 månader i kvar spesialitet. Få av dagens svenske infeksjonslækjarar har indremedisinsk spesialistkompetanse og er ikkje med i bakvaktsystemet på indremedisinske klinikkar.

Rigorøs handheving av ei streng smittevernlov har støtta spesialiteten infeksjonssjukdomar. Kvart landsting har eigen infeksjonsklinikk; altså ein på kvart sentralsjukehus. Infeksjonsklinikkane sluta ekspandera under siste halvparten av 70-talet. Infeksionssjukdomar såg då ut til å spela mindre og mindre rolle. Til dømes sluta Sverige då med obligatorisk BCG-vaksinering. Likevel gav politikarane infeksjonsspesialiteten og dermed infeksjonsklinikkane ressurstilskot utover i 80-åra. Ei viktig årsak var massemediale informasjonskampanjar om faren for ein komande Aids-epidemi. Då det seinare synte seg at HIV/AIDS aldri vart nokon folkesjukdom i Sverige, kunne ein ikkje lenger halda så mange sengeplassar reserverte for infeksjonspasientar.

I 1987 disponerte landets infeksjonsklinikkar 1 522 plassar. Fram til 1996 vart talet på sengeplassar på infeksjonsklinikkane redusert med meir enn 40%, og Ädel-reformen kan neppe ha medverka til dette. Derfor ligg infekterte pasientar no i større grad enn tidlegare på andre avdelingar for somatiske sjukdomar. Frå å vera spesialklinikkar for infeksjonssjukdomar vert dagens infeksjonsklinikkar heller isoleringshus for pasientar som Iyt isolerast på grunn av infeksjon/ infeksjonsrisk. Paradoksalt nok har denne nedtrappinga komi i ei tid då smittsame siukdomar og multiresistente bakteriar på verdsbasis spelar ei stendig større rolle.

Det kan sjå ut som om infeksjonsklinikkane i Sverige med tida kjem til å reduserast til infeksjonsavdelingar på indremedisinske klinikkar. Dermed vert dei svenske infeksjonslækjarane meir og meir dregne inn i indremedisinske rutinar og vaktsystem, og dette kjem til å skjerpa krava på indremedisinske kunnskapar hos dei. Det er difor ikkje urimeleg å tru att også svensk infeksjonsmedisin med tida vert ein indremedisinsk subspesialitet om nedrustinga av infeksjonsklinikkane held fram.

Klinisk mikrobiologi

På grunn av ynskje om klarare arbeidstilhøve med avgrensing av oppgåvene og lågare prisar, driv fleire landsting no sine laboratorium som eigne føretak - såkalla "kostnadsställen". Andre landsting har gjort laboratoria om til aksjeselskap. Landstinget kan då anten stå som eigar av alle aksjane eller legga ansvaret for heile den laboratoriemedisinske verksemda i private hender.

Avtalar om prestasjons-og stykkpriserstatning skal fremja konkurransen mellom ulike landstings-

- fortsetter på side 22.

Zovirax®

(acyklovir)

Glaxo Wellcome
Postboks 4312, Torshov
0402 Oslo

Tlf: 22 15 19 45 **Fax:** 22 15 67 61

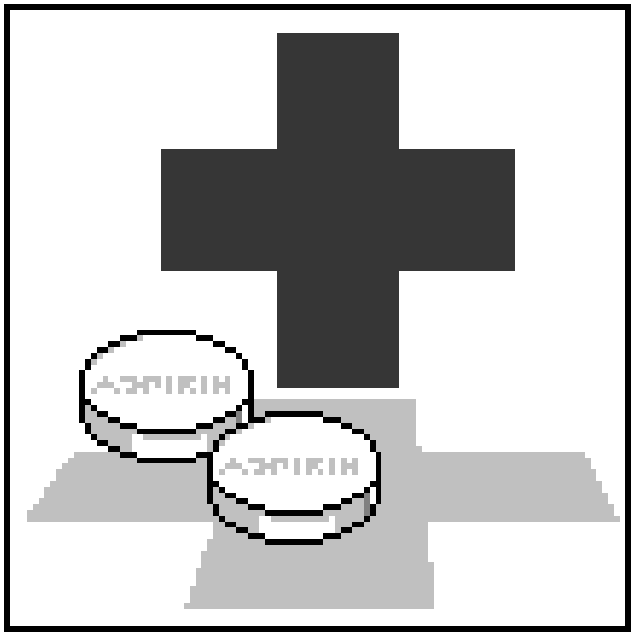
- *fortsetter fra side 5.*

dosering. Nelfinavir anbefales tatt med mat.

Redningsterapi, fins det ? Det er nok fortsatt slik at hvis en pasient ikke tolererer en kombinasjon, kan vi nok finne frem til en annen kombinasjon pasienten kan trives med. Men når RNA-nivået øker på en trippelkombinasjon, har vi ingen sikre måter å få det ned igjen på, dessverre. Den gamle regelen om å skifte mest mulig fortest mulig gjelder fortsatt. Og tre medikamenter er ikke nødvendigvis noen øvre grense. Men dessverre: fortsatt ingen etablerte livbøyer å kaste ut. Non-nukleosidanaloge revers transkriptasehemmere har vi brukt lite av i Europa, det er mulig vi må inkludere disse i våre redningsforsøk. Nevirapine "Viramune" fra Boehringer-Ingelheim) gjorde det bra i ett opplegg med indinavir og to nukleosidanaloger. Men ingen av disse hadde fått ritonavir eller indinavir tidligere. Opplegg med to proteasehemmere sammen med nukleosidanaloger kan også prøves. Det er fortsatt kombinasjonen av ritonavir 400 mg x 2 og saquinavir 400 mg x 2 som er best etablert, men nelfinavir synes også å kunne kombineres med en av de to førstnevnte proteasehemmerne.

Initial induksjonsterapi etterfulgt av mindre aggressiv vedlikeholdsbehandling virker rasjonelt. Det må være lettere å holde nede et virus som allerede er slått ned enn å slå ned en hissig replikerende utgave. Men dessverre synes det som det må trippelterapi til for fortsatt å supprimere det som er slått ned av trippelterapi. I en fransk studie fant man blant pasienter som var under 500 RNA-kopier etter 3 måneders zidovudin + lamivudin + indinavir at å seponere indinavir ga 38 % tilbakefall til over 500 kopier 6 måneder senere og å seponere lamivudin ga 24 % tilbakefall, mens å fortsette trippel uendret ga 10 % tilbakefall innen et halvt år. Amerikanerne var i ACTG 343 enda mer forsiktige, de randomiserte pasienter som var under 200 RNA-kopier ved 16, 20 og 24 uker etter start med samme trippel som nevnt ovenfor. De som deretter kun fikk indinavir monoterapi eller dobbelterapi med zidovudin og lamivudin hadde 23 % tilbakefall, mens de som fortsatte med trippel kun hadde 3 % svikt. Og initial god CD4 økning ga faktisk økt risiko for svikt !

Begynner du å miste oversikten over alle HIV-medikamentene ? Fortvil ikke ennå - det blir verre! Neste middel som sannsynligvis blir godkjent av FDA er efavirenz, en non-nukleosidanalog transkriptasehemmer som DuPontMerck har gitt navnet "Sustiva". 200 mg en gang daglig ga i dobbelkombinasjon med indinavir etter 60 uker suppresjon under 400 RNA-kopier hos 91 % av pasientene. Det synes jeg høres bra ut. Andre midler på gang er GlaxoWellcome's nye nukleosidanalog 1592U89 som skal hete abacavir og GW's proteasehemmer 141W94 som er døpt amprenavir. Men resultater fra større studier har vi ennå ikke for disse medikamentene.



