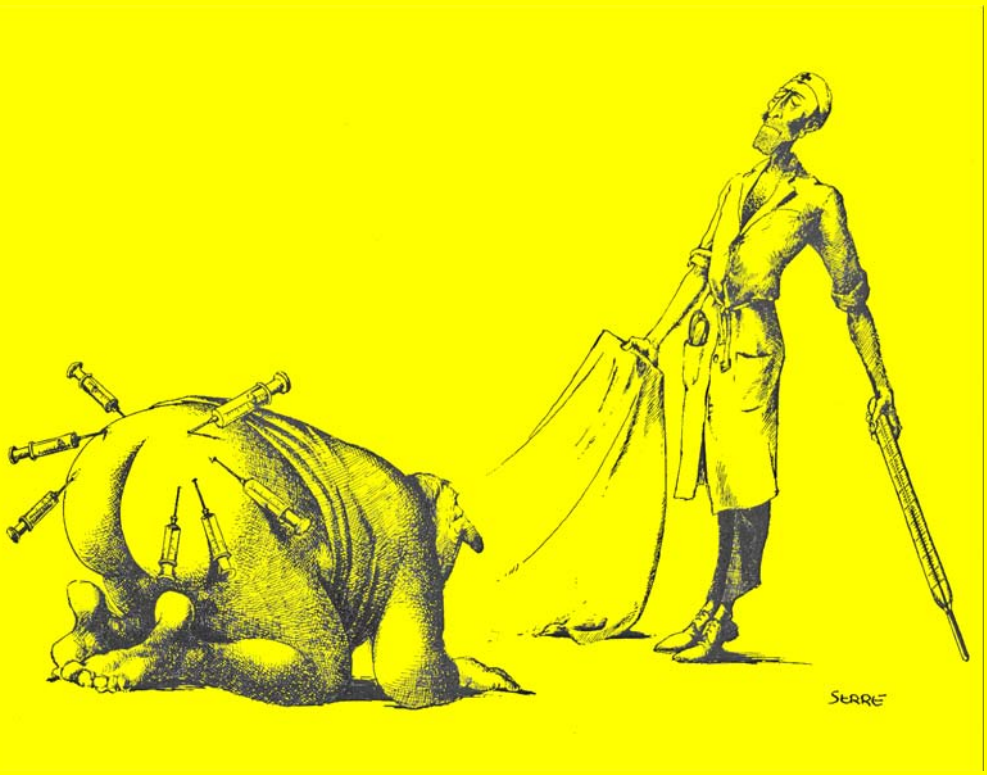
pest-POSTEN

Nr. 1, 2005 - 11. årgang



MEDLEMSBLAD FOR
NORSK FORENING FOR INFEKSJONSMEDISIN

REDAKSJONEN :

- Ansvarlig redaktør :

Arild Mæland
Infeksjonsmedisinsk avdeling,
Ullevål universitetssykehus

- Medredaktør :

Jan Erik Berdal
Medisinsk avdeling,
Akershus universitetssykehus

- Redaksjonssekretær :

Jon Birger Haug
Medisinsk avdeling,
Aker universitetssykehus

- Annonsesjef :

Eivind Ragnhildstveit
Mikrobiologisk avdeling,
Sykehuset Østfold Fredrikstad

- Øvrige medarbeidere :

Faglig medarbeider -
(Foreløpig ubesatt)

Ansvarlig diktspalten -
Bjørn Myrvang
Infeksjonsmedisinsk avdeling,
Ullevål universitetssykehus

INNHOLD :

Redaksjonelt	s. 4
Bokanmeldelse	s. 6
Vi intervjuver - Johan Bakken	s. 9
Henstilling til overordnede	s. 11
Infeksjonsforum Vest-Norge	s. 12
Fotospalten	s. 19
Infeksjonsforum Nord-Norge	s. 20
Program for Vårmøte 2005	s. 29
Påmeldingsskjema Vårmøte	s. 31
Info om overnatting Vårmøte	s. 32
Program for Årsmøtet NFIM	s. 32
Doktorgrad Berild	s. 33
Doktorgrad Jensenius	s. 34
Doktorgrad Dalgard	s. 35
CROI abstract Kvale	s. 36
CROI abstract Ormaasen	s. 37
Diktspalten	s. 38
Schering-Plough prisen	s. 40
Bristol-Myers-Squibb prisen	s. 40
Kongresser og møter	s. 41
Medlemsregister per 1.4.2005	s. 42
Veiledning for forfattere og annonsører	s. 51

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

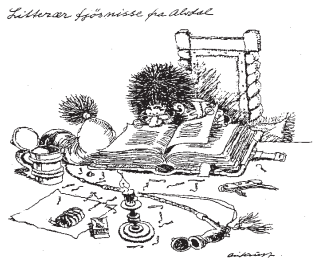
Adresse: **Arild Mæland,**
Infeksjonsmedisinsk avd.,
Ullevål universitetssykehus
0407 Oslo

Telefon: **22 11 92 86**
Telefax: **22 11 91 81**
E-mail: **jon.haug@chello.no**

ISSN: 080 - 2510

Forsiden: Claude Serre 1978 (5)
«Humour Noir et Hommes en Blanc»

REDAKSJONELT



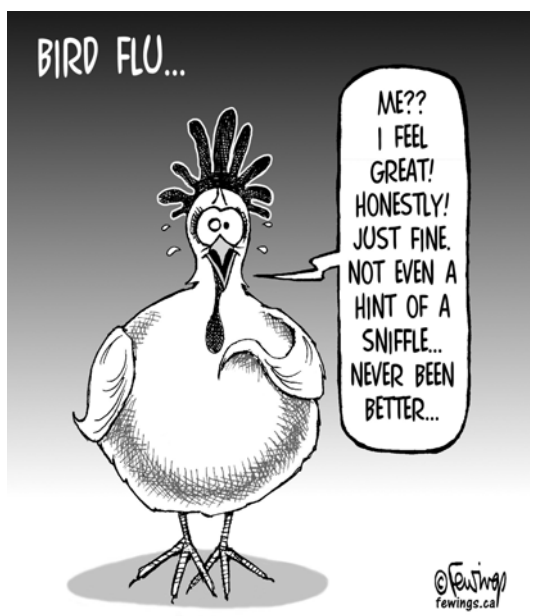
pest-FRYKT, *frykt*-POSTEN

Er du redd? Frykter du fugleinfluensa? Eller MRSA? ESBL? VRE? Farlige mikrober fra Østen? Vi gjør for så vidt det. I hvertfall frykter vi hva disse kan gjøre med vår pasientomsorg. Vi håper det var flere som hoppet i stolen når TV viste oss helsepersonell(?) kledd i romdrakter som tok i mot nordmenn fra Thailand etter flodbølgen. Mennesker hvis verden var sorg og sjokk ble møtt med kontakt– og luftbarrierer i stedet for en å snakke med. MRSA-hysteriet på våre sykehus er en daglig trussel mot god pasientomsorg. Det blir et utbrudd med situasjonen ute av kontroll når det isoleres en antibiotikaresistent bakterie på Ullevål. Folk utenbys lurer på om det er trygt å reise til Oslo. Vi er igjen for så vidt enige. Situasjonen kan synes ute av kontroll når helsepersonell totalt synes å ha mistet sansen for proporsjoner. Vår jobb er å ta oss av våre pasienter – og å gjøre det som er rimelig i forhold til smitte. Men gjør du 100 % for å unngå smitte, og 0 % for å ta deg av pasienten, bør du finne deg en annen jobb.

Å påkalle Churchill i denne sammenheng blir kanskje vel svulstig; Vi har intet å frykte unntatt frykten selv – men smittefrykten er faktisk i dag en trussel mot et bedre helsevesen her i landet. Vi som jobber med infeksjoner og mikrober - og spesielt innen sykehushygiene – har en viktig jobb med å bedre smitteforståelsen i vårt helsevesen.

Dette nummer av *pest*-POSTEN markerer bladets første redaktørskifte. Oddbjørn Brubakk fratrer etter ikke mindre enn ti år og nær 40 – førti – utgaver. Slik står det respekt av. Sammen med redaksjonssekretær Jon Birger Haug som heldigvis - egentlig nødvendigvis – fortsetter i sin stilling, har han fire ganger i året i et tiår, ofte fra nær intet – vi snakker om stofftilgangen – fått ut den lille gule til foreningens medlemmer. Vi retter en varm takk til bladstyrar Brubakk for det du på denne måten har gjort for infeksjonsmiljøet her i landet, vi vet at du også bidrar til vårt miljø på mange andre måter. Men denne gang er det din gyldne penn vi takker for, den har gitt oss mange gode stunder gjennom alle disse år. Vi vil nok fortsatt be deg bidra, kanskje du da kan undertegne med *red. emeritus?*

Frykter du at *pest*-POSTEN gjør som Aftenposten; blir tabloid og mister sin sjel? Det tror vi ikke du trenger frykte. *Pesta* har hatt sitt eget format i ti år og er stolt av det. Og du forstyrrer ikke naboen på toget når du bretter opp vårt organ – med mindre han frykter at du er smittsom! Men frykter du en fremtid uten *pest*-POSTEN er det beste du kan gjøre med ditt angstnivå selv å bidra. Et foreningsblad er ikke mer levende enn foreningens medlemmer. Igjen kan vi dra frem ord fra krigens retorikk: Spør ikke hva *pest*-POSTEN kan gjøre for deg; spør hva du kan gjøre for *pest*-POSTEN!



Vi har ingen trang dør eller høy terskel; har du noe faglig eller ufaglig du tror vil interessere dine medlesere, kom med det! Har du lest en bok du har hatt glede av, fag eller ufag, kom med en kort anmeldelse. Har ditt digitalkamera fanget et interessant, pent eller morsomt motiv på sin brikke, er du et par knappetrykk fra publikasjon i vårt blad. Har du en mening du skulle luftet, eller lest noe andre burde lese, send oss noen ord.

Kanskje det var du som burde referere fra det møtet du skal på i neste uke?

Apropos møtereferat, våre lesere bør ha merket at en stor del av *pest*-POSTENs innhold har vært referater fra våre fire infeksjonsfora. Disse fora vil nå formelt gå inn, da legemiddelindustrien ikke lenger har lov til å sponse slike «grupper av leger». Men møtene vil fortsette som Glaxo-møter. Og redaksjonen har besluttet å fortsette med å ta inn referater, når de kommer, fra disse møtene. Det betyr at vi også vil ta inn referater fra andre relevante møter arrangert av industrien når referatene kommer fra folk i vårt miljø.

I dette nummer finner du invitasjon til årets store begivenhet, og vi snakker ikke om markeringen av unionsoppløsningen, vi snakker om infeksjonsforeningens jubileumsmøte. Vårt miljø er lite og sårbart, møter du opp er vi litt større og litt bedre. Sett av et par dager i juni, du har tid og penger til dette, dette vil forrente seg for deg, både på lang og kort sikt. Igjen: spør ikke hva foreningen kan gjøre for deg, spør hva du kan gjøre for foreningen!

The times they are a-changing, sang gamle Bob. Vi fikk et søtt eksempel på dette da vi nylig hadde gleden av en Trondhjemstur. På ettermiddagen gikk vi tur rundt Nidarosdomen, for det gjør man jo i Trondhjem, og etter Erichsens, satt vi på kvelden i baren på Royal Garden, for det gjør man jo i Trondhjem. Og der kom vi i prat med ei Trondhjemsveikje og nevner at vi i ærefrykt har besett byens stolte katedral. Hvorpå hun sier; jeg giftet meg første gang i Nidarosdomen. Hvorpå vi spør; hvor giftet du deg andre gangen da? Hvorpå hun svarer: Las Vegas !

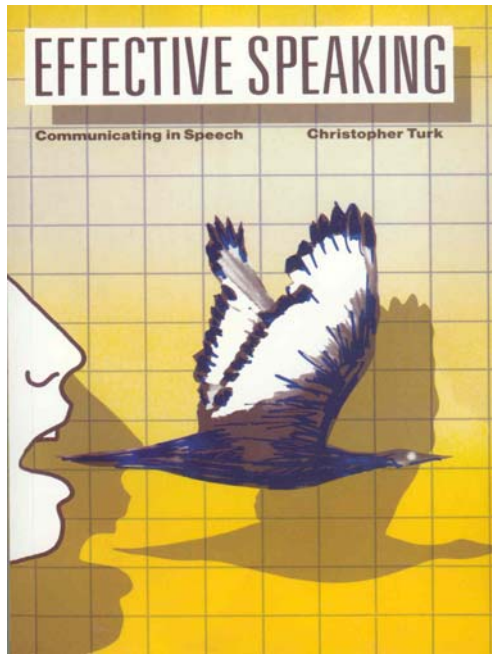
Så frykt ikke; *pest*-POSTEN vil fortsatt være ditt fryktløse speil av vår tid!

Arild Mæland

***pest-Oddbjørn*, Brubakk-POSTEN**

Oddbjørn Brubakk gir seg nå som redaktør av vår stolte publikasjon, etter ikke mindre enn 10 års sammenhengende redaktørvirksomhet. Her er han foreviget idet han triller ut sin siste utgave, nr 4-2004, til ca. 250 hungrige *pest*-POST lesere. Vi takker Oddbjørn for en unik innsats i alle disse år, og lover å legge oss i selene for å holde oppe den stolte tradisjon. Vel blåst, Oddbjørn !

Bokanmeldelse



Christopher Turk er en mann du bør ha lest.

I hvert fall hvis du skal holde et innlegg for dine kolleger eller holde en tale hvor du må reise deg i trivelig lag. De fleste *pest*-POST lesere gjør slikt fra tid til annen. Evnen til å snakke til en forsamling er ikke medfødt for noen av oss selv om selvtilliten nok kan synes det hos noen.

Christopher Turk er en som har tenkt gjennom dette og han har noe å meddele oss alle uansett hvor tidlig eller sent du er i din snakkekarriere. Han forteller deg hvordan du skal takle nervøsitet, han sier sågar du bør være nervøs, det beste middelet er selvfølgelig skikkelig forberedelse. Han ber deg tenke over hvem du snakker til og hvorfor. Han ber deg være tydelig, *first you tell them what you are gonna tell them , then you tell them, and then you tell them what have told them.*

Han har mye å fortelle norske hotellfolk om hvorledes møtesalen skal arrangeres for å lage et godt møte. Nei, har du en avlang sal skal ikke nødvendigvis taleren stå i ene enden så de bakerste hverken (med h!) ser eller hører. Hvis salen ikke er for trang bør man heller lage inkluderende fiskebeinsarrangement med taleren midt på ene langveggen, da føler vi oss alle mer velkomne. Et lite podium på noen centimeter gjør underverker, hvorfor tror du de bruker margarinkasser i Hyde Park? Og lerretet skal helt opp under taket, som ofte er for lavt på norske hotell som tjener grovt på en konferansevirksomhet de er dårlig bygget for.

Han hjelper deg med å bruke lysbilder på en edruelig måte, hvordan du skal stå og hvordan du skal bruke den stemmen du har. Og hvordan du kommuniserer ikke-verbalt for det gjør vi hele tiden. Og hvordan du skal greier å holde oppmerksomheten hele tiden. Notatene for en bordtale skal ikke være et krøllete A4 ark, eller en liten lapp du ikke greier åforsøker å skjule. Den skal være A5 på hard kartong.

Det er moro å lese Turk, det du vil si til deg selv er: selvfølgelig er det slik, du vil smile gjenkjennende gjennom boken. Den som har lest *Effective Speaking* er nødt til å bli en bedre foreleser eller taler eller møtearrangør. Boken bør være obligatorisk for alle som snakker i forsamlinger, selv om det bare er et lunsjmøte for kolleger, for den farmasøytiske industri, for hotellenes konferansedirekører, og for alle pestPOSTlesere. Forlaget er Spon Press. Og hvorfor ikke kjøpe den hos *Amazon.com*. Da får du den i posten, nei, ikke i pest-POSTEN, noen dager senere.

AM

REYATAZ®
(atazanavir)

-Et nytt hiv-legemiddel

Reyataz 300 mg boostered med 100 mg ritonavir har sammenlignbar virologisk effekt med lopinavir/ritonavir hos moderat erfarne pasienter*).

De potensielle fordelene er:
- dosering en gang i døgnet,
- liten risiko for dyslipidemier og
- bedre gastro-intestinal toleranse (mindre diaré)*)

**Europakommisjonen EMEA CPMP/5860/03*

BMS Virology™
Bristol-Myers Squibb Company

Veritasveien 26, Postboks 464, 1323 Høvik
Telefon 67 55 53 50, Telefaks 67 55 53 52
www.b-ms.no

C Reyataz Bristol-Myers Squibb

Proteasehemmer.
ATC-nr.: J05A E-

KAPSLER, harde 100 mg, 150 mg og 200 mg: Hver kapsel inneh.: Atazanavirsulf. tilsv. atazanavir. 100 mg, resp. 150 mg et 200 mg, lactos., const. q.s. Fargestoff: Indigotin (E 132), titandioksid (E 171).
Indikasjoner: Behandling av HIV-1-infiserte voksne som har hatt antiretroviral behandling, i kombinasjon med andre retrovirale legemidler.

Dosering: Kapslene svelges hele og tas sammen med mat. Voksne: Anbefalt dose er 300 mg 1 gang daglig i kombinasjon med ritonavir 100 mg 1 gang daglig. Hvis atazanavir med ritonavir administreres sammen med didanosin, anbefales det å ta didanosin 2 timer etter atazanavir med ritonavir, tatt med mat. Anbefales ikke til spedbarn, småbarn, barn eller ungdom, da effekt og sikkerhet av atazanavir ikke er fastslått i denne populasjonen.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for atazanavir eller for et eller flere av hjelpestoffene. Moderat til alvorlig leversvikt. Samtidig bruk med rifampicin, CYP 3A4-substrater med smalt terapeutisk vindu (f.eks. astemizol, terfenadin, cisaprid, pimozid, kinidin, bepridil, ergotalkaloider) og preparater med prikkperikum.

Forsiktighetsregler: Forholdsregler må benyttesfor ikke å smitte andre med HIV gjennom blod eller seksuell kontakt. Samtidig administrering med ritonavir i doser på mer enn 100 mg 1 gang pr. dag er ikke klinisk evaluert. Bruk av høyere doser ritonavir kan endre sikkerhetsprofilen av atazanavir (bivirkninger på hjertet, hyperbilirubinemi) og anbefales derfor ikke. Nedsatt leverfunksjon: Bør brukes med forsiktighet hos pasienter med mild leversvikt. Pasienter med nedsatt leverfunksjon, deriblant kronisk aktiv hepatitt, har større hyppighet av unormale leverfunksjoner under antiretroviral kombinasjonsbehandling og skal overvåkes i.h.t. vanlig praksis. Ved tegn på forverring av leversykdom, må avbrudd eller seponering av behandlingen vurderes. Overledningsproblemer: Preparatet bør brukes med varsomhet hos pasienter som har overledningsproblemer (2. grads eller høyere AV-blokk eller kompleks grenblokk), og bare hvis fordelene er større enn risikoen. Økt blødningstendens: Hos pasienter med hemofili A og B er det rapportert om økt blødningstendens med spontane hudhematomer og leddblødninger ved behandling med proteasehemmere. Pasienter med hemofili bør derfor gjøres oppmerksomme på muligheten for økt blødningstendens. Hyperbilirubinemi: Reversible økninger i indirekte (ukonjugert) bilirubin forbundet med hemming av UDP-glukoronyltransferase (UGT) kan forekomme. Økning i hepatisk transaminase som forekommer med økning i bilirubin hos pasienter som får atazanavir bør evalueres for alternative etiologier. Annen antiretroviral behandling enn atazanavir bør ev. vurderes dersom gulsott eller skleral ikterus er uakseptabelt. Dosereduksjon av atazanavir anbefales ikke da det kan resultere i at terapeutisk effekt og motstandsutvikling går tapt. Kapslene inneholder laktose. Pasienter med galaktoseintoleranse, Lappisk laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorbsjon skal ikke bruke preparatet.

Interaksjoner: Atazanavirkonsentrasjonen reduseres ved samtidig bruk med tenofovir. Efavirenz reduserer konsentrasjonen av atazanavir. Ved samtidig administrering med efavirenz anbefales det å gi atazanavir 400 mg med ritonavir 100 mg og efavirenz 600 mg som én døgndose med mat. Samtidig administrering med indinavir anbefales ikke da indinavir er forbundet med indirekte (ukonjugert) hyperbilirubinemi pga. hemming av UGT. Preparatet kan interferere med metabolismen av irinotecan pga. hemming av UGT, og kan gi økt irinotecantoksisitet. Atazanavir med ritonavir skal administreres 2 timer før eller 1 time etter bufrede legemidler. Samtidig bruk med orale antikonseptiva bør unngås, alternativ prevensjon bør brukes. Dosereduksjon av rifabutin på opp til 75% anbefales når det gis samtidig med atazanavir med ritonavir. Ved samtidig bruk av sildenafil bør pasienten advares mot mulig økning i sildenafilbivirkninger, bl.a. hypotensjon, visuelle endringer og priapisme. For øvrig anbefales forsiktighet ved samtidig bruk med antiarytmika, diltiazem, verapamil, HMG-CoA-reduktaseinhibitorer, mavesyresuppressorer, nevirapin, klaritromycin, warfarin, høye doser triazolfungicider og andre proteasehemmere enn ritonavir.

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Det foreligger ikke tilstrekkelig dokumentasjon ved bruk hos gravide. Skal bare brukes under graviditet hvis klinisk fordel kan forsvare potensiell risiko. Ekstra overvåking og alternativ behandling til atazanavir bør overveies i perinatalperioden. Overgang i morsmelk: Ukjent. For å unngå overføring av HIV, bør HIV-smittede ikke under noen omstendighet amme.
Bivirkninger: Erfaringene omkring sikkerhet og toleranse av atazanavir 300 mg i kombinasjon med ritonavir 100 mg er begrensede. Følgende bivirkninger er observert ved bruk av atazanavir i kombinasjonsbehandling med andre antiretrovirale midler: Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Abdominalsmerter, diaré, dyspepsi, kvalme, oppkast. Hud: Utslett. Lever: Gulsott. Metabolske: Lipodystrofi. Neurologiske: Hodepine, søvnløshet, perifere neurologiske symptomer. Syn: Skleral ikterus. Øvrige: Asteni. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Dysgeusi, flatulens, gastritt, pankreatitt, aftøs stomatitt. Hud: Alopeci, pruritus, urticaria. Lever: Hepatitt. Metabolske: Anoreksi, større appetitt, vekttap, vektøkning. Muskel-skjelettsystemet: Artalgi, muskelatrofi, myalgi. Neurologiske: Unormale drømmer, amnesi, forvirring, svimmelhet, somnolens. Psykiske: Angst, depresjon, søvnforstyrrelser. Urogenitale: Hematuri, nefrolitiasis, pollakisuri. Øvrige: Allergisk reaksjon, synkope, dyspné, gynekomasti, brystsmerter, tretthet, feber, malaise. Sjeldne (<1/1000): Gastrointestinale: Abdominal distensjon. Hud: Eksem, vasodilatasjon, vesikulobulløst utslett. Lever: Hepatosplenomegali. Neurologiske: Unormal gange. Muskel-skjelettsystemet: Myopati. Sirkulatoriske: Hypertensjon, ødem, palpitasjon. Urogenitale: Nyresmerter, proteinuri. Laboratorieverdier: Forhøyet total bilirubin, forhøyede amylaseverdier, forhøyet kreatinkinase, forhøyet ALT/SGPT, forhøyet AST/SGOT, lave nøytrofile verdier, forhøyet lipase.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Erfaring med akutt overdosering hos mennesker er begrenset. Enkeltdoser på opptil 1200 mg er tatt av friske, uten symptomatisk negativ effekt. Høye doser kan gi gulsott (uten samtidig endring i leverfunksjonsprøver) eller forlenget PR-intervall. Behandling: Støttetiltak som overvåking av vitale tegn, EKG og observasjon av pasientens kliniske tilstand. Uabsorbert atazanavir kan fjernes med emese, maveskylling eller administrering av aktivt kull. Dialyse har sannsynligvis liten effekt. Intet spesifikt antidot.
Rekvireringsregel: Behandlingen bør initieres av lege med erfaring i behandling av HIV-infeksjon.

Utlevering: Etter resept/rekvisisjon fra spesialist i infeksjonsmedisin.

Pakninger og priser: 100 mg: Enpac: 60 stk. kr 4459,80, 150 mg: Enpac: 60 stk. kr 4644,20, 200 mg: Enpac: 60 stk. kr 4644,20.

Sist endret: 24.06.2004

Vi intervjuer :

Johan Bakken

Duluth, Minnesota

Etter å ha utdannet seg som indremedisiner og infeksjonsmedisiner forlot Johan Bakken Norge i 1985 og dro til Omaha i Nebraska og siden til Duluth i Minnesota. I Duluth arbeidet han i mange år arbeidet på Duluth Clinic, men i 2003 skiftet han arbeidssted til St. Lukes Hospital. Mange har støtt på Johan Bakkens navn i velrenommerte infeksjonsmedisinske tidsskrifter. Den nøyaktige kliniker Johan oppdaget nemlig at det i det området han arbeidet, var mange tilfelle av infeksjonen erlichiose, nå benevnt «Human granulocytic anaplasmosis», og han har fra 1990 publisert en rekke artikler om sykdommen. Disse publikasjonene var også grunnlaget for dr.avhandlingen han forsvarte i Tromsø i 2003. Nå har Johan på nytt vært på besøk i gamlelandet, hvor han bl.a. holdt foredrag om sin favorittsykdom for kolleger ved Ullevål universitetssykehus, men formålet med reisen var antakelig først og fremst å få gått «Birken».pest-POSTEN var på pletten og intervjuet ham på vei til Rena.

Hva var hovedgrunnen til at du forlot Norge i 1985?

Stillingen som reservelege på 1. avdeling (UUS) utløp, og hva skulle jeg gjøre? Ingen overlegestilling var i sikte. Så fikk jeg ansettelse som «reservelege» ved Infeksjonsavdelingen i København, men ansettelsen ble trukket tilbake. Jeg hadde også fått tilbud om et postdoctoral fellowship i antibiotikaresistens hos Christine Sanders på Creighton University, Omaha, Nebraska, så jeg slo til og dro jeg vestover.

Følte du at din infeksjonsmedisinske utdannelse fra Norge var bra grunnlag for å praktisere i USA?

Så absolutt. Ironisk nok så er det jeg som har vært regnet som tropemedisinsk «ekspert» i Duluth siden jeg kom til byen. Vi er nå totalt fem infeksjonsmedisinere i Duluth; tre på mitt gamle arbeidssted (Duluth Clinic) og to på St. Lukes Hospital.

Var det fordi du gjerne ville gå på ski at du slo deg ned i den kaldeste og mest snørike del av USA?

Det var først og fremst fordi det var ledig stilling på Duluth Clinic, men det er klart at geografiske og klimatiske forhold, med fire årstider hadde innflytelse på beslutningen. Jeg er ikke særlig glad for å bo i «varme» strøk.

Hva er den største skilnaden mellom Ullevål universitetssykehus og et tilsvarende sykehus i Midtvesten?

*R*ent bortsett fra størrelsen på sykehusene (sengeplasser) så er det ikke så veldig store forskjeller. St. Lukes Hospital har ca. 200 senger og tilbyr alle «tjenester» inklusiv «open heart surgery». Det eneste vi ikke tilbyder i Duluth er solid organ transplantasjoner; de utføres på Mayo eller i Minneapolis. All oppfølging skjer lokalt i *Duluth, så vi ser* hele spektret av infeksjons-medisinske problemer, inklusive opportunistiske infeksjoner.

Hvordan er dine arbeidsforhold, og hvor kommer dine inntekter fra?

Jeg er ansatt som Infectious Disease consultant ved St. Lukes Hospital, og lønnes fast av sykehuset. Lønnen er bra og er ikke produksjonsbetinget i motsetning til hvordan systemet var på Duluth Clinic (en av mange grunner til at min kollega og jeg skiftet arbeidssted i juli 2003). Som på Ullevål så har jeg poliklinikk tilknyttet ansettelsen. Jeg kan ta opp til 6 uker betalt fri (ferie, faglige møter etc.) Jeg ser inneliggende pasienter og nye tilsyn om morgenen og har poliklinikk om ettermiddagen 4 dager i uken; jeg har fri etter klokken 12 på tirsdager, min «såkalte golfdag». Anmodninger om tilsyn om ettermiddagene tar jeg eventuelt etter poliklinikken. Vanligvis er jeg på arbeid fra ca klokken 6 om morgenen til klokken 5 om ettermiddagen. I tillegg holder jeg endel foredrag for forskjellige farmasøytiske firmaer, og får separat betaling for disse tjenestene.

Er du tilhenger av Bushideologien: Kapitalisme - krydret med religion?

Jeg er ikke amerikansk borger, og kan derved ikke stemme. Når det er sagt, så er nok mine politiske overbevisninger svært på linje med den norske holdingen til USA for tiden. GW har derfor ingen høy stjerne i vår familie (det inkluderer også mine tre barn). Det vil finnes politiske mangler uansett hvor man bor. Etter mitt syn er de største innenrikspolitiske manglene i USA det at 40 millioner innbyggere ikke har generell tilgang til medisinsk behandling. I tillegg til at landet trenger «universal health care» så trengs det en medicolegal reform, slik at disse astronomiske søksmålene som så ofte kommer etter medisinsk feilbehandling, tones ned til et mer realistisk nivå. Ellers tror jeg det er farlig å blande religion og politikk og er desidert ikke tilhenger av den teokratiske retningen som USA i øyeblikket følger. Forhåpentligvis kommer det nye og mer «sobre» krefter til makten etter det neste valget i 2008. Inntil da vil landet være sterkt splittet.

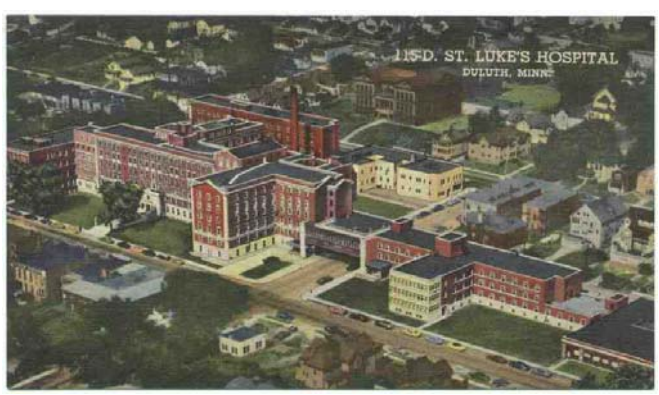
Har du samkvem med andre telemarkinger «over there»?

Det blir mest samvær med annen og tredjegenerasjons både det ene og det andre (hvorav noen har norske aner). Vi har en omgangsvenn som vokste opp på Bekkestua; hun er gift med en amerikansk onkolog som jobber på Duluth Clinic. Kjenner ingen direkte import fra Telemark. Derimot så står vi endel på ski på Telemark Resort i Cable, Wisconsin som ligger ca. en og en halv times kjøring fra Duluth. Det er også der den Amerikanske Birkebeineren starter. I år deltok jeg i løpet for 14nde gang, og der fikk jeg merket for annen gang.

Er du blitt amerikaner for godt, eller ?

Vi blir nok boende her for resten av våre liv, men hvorvidt vi søker amerikansk statsborgerskap eller ikke, er en økonomisk beslutning. For tiden så er det forskjellsbehandling av citizens og permanent residents (Susanne og meg) hva angår arveoppgjør, noe som eventuelt ville affisere våre barn. Jeg skal faktisk i møte med advokat i neste måned for å se nøyere på dette, slik at formuen går til ungene og ikke til staten når vi dør.

URSUS



Til avdelingsoverleger og seksjonsoverleger

VÅRMØTET har gjennom mange år vært det årlige møte hvor landets mikrobiologer, infeksjonsmedisinere og leger under utdannelse i disse fagene møtes til faglig program og diskusjoner og til hyggelig sosialt samvær.

I år markerer også vårmøtet at Norsk forening for infeksjonsmedisin er 30 år.

Arrangementskomiteen for årets vårmøte ønsker selvsagt at oppslutningen om møtet skal bli best mulig, og dette er henstilling til deg som er avdelingsoverlege eller seksjonsoverlege om å bidra til det ved

1. selv å delta på møtet og derved å bidra til å fremme det infeksjons- og mikrobiologiske miljø i Norge

2. å legge arbeidsforholdene til rette slik at flest mulig av avdelingens/ seksjonens leger får anledning til å delta på møtet

3. spesielt å informere leger under utdanning om møtet og stimulere disse til å delta

4. å undersøke/vurdere om sykehuset/avdelingen/seksjonen kan støtte møtedeltakerne økonomisk f.eks ved å betale deltakeravgiften.

Vennlig hilsen

Bjørn Myrvang
leder av arrangementskomiteen

Referat fra

INFEKSJONSFORUM VEST-NORGE

4. februar 2005

Av Trond Bruun

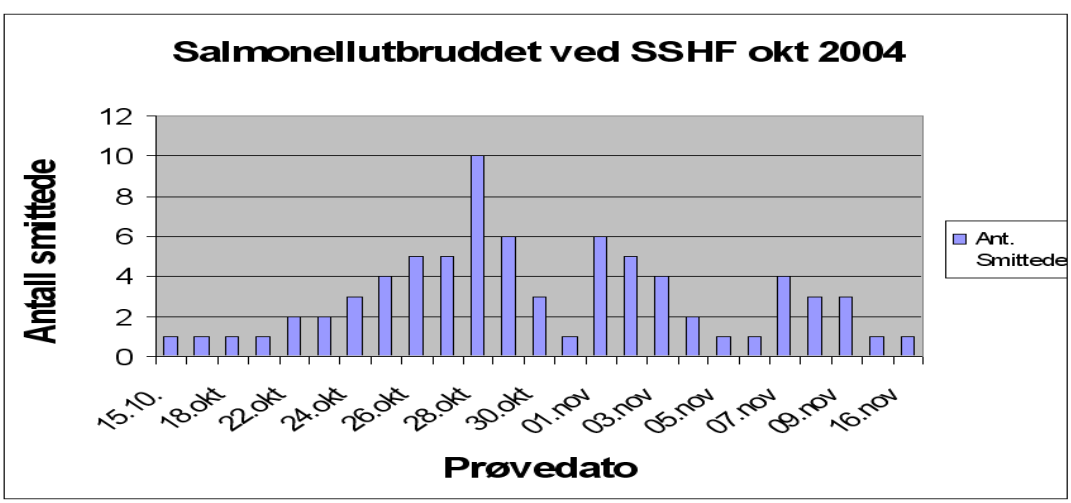
Møtet var det 27. i rekken og fant sted ved Clarion Hotel Admiral i Bergen. Det var omtrent 40 deltagere, noe som er mer enn tidligere. Hovedtema var tidsaktuelle utbrudd, og det var tydelig at dette engasjerte. Møteleder var Steinar Skrede ved Haukeland Universitetssykehus.

Dette var det siste Infeksjonsforum Vest-Norge i sin nåværende form. Den nye avtalen mellom Legemiddelindustriforeningen og legeforeningen gjør at grupper av leger ikke kan arrangere møter med støtte fra legemiddelindustrien. Forsamlingen gav sin støtte til at GlaxoSmithKline selv arrangerer nytt faglig møte høsten 2005, men at de har en uavhengig programkomite (i første omgang Infeksjonsforum sitt styre). Det er imidlertid også aktuelt å søke helseregionen om støtte til å arrangere tilsvarende møter.

Salmonella-utbrudd ved Sørlandet sykehus Kristiansand. *Sølvi Nordaas og Anders Sundøy, Sørlandet sykehus Kristiansand (SSHF).*

Den 21. oktober 2004 ble det påvist Salmonella i feces hos tre inneliggende pasienter ved Sørlandet sykehus Kristiansand. Mikroben ble identifisert som *S. infantis*, en serotype som i andre land har vært assosiert med utbrudd og sepsis og meningitt hos spebarn. *Nordaas og Sundøy* beskrev hvordan utbruddet utviklet seg og ble håndtert.

Da utbruddet ble konstatert kom en raskt i gang med etableringen av en tverrfaglig epidemigruppe. Det ble foretatt intern og ekstern varsling. Pågangen fra pressen var i begynnelsen stor, men dette avtok etter hvert som en fikk sendt ut regelmessige pressemeldinger. Det ble raskt startet med sykehushygieniske tiltak som isolasjon, rådgivning



og kostanamnese av de smittede. Det ble utført inspeksjon av kjøkken, og det ble tatt mat- og vannprøver fra hovedkjøkkenet. Informasjon ble gitt via intranettet til ansatte og skriftlig til innlagte. Etter noen dager fikk en assistanse fra Folkehelseinstituttet som bidro med å gjøre kostanamnesen av smittede mer målrettet.

En fikk relativt tidlig mistanke om at kaldmaten fra hovedkjøkkenet kunne være smittekilde. Kaldmatproduksjonen ble stanset. Kjøkkenansatte som nylig hadde vært i utlandet ble testet, men ved en misforståelse ble dette initialt kun gjort av de som nylig hadde vært i Syden. Det ble også avdekket store mangler i opplæring og praktisering av håndhygiene på hovedkjøkkenet. Det ble derfor igangsatt hygienekurs og praktisk tilrettelegging for å bedre håndhygienen.

På dag 8 ble det påvist salmonella hos tre av de kjøkkenansatte, og en valgte da å ta nye prøver av alle kjøkkenansatte. En antar at kaldmatproduksjonen/kjøkkenansatte har vært mest sannsynlige smittekilde for utbruddet uten at dette er sikkert bekreftet ved positive prøver av mat.

Screening-test ble tilbudt alle ansatte som ønsket dette. I tillegg valgte en å utføre testing systematisk bl.a. ved to affiserte sengeposter samt av personale som arbeidet med immunsupprimerte pasienter. Totalt under utbruddet ble det påvist S. infantis hos 68 personer, omtrent likelig fordelt mellom pasienter og ansatte.

De fleste affiserte hadde moderate symptomer, og ingen av de ansatte ble innlagt pga Salmonella. Det ble konstatert ett dødsfall blant de innlagte, en eldre kvinne hvor Salmonella-infeksjonen kan ha vært en av flere medvirkende faktorer til dødsfallet.

I evalueringen etter utbruddet kom det fram kritiske merknader knyttet til bl.a. savn av overordnet ledelse, for dårlig informasjonsflyt, grov svikt i hygienepplæringen av kjøkkenansatte og for sen screening av hele kjøkkenpersonalet.

Kostnader pga utbruddet ble anslått til omtrent en halv million kroner.

Noe av det som fungerte bra var at en kom raskt i gang med hygieniske tiltak og at hyppige pressemeldinger i stor grad fylte informasjonsbehovet og derfor minsket pågangen fra pressen.

Giardia-utbrudd i Bergen. *Øystein Søbstad, Smittevernkontoret, Bergen kommune, Anna Walde, Mattilsynet i Bergen og Nina Langeland, Haukeland Universitetssykehus (HUS).*

Mistanken om utbrudd kom for alvor den 29. oktober 2004. Infeksjonsmedisinsk seksjon ved HUS tok da kontakt med Smittevernkontoret i Bergen, fordi en ved laboratoriet på kort tid hadde påvist Giardia lamblia i 27 feces-prøver. I forkant av dette hadde Smittevernkontoret fått at par telefoner fraleger i Bergen om diaretilfeller med negativ bakteriologisk dyrkning. Det hadde bl.a. vært påvist flere Giardia-tilfeller i et studentkollektiv.

Øystein Søbstad presenterte utbruddets gang og håndtering. *Anna Walde* tok for seg arbeidet med å lete etter smittekilde, prøvetaking i og rundt

drikkevannskildene og forebygging av vannbåren sykdom generelt. *Nina Langeland* gav en oversikt over Giardia-infeksjon generelt og under utbruddet.

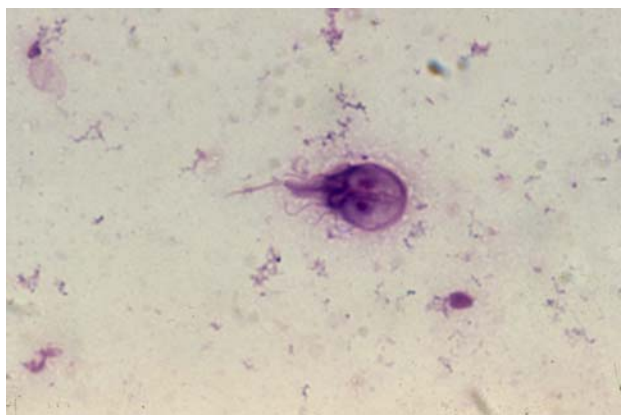
Det ble fra begynnelsen av reist mistanke om at drikkevannet fra Svartediket var mulig smittekilde da mange av de berørte hadde dette som drikkevannskilde. Det var imidlertid tatt prøver fra Svartediket 28. september som kun viste en Giardia-cyste pr 10 liter vann, noe som ansees som innenfor vanlig bakgrunnsnivå. De første par dagene av november ble det gitt melding til lokale og nasjonale instanser, nedsatt en aksjonsledelse, tatt vannprøver og en startet å intervjue smittede ved hjelp av et modifisert skjema for matbåren sykdom. Andre felles faktorer enn bosted sentralt i Bergen ble ikke funnet. Helsebyråden gikk også personlig ut med råd om å koke vannet. Fastlegene ble informert, og informasjon til publikum ble lagt ut på kommunens hjemmesider.

Den 5. november ble Giardia-cyster påvist i flere prøver av rentvann fra Svartediket. Mattilsynet bekreftet da kokepåbudet. Drikkevannsforsyningen ble lagt om slik at en mindre andel av byens befolkning fikk Svartediket som drikkevannskilde. Det ble tatt mange nye prøver fra tilførselområdene til Svartediket, og det ble nedlagt et stort arbeid for å finne og utbedre kloakklekkasjer i området. Under epidemien ble det ukentlig påvist fra 20-30 (uke 44) og opptil 295 (uke 47) nye tilfeller. Totalt ble det påvist noe over 1300 tilfeller. Det er ikke påvist smitte fra Svartediket etter november 2004, men det har vært noen få tilfeller med sekundærsmitte etter dette.

Blant et utvalg smittede var 57% yrkesaktive, 25% var studenter og 58% drakk over 5 liter vann per dag. Kvinner var overrepresentert, men det var få barn og eldre.

Etterhvert ble det tilgjengelig data om innsykningstidpunkt, noe som vist at utbruddet nok hadde startet allerede i uke 36, dvs 9 uker før utbruddet ble konstatert. Data fra målinger av vannkvaliteten i Svartediket viser at det ved starten av utbruddet var en økning i mengden coliforme bakterier i drikkevannet forenlig med kloakkforurensning. Starten av utbruddet var dessuten assosiert i tid med store mengder nedbør.

Det har vært tatt svært mange vannprøver rundt Svartediket, og mest sannsynlige kilde for tilsig av forurensning til Svartediket er kloakklekkasjer fra boligområdet Knatten på nordsiden av Svartediket.



Drikkevannsforskriften sier at det skal være to barrierer mellom drikkevannskilden og forbruker. Svartediket har kun hatt klor (som ikke virker mot Giardia), men UV-stråling var under planlegging. Dette er nå fremskyndet til februar 2005.

Forebyggende tiltak skal generelt innbefatte barrierer, kontroll av nedbørsfeltet til drikkevannskildene og tilsyn med anleggene.

Evaluering i etterkant av utbruddet har også satt søkelyset på mangel på systemer for varsling som kan fange opp et utbrudd tidligere en det for eksempel MSIS gjør. I tillegg avdekket utbruddet en uklar rollefordeling mellom legevakten og fastlegene i Bergen. Kostnadene etter utbruddet har vært beregnet til omtrent 30-40 millioner kroner. Mye har imidlertid fungert bra.

Det kliniske bildet under utbruddet samsvarte med velkjente symptomer på Giardia-infeksjon. Hvert enkelt av symptomene diare, illeluktende avføring, kvalme, magesmerter og luftplager forekom med

FIRST CHOICE PI

FOR LONG-TERM SUCCESS

abbott norge as

kaletra®
lopinavir/ritonavir

en frekvens på over 90% hos et utvalg. Så mange som 83% hadde vekttap. Gjennomsnittlig varighet av symptomer var 30 dager. Ingen dødsfall er registrert.

Diagnostikken har tradisjonelt vært mikroskopi av feces, en metode som angis å ha en sensitivitet på 60-80% ved en enkelt prøve og mer enn 90% ved tre prøver. Antigen-tester angis å ha en sensitivitet på 85-98%. Duodenal-aspirat og andre prøver brukes mindre.

Standardbehandlingen som ble anbefalt under utbruddet var metronidazol. Behandlingssvikt på ca 10% er velkjent. Pasienter med behandlingssvikt eller vedvarende plager til tross for behandling med metronidazol er blitt henvist til HUS. De har der gjennomgått bl.a ny feces-undersøkelse, gastroskopi, malabsorbsjons-tester og måling av bl.a. s-IgA (hypogammaglobulinemi disponererer for langtrukkent forløp). Kun omtrent halvparten av fecesprøvene fra disse pasientene har vært positive for Giardia. Mikroskopi viste seg å være mer sensitivt enn antigen-test. Ingen duodenal-aspirater har vært positive. Resultatene forøvrig er ikke klare. Pasienter med påvist residiv/ behandlingssvikt har fått behandling med metronidazol og albendazol, en kombinasjon som er angitt å ha effekt hos over 90% ved behandlingssvikt etter metronidazol alene.

MRSA utenfor sykehus (CA-MRSA). *Holgeir Skjeie, Hellemyr legekontor, Kristiansand, Harald Wiker og Stig Harthug, Regionalt kompetansesenter for sykehushygiene/HUS.*

Holgeir Skjeie startet med å presentere noen sentrale punkter i den nye MRSA-veilederen. Han påpekte det økende omfang av CA-MRSA. I Norge var årlig gjennomsnittlig insidens av MRSA-sykdom på 19 per million innbygger for perioden 1995-2003. Skjeie understreket at de fleste som tester positivt har klinisk sykdom med MRSA og at det er behandlende lege som er ansvarlig for smitteverntiltak, inkludert smitteoppsporing og oppfølging. Saneringsforsøk er bl.a. aktuelt for helsearbeidere og pasienter som er jevnlig innlagt i sykehus. Skjeie delte sine erfaringer som fastlege for fem MRSA-positive pasienter. Kasuistikker ble presentert som illustrerte viktigheten av compliance og hvor vanskelig oppfølging og hygieniske tiltak kan være for pasienter med andre somatiske lidelser (og behov for sykehusbehandling), store psykososiale problemer, fremmed kultur eller språkproblemer.

Harald Wiker tok for seg molekylær epidemiologi for MRSA i Hordaland. Stammene har blitt karakterisert ved pulsfelt gelelektroforese (PFGE) og evt sendt til nærmere karakterisering med multilokus sekvenstyping (MLST). I perioden 1992-2001 ble det påvist 2-10 MRSA isolater pr år i Hordaland. I 2002 var dette økt til 22, i 2003 til 74 og i 2004 var antallet 35. Antall positive prøver har vært omtrent likt fordelt mellom sykehus, sykehjem og allmennpraksis. Noen PFGE-profiler har vært vanligere blant sykehjemsisolatene og noen vanligere blant isolatene fra allmennpraksis. Ved MLST-typing har en påvist bl.a. type 30 og 80, som er kjente CA-MRSA-stammer internasjonalt. Antallet ulike PFGE-profiler er økende. I prøvene fra Hordland var det i 2003 funnet 10 ulike profiler og i 2004 var det 14. PFGE for stammeidentifikasjon har vært et nyttig hjelpemiddel for oppklaring av utbrudd.

Stig Harthug tok for seg utbrudd av MRSA på sykehjem i Hordaland. I perioden 2002-2004 var det pågående utbrudd på to sykehjem på øya Sotra utenfor Bergen. Mer enn 60 personer ble smittet. I 2003 var det også mindre utbrudd på at sykehjem i Bergen og et i Vaksdal.

Utbruddet i Sund på Sotra ble konstatert sommeren 2002. Med bistand fