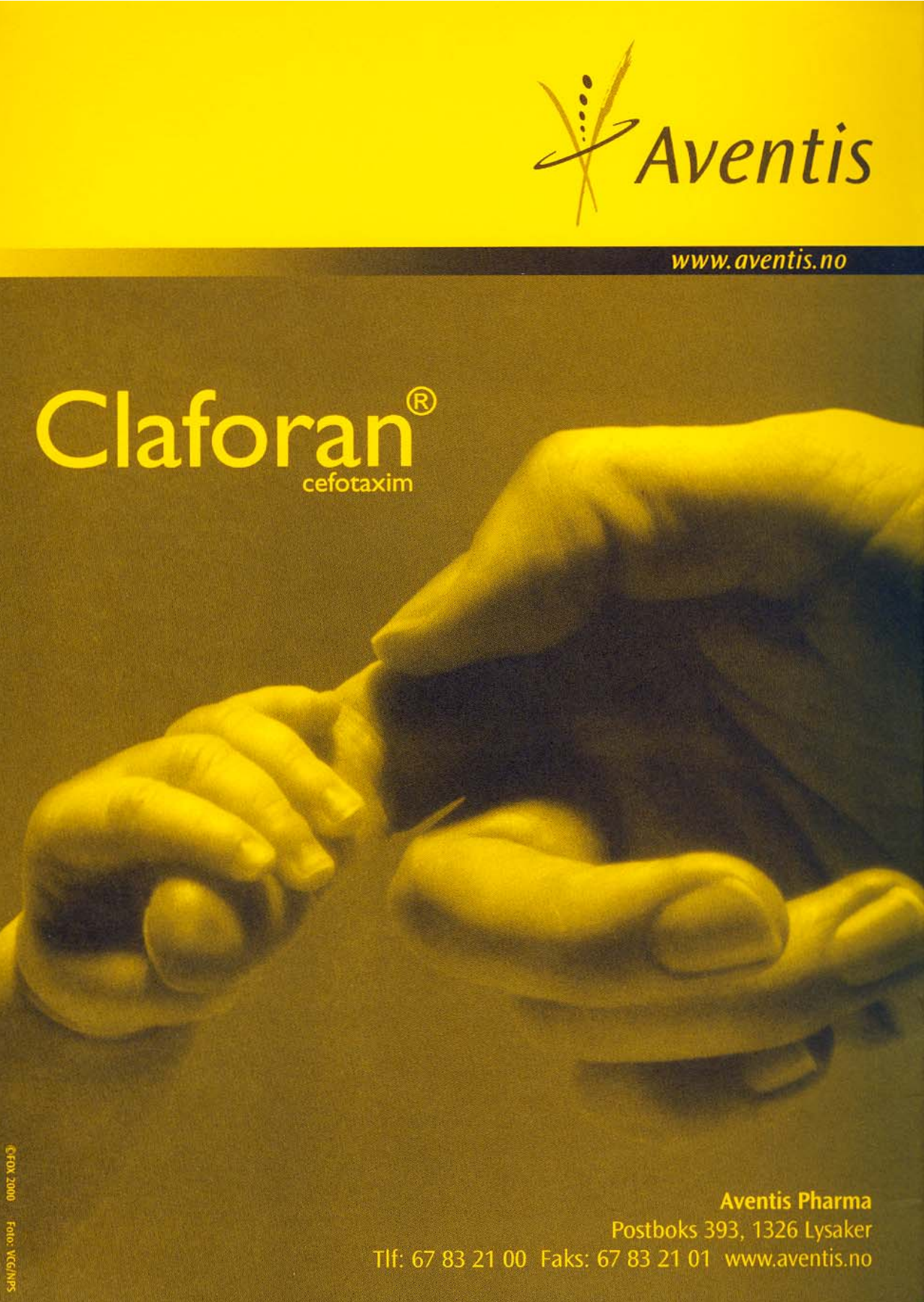
pest-POSTEN

Nr. 2, 2001 - 7. årgang

MEDLEMSBLAD FOR
NORSK FORENING FOR INFEKSJONSMEDISIN


Aventis
www.aventis.no
Claforan®
cefotaxim
©FOX 2000
Foto: VCG/NPS
Aventis Pharma
Postboks 393, 1326 Lysaker
Tlf: 67 83 21 00 Faks: 67 83 21 01 www.aventis.no

REDAKSJONEN :

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

- ***Medredaktør :***
  Bjørg Sørensen
  Medisinsk avdeling,
  Fylkessjukehuset i Molde

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

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

- ***Regionsmedarbeidere :***
  Arild Mæland
  Infeksjonsmedisinsk avdeling,
  Ullevål sykehus

  Stig Harthug
  Avdeling for sykehushygiene
  Haukeland sykehus

  Bjørg Viggen
  Medisinsk avdeling
  Regionsykehuset i Trondheim

  Lars Vorland
  Mikrobiologisk avdeling
  Regionsykehuset i Tromsø

INNHOLD :

Redaksjonelt	**s. 4**
Referat 14. FIPI	**s. 5**
Jubileumsintervju COS	**s. 8**
NFIM stipend	**s. 10**
Bayer Domagk stipend	**s. 13**
Abbot reisestipend	**s. 15**
Diktspalten	**s. 16**
Kongresser & møter	**s. 17**
Inf. forum Øst-Norge	**s. 18**
Årsmelding AFA 2000	**s. 19**
Fotogåten	**s. 23**
E-postadresser	**s. 24**
Forfatter/annonsørveil.	**s. 27**

"*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.

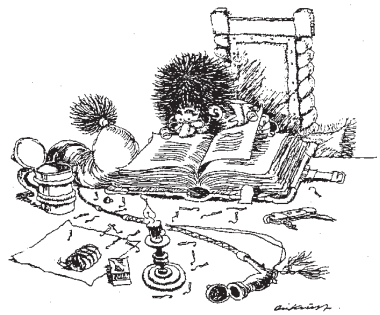
Telefon: **22111904**
Telefax: **22119181**
E-mail: **jbhaug@enitel.no**

ISSN: 0808 - 2510

Forsiden:
«The Priest And The Plague I»

REDAKSJONELT

POST- *pest* - CLAUS



Det er ikke sikkert at norsk infeksjonsmedisin vil begynne en ny tidsregning: før og etter Claus Ola Solberg.

Men, - det blir imidlertid litt annerledes etter at han nå, når dette leses, har gått av med pensjon.

pest-POSTEN bringer i dette nummer et intervju med ham.

Siden siste nummer har legemiddelfirmaene avblåst sin annonserte rettsak mot Sør-Afrika. Mange jubler, la oss ikke håpe at resistensproblemene tar overhånd slik at man har jublet for tidlig. La oss håpe at alle gode krefter, FN, WHO, Leger uten grenser, regjeringer etc. kan samarbeide om problemet. Det positive er at legemiddelindustrien også ønsker å gjøre en innsats. Det lover godt.

Spennende tider går vi uansett i møte. Snart skal det avgjøres om Staten overtar alle sykehusene i landet. Hva vil det medføre av forandringer i norsk helsevesen? Blir det enda trangere tider, eller kan vi få større forståelse for mange av de problemene vi strir med.

Alt er tydligvis heller ikke rosenrødt på de statlige sykehusene. Rett nok fikk Rikshospitalet ettergitt sitt underskudd, men på Det Norske Radiumhospital sliter man med nedslitte lokaler, innskrenkninger, trange forhold for forskning etc. i følge enn innsender i Aftenposten.

Derfor tror vi ikke på julenissen, - i hvert fall ikke på denne årstid.

Men la ikke tunge tanker ødelegge den vakre tida vi er inne i. «Du skal ikkje sova bort sumarnatta» er oppfordringen fra Aslaug Låstad Lygre. Det kvalifiserer henne til å være dette nummers dikter.

Hold ut!

Oddbjørn Brubakk

14. FIPI

(Forum for infeksjonsproblemer i intensivmedisin)

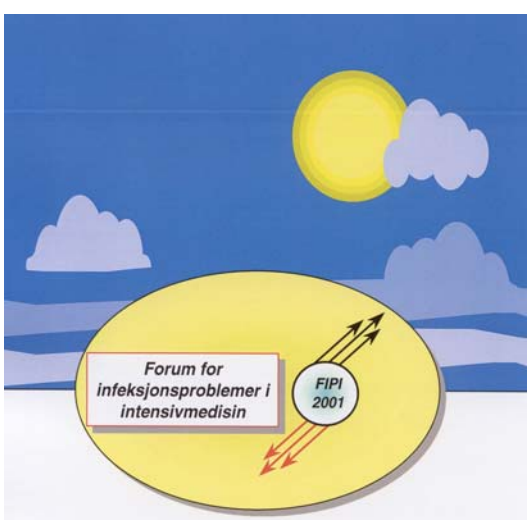
GAUSDAL HØIFJELLSHOTELL 25. - 27. FEBRUAR 2001

Av Jon Birger Haug

Tradisjonsrike FIPI ble arrangert for 14. gang i vinterskjønne omgivelser med 38 deltakere likelig fordelt mellom infeksjons- og intensiv/anestesi-spesialitetene. Værgudene, hele 19 foredragsholdere og en programkomité på fem sørget for at denne utvalgte skaren fikk et godt utbytte av noen intense høyfjellsdager. Alt i samarbeid med firma Avensis - takk!

Det er et kriterium ikke å ha deltatt de siste 5-6 år på FIPI, for å komme i betraktning til enhver tid. Så pass tid bør nok (minst) forløpe, for her er en del gjengangertema og svært mye nytt er det vel ikke fra år til annet. Men nivået på foredragene er høyt og diskusjonen livlig, så møtet har forlengst etablert seg som et nyttig og ettertraktet videreutdanningstilbud.

Det lar seg ikke gjøre å referere alle gode innlegg på denne plass. Eksemplarisk var kursmappen med detaljerte resyme av de fleste foredrag, og rikelig notatplass. I den første hovedbolken *Nosokomiale pneumonier* fikk vi en grei gjennomgang av prøvetaking (M.Steinbakk), billeddiagnostikk (K. Grønseth), etiologi og behandling (S.L.Tønnessen) og profylakse av ventilatorassosierte pneumonier (H.Flaaten). Mest nyttig for anestesileger dette muligens - men neste formiddag måtte nok samtlige skjerpe seg da *septisk sjokk/superantigener* ble omtalt av duoen P. Brandtzæg og Dennis L. Stevens, sistnevnte hentet fra USA og en kapasitet på området - i likhet med Petter, selvsagt. Et vanskelig (og ikke-i-tyve-ord refererbart) tema som begge formidlet slik at vi praktikere forsto det meste, i alle fall der og da... E.Schlicting fulgte opp med hvordan kroppen kan forsvare seg mot endotoksiner. Endotoksiners skadevirkninger avhenger først og fremst av kroppens immunrespons og kan i verste fall føre til et «horror autotoxicus». BPI (bactericidal/permeability-increasing protein) er et naturlig forekommende



- fortsetter på side 20.

Effekt
Tidsbesparelse
Tolerabilitet
Meronem
meropenem

Når situasjonen er

KRITISK

blir valget avgjørende

Meronem
MEROPENEM

AstraZeneca

For mer informasjon, kontakt: **AstraZeneca AS**
Skårersletta 50 • Pb. 1 • 1471 Skårer • tlf.: 67 92 15 00
fax: 67 92 16 50 • **www.astrazeneca.no**

C Meronem "Zeneca"

Antibiotikum. ATC-nr.: J01 D H02

T **INJEKSJONSSUBSTANS 250 mg, 500 mg og 1 g:** Hvert hetteglass inneh.: Meropenemtrihydrat tilsv. meropenem 250 mg, resp. 500 mg og 1 g, vannfritt natriumkarbonat 52 mg, resp. 104 mg og 208 mg. **EGENSKAPER:** Klassifisering: Betalaktamantibiotikum av karbapenemtype, stabilt mot enzymet dehydropeptidase (DHP-1). Stabilt ved resistensbestemmelser med vanlige metoder. Synergistisk effekt med forskjellige antibiotika in vitro. Postantibiotisk effekt mot både Gram-positive og Gram-negative bakterier er vist både in vitro og in vivo. Det antibakterielle spektrum in vitro omfatter de fleste klinisk betydningsfulle Gram-positive og Gram-negative bakterier, aerobe så vel som anaerobe: Bacillus species, Enterococcus faecilis, Staphylococcus aureus, koagulasenegative stafylokokker, streptokokker, Enterobacter, Escherichia, H. influenzae (inkl. betalaktamasepositive og ampicillinresistente), Klebsiella, Proteus, Pseudomonas, Salmonella, Shigella, Bacteroides. Stenotrophomonas maltophilia, Enterococcus faecium og meticillinresistente stafylokokker har vist seg resistente. **VIRKNINGSMEKANISME:** Virker baktericid ved å interferere med bakteriens celleveggssyntese. Den potente virkning skyldes: Høy penetrasjon av celleveggen, stabilitet overfor alle serine betalaktamaser og høy affinitet til penicillinbindende proteiner. Minste baktericide konsentrasjon er vanligvis ≤ 2 ganger MIC. Absorpsjon: Lineær kinetikk i dosområdet 10-40 mg/kg. Maks. plasmakonsentrasjon etter en 30 minutters intravenøs infusjon av henholdsvis 250 mg, 500 mg, 1 g eller 2 g meropenem er ca. 11 µg/ml, resp. 23 µg/ml, 49 µg/ml og 115 µg/ml. Tilsvarende konsentrasjoner etter intravenøs bolus (5 minutter) er ca. 52 µg/ml ved dosering 500 mg og 112 µg/ml ved dosering 1 g. Proteinbinding: Ca. 2%. Fordeling: Penetrerer til de fleste vevsvæsker og vev, noe som resulterer i konsentrasjoner som overstiger de som er nødvendig for å hemme bakterier. Halveringstid: Ved normal nyrefunksjon er plasmahalveringstid i eliminasjonsfasen ca. 1 time. 6 timer etter en intravenøs dose på 500 mg reduseres plasmakonsentrasjonen til verdier på 1 µg/ml eller lavere. Farmakokinetikk hos barn tilsv. i hovedsak farmakokinetikk hos voksne. Hos 3-5 måneder gamle barn er plasmahalveringstid økt til 1,75 timer. Plasmakonsentrasjonen øker ved doser over 10-40 mg/kg. Metabolisme: Den eneste metabolitt dannes ved hydrolyse av betalaktamringen og er mikrobiologisk inaktiv. Utskillelse: Ca. 70% utskilles uforandret gjennom urinen i løpet av de første 12 timer. Urinkonsentrasjon > 10 µg/ml opprettholdes oppsil 5 timer etter en dose på 500 mg. Hos pasienter med normal nyrefunksjon er akkumulering i urin ikke påvist etter 500 mg hver 8. time eller 1 g hver 8. time. Plasmaclearance er korrelert til kreatininclearance (også hos eldre). Dosejustering er derfor nødvendig ved nedsatt nyrefunksjon. **INDIKASJONER:** Til følgende indikasjoner der ikke andre antibiotika enn antibiotika av karbapenemtypen kan benyttes: Voksne: Alvorlige bakterielle pneumonier, komplisérte abdominelle infeksjoner inkludert post partum infeksjoner, cystisk fibrose. Barn over 3 mnd: Cystisk fibrose. Akutt bakteriell meningitt forårsaket av S pneumonia, H influenzae eller N meningitis. **KONTRAINDIKASJONER:** Overfølsomhet for lanholdsstoffene. **BIVIRKNINGER:** Tåles generelt godt. Alvorlige bivirkninger opptrer sjelden, og bivirkninger fører sjelden til seponering. Hyppige (>1/100): Blod: Reversibel trombocytemi. Gastrointestinale: Diaré. Lever: Reversibel økning av transaminaser, økning i alkalisk fosfatase og laktatdehydrogenase. Øvrige: Lokalirritasjon på injeksjonsstedet. Mindre hyppige: Blod: Eosinofili, nøytropeni, trombocytopeni, positiv Coombs' test. Gastrointestinale: Kvalme, brekninger. Hud: Utslett, kløe, urticaria. Lever: Bilirubinstigning. Nevrologiske: Kramper har i sjeldne tilfeller vært rapportert (sammenheng med behandling er ikke dokumentert). Øvrige: Oral og vaginal candidiasis, smerte på injeksjonsstedet, tromboflebitt, hodepine. **FORSIKTIGHETSREGLER:** Ved overfølsomhet for karbapenemer, penicilliner eller andre betalaktamantibiotika, kan kryssallergi opptre. Pseudomembranøs kolitt er observert med meropenem (sjelden). Mulighet for pseudomembranøs kolitt må overveies hos pasienter som utvikler diaré under behandling med meropenem. Anbefales ikke til barn under 3 måneder pga. utilstrekkelig klinisk erfaring. Forsiktighet ved nedsatt nyrefunksjon. Hos pasienter med leversykdom bør leverfunksjonen monitoreres under behandlingen. **GRAVIDITET/AMMING:** Overgang i placenta: Klinisk erfaring fra gravide er begrenset. Dyreeksperimentelle undersøkelser er ufullstendige. Sikkerheten ved bruk under graviditet er ikke avklart, og preparatet må bare benyttes dersom klinisk fordel oppveier den potensielle risikoen for fosteret. Overgang i morsmelk: Meropenem kan påvises i melk fra forsøksdyr. Overgang i human morsmelk er ikke kjent. **INTERAKSJONER:** Probenecid konkurrerer med meropenem mht. aktiv tubulær sekresjon. Den renale utskillelse av meropenem hemmes. Samtidig tilførsel anbefales ikke. Meronem kan senke serumnivået av valproinsyre, som hos noen pasienter kan føre til subterapeutiske nivåer. **DOSERING:** Gis som en intravenøs bolusdose i løpet av ca. 5 minutter eller som intravenøs infusjon i løpet av 15-30 minutter. **Voksne:** Vanlig dosering 500 mg-1g hver 8. time, avhengig av infeksjonstype og alvorlighetsgrad, de patogene mikrobers følsomhet og pasientens tilstand. Ved cystisk fibrose anbefales en dose på 2 g hver 8. time. **Barn:** 3 måneder-12 år: Cystisk fibrose og meningitt: 40 mg/kg hver 8. time. Til barn > 50 kg gis samme dose som til voksne. Anbefales ikke til barn under 3 måneder. Klinisk dokumentasjon for effekt og tolerabilitet mangler. Klinisk erfaring hos barn med nedsatt nyrefunksjon er utilstrekkelig. **Nedsatt nyrefunksjon:** Dosering kan styres etter kreatininclearance i henhold til følgende tabell:

Kreatininclearance i ml/minutt	Dosering (enhetsdoser på 500mg, 1g, eller 2g)	Doserings-intervall
26 - 50	En enhetsdose	hver 12. time
10 - 25	Halv enhetsdose	hver 12. time
< 10	Halv enhetsdose	hver 24. time

Meropenem elimineres under hemodialyse. Etter avsluttet dialyse anbefales det derfor å gi en enhetsdose, bestemt av infeksjonstype og alvorlighetsgrad, for å gjenopprette terapeutisk aktive plasmakonsentrasjoner. Klinisk erfaring fra peritoneal dialyse mangler. **Eldre:** Ingen dosejustering nødvendig hos eldre med normal nyrefunksjon eller med kreatininclearance over 50 ml/minutt. Nedsatt leverfunksjon: Ingen dosejustering nødvendig. **OVERDOSERING/FORGIFTNING:** Overdosering kan opptre spesielt hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon. Hemodialyse vil fjerne meropenem og metabolitt. Behandlingen er symptomatisk. **OPPBEVARING OG HOLDBARHET:** Injeksjonssubstansen oppbevares ved værelsestemperatur. Tilberedte oppløsninger er holdbare ved værelsestemperatur (oppsil 25°C), eller i kjøleskap (4°C) som vist i følgende tabell:

Oppløsningsmiddel	Holdbarhet (timer) Romtemperatur	Kjøleskap
- vann til injeksjonsvæsker	8	24
Meronem (1 - 20 mg/ml) oppløst i:		
- Natriumklorid 9 mg/ml	8	24
- Glukose 50 mg/ml	3	14
- Glukose 50 mg/ml og natriumklorid 9 mg/ml	3	14
- Glukose 100 mg/ml	2	8

Oppløsninger av meropenem injeksjonssubstans må ikke fryses.

ANDRE OPPLYSNINGER: Intravenøs bolusinjeksjon: Meropenem 250 mg, resp. 500 mg og 1 g oppløses i vann til injeksjon 5 ml, resp. 10 ml og 20 ml (konsentrasjon 50 mg/ml). Intravenøs infusjon: Oppløses i hetteglass med anbefalt infusjonsvæske og fortynnes videre til 50-200 ml. Ferdig tilberedt preparat rystes før bruk. Alle hetteglass er kun til engangsbruk. Meropenem er blandbar med følgende infusjonsvæsker: Natriumklorid 9 mg/ml, glukose 50 mg/ml-100 mg/ml, natriumklorid 9 mg/ml med glukose 50 mg/ml. Må ikke blandes med andre væsker enn de som er angitt, og bør ikke blandes med oppløsninger av andre legemidler. Forskrivningsregel: Behandlingen bør være initiert i samråd med spesialist i infeksjonsmedisin, pediatri eller medisinsk mikrobiologi. Utlevering: Til sykehus. **PAKNINGER OG PRISER:** 250 mg: Hetteglass: 10 stk. kr 1008,40. 500 mg: Hetteglass: 10 stk. kr . 1972,50, 1 g: Hetteglass: 10 stk. kr 3900,70.

Meronem meropenem

AstraZeneca

AstraZeneca AS
Postboks 1 N-1471 Skårer
Tlf 67 92 15 00 Fax 67 92 16 50
www.astrazeneca.no

Claus Ola Solberg 70 år

Det burde naturligvis vært et møte på Fløyen eller Ulriken, med utsikt over den byen hvor han har holdt til og over det sykehuset hvor han har tjenestegjort i 40 år. I stedet ble det et møte over et lite glass øl på Oslos tak, Holmenkollen,- med vårlig utsikt over Bogstad og Sørkedalen og med Oslofjorden i bakgrunnen. Ikke å forakte selv for en mann som har fart land og strand rundt som reisende i infeksjonsmedisin gjennom et helt arbeidsliv.

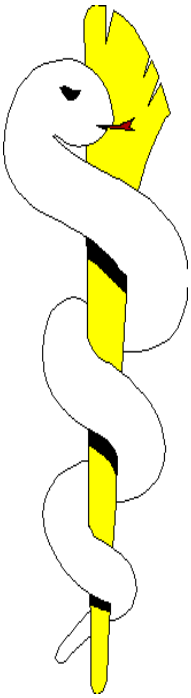
Vi snakker naturligvis om Claus Ola Solberg, - på mange måter har han vært norsk infeksjonsmedisins ansikt utad, med sin utrolige arbeidskapasitet og store internasjonale kontaktnett. Avholdt og kjent ikke bare i Norge, men i hele Norden som Claus Ola. Første juni går han av som avdelingsoverlege og professor etter å ha blitt 70 år den 19. mai.

Du var jo en av pådriverne for spesialiteten i infeksjonssykdommer i sin tid. Synes du utviklingen innen spesialiteten har utviklet seg slik du forventet?

- På mange måter har det gått over all forventning. Vi så for oss et behov på opptil 40 spesialister over en 10-15 års periode. Nå er vi allerede oppe i over 70, og behovet er enda større. Ikke alle fylker har fått sin egen spesialist, og Nord-Norge er dårlig dekket. Det siste bekymrer meg ikke minst.

Du var i mange år med i spesialitetskomiteen for infeksjonssykdommer. Synes du at utdannelsen vår i Norge er slik den bør være?

- Ja jeg har fulgt nøye med i utviklingen av spesialistutdannelsen og mener at vi i Norge har en svært god utdannelse. Spesielt dette med veilederfunksjonen er en ordning



som de misunner oss i utlandet. Men det er et problem at det er så vanskelig å få den mikrobiologiske utdannelsen. Avdelingene må få øremerkete stillinger for de som skal bli spesialister i infeksjonssykdommer.

I Bergen har vi fått opprettet en slik stilling, og da går det lettere. Jeg ser også for meg at vi etterhvert må følge retningslinjene i EU slik at det vil bli krav om minst 3 års klinisk tjeneste for spesialiteten.

Mange av de som ble spesialister da spesialiteten ble innført og i årene like etter, vil i løpet av de neste 10 år gå av med pensjon. Synes du etterveksten til spesialiteten har vært god nok og vil vi klare å opprettholde den akademiske kompetansen innen miljøet?

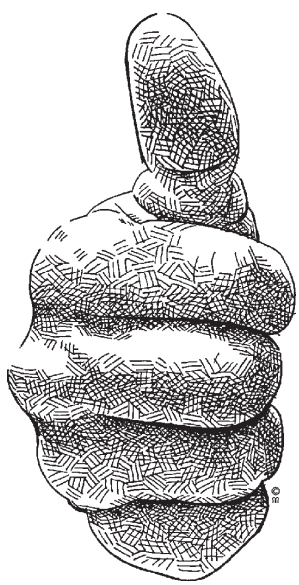
- Ja det er flinke, unge folk overalt, så jeg tror at infeksjonsmedisin i Norge får en fin framtid i Norge selv om det skjer et generasjonsskifte i årene som kommer.

Ser du for deg en endring i sykdomspanoramaet i årene som kommer med hensyn til infeksjonssykdommer?

- Jeg ser for meg at vi får stadig flere immunkompromitterte pasienter, - pasienter som er blitt transplanterte og som står på immunmodulerende behandling, - flere med implantater som blir infiserte, - det vil stadig komme nye og mer resistente mikrober, - det blir flere eldre og ikke minst problemer med de narkomane, - og det vil bli funnet flere mikrober som årsak til ulike sykdommer.

Du har jo i tillegg til infeksjonsmedisin også vært avdelingsoverlege på indremedisinsk avdeling. Er det noe i norsk helsevesen du er spesielt opptatt av?

- Etter min mening har vi for lite ressurser. Det burde vært bevilget minst 10% mer til sykehus i Norge, selv om jeg tror at det fortsatt er en del å hente på ytterligere rasjonalisering og effektivisering. Og vi må kunne utnytte arbeidskraften bedre. Familiesituasjonen har endret seg, og det må skaffes flere barnehageplasser. Så pass sosialdemokrat tillater jeg meg å være.



Medisinsk forskning i Norge har ikke hatt de beste vilkår, - hvordan skal vi bedre på dette?

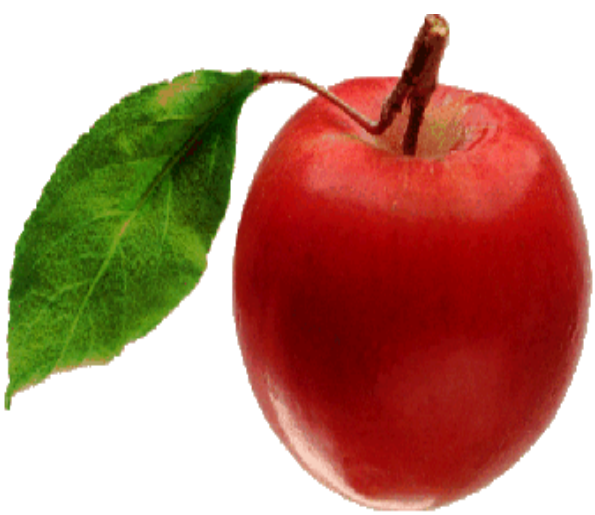
- Når det gjelder infeksjonsmedisin, er det først og fremst Sverige i Norden som ligger langt framfor oss. Det skyldes delvis tradisjon med langt flere infeksjonsspesialister enn hos oss, men også ressurstilgang. Vi må her i landet først og fremst ha et bedre samarbeide med mikrobiologene. Det betyr alfa og omega innen vårt felt.

Hvordan skal vi løse korridorpasient problemet?

- Hos oss på Haukeland løste vi problemet for en periode med å øke bemanningen i helgene slik at pasientene kunne bli raskere utskrevet, men i tillegg også ved å åpne en ekstra sengepost. Vi har egentlig totalt nok sykehussenger i Norge, men det er for få tildelt indremedisinske fag.

Du har vært avdelingsoverlege, seksjonsoverlege, professor, dekanus og prodekanus og hatt en mengde verv og oppgaver utenom sykehuset. Hvordan har du klart å henge med i faget?

- Ved å gå visitter regelmessig, ha polikliniske pasienter og delta i fagmøter. Men det er klart at de seinere åra har det økt på med møter, flere og flere skriv og skjemaer, budsjett-styring osv. har tatt en masse tid, og ettersom infeksjonsfaget har blitt større og større har det blitt vanskeligere å henge med. Det er imidlertid viktig å ha en grei ektefelle, og det har jeg hatt.



Mange av dagens norske infeksjons-medisinere er utdannet i Bergen, kan vi snakke om en «Bergenskole»?

- Ja absolutt, - og det var professor Johs. Bøe og Sigvald Tschudi Madsen som dro i gang. De hadde entusiasme og hadde evnen til å omgås andre. De laget gode retningslinjer for behandling av infeksjonssykdommer, - og de er fortsatt gyldige.

Hvordan var det med forskningen da du begynte på Haukeland?

- Det var lite. Men Johs. Bøe skaffet penger slik at jeg fikk startet på et arbeide om stafylokokkinfeksjoner på sykehus, noe som den gangen var et stort problem. Seinere fortsatte Johan N. Bruun med det samme tema, og han laget et fantastisk flott arbeide hvor han også viste hvordan sykehusinfeksjoner kan reduseres.

Professor Bøe brukte å si at den viktigste forutsetning for å nå til topps i norsk medisin var å ha god helse.

- Jeg er naturligvis helt enig og har vært så heldig å få være frisk og arbeidsfør.

Når du nå går av, hvordan skal hverdagen din bli, blir det bråstopp?

- Jeg er så heldig å få beholde kontor på sykehuset. Der skal jeg fortsatt følge enkelte pasienter som har gått hos meg poliklinisk i 30 år og som nekter å skifte lege. Jeg planlegger en stor internasjonal kongress i Bergen 2002, og skal

fortsatt drive forskning, dels i Bergen, men også i samarbeid med kollegaer fra tida i Minneapolis og Salt Lake City.

Lengre kom vi ikke over et **lite** glass øl. Og for oss som kjenner han, vet vi at det ikke finnes ord som bråstopp i hans vokabular. Vi ønsker han til lykke med 70 år og med pensjonist-tilværelsen og håper å få se han igjen mange ganger i åra som kommer.

Naturligvis skulle dette intervjuet vært på dialekt, vekslende mellom målselvsk og hardanger-mål. Redaksjonen beklager, men det blei for vanskelig.

---

pest-POSTEN - for kolleger, - fra kolleger!

Styret i

Norsk forening for infeksjonsmedisin

Hovedrepresentanter:

Bjørg Sørensen, *formann*
Vidar Ormaasen, *sekretær*
Trond Jacobsen, *kasserer*
Jan Erik Berdal
Stein Lund Tønnesen

Varamedlemmer:

Ivar Jo Hagen
Jon Sundal

HØSTENS STIPENDER!

Norsk forening for infeksjonsmedisin, delvis i samarbeid med representanter for legemiddelindustrien, deler hvert år ut tre stipender. Orientering om stipendene, søknadsfrister osv., følger:

NORSK FORENING FOR INFEKSJONSMEDISINS FOND FOR FORSKNING OG UTVIKLING

Kapital: Stipendfondet er etablert etter vedtak på årsmøtet i 1987 med en grunnkapital på kr. 75.000,- avsatt av foreningen. Fondets grunnkapital kan, ved vedtak på årsmøtet, økes gjennom avsetninger fra eventuelle driftsoverskudd i foreningen, eller ved spesielle bidrag.

Formål: Foreningen utdeler etter søknad stipend til medlemmer til kartlegging, forebygging, diagnostikk eller behandling av infeksjonssykdommer. Stipendiet kan benyttes til:

1. Forskningsprosjekter innen infeksjonsmedisin.
2. Innføring, utvikling eller forbedring av diagnostikk og/eller behandling av infeksjonssykdommer i Norge.

Søkere: Alle foreningens medlemmer kan søke stipend. Som medlem regnes i denne forbindelse leger som har betalt medlemsavgift for søknadsåret, samt foregående år.

Søknaden: Det er ikke eget søknadsskjema. Søknaden skal inneholde en beskrivelse av formål, metoder/ fremgangsmåte, fremdriftsplan inkludert planlagt tidspunkt for prosjekt-avslutningen, spesifisert budsjett og opplysninger om eventuell økonomisk støtte fra andre.

Stipendkomite: Generalforsamlingen utnevner en stipendkomite bestående av 3 medlemmer med en funksjonstid på 2 år. Stipendkomiteen bedømmer søknader til foreningens stipend(er), inkludert eventuelle eksternt finansierte stipender eller priser i samsvar med giverens forutsetninger.

Stipendets størrelse: Stipendkomiteen avgjør til enhver tid antall stipender og deres størrelse innen den ramme årsmøtet har fastsatt. Årsmøtet 2000 bestemte at stipendet for 2001 skal være på inntil kr. 20 000.

Søknadsfrist: Søknadsfristen er 1. september hvert år. Stipendiet deles ut i forbindelse med foreningens høstmøte samme år.

Rapportering: Når prosjektet er avsluttet, skal det avgis en rapport, muntlig eller skriftlig, ved ett av foreningens møter eller i et nasjonalt eller internasjonalt fagtidsskrift.

Vedtektsendring: Fondets vedtekter kan endres av årsmøtet ved alminnelig flertall.

Nedleggelse: Ved eventuell nedleggelse av stipendfondet tilfaller midlene Norsk forening for infeksjonsmedisin.

Annonsering: 3 måneder før søknadsfrist. Søknaden sendes Styret i NFIM v/ formannen overlege Bjørg Sørensen, Medisinsk avdeling, Fylkessjukehuset i Molde, 6400 Molde.

Bayer-Domagk stipend

Søknad om stipend sendes Styret for NFIM v/ formannen overlege Bjørg Sørensen, Medisinsk avdeling, Fylkessjukehuset i Molde, 6400 Molde, innen 1.september 2001.

Stipendet blir utdelt på Høstmøtet.

Til orientering siteres deler av statuttene:

«Stipendiet utdeles i forbindelse med NFIMs høstmøte. Søknadsfrist er 1. september. Søknad stiles til styret i NFIM og må inneholde et kortfattet CV der aktiviteten de siste 3 år og annen aktivitet som er relevant for formålet med stipendiet vektlegges. Det må også oppgis hvilket fagmiljø søkeren er tilknyttet. Formålet med stipendet (studieopphold, forskningsformål eller lignende) må beskrives (maksimalt 3 sider). Det gis ikke støtte til isolert deltakelse i kongresser.»

VALTREX™
VALACICLOVIR

GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline
Postboks 4312 Nydalen, 0402 Oslo
Telefon: 22 58 20 00 Telfaks: 22 58 20 04
www.gsk.no

Abbots reisestipend for infeksjonsleger og mikrobiologer

Følgende retningslinjer gjelder:

- Stipendet er begrenset oppad til kr. 30,000.- og utbetales etter bilag / reiseregning.
- Alle medlemmene av foreningene (NFIM og NFMM) kan søke.
- Stipendet kan ikke deles av flere.
- Stipendet vil bli utdelt hvert år, første gang høsten 1996. Søknadsfrist er satt til 1. oktober.
- Stipendet skal benyttes utenfor Norge. Oppholdet skal vare minst 14 dager, og bringe ny viten/erfaring.
- Stipendet skal brukes til kompetanse-heving av infeksjonsmedisinere, mikrobiologer eller leger i utdannelse, og videreføre dette til nytte for det infeksjonsmedisinske / mikrobiologiske miljø.
- Komitéen som skal gjennomgå søknadene og finne en kandidat, vil bestå av tre infeksjons-medisinere / mikrobiologer og en sekretær for ABBOTT som vil fungere som sekretær.

Søknader til stipendet sendes:

Styret i NFIM
v/ overlege Bjørg Sørensen
Medisinsk avdeling
Fylkessjukehuset i Molde
6400 Molde

Bristol-Myers Squibb tilbyr elegante samlepermer til *pest*-POSTEN, uunværlig for den kresne samler. Hver perm har plass til 3 årganger, og fås gratis tilsendt ved henvendelse til Bristol-Myers Squibb, Postboks 464, 1323 Høvik, telefon 76 11 17 15 eller E-mail: wenchehusebo.buvik@bms.com

DIKTSPALTEN

Vi skal ikkje sova

Vi skal ikkje sova bort sommarnatta,
Ho er for ljos til det-.
Då skal vi vandra i saman ute
under dei lauvtunge tre.

Då skal vi vandra i saman ute
der blomar i graset står.
Vi skal ikkje sova bort sumarnatta
som krusar med dogg vårt hår.

Vi skal ikkje sova frå høysåteangen
og grashoppespelet i eng
men vandra i lag under bleikblåe himmel
til fuglane lyfter veng.

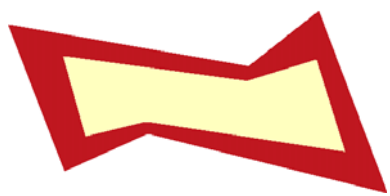
- Og kjenna at vi er i slekt med jorda,
med vinden og kvite sky,
og vita at vi skal vera isaman
like til morgengry.

Rit di rune

Du skal kveikja lykta di og søkja,
tunge lemmar lyfta, vindeltrapper gå,
under låge bjelkar ryggen krøkja,
under høge kvelvar stå,
ifrå løyndegangar tårnet nå.

Du skal tyda runer som er rita-
vart du fingrar over muren dreg.
Mykje veit du - meire skal du vita
Her har vismenn vandra føre deg.
Her skal andre følgja dine steg.

Legg ditt øyra inn til desse vegger,
høyr den tale som stig her ifrå-
klokkeklemt og tunge slag av slegger.
Vandrar lyfta lykta di og sjå.
Rit di rune - sjølv - og gå.



Diktaren i dette nummer av pest-POSTEN er Aslaug Låstad Lygre (1910-1966). Ho var frå Nord-Hordaland, og er kanskje ikkje så alment kjent. Ikkje desto mindre er ho ein av etterkrigstidas fremste i Norge. Ho ga ut i alt 6 diktsamlingar, den siste kom i 1964, to år før ho døde. Dikta hennar er lavmælte og også ofte mollstemte, men er musikalske og har vært karakterisert som formfullendte.
«Du skal ikkje sova bort» er kanskje hennes mest kjente, vakkert tonesett av Geirr Tveitt. Og budskapet om «ikkje å sova bort» har kanskje ei djupare meining enn naturskildringa. Ikkje bare Carpe diem, men fang også natta!
Sov ikkje bort sumarnatta,- les til eksempel dikt.

Kongresser og møter

2001

22. - 25. september: **41st Intescience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy.** Chicago, Illinois. - Kontakt: American Society for Microbiology, Dept of Meetings and Expositions, 1752 N Street, NW, Washington, DC 20036-2801, USA. Tlf. +202 737 3600. Internett: www.ICCAC.org, E-post: meetingsinfo@asmusa.org

24. - 27. oktober: **3rd International Congress of International Federation of Infection Control.** Cairo, Egypt. - Kontakt: Conference Secretariat: Manar Travel (Conf. Dept.), Cross Rrds. 7 & 82, Maadi, Cairo, Egypt. Tlf. + 20-2-3594110, faks +20-2-3780458, E-post: rumnrtvl@link.net

25. - 27. oktober: **18th Annual Meeting of the Scandinavian Society for Antimicrobial Chemotherapy (SSAC).** Lund / Malmø, Sverige. - Kontakt: Travel and Conference Service, Lund University Hospital, SE-221 85, Lund.

25. - 28. oktober: **2001 Annual Meeting of the Infectious Diseases Society of America.** San Fransisco, USA. - Kontakt: Infectious Diseases Society of America. Tlf. +703-299-0200, faks +703-299-0204, E-post: info@dsociety.org

27. - 31. oktober: **8th European Conference on Clinical Aspects and Treatment of HIV-Infection.** Athen, Hellas. - Kontakt: Panos Travel, 4, Filellion str., GR-105 5 7 Athens - Greeece. Tlf. +301 3230 380, E-post: euroaids@travelling.gr

22. - 15. november: **50th Annual Meeting of the American Society of Tropical Medicine and Hygiene.** Atlanta, USA. - Kontakt: Am. Soc of Tropical Medicine and Hygiene. Tlf. + 847-480-9592, faks +847-480-9282. E-post: astmh@astmh.org

5. - 30. november: **11th STDs / AIDS Diploma Course.** Bankok, Thailand.
- Kontakt: Dr. Verapol Chandeying. Tlf. +6-674-429-617, faks +6-674-446-361, E-post: cverapol@ratree.psu.ac.th

2002

24. - 27. april: **12th European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases.** Milano, Italia. - Kontakt: 12th ECCMID 2002, c/o AKM Congress Service, P.O. Box CH-4005 Basel / Switzerland. Tlf. +41-616-867711, faks +41-616-867788. E-post: info@akm.ch

22. - 25. mai: **5th Nordic-Baltic Congress on Infectious Diseases. St. Petersburg, Russland.**
- Kontakt: Congress Secretariat 2002, Monomax Ltd, PO Box 367, 195279 St. Petersburg, Russia. Faks +7 (812) 324 7322, Internett http://www.2russia.com.

23. - 26. juni: **12th International Symposium on Infections in the Immunocompromised Host.** Bergen, Norge. - Kontakt: Immunocompromised Host Society c/o Claus Ola Solberg, Med. avd. Haukeland sykehus, 5021 Bergen. Eller faks en henvendelse til +770-271-3317.

7. - 12. juli: **14th International Conference on AIDS.** Barcelona, Spania. - Kontakt: Dr. Josep M. Gatell & Dr. Jordi Casabonat. Tlf. +34-932-182-404, faks +34-932-170-188. E-post:

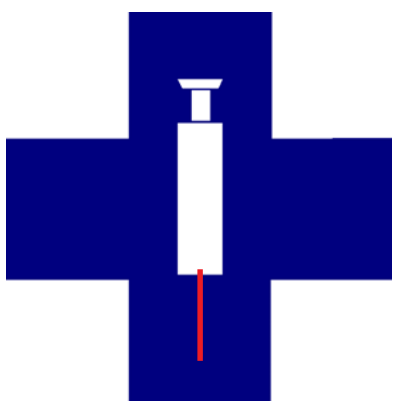
INFEKSJONSFORUM ØST-NORGE

20. april 2001

Av Tore Abrahamsen

Vårens møte i Infeksjonsforum Øst-Norge fant sted i historiske omgivelser på Folkemuséet på Bygdøy.

I Collettgården ledet ***Dag Berild*** forsamlingen gjennom **"Vaksiner – fra begynnelsen og inn i fremtiden"**.



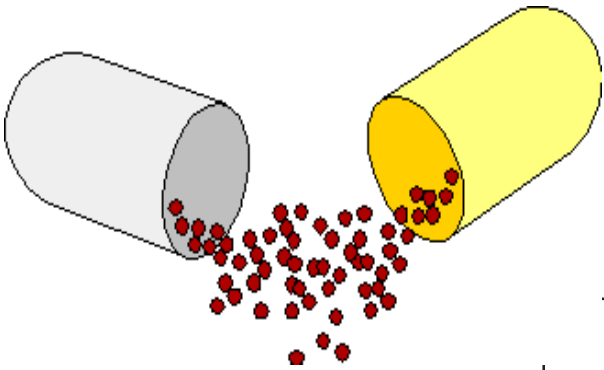
Sten Iwarson fra Infeksjonsklinikken på Sahlgrenska i Gøteborg startet med Louis Pasteur og gav oss en tur i den suksessrike historien til vaksinologien. Den har i betydelig grad forandret hverdagen til infeksjonsmedisineren. Noen av oss husker polioepidemien på 50-tallet, og nå er målet å gjøre verden poliofritt i løpet av få år! (NB! Husk å sende inn avføringsprøve fra pasienter med slappe pareser til virusavdelingen på Folkehelsa).

Synne Sandbu fra Vaksineavdelingen , Folkehelsa gjennomgikk rasjonalet for det norske vaksinasjonsprogrammet. Barneprogrammet har en kostnad på bortimot 60 mill. kr. per år. Dekningen synes god, men det var foruroligende å høre at SYSVAK-tallene var usikre. Burde det ikke være en bedre kvalitetssikring av et så stort og viktig program? Sandbu ga flere eksempler (mesling, røde hunder) på epidemier ved avtagende vaksinedekning. Vaksinen mot vannkopper var tydeligvis et stykke fra å komme på vaksinasjonsprogrammet.

Neste foredragsholder fra Folkehelsa var ***Harald Wiker***, avd. for miljømedisin. Han har lang erfaring i arbeidet med tuberkulose og vaksinering. På tross av økende insidens av tuberkulose investeres det betydelig større midler til vaksineutvikling ved HIV og malaria. Ingen kan gi noe sikker forklaring på hvorfor BCG beskytter i England (og Norge, konf. Heimbecks arbeider), men ikke i India. Det er enighet om at det trengs nye strategier. Wiker ga flere eksempler på mulige vaksinekandidater, men lite var kommet forbi musemodellene.

Johan Holst fra vaksineavdelingen ga oss så innblikk i slimhinnevaksine utviklingen. Fordeler er klare i "utviklingsland": - unngår sprøyter, - enklere og billigere.

I tillegg er det mulig at det også utløses en bedre immunrespons. Mye av oppmerk-



somheten konsentreres tydeligvis mot adjuvansutvikling, og det siste ord blir nok ikke sagt på lenge enda. Vil det kunne utvikles "matvare vaksiner", en slags probiotics variant?

Til slutt fortsatte Iwarson disse fremtidsvisjoner. Vaksiner mot CMV, influensavirus og streptokokker sto øverst på ønskelisten. Utvikling av terapeutiske vaksiner mot kreft, diabetes og leddgikt er man begynt å fabulere om (og finne et eksperimentelt grunnlag for). Iwarson så også for seg vaksinasjon mot grupper av sykdommer, f.eks. en reisepakke eller en luftveisinfeksjonspakke. Han var innom peptidvaksiner, rekombinante vektorvaksiner og DNA-vaksiner. Allikevel, for å få fullt utbytte av allerede eksisterende vaksiner på global basis var følgende viktig: fullstendig polioutryddelse, forbedre infrastrukturen ved vaksinering, øke betalingensevnen av vaksiner i mange fattige land, øke bruk av allerede eksisterende vaksiner, utvikle enklere metoder for vaksinering og øke publikums tillit til og ønske om vaksinering.

Programmet omfattet også en omvisning i Folkemuséets apotek med tilhørende forfriskninger og øvelser i tidsriktige lokaler. Man følte virkelig at både historie og fremtid fikk sette sitt preg på dette møtet.

Årsmelding 2000

Arbeidsgruppen for antibiotikaspørsmål (AFA)

AFA har i 2000 hatt følgende medlemmer:

Martin Steinbakk (leder NFMM),
Stig Harthug (nestleder NFIM),
Per L. Svarva (kasserer NFMM, permisjon fra vår 2000)
Per Bjark (NFIM)
E. Arne Høiby (NFMM)
Arnfinn Sundsfjord (sekretær NFMM)
Asbjørn Digranes (NFMM, vikar for Per Leiv Svarva fra vår 2000)

AFA har i 2000 avholdt seks arbeidsmøter og ved en anledning har møtet strukket seg over to dager. I tillegg har AFA arrangert teoretisk og praktisk kurs i resistensbestemmelse for leger og bioingeniører. Etter søknad ble kurset finansiert med midler fra Forebyggingsavdelingen, Sosial- og Helsedepartementet.

AFA har laget et informasjonsskriv om resistensbestemmelse av Gram-positive kokker overfor aminoglykosider. Skrivet er distribuert til alle landets laboratorier og publisert i *pest*-POSTEN juni 2000.

- fortsetter på side 25.

-FIPI: fortsatt fra side 5.

protein i nøytrofile granulocytter som i kompleks med LPS hemmer endotoksinets aktivitet og vil kunne spille en viktig rolle i forsvaret mot G- bakterier. BPI er fremstilt rekombinant, fase III studier er i gang.

Under ettermiddagens sesjon om *Sepsisutløst organsvikt* var ARDS ved sepsis (H. Opdahl) gjenstand for en grundig gjennomgang hvor patofysiologi og hemodynamikk satte infeksjonsdoktorene på prøve. Behandlingen forblir respirator (PEEP) for å sikre oksygenering: O2 er alle eksperimentelle medikamenter og andre terapeutiske tiltak overlegent pr. i dag.

Noen av de 38 deltakerene før avreise, mettet med mye fag... og norsk postkortvinter.

At hematologi er et spennende fag og mer enn celletelling ble tydeliggjort da PM.Sandset redegjorde for blødningsproblemer og DIC. Også han fortalte oss om et lovende rekombinant produkt, TFPI (Tissue Factor Pathway Inhibitor), et antikoagulant som in vivo kan hemme utvikling av DIC utløst av endotoksin og «tissue factor». Glimrende innlegg.

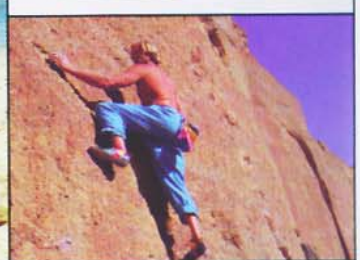
Nyresvikt-problematikken (N.Smith-Erichsen) er uløselig knyttet til intensivmedisin og bekymrer ikke minst i forhold til administrasjon av antibiotika og andre legemidler. Dopamin i lavdose er ikke anbefalt rutinemessig ved akutt nyresvikt. Vi fikk høydose «input» om hemofiltrasjon m.m.a. Innlegget var spekket med gode referanser og Erichsens eget syn basert på lang klinisk erfaring.

Siste sesjon var et «oppsamlingsheat» med antibiotikapolitikk (E.vd Lippe), antibiotika ved nyresvikt (B.Heger) og soppinfeksjoners diagnostikk og behandling (BMyrvang). Igjen grundige og gode redegjørelser av omfattende emner hvor det også ble tid til meningsutveksling. Det mest fruktbare ved FIPI er kanskje blandingen av to ulike spesialiteter med noe forskjellig tilnærming til enkelte problemer. I tillegg til godt forberedte foredrag er diskusjonene i og utenfor møtelokalet det som gir møtet et fortjent godt ry. Til hver sesjon var dessuten knyttet gode kasuistikker som brakte oss tilbake til «hverdagen» etter mange tabeller, cytokiner og MIC-verdier.

Og så - fjellet. Fjellet! Sol, gnistrende skiføre og 15-20 kalde grader ga næring til slitne hjerneceller og stive ledd. Hotellet kunne heller ikke vært bedre. Foran 15. FIPI må *din* søknad foreligge - og dersom du ikke husker når du var med sist, bør det være mulighet for deltakelse!

Verdens første hepatitt A + B vaksine

Mange reiser langt
for å få litt
farge på kroppen.
Men ikke gulfarge!



Twinrix™
Verdens første hepatitt A og B vaksine

Twinrix Paediatric «SB»
Twinrix Voksen «SB»

Vaksine mot hepatitt A (inaktivert) og hepatitt B.

INJEKSJONSVÆSKE: *Twinrix Paediatric,* *0,5 ml innh.:* Inaktivert hepatitt A-virus (stamme HM 175) 360 ELISA Units, rekombinant hepatitt B overflateantigen (HBsAg) 10 µg, aluminiumfosfat 0,2 mg, aluminiumhydroksid 25 µg, aminosyrer maks. 0,5 mg, formaldehyd maks. 50 µg., neomycinsulfat maks. 10 ng., polysorbat 20 maks. 25 µg., natriumklorid 4,5 mg, restmengder av tris- og fosfatbuffer, vann til injeksjon. Konserveringsmiddel: 2-fenoksyetanol 2,5 mg.

INJEKSJONSVÆSKE: *Twinrix Voksen,* *1 ml inneh.:* Inaktivert hepatitt A-virus (stamme HM 175) 720 ELISA Units, rekombinant hepatitt B overflateantigen (HBsAg) 20 µg, aluminiumfosfat 0,4 mg, aluminiumhydroksid 50 µg, aminosyrer maks. 1 mg, formaldehyd maks. 0,1 mg., neomycinsulfat maks. 20 ng., polysorbat 20 maks. 50 µg., natriumklorid 9 mg, restmengder av tris- og fosfatbuffer, vann til injeksjon. Konserveringsmiddel: 2-fenoksyetanol 5 mg.

Egenskaper: ***Klassifisering:*** Kombinasjonsvaksine av renset, inaktivert hepatitt A-virus og renset hepatitt B overflateantigen (HBsAg), separat adsorbert til aluminiumhydroksid og aluminiumfosfat. Hepatitt A-viruset er fremstilt ved dyrking i humane diploide cellekulturer. HBsAg er fremstilt av gjærceller vha. rekombinant DNA-teknikk. Beskyttelse mot hepatitt A og hepatitt B utvikles i løpet av 2-4 uker. Ved vaksinering er det påvist antistoffer mot hepatitt A hos ca. 89 % (Twinrix Paediatric) og ca. 94 % (Twinrix Voksen) av de vaksinerte en måned etter 1. dose og hos 100 % 1 måned etter 3. dose (dvs. 7. måned). Antistoffer mot hepatitt B er påvist hos ca. 67 % (Twinrix Paediatric) og 70 % (Twinrix Voksen) etter 1. dose og 100 % (Twinrix Paediatric) og ca. 99 % (Twinrix Voksen) etter 3. dose. Det forventes at beskyttelsen hos flesteparten av de vaksinerte varer i minst 4-5 år etter primærvaksinasjonen. For å etablere langtidsbeskyttelse anbefales boostervaksinasjon med enten de monovalente vaksinene eller kombinasjonsvaksinen.

Indikasjoner: ***Twinrix Paediatric:*** Profylakse mot hepatitt A- og hepatitt B-infeksjon hos ikke-immune barn fra 1 år t.o.m. 15 år. ***Twinrix Voksen:*** Profylakse mot hepatitt A- og hepatitt B- infeksjon hos ikke-immune personer f.o.m. 16 år.

Kontraindikasjoner: Kjent overfølsomhet for vaksinens komponenter. Tegn på overfølsomhet etter tidligere administrering av Twinrix Paediatric eller Twinrix Voksen eller monovalent hepatitt A- eller hepatitt B-vaksine. Administrering av Twinrix Paediatric og Twinrix Voksen skal utsettes ved akutt sykdom med høy feber.

Bivirkninger: Vanligst er forbigående smerte, rødme og hevelse på injeksjonsstedet. Rapporterte systembivirkninger ved vaksinasjon med Twinrix Voksen er feber, hodepine, sykdomsfølelse, tretthet, kvalme og brekninger. Symtomene er forbigående og milde. Bivirkningsfrekvensen etter administrering av Twinrix Voksen avviker ikke fra bivirkningsfrekvensen etter administrering av monovalente vaksiner. Se forøvrig preparatomtalene for de monovalente vaksinene Engerix-B «SB» og Havrix «SB».

Forsiktighetsregler: Pasienter kan være innenfor inkubasjonstiden for hepatitt A- eller hepatitt B-infeksjon ved tidspunktet for vaksinasjon. Det er ikke kjent om Twinrix Paediatric og Twinrix Voksen i slike tilfeller beskytter mot hepatitt A og hepatitt B. Twinrix Paediatric og Twinrix Voksen anbefales ikke som profylakse etter eksponering. Vaksinen er ikke testet på pasienter med nedsatt immunitet. Hemodialysepasienter og personer med nedatt immunforsvar oppnår ev. ikke adekvate anti-HAV og anti-HBs antistofftitre etter primærimmunisering og disse pasientene kan derfor behøve flere vaksinedoser. Adekvat respons kan likevel utebli hos immunsvekkede pasienter. Adekvat medisinsk behandling og overvåking skal alltid være tilgjengelig pga. risikoen for anafylaktiske reaksjoner etter administrering av vaksinen. Siden intradermal injeksjon eller intramuskulær administrering i glutealmuskelen kan føre til suboptimalt svar på vaksinen, skal disse administreringsmåtene unngås.

Graviditet/Amming: Effekten på fosterets utvikling er ikke undersøkt, men som for alle inaktiverte virusvaksiner anses faren for fosterpåvirkning å være liten. Twinrix Paediatric og Twinrix Voksen bør bare gis under graviditet dersom det foreligger en uttalt risiko for hepatitt A og hepatitt B-infeksjon. Det foreligger ikke opplysning om effekt på barn til ammende mødre som er vaksinert med Twinrix Paediatric eller Twinrix Voksen. Kombinasjonsvaksinen skal derfor bare gis til ammende kvinner hvis strengt nødvendig.

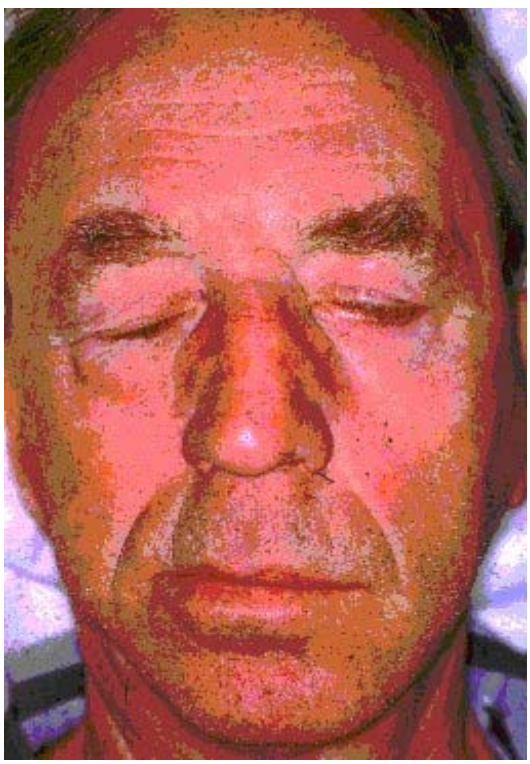
Interaksjoner: Da samtidig administrering av Twinrix Paediatric eller Twinrix Voksen og andre vaksiner ikke er studert anbefales det ikke at vaksinen gis samtidig med andre vaksiner. Det kan forventes at pasienter som får immunosuppresiv behandling ev. ikke oppnår et adekvat svar.

Dosering: Vaksinen skal ristes godt ut til en nesten gjennomsiktig, hvit suspensjon før bruk. Vaksinene er beregnet på intramuskulær injeksjon, fortrinnsvis i deltoideusområdet eller anteriolaterialt i låret hos små barn. ***Må ikke administreres intravaskulært. Twinrix Paediatric:*** Til barn og ungdommer fra 1 år t.o.m. 15 år anbefales 1 dose på 0,5 ml. ***Twinrix Voksen:*** Til ungdommer og voksne, 16 år og eldre, anbefales 1 dose på 1 ml. Standardskjema for primærvaksinasjon med Twinrix Paediatric og Twinrix Voksen er 3 doser. 2. dose administreres 1 måned etter 1. dose, og 3. dose 6 måneder etter 1. dose. Det anbefalte skjemaet bør følges. Når vaksinasjonen er påbegynt, bør den sluttføres med samme vaksine. Antistoffnivå etter primærimmunisering med kombinasjonsvaksinen ligger innenfor samme område som for de monovalente vaksinene. Generelle retningslinjer for boostervaksinasjon kan derfor gis på bakgrunn av erfaringer med de monovalente vaksinene. Retningslinjene er basert på at et minimum antistofftiter kveves for beskyttelseseffekt. Beskyttende titre (10 IE/liter) av anti-HBs vil opprettholdes hos de fleste vaksinerte i 5 år, mens anti-HAV er beregnet til å vare i minst 10 år. Boostervaksinasjon med kombinasjonsvaksine kan anbefales 5 år etter start av primærvaksinasjon. Antistofftitre mot hepatitt kan testes regelmessig hos individer som er spesielt utsatt for smittefare og passende boosterdoser gis når titrene ligger under minstenivåer. Til pasienter med trombocytopeni eller blødningssykdommer kan vaksinen unntaksvis gis subkutant. Subkutant administrering kan gi suboptimalt immunsvar.

Oppbevaring og holdbarhet: 2 - 8 °C. Beskyttet mot lys. Må ikke fryses.
Andre opplysninger: Vaksinen skal ikke blandes med andre vaksiner i samme sprøyte.
Pakninger og priser pr. 1. mai 1999: ***Twinrix Paediatric:*** Endosesprøyte: 0,5 ml. kr. 254,50. ***Twinrix Voksen:*** Endosesprøyte 1 ml. kr. 402,50, 10 x 1 ml. 3654,00

SB
SmithKline Beecham AS
Pharmaceuticals
Tlf.: 67 92 24 00 – Fax: 67 92 24 99

Fotogåten



Denne mannen , som her har fått beskjed om å lukke øynene, har en akutt infeksjonssykdom. En enkel diagnostisk prosedyre vil avsløre etiologien bak sykdommen. Denne diagnostiske prosedyre er non-invasiv, fullstendig kostnadsfri og unnagjort i løpet av sekunder. Hvilken diagnostisk prosedyre tenker vi på, og hvilken sykdom er dette ?

Vi mottar forslag til løsninger pr. e-mail:
arild.maeland@ulleval.no

Løsning i neste *pest*-POSTEN.

Løsning på gåten i forrige nummer:

Gåten var en ulcererende lesjon like over os pubis (side 23 i forrige nummer). Biopsi viste kronisk betennelse med mange plasmaceller. I pasientens serum ble det påvist spesifikke antistoffer mot Treponema pallidum og høyt titer av uspesifikke reagin-antistoffer. På penicillin-terapi minsket lesjonen raskt i størrelse, bildet til venstre er tatt etter en ukes terapi og bildet til høyre er tatt en måned senere, da det kun var et hypopigmentert arr igjen. Gummae var den vanligste senkomplikasjon i Boeck's studie av ubehandlet syfilis i Oslo ved århundreskiftet.

Diagnose: Syfilitisk gumma.

Vi mottar forøvrig gjerne gåter eller kommentarer, redaksjonen trenger ikke ha det siste ord.

E-post adresser pr. 01.06.01

Tore Abrahamsen	Barneavd., Rikshospitalet	Tore.Abrahamsen@rh.uio.no
Johan Bakken	The Duluth Clinic, Duluth, Minn	bakkenj@smdc.org
Dag Berild	Med. avd., Aker sykehus	dag.berild@ioks.uio.no
Oddbjørn Brubakk	Infeksjonsmed. avd., Ullevål sh	oddbjoern.brubakk@ullevaal.oslo.kommune.no
Johan N. Bruun	Infeksjonsmed. avd., Ullevål sh	j.h.bruun@ioks.uio.no
Åse Berg	Med.avd., Sentralsh i Rogaland	dag.helliksen2rl.telia.no
Kåre Bergh	Avd. for mikrobiologi, RiT	kare.bergh@medisin.ntnu.no
Jan Bacher Christensen	Med. avd., RiTø	MEDJBC@rito.no
Peter Csango	Mikrobiol. avd., Vest-Agder ssh	peter.csango@vas.no
Miklos Degre	Mikrobiologisk institutt, RH	degre@rh.uio.no
Oona Dunlop	Infeksjonsmed. avd., Ullevål sh	o.b.dunlop@ioks.uio.no
Knut Fredriksen	Anestesiavd., RiTø	kfredri@online.no
Svein G. Gundersen	Infeksjonsmed. avd., Ullevål sh	s.g.gundersen@ioks.uio.no
Tore Jarl Gutteberg	Mikrobiologisk avd., RiTø	MLABTG@rito.no
Alfred Halstensen	Inst. for indremedisin, UiB	alfred.halstensen@medb.uib.no
Stig Harthug	Avd. for sykehushyg. Haukeland	stig.harthug@hyg.haukeland.no
Jon Birger Haug	Med. avd., Sykehuset Østfold	jbhaug@enitel.no
Gunnar Haukenes	Avd. for virologi, Haukeland sh	gunnar.haukenes@vir.uib.no
Bernt Heger	Infeksjonsmed. avd., Ullevål sh	bernt.heger@ulleval.oslo.kommune.no
Reidar Hjetland	Mikrobiologisk avd., ssh i S & Fj.	reidar.hjetland@sf-f.kommune.no
Terje Hoel	Smitteverno.l. for Oslo, Ullevål sh	terje.hoel@ulleval.oslo.kommune.no
Are Martin Holm	Med. avd., Bærum sykehus	aremholm@online.no
Ottar Hope	Med.avd., Haraldsplass sh Bergen	otho@haraldsplass.no
Gunnar Hopen	Med. avd., Telemark ssh	gunnar.hopen@tss.telemax.no
Berit Hovig	Bakt. institutt, Rikshospitalet	berit.hovig@labmed.uio.no
Dag Hvidsten	Mikrobiologisk avd., RiTø	dag.hvidsten@rito.no
Trond Jacobsen	Mikrobiologisk avd., RiT	trond.jacobsen@medisin.ntnu.no
Mogens Jensenius	Med. avd., Aker sykehus	mogens.jensenius@ioks.uio.no
Eyrun F. Kjetland	Infeksjonsavd., Ullevål sykehus	eyrun.kjetland@ioks.uio.no
Claus Klingenberg	Barneavdelingen, RiTø	barnkc@rito.no
Ulf E. Kongsgaard	Anestesi/intensivavd., DNR	u.e.kongsgaard@klinmed.uio.no
Bjørn Erik Kristiansen	Telelab, Skien	bjorneri@online.no
Dag Kvale	Med. avd. A, Rikshospitalet	dag.kvale@klinmed.uio.no
Nina Langeland	Med. avd., Haukeland sykehus	nina.langeland@med.haukeland.no
Lars Holst Larsen	Med. avd., Fylkessh. i Haugesund	lholstla@sn.no
Egil Lingaas	Avd. for sykehushygiene, RH	egil.lingaas@rikshospitalet.no
Elisabeth v. d. Lippe	Infeksjonsmed. avd., Ullevål sh	elisabeth.vonderLippe@ulleval.no
Martinus Løvik	Folkehelsa, Oslo	martinus.lovik@folkehelsa.no
Arne Mehl	Med. avd., Innherred sykehus	arne.mehl@innherred-sykehus.no
Tore Midtvedt	CMB, Karolinska Institutet	tore.midtvedt@cmb.ki.se
Liisa Mortensen	Mikrobiol.avd., Nordland ssh	liisa.mortensen@nss.nl.no

Fredrik Müller	Sentrallab., Bærum sykehus	fredrik.muller@labmed.uio.no
Bjørn Myrvang	Infeksjonsmed. avd., Ullevål sh	bjorn.myrvang@ulleval.oslo.kommune.no
Arild Mæland	Infeksjonsmed. avd., Ullevål sh	Arild.Maeland@ulleval.no
Svein A. Nordbø	Avd. for mikrobiologi, RiT	Svein.A.Nordbo@medisin.ntnu.no
Aira Nurminen-Bucher	Med. avd., Bærum sykehus	abucher@cello.no
Vidar Ormaasen	Infeksjonsmed. avd., Ullevål sh	vidar.ormaasen@ioks.uio.no
Anne Ma Dyrhol Riise	Virussenteret, Univ. i Bergen	Annema.Riise@vir.uib.no
Signe Holta Ringertz	Bakteriologisk lab., Aker sykehus	s.h.ringertz@ioks.uio.no
Helvi Holm Samdal	Avd. for virologi, Folkehelsa	helvi.holm.samdal@folkehelsa.no
Synne Sandbu	Avd. for vaksine, Folkehelsa	synne.sandbu@folkehelsa.no
Rolf Arne Sandnes	Avd. for mikrobiol.,Oppland Ssh	rolf-arne.sandnes@oppland-f.kommune.no
Per Sandven	Avd. for bakteriologi, Folkehelsa	per.sandven@folkehelsa.no
Aksel Schreiner	Inst. for indremedisin, UiB	aksel.h.schreiner@hspost.no
Haakon Sjursen	Med. avd., Haukeland sykehus	haakon.sjursen@med.haukeland.no
Tone Skarpaas	Mikrobiol. avd., Vest-Ager ssh	tone.skarpaas@vas.no
Arnfinn Sundsfjord	Mikrobiologisk avd. RiTø	arnfinns@fagmed.uit.no
Bjørg Sørensen	Med. avd., Fylkessh. i Molde	itvisjon@online.no
Yngvar Tveten	Telelab, Skien	yngvar.tveten@telelab.no
Stein Lund-Tønnesen	Med. avd., Haukeland sh	stlt@haukeland.no
Ivar Ørstavik	Avd. for virologi, Folkehelsa	ivar.orstavik@folkehelsa.no
Einar Aandahl	Avd. for mikrobiol.Oppland Ssh	einar.aandahl@oppland-f.kommune.no

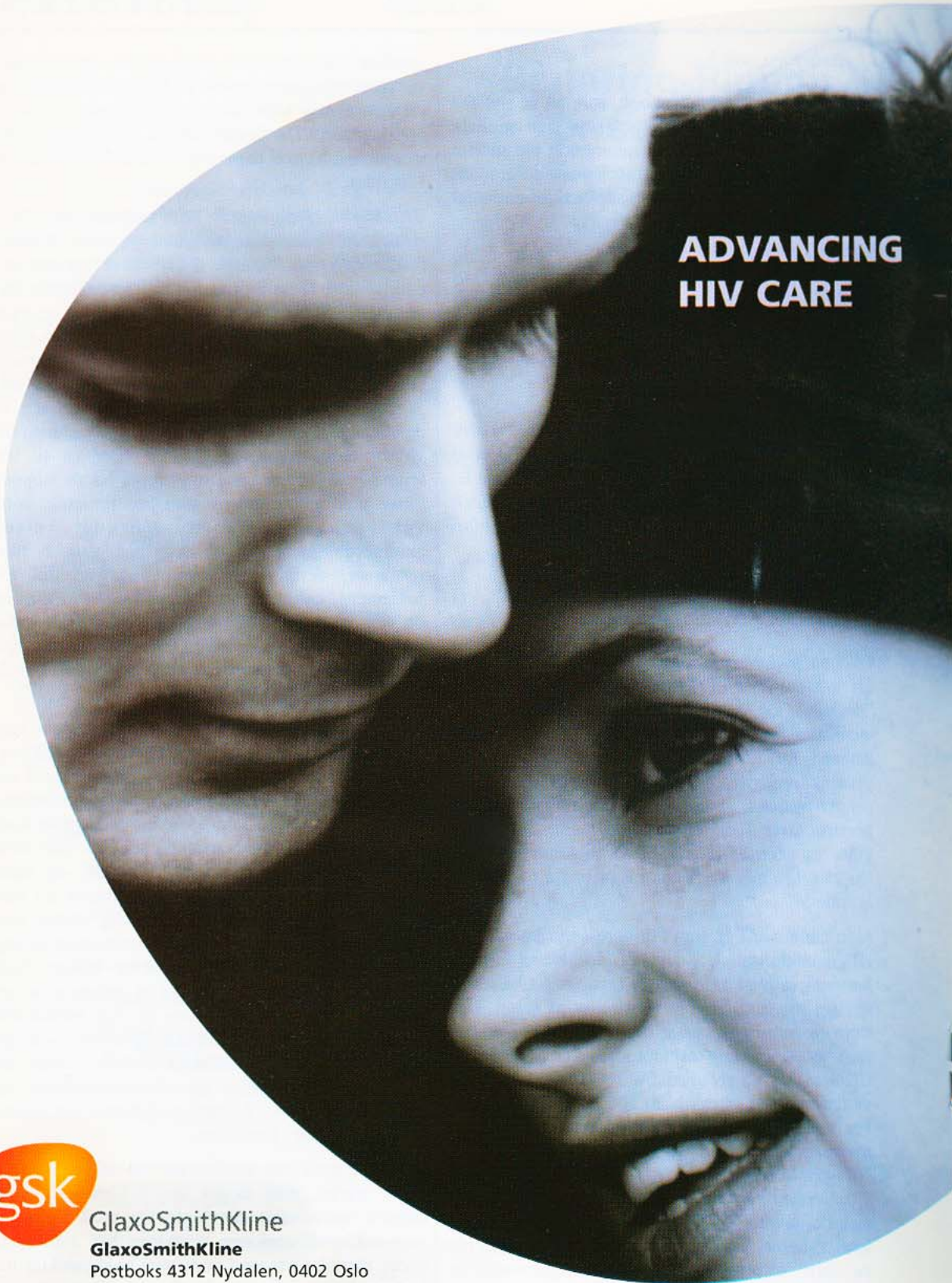
- AFA årsrapport: fortsatt fra side 19.

AFA har utarbeidet forslag til standard for kvalitetskontroll ved resistensbestemmelse (på grunn av tekniske problemer blir dokumentet formelt først distribuert i 200l). Også dette året har arbeidet med NORM tatt mye tid for enkelte av AFAs medlemmer. Industriseminaret 25/10 måtte utsettes pga. møtekollisjoner, men seminaret ble arrangert 7/2-01.

AFA har i løpet av året vært representert i følgende organisasjoner/arbeidsgrupper: NCCLS (National Committee on Clinical Laboratory Standards) v/Steinbakk, EUCAST (European Working Party on Antibiotic Susceptibility testing) v/ Steinbakk, EARSS (European Antimicrobial Resistance Surveillance System) v/ Høiby, ESGARS (European Study Group for Antimicrobial Resistance Surveillance v/Steinbakk, NORM (Norsk overvåkningssystem for resistens hos mikrober) v/ Digranes, Høiby og Steinbakk.

AFAs inntekter har i 2000 vært tilstrekkelige til å sikre driften.A vil i kommende periode fortsette samarbeide med NORM om valg av metoder for resistensbestemmelse. I tillegg vil AFA pa nytt vurdere brytningspunkt for en rekke antibiotika med bakgrunn i data fra NORM. AFA tar også i 2001 sikte på å arrangere teoretisk og praktisk kurs i resistensbestemmelse. I kommende år vil AFA fortsatt delta i internasjonale fora for standardisering av resistensbestemmelse.

Martin Steinbakk, leder



GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline
Postboks 4312 Nydalen, 0402 Oslo
Telefon: 22 58 20 00 Telefax: 22 58 20 03
www.gsk.no

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 påopponent(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

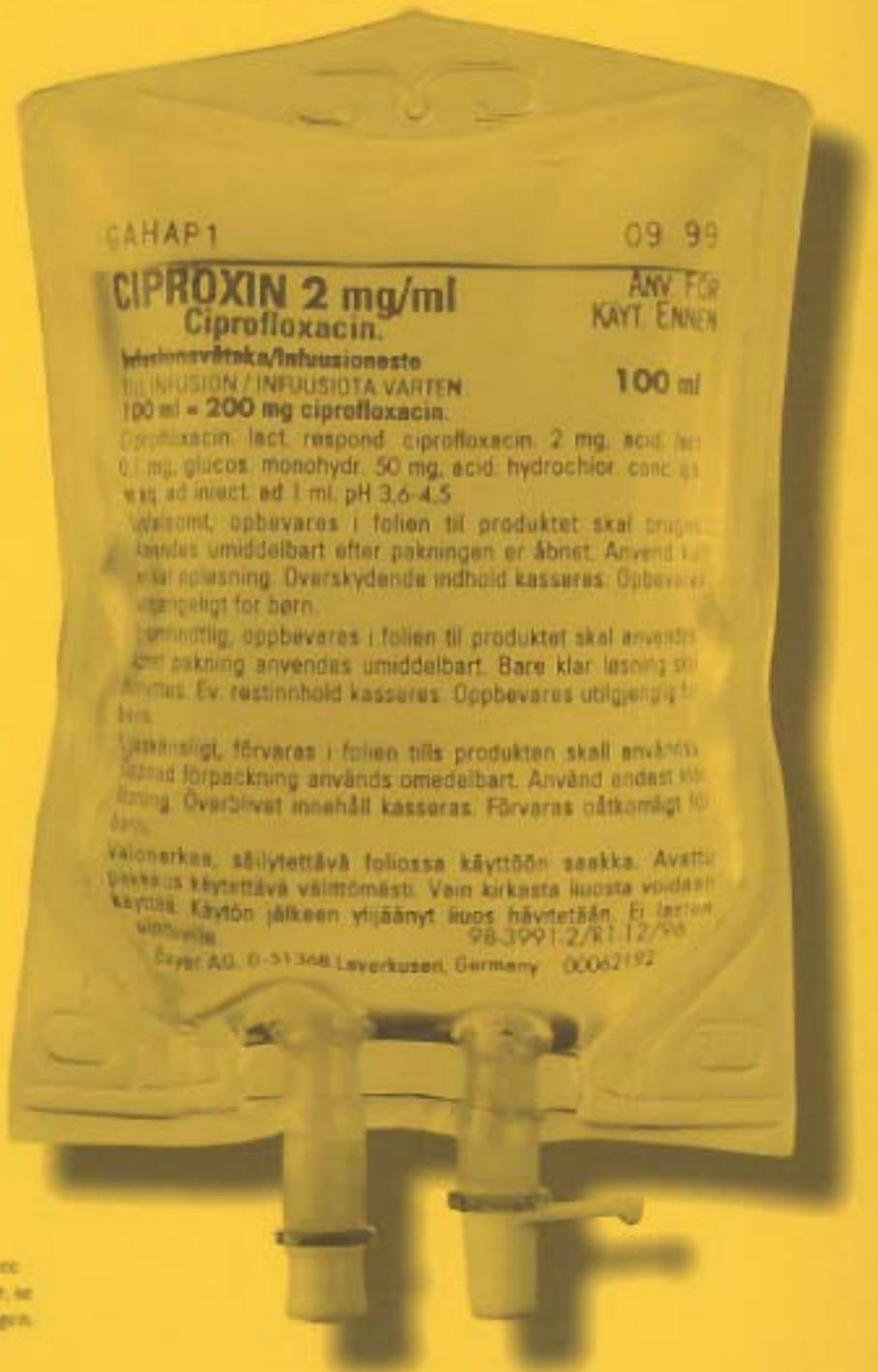
Vi er takknemlige for bidrag i form av annonser i "*pest-POSTEN*". Bladet blir trykket i et opplag på ca. 300 og distribuert gratis til alle medlemmer av Norsk Forening for Infeksjonsmedisin.

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.

Ciproxin®

Ciprofloxacin



For ytterligere opplysninger, se Felleskatalogen.

Bayer

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