Hydroxyurea er ikke noe nytt middel - det har vært gitt i årevis til leukemipasienter. Gitt sammen med nukeosidanaloger gir det en moderat økt antiviral effekt. Det som bringer det frem i Aften- og pest-Posten er rapporter om at man hos enkelte pasienter ikke finner tegn til viral aktivitet også etter seponering av behandlingen. Vila et al meldte i Lancet 30.8.97 om to pasienter med lav virusaktivitet som fra 3 mnd og 1 år etter infeksjonstidspunkt ble behandlet med didanosin 200 x 2 og hydroxyurea 500 mg x 2 i ett år. Ett år etter seponering kunne man ikke påvise virusreplikasjon. I Chicago ble det fra en annen gruppe meldt om en pasient som ble behandlet tidlig under primærinfeksjon og hvor man heller ikke fant tegn til virusreplikasjon ett år etter seponering av terapi. Det man kan spekulere på er om hydroyurea som er et cytostatikum tar livet av de rette cellene, dvs. de som

- fortsetter på side 17.

D I K T S P A L T E N

VÅR - VON

Det var ein kveld medan tankane sveiv,
-so vida ikring dei fuglane fer-,
at ute i skogen eg gjekk og dreiv.
Det var no so fagert og fint eit vêr.
Himlen han kvelvde seg klår og rein,
og våren lo ifrå kvar den grein:
"Du Per, du Per,
-å hei og hopp! Og er du no der!
Og kjenner du ikkje i kveld, i kveld,
at livet det er no det likaste lell?"

Og alle dei blomar og grøne strå
eg såg, kvar helst eg so gjekk og fór,
dei rudde seg rom so hugheilt, dei små,
imellom lauvet som fall i fjor;
dei keik, og dei nikka.-eg tykte,eg,
det var som ville dei seia til meg:
"Du Per, du Per, titt, titt! Titt, titt!-
og er du no der!
Og kjenner du inkje i kveld, i kveld,
at livet, det er no det likaste lell?"

Og vinden han vifta so ender og gong,
alt medan soli i vester seig.
Og gauken han gol, og sysvorti song,
og lerka ho tralla, imedan ho steig.
Og som eg då gjekk der og rusla so smått,
eg tykte eg skjøna deim alle so godt:
"Du Per, du Per,
-ku ku! kvivit! Tilleti!- er du no der!
Og kjenner du ikkje i kveld, i kveld,
at livet, det er no det likaste lell?"

- So anda eg ut av min barm so sår
den daude-dumba i djupe drag.
Eg drakk av den lufti so frisk og klår,
og klinka med livet som lever i dag.
Eg nikka til lauv og til gras og til blom,
eg tralla åt fuglo, so lunden gav ljom:
"Han Per, han Per
-å hei! hurra! Tralala!- han er her!
Og det kan han kjenna i kveld, i kveld,
at livet, det er no det likaste lell!"

" GØYM MEG, MOR! "

Småguten kviler ved mor sin barm,
der er han so trygg og held seg so varm.
Og sidan han leikar på golv og tun.
-So byrjar tora å slå over brun,
og redsla kryp han nedover rygg.
Då spring han til mor og vil kjenna seg trygg:
"Mor, mor, gøym meg mor!"

Og menneskja vandra so vida ikring,
og kvar ho so gjeng, ja, so gjeng ho i ring.
Og når ho so eingong for ålvor vert trøytt,
og allting er freista og allting er nøytt,
so ligg ho og maurar og veit ikkje meir
enn berre ei leiting som fugl til sitt reir:
"Mor, mor, gøym meg, jord!"

Og eg var eit barn, og eg vart ein mann,
og mykje eg vona, og lite eg vann.
Eg vanka og flutte på villande fot,
og jamnast so bar meg no vegen imot,.
Og no er eg trøytt, og eg stundar til natt,
og berre eit einaste sukk hev eg att:
"Mor, mor, gøym meg, jord!"

*For dei fleste av oss er **Per Sivles (1857-1904)** namn uløyseleg knytta til klassikarar som "Berre ein hund", «Den fyrste song», for ikkje å nemne "Tord Foleson".*
Per Sivle var født i Flåm i Aurland.Mora døydde då han var liten og han vaks opp på Vossestrand, nær Stalheim og den vakre Nærøydalen.Han gjekk på folkehøgskole i Sogndal og prøvde å ta artium i Kristiania. Men på den tid hadde hans livlange plage med hovudverk tatt til. Han lindra den med alkohol, noko som naturleg førte til ei uryddig livførsel. Han blei kjent for sine kampdikt med historisk innhald; "Det er det store, og det er det glupe, at merket det stend om beraren stupe",- og dikta hans fekk verde for den fridomskampen Norge var inne i dei åra. Han kunne skrive humoristisk, som i "Vossa Stubba", og han tok oftast part for arbeidarane som han såg hadde usle kår.

Ikkje ofte var dikta hans personlege, men i dei to dikta vi har med her får vi inntrykk av dei indre kreftene som heile livet hans bar preg av. "Vår-von" er for visst eit VÅRDIKT. Men som far til Jon Eikemo sa da dei to hadde høyrt ei "våryr" opplesing på NRK: "Hugs på Jon,- dan kvelden hadde han Per med seg børatoget i skogen". Så vert diktet ein indre kamp for å overtyde seg sjølv om kva som har størst verde; livet eller døden. Han gjorde seg mange tankar om døden,-og lengta etter den når mangt gjekk han i mot. "Gøym meg mor" blei prenta etter at han skaut seg i 1904,- etter at hovudverken og motgang hadde plaga han gjennom heile livet. Han følte seg utbrent, Stortinget hadde tatt frå han diktar- gasjen og den konservative pressa hadde håna han for målet.
-Men for mange av oss; Per Sivle var ein av dei største, stoltaste, varaste og varmaste diktarar dette landet har fostra. ***LES MEIR!!!***

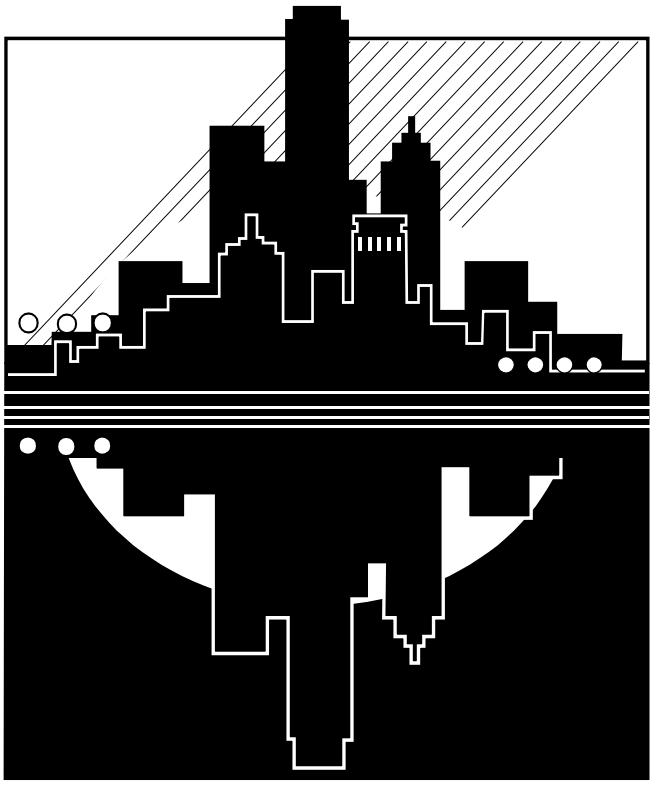
- fortsetter fra side 15.

huser hvilende HIV og at det dermed ikke er igjen noe replikasjonsdyktig HIV når den antivirale terapi seponeres. Ingen av autoritetene tør s noe særlig om dette så her er det tillatt å tenke selv.

HIV-epidemien i USA skifter karakter: Før var rike hvite menn en viktig gruppe, nå er sorte fattige kvinner; en stor gruppe. En tredjedel av nye tilfeller er kvinner, halvparten av alle er heteroseksuelt smittet, to tredjedeler er blant minoriteter. Det regnes med over 600 000 AIDS-tilfeller i USA nå; i første halvår 96 ble det meldt ca. 21 000, i første halvår 97 ble det meldt 12000. Økningen i dødsfall kulminerte allerede i 1995.

Man bør også merke seg hva det ikke snakkes om på konferanser; opportunistiske infeksjoner var det svært lite om, i hele Frankrike var det angivelig 9 nye CMV-retinitter i 1997. Resistens-assosierte mutasjoner har ennå ikke vist seg praktisk nyttig ved valg av antiviral terapi. Men det er mulig dette endres når vi etterhvert får flere midler å velge blant. Protesehemmerne kan gi uskjønn fettfordeling så som "Buffalo hump" og "Moon face" Blant 72 pasienter på proteasehemmerterapi ble det funnet "Protease paunch" hos 5, oftest eldre pasienter, disse hadde gjennomsnittlig fått terapi i halvannet år.

Og hvis du ikke har skjønt at bygging av skyskrapere er en kunstart, reis til Chicago!



NORSK SYSTEM FOR OVERVÅKING AV ANTIBIOTIKARESISTENS

Mikrobiell resistens mot antimikrobielle midler har blitt et stort problem i mange land. Selv om forholdene i Norge ikke er spesielt urovekkende på dette området, har vi de siste årene sett infeksjoner forårsaket av uvanlig resistente bakterier. Resistensproblemer og antibiotikabruk har fått stor offentlig oppmerksomhet. Helsemyndighetene erkjenner at faren for resistensutvikling og resistensproblemer er folkehelseproblemer. Helse- og sosialdepartementet har derfor tatt initiativ til å bygge opp et bedre overvåkingssystem for antibiotikaresistens i Norge. Statens institutt for folkehelse utarbeidet høsten 1997 et utkast til overvåkingssystem kalt NORM. Samtidig hadde Statens helsetilsyn etablert en arbeidsgruppe med representanter fra regionsykehusene og AFA (arbeidsgruppen for antibiotikaspørsmål). Disse initiativene smeltet i januar sammen og ble supplert med representanter fra noen av fylkeslaboratoriene i medisinsk mikrobiologi. Det er nå etablert 3 underutvalg som har fått i oppdrag å beskrive ulike deler av systemet. Planen er at denne utredningen skal være ferdig i løpet av inneværende år.

Gruppe 1 er ledet av Martin Steinbakk og skal ta for seg hvilke type overvåking som skal etableres, hvilke bakterier som skal inngå i systemet, hvilke antibiotika som skal inngå og hvilke tekniske krav som skal stilles.

Gruppe 2 er ledet av Stig Harthug og skal ta for seg datainnsamling, oversendelse av data, krav til database og kommunikasjon.

Gruppe 3 er ledet av Lars Vorland og skal komme med forslag til hvilke rapporter som skal utarbeides, hvordan disse skal distribueres og hvordan tilgangen til forskningsdata skal reguleres.

Folkehelsa har sekretariatsfunksjonen for utredningen og kontaktperson der er Preben Aavitsland.

Stig Harthug

INFEKSJONSFORUM NORD-NORGE TROMSØ, 6. -7. MARS 1998

Av Kjell H. Pedersen og Dag Halvorsen

Deltakelsen var ikke den største denne gang, muligens kan dette ha sammenheng med skolenes vinterferie.

Hovedtema på møtets **1. dag** hadde overskriften:

ATHEROSCLEROSE -EN INFEKSJONSSYKDOM?

Professor *Sigurd Lindal*, patologisk avdeling RiTø tok for seg utviklingen av atheromatøse plakk fra fatty streaks til det forkalkede plakk. Når det gjaldt risikofaktorer fra atherosclerose kom infeksjon nederst på listen over ellers velkjente risikofaktorer. Fra in vitroforsøket vet man at makrofagstimulering fører til interleukinfrisetting, som igjen fører til proliferasjon av fibroblaster. Dette kunne være en mulig mekanisme for infeksjon som årsak til atherosclerose. Sigurd Lindal konkluderte sitt foredrag med at infeksjon kan være mulig risikofaktor, men neppe grunnleggende årsak.

Dr. *Kaare Bønaa*, UiT, redegjorde for de epidemiologiske aspekter**.** Som kjent er dødeligheten av coronar sykdom på vei ned de siste år, spesielt hos menn i alderen 50 -59 år. I Tromsø-undersøkelsen fant man i tillegg til de kjente risikofaktorer for coronar sykdom at nivået av homocystein er en egen risikofaktor. Under diskusjonen etter foredraget kom det frem at man kanskje burde undersøke sera fra pasienter fra Tromsø-undersøkelsen med henblikk på ev. infeksiøs agens relatert til "coronary events".

Professor *Bjarne Østerud*, UIT, tok så for seg atherosclerosens patogenese. Man mener nå at LDL blir oksydert etter at det har diffundert inn i intima. Han poengterte viktigheten av at kollagen blir frigjort ved ruptur av plakk, og dette fører da til aktivering av tromboplastin. Ved utvikling av atherosclerose kommer det til en dysfunksjon i endothelet med nedsatt nitrogenoksydfrisetting, som fører til økt plateadhesjon. Videre foreligger det mangel på trombomodulin og det er også nedsatt fibrinolytisk aktivitet med nedsatt TPA samt øket frisetting av PAI-1. Professor Østerud tok så for seg Helicobacter pylori som mulig agens i utviklingen av det atheromatøse plakk, idet det er kjent at Helicobacter pylori kan øke reaktiviteten til makrofager. Det er kjent at en øket reaktivitet i makrofagene gir tendens til hjerte/kar-sykdom iflg. Østerud.

Ass.lege *Dag Halvorsen*, f.t. mikrobiologisk avd., RiTø, hadde som tittel på sitt foredrag: Chlamydia pneumoniae og atherosclerose -passasjer eller årsak?

Han hadde en kort beskrivelse av bakterien samt diagnostikk som hovedsakelig er serologisk og man bruker vanligvis i dag en mikroimmun-fluoresens-metode med fortynningsrekker. Man har mulighet til å bestemme både IgM, IgA og IgG. Momenter som taler for etablering av Chlamydia pneumoniae i karvegg: Sirkulerende LPS-komplekser fra Chlamydia pneumoniae er sett hos menneske.Elektronmikroskopi har påvist elementærlegemer i atheromatøse plakks. Chlamydia pneumoniae DNA er påvist ved hjelp av PCR i atheromatøse plakk hos noen coronar-pasienter. Ikke funnet i normalt endothel. I Finnland her man ved å reinfisere kaniner med Chlamydia pneumoniae kunnet gjenfinne denne mikroben i aortaendothel.

In vitro her man kunnet infisere atheromatøse plakks med Chlamydia pneumoniae. Dr. Dag Halvorsen konkluderte med å si at man i dag ikke vet om Chlamydia pneumoniae er deltaker i den initiale prosess ved atherosclerose eller om mikroben er en tilfeldig passasjer.

Professor *Knut Rasmussen*, cardiologisk seksjon, RiTø, hadde da sett på det som foreligger av kliniske studier når det gjelder Chlamydia pneumoniae atherosclerose.

Han åpnet sitt foredrag med å si at William Osler allerede i 1902 hadde sagt at infeksjon kunne være årsak til atherosclerose. Det foreligger 2 seroepidemiologiske studier, nemlig Helsinki heart-study og Thons studie fra Seattle, som er en angiografistudie. I Helsinki heart-study som ble utført i tidsrommet 1980 -1987 hadde man 4000 pasienter, hvorav 140 utviklet såkalte coronare hendelser, og fra disse pasientene hadde man 103 sera. Man hadde matchede kontroller og fant en noe varierende odds-ratio, alt etter hvilket antistoff man målte. For IgA var odds-ratio 2,4. Thons studie fra Seattle hadde et mindre pasient materiale, nemlig 111 pasienter med positiv coroner angio og en kontrollgruppe som ikke var angiografert. Man fant der en odds-ratio på 2,6 ved positiv Chlamydia pneumoniae-serologi med henblikk på utvikling av coronary events, for røkere og post Chlamydia serologi var odds-ratio 3,5, mens den for ikke-røkere var <1! Ut fra denne studier kan det altså se ut som om røyking er en forutsetning for at Chlamydia pneumoniae skulle gi coronar sykdom. Materialet er som sagt svært lite og kontrollgruppen ble som ovenfor anført ikke angiografert. Det foreligger 2 studier hvor man her gjort terapiforsøk, det ene er Roxes pilotstudie fra Argentina hvorav 102 pasienter av en gruppe på 202 pasienter med ustabil angina pectoris/non Q-infarkt ble behandlet med roxitromycin i 30 dager, de resterende 100 pasienter med placebo. Man så da på events som coronar ischemi, myokard infarkt og død, og fant da færre tilfeller av coronar ischemi samt myokard infarkt og død i behandlingsgruppen. Gupta i London her gjort terapiforsøk med azitromycin. Pasientgrunnlaget var 220 pasienter i en post infarkt klinikk, hvorav 213 var med i studier, 59 var Chlamydia pneumoniae negative, 44 pasienter hadde et såkalt intermediært titer, mens 80 pasienter hadde et sikkert forhøyet titer. De 80 pasienten som var signifikant positive for Chlamydia pneumoniae fikk da behandling med azitromycin, dog i noe varierende lengde. Det var færre events i behandlingsgruppen.

Professor Rasmussen poengterte at studiene er små og dårlig designet. Rasmussen mente at det er ingen vei utenom store prospektive terapiforsøk. Til slutt uttrykte hen en cardiologs skepsis: Kan atherosclerose gjøre pasienten mer følsom for Chlamydia pneumoniae-infeksjon? Kan årsaker til atherosclerose gjøre personer mer følsomme for Chlamydia pneumoniae-angrep (røyking, livsstil osv.). "Chlamydia pneumoniae angriper lokalt, atherosclerosen er regional". Atherosclerose utvikles jevnt og gradvis. Konklusjonen til professor Rasmussen var at Chlamydia pneumoniae foreløpig er en innocent bystander inntil det motsatte er bevist.

Professor *Terje Tråvik*, UIT, tok for seg temaet Cytomegalovirus - medvirkning til restenosering av venegrafts? De fleste av oss er infisert med CMV i voksen alder. De fleste us. er gjort med serologiske metoder med henblikk på ev. atheroscleroseutvikling. Molekylær biologisk us. hos menneske har vist deler av virus i plakks. CMV-DNA er funnet i muskelceller i karveggen. Det er påvist at CMV-protein IE 84 kan inhibiere P 53 tumorsupressorprotein, som kunne tenkes gi øket proliferasjon av glatte muskelceller og også hindre apotosen. CMV gir vanligvis ikke cytopatogen effekt, men hvis cellene utsettes for oksydative prosesser kan CMV gi cytopatogen effekt. Professor Tråvik konkluderte med at det foreløpig bare er indisier på at CMV kan gi stenoser og at det kun foreligger in vitro modeller. Professor Tråvik poengterte at man i studier hittil kun har sett på ett agens, han foreslo at man i fremtidige studier så på flere agens. Andre kandidater kan være Coxsackie-virus, BK-virus, ev. andre herpesvirus.

Siste foredragsholder 1. dag av infeksjonsforumet var overlege *Jan Bacher Christensen*, infeksjonsmedisinsk seksjon, med.avd., RiTø, som snakket om oppfølging av HIV-positive pasienter. Han kom inn på nye diagnostiske muligheter ved måling av viralt RNA i plasma og hadde en grei gjennomgang av de forskjellige revers-transskriptaseinhibitorer samt de nye protease-inhibitorer. Man hadde så langt god erfaring med spesifikk antiviral terapi ved infeksjonsseksjonen, RiTø, og de fleste syntes å tolerere behandiingen godt, og det var rimelig

Innlegg i pest-POSTEN - fra kolleger, til kolleger!

god compliance. Han presenterte til slutt 4 kasus.

Forumsmøtets **2. dag** ble innledet av ass.lege *Dag S. Halvorsen* som holdt en fin oversikt over resistensforholdene i allmennpraksis i Troms og Finnmark samt RiTø basert på laboratorieisolater ved mikrobiologisk avdeling, RiTø.

Gule stafylokokker: 70 -80% av isolatene fra RiTø og allmennpraksis er betalaktamase-produserende, dvs. resistent mot vanlig penicillin. Det ble registrert i alt 5 sporadiske tilfeller av meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA) som er resistent mot alle betalaktamantibiotika. Alle ble registrert i prøven fra allmenpraksis.

Hvite stafylokokker: Penicillinresistensen her ligger på ca 90% av isolatene ved RiTø. Forekomsten av meticillinresistens er hele 70%. Videre er det en relativt høy forekomst av resistens mot aminoglykosider, clindamycin, kvinoloner ved enkelte avdelinger.

E. coli urinveisisolater**:** E. coli utgjør vel 80% av de urinveispatogene isolater i allmennpraksis i Troms og Finnmark. Der er forekomst av ampicillinresistens på ca 20%, trimetoprim-resistens ca 17-18%, og sulfaresistens ca 20-25%. Forekomsten av denne type resistens på urinveispatogene E. coli på RiTø, er ca 2-3% høyere i forhold til allmennpraksis for de samme preparatene.

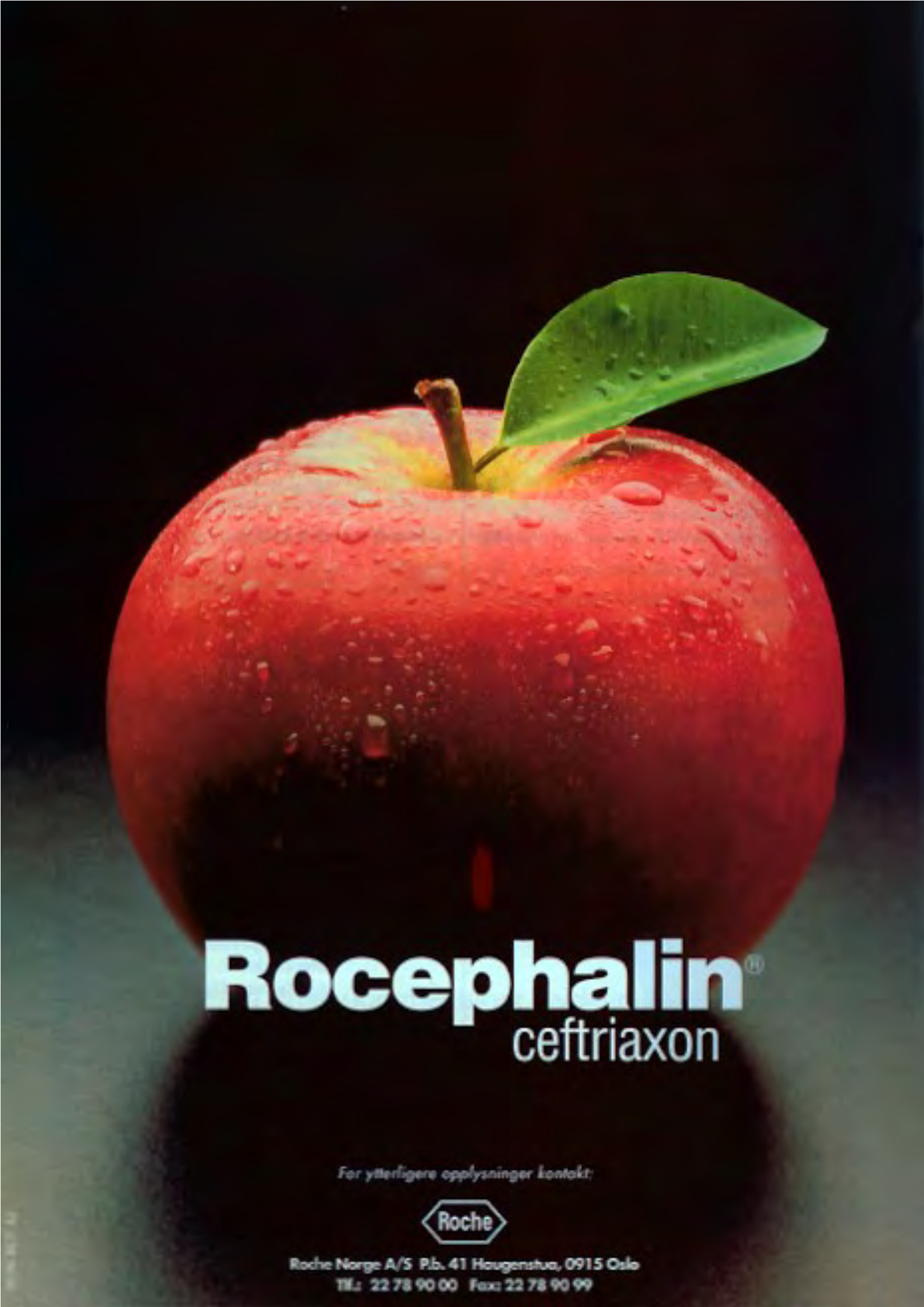
Luftveispatogene bakterier: Det er rapportert en forekomst av penicillinresistens hos Moraxella catarrhalis på ca 70%, Haemophilis influenzae ca 11%. Noen sporadiske tilfeller (N = 3) av pneumokokker med nedsatt følsomhet for penicillin. Som ellers er det ikke rapportert forekomst av gruppe A streptokokker med nedsatt følsomhet for penicillin.

Generelt for antibiotikaresistensutviklingen for tall basert på 1994, 1995 og 1996 synes der ikke å være noe signifikant økning av antibiotikaresistens hos urinveispatogene E. coli og luftveispatogene bakterier, samt gule stafylokokker. Det har vært noe økning av meticillinresistens hos hvite stafylokokker på RiTø. Vi må fortsatt være oppmerksom på sporadiske og importerte tilfeller av MRSA.

Neste tema var Smittevern i helseinstitusjoner ved *Andreas Skulberg*, spesiallege ved Statens helsetilsyn og *Ørjan Olsvik*, professor ved Avdeling for medisinsk mikrobiologi, Universitetet i Tromsø

Med utgangspunkt i 3 interessante kasuistikker ble forsamlingen delt i 3 grupper med

- fortsetter på side 23.

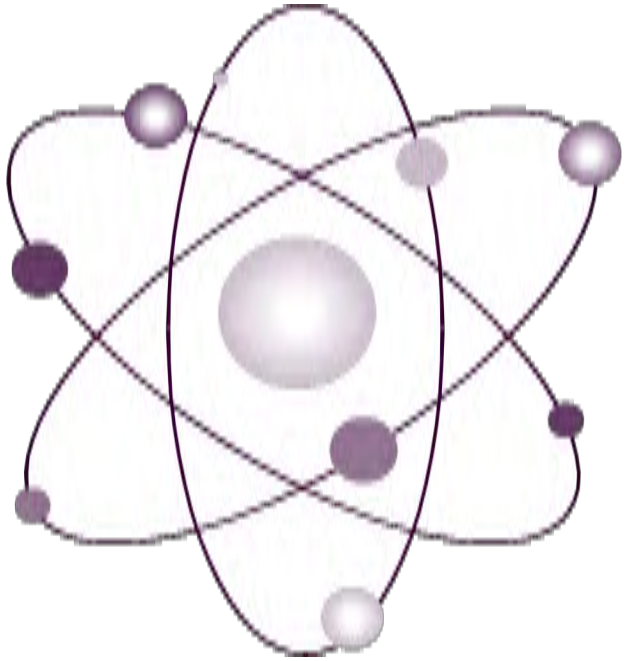

Rocephalin®
ceftriaxon
For ytterligere opplysninger kontakt:
Roche
Roche Norge A/S P.b. 41 Haugenstua, 0915 Oslo
Tlf.: 22 78 90 00 Fax: 22 78 90 99

- fortsetter fra side 13.

laboratorium. Trass i at EØS freistar å regulera konkurransetilhøva mellom offentlege og private føretak, skal avtalane fremja slik konkurranse.

Kvalitetstrygging av medisinsk mikrobiologi

Spesialiteten medisinsk mikrobiologi er i Sverige kløyvd i klinisk bakteriologi og klinisk virologi. Trass i at dei mikrobiologiske sjukehuslaboratoria i mange år har utført virologiske undersøkingar (til dømes HIV-screening, snøggvirusdiagnostikk



og hepatittserologi), er lækjarane på dei mikrobiologiske laboratoria ved landets sentralsjukehus som oftast kliniske bakteriologar.

Som kunde kan eit landsting krevja ein viss kvalitet på laboratorieundersøkingane dei kjøper. "Produsentane" skal ikkje freista å gå på akkord med kvaliteten i konkurransen om hardt pressa innkjøpsavtalar. Nokre landsting kjøper no laboratorietenester berre frå akkreditert laboratorium. Dette har tvinga laboratoria inn i eit intensivt kvalitetstryggingsarbeid, og omlag 2/3 av dei mikrobiologiske sjukehuslaboratoria i landet er no akkrediterte. Vilkåret er då at virologisk-serologisk diagnostikk ikkje får utførast utan virolog eller avtale med (kostbar) konsulent i virologi.

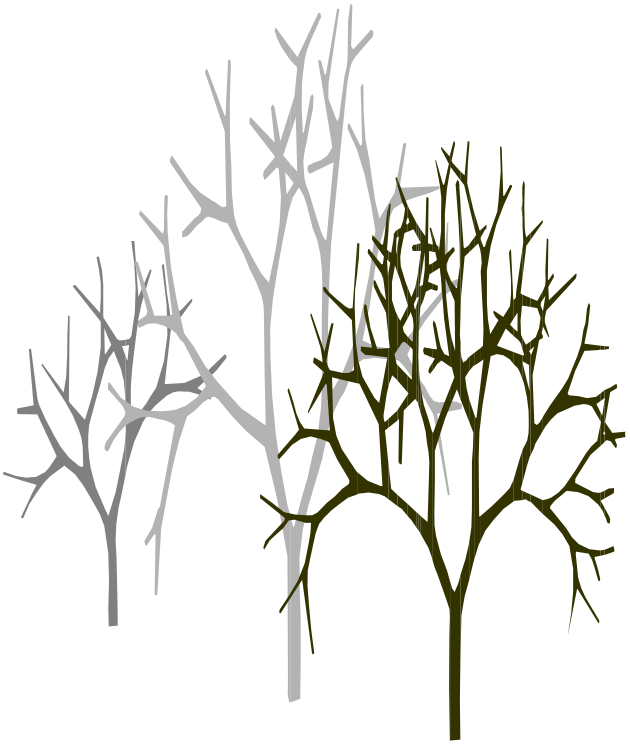
Trass i byråkrati og store tilleggsutgifter er dei fleste akkrediteringsåtgjerdene nyttige og har gjort sitt til å gje analysane utlova kvalitet. Viss målsetjing sveisar dessutan personalet saman kring arbeidsoppgåver og problem og gjev samhald og sjølvtillit. Dette er ein verdefull tilleggseffekt av medlemskap i "akkrediterings-klubben".

Rasjonaliseringsstrev

Fleire sjukehus har rasjonalisert administrasjonen og lagt klinisk kjemisk og mikrobiologisk laboratorium under same styring. På fleire stader kjem truleg båe laboratoriekategoriar med tida til å flytta inn i same arbeidslokal. Både personal og apparatur skal då kunna utnyttast på ein betre måte enn i dag.

I nokre regionar freistar dei mikrobiologiske laboratoria å få til eit nærmare samarbeid over landstingsgrensene. Når fleire laboratorium standardiserer og nyttar same kulturmedia, kan eit fåtal produsentar stå for heile substrat-framstellinga. Mange undersøkingar vert berre gjorde nokre få gonger i månaden, og då kan ikkje tidsfaktoren vera til hinder for sentralisering. Som oftast er det her ikkje tale om sentralisering til regionlaboratorium i tradisjonell meining. Snarare er det arbeidsfordeling mellom jamstelte partnarar som vert diskutert. Arbeidsfordeling med større produksjons- og analyseseriar gjev betre kompetanse og aukar talet på effektive undersøkingar per kontrollåtgjerd.

____ **** ____



- fortsetter fra side 20.

problembasert læring. Opplegget var særdeles spennende og interessant og bør kunne danne mal for tilsvarende undervisningsformer ved fremtidige møter i Infeksjonsforumet.

Kasuistikker:

1. Trafikkulykke med innleggelse av tre pasienter på Narvik sykehus. Etter 1 uke oppdages det en MRSA-infeksjon i en komplisert åpen femurfraktur hos en av pasientene. Med utgangspunkt i eksisterende opplysninger og nye opplysninger på direkte spørsmål diskuteres smitteoppsporing og smitteforebygging av MRSA.

2. 57 år gammel mann som etter en måneds opphold på nevrologisk avdeling med et klinisk bilde forenlig med Creutzfeldts-Jakobs sykdom utvikler appendicitt-symptomer. Sykehus-hygieniske problemer for denne sykdommen diskuteres.

3. En 67 år gammel kyllingfarmer innlegges sykehus for osteosyntese etter komplisert fraktur. Det utvikles sårinfeksjon med vancomycinresistente enterokokker type VanB, og det påvises glykopeptidresistente enterokokker type VanA i avføringsprøve. Smitteoppsporing av smitteforebygging av glykopeptidresistente enterokokker diskuteres.

Diskusjon

Det legges også vekt på subjektivt og objektivt ansvar i forbindelse med erstatningskrav ved sykehusinfeksjoner. Til slutt diskuteres også lovgivning og oppfølging av helsearbeidere som smittebærere med blodbårne smittestoffer. Det gjelder HIV, hepatitt B og hepatitt C spesielt. Det diskuteres med utgangspunkt i praktiske problemstillinger, og vi gjøres oppmerksom på et spesielt utvalg ved Statens helsetilsyn som skal gi individuelle råd til slike helsearbeidere. Slike råd er taushetsbelagte opplysninger og således ikke tilgjengelig for arbeidsgiver.

PS. Referater fra nylig avholdte Infeksjonsfora Øst- og Vest-Norge kommer i p-P nummer 2-98.

(red.)

Schering-Plough prisen 1998

Årets Schering-Plough's pris skal som vanlig utdeles på årets Vårmøte.

Priskomiteen anmoder foreningens medlemmer om å sende inn begrunnete forslag på kandidater til de to prisene. Det er mikro-biologene som står for tur denne gang. Forslagene må være komiteen i hende så snart som mulig. Til orientering følger prisens statutter:

FORMÅL

Prisen har til formål å hedre mikrobiologer og infeksjons-medisinere som gjennom forskning
eller praktisk arbeid gjør en betydelig innsats for forebyggelse, diagnostikk og/eller behandling av infeksjonssykdommer i Norge.

Prisen er todelt:

I) En etablert mikrobiolog eller infeksjonsmedisiner som oppfyller ovennevnte.

II) En yngre mikrobiolog eller infeksjonsmedisiner med sikte på støtte til fullførelse av ovennevnte.

PRISENS STØRRELSE

I) Prisens størrelse er kr. 15 000.-

II) Prisens størrelse er kr. 10 000.-

Beløpets størrelse vil bli vurdert hvert 5. år, neste gang i år 2000.

For priskomiteen

Aksel Schreiner
Med. avd. B, 5021 Haukeland

Billedspalten

Med mulighet for farger i *Pesta*, synes vi i redaksjonen det er synd bare å benytte ferdig-lagede "Clip-arts" og nedlastede illustrasjoner fra Internett.

På denne plass ønsker vi derfor at leserne selv kan vise (egne!) fotos med tilknytning til *hjemstedet* og den *aktuelle årstid*.

En liten "stafett" er hva vi har i tankene. Vi åpner med bilder tatt av red.sekr. sent i mars, i Smaalenenes hovedstad Fredrikstad.

Over:

Voldporten i Gamlebyen.

Til høyre:

Langs Glommas bredd, mot bybrua.

Til venstre:

Østfoldskjærgård: Hvaler (Storesand). Hvor er vel fargene intense i svaberget når algene skinner som maritimt fyrverkeri i dus vårsol...

Herved utfordres *Nord-Norge* til å vise seg frem i neste nr. "Når sommersola skin utover havet.."

K o n g r e s s e r o g m ø t e r

1998

6. - 8. mai: **Nordisk konferanse for infeksjonskontroll.** Bergen, Norge. Kontakt: Possibility A/S, Lille Markvei 13, 5005 Bergen. Tlf: 55218089, fax: 55218081.

7. - 8. mai: **3rd Nordic - Baltic Congress on Infectious Diseases: "Optimizing Diagnosis and Therapy".** Vilnius, Latvia. *Abstract deadline: 15. februar.* Kontakt: Registration centre for 3rd Nordic-Baltic Congress in Infectious Diseases, Lithuanian AIDS Centre, Kairiukscio 2, LT-2021 Vilnius, Latvia.

10.- 13. mai: **Second European Congress of Antimicrobial Chemotherapy.** Hamburg, Tyskland. Kontakt: Congrex (Sweden) AB, Attn: ECC '98, PO Box 5619, S-114 86 Stockholm, Sverige. Tlf . +46 8 612 6900, faks +46 8 612 6292.

15.- 18. mai: **8th International Congress on Infectious Diseases.** Boston, Ma, USA. Kontakt: 8th ICID Congress Secretariat, Events International Meetings Planners Inc., 759 Victoria Square, Suite 700, Montreal, Quebec, Canada H2Y 2J7, tlf +514-286-0855, faks +514-286-6066, E-mail: info@eventsintl.com

27. - 29. mai: **16th Annual Meeting of the European Society for Pediatric Infectious Disease (ESPID) on Tick-Borne Infections and Advances in Antibiotic Treatment.** Bled, Slovenia. Kontakt: Convention Centre Bled, Cesta svobode 11, SLO-4260 Bled, Slovenia. Faks: +386-64-78-776.

4. - 5. juni: **Vårmøte NFMM/NFIM.** Stavanger.
(Se info og påmelding side 6 i dette nummer).

21. - 24. juni: **10th International Symposium on Infections in the Immunocompromised Host.** Davos, Sveits. Kontakt: Warren C. Snow, ICHS, 3224 Brooksong Way, Dacula, GA 30211. Tlf. +770-271-8817, faks. +770-271-3317.

28. juni - 3. juli: **12th World AIDS Conference.** Geneve, Sveits.
Kontakt: Conference Secretariat, Congrex (Sweden) AB, Box 5619, S-114 86 Stockholm, Sverige. Tlf. +46-8-612-69-00, faks +46-8-612-62-96.

4. - 9. juli: **21st Congress of the International Society of Chemotherapy.** Birmingham, UK. Kontakt: Rikshospitalet, Bakteriologisk Institutt, N-0027 Oslo, Norway, eller: Tlf: +44 1625 664 000, fax: +44 1625 664 156. Email: 21sticc@gardiner-caldwell.com

13. - 17. september: **4th International Conference of the Hospital Infection Society.** Edinburgh, Skottland. Kontakt: Conference Secretariat, 4th International HIS, Index Communications Meetings Services, Crown House, 28 Winchester Road, Romsey, Hampshire, SO 51 811, UK. Faks: +44 1794 511 455.

24. - 27. september: **38th ICAAC.** San Diego, California, USA.
Kontakt: American Society for Microbiology (ASM), Meetings Dept., 1325 Massachusetts

VEILEDNING FOR FORFATTERE

Artikler og andre bidrag til "*pest-POSTEN*" skal sendes til ansvarlig redaktør. Manuskriptene ønskes levert i Word Perfect eller Word tekstbehandlings-format, eller skrevet i DOS (ASCII) format. Bruk så lite redigeringskoder og spesialtegn som mulig. Helst ønskes bidrag levert på 3 1/2 " eller 5 1/4 " diskett, som vil bli returnert etter bruk. Papirbaserte bidrag må leveres med bred marg og dobbelt linjeavstand. Illustrasjoner må være i svart/hvitt, rene kopier i ca. dobbelt av endelig størrelse. Fotografier må være i sort-hvitt, og kan være ferdig rastet i endelig størrelse (i forhold til manus A4). For scanning bør de være litt større. Referanser skrives som angitt i veiledningen til "Tidsskrift for Norsk Lægeforening". Tidskriftnavn forkortes som angitt i "Index Medicus".

Doktorgradsreferat kan være på 1 til 1/2 side enkel linjeavstand. Referatet skal inneholde: 1) Overskrift = doktorgradens tittel, 2) doktorandens navn, aktuelle adresse og institusjonen hvor arbeidet er utført, 3) universitetet hvor disputasen er holdt og navn på opponent(er), 4) referat med hensynstagen til opponentens faglige innvendinger, 5) fulle referanser til avhandlingens delarbeider.

Abstract skrevet av nordmenn i utenlandske tidsskrifter kan være på 1/3 - 1/2 side, lengre abstracts kun etter avtale. Abstracts skal inneholde: 1) Overskrift = artikkelens tittel, 2) forfattere og tidskrift som i referansen over, 3) navn / adresse på forfatter som skal ha event. korrespondanse, 4) abstract, helst på norsk, skrevet for infeksjonsmedisinere.

Forskergrupper kan eventuelt lage en synopsis av sitt arbeide, med nøyaktig referanseliste.

Foredrag holdt ved møter i regi av Norsk Forening for Infeksjonsmedisin samt prisforedrag kan være på èn til flere sider etter avtale. Artiklene bør inneholde referanseliste og de beste illustrasjonene.

Meningsytringer, omtale av aktuelle problemer, eller andre korte bidrag av generell faglig interesse mottas gjerne. Redaksjonen forbeholder seg retten til å redigere / forkorte bidrag.

VEILEDNING FOR ANNONSØRER

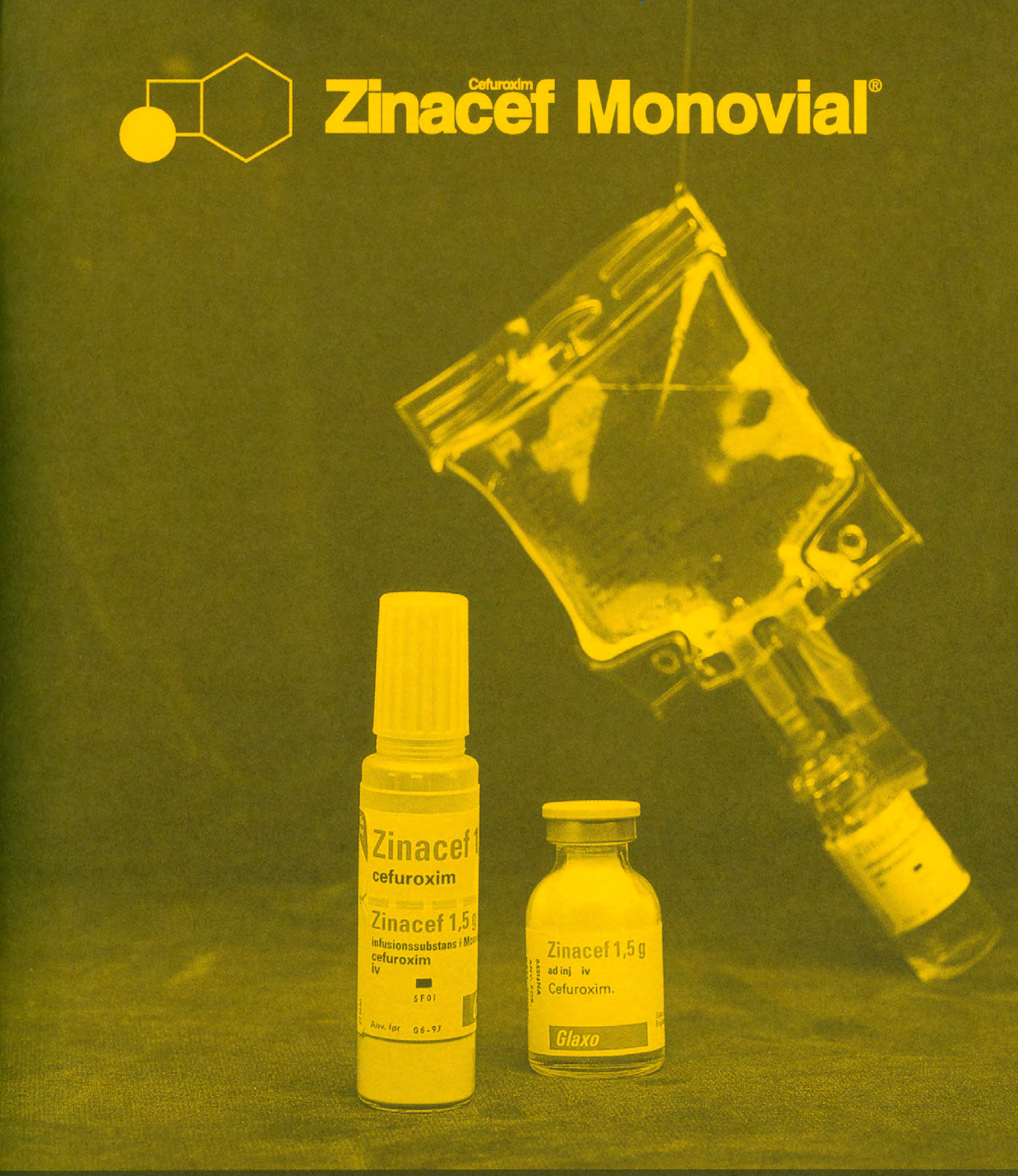
Vi er takknemlige for bidrag i form av annonser i "*pest-POSTEN*". Bladet blir trykket i et opplag på ca. 300 og distribuert gratis til alle medlemmer av Norsk Forening for Infeksjonsmedisin.

Annonsepris (sort/hvitt): kr. 2.000.- inkl. moms pr. 1/1 side. Omslagssider (2. side, nest siste og siste side) kr. 2.500.- Fargeannonse kr. 3.000.- pr. 1/1 side (ikke omslagside). Alle priser er inkl. moms. Prisene gjelder *ferdige* annonser.

Manusformat A4, positivt trykk på papir eller film. Husk at manuskriptet skal forminskes til C5 format. Vi må ta et forbehold om annonseplass i forhold til stoffmengden forøvrig.

Cefuroxim

Zinacef Monovial®

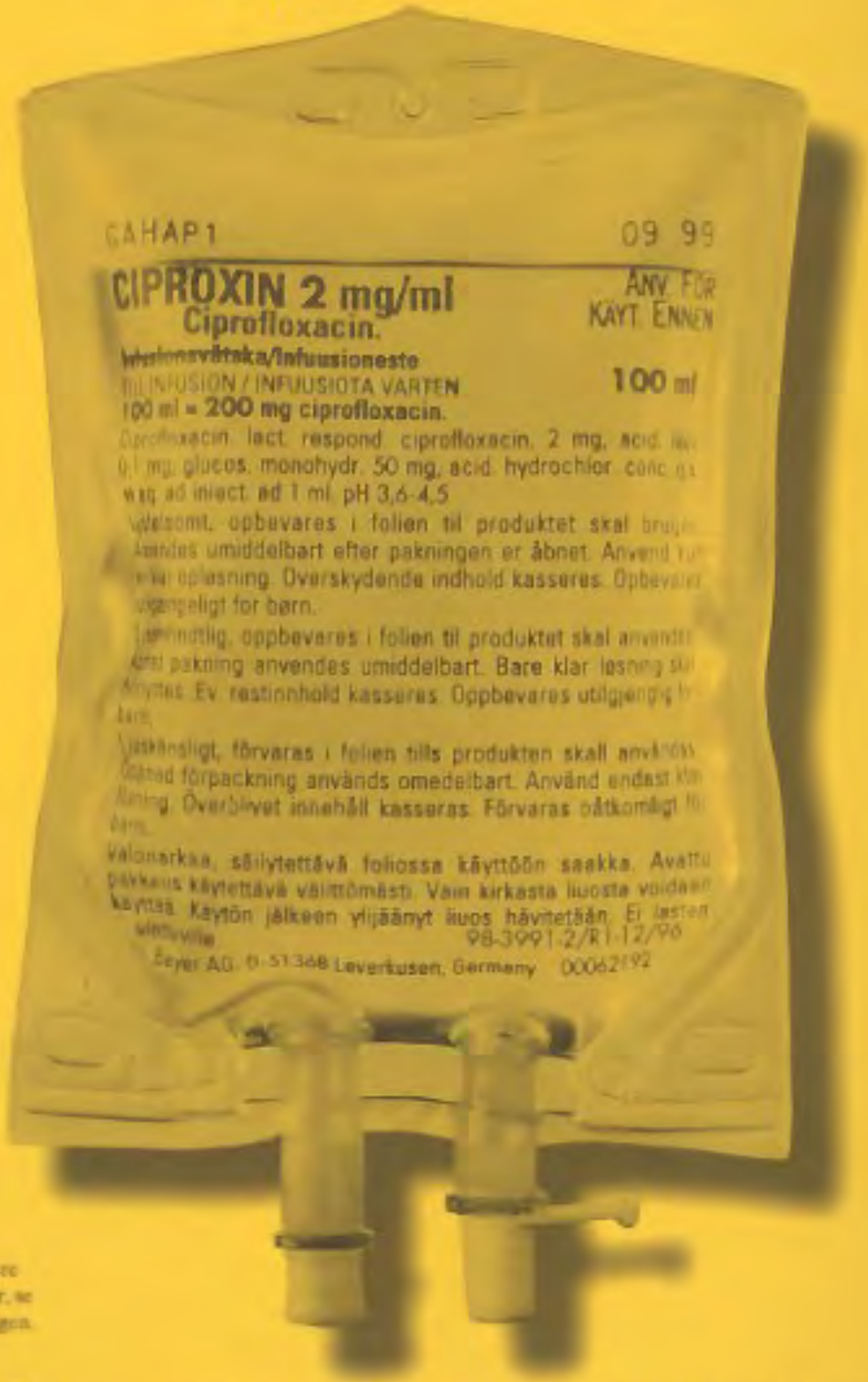


GlaxoWellcome

Glaxo Wellcome AS
Postboks 4312 Torshov, 0402 Oslo
Tlf.: 22 58 20 00 - Telefaks: 22 58 20 04

Ciproxin®

Ciprofloxacin



For ytterligere opplysninger, se Felleskatalogen.

Bayer

Bayer AS, Postboks 114, 1483 Skytta. Telefon 67 06 86 00. Telefax 67 06 86 77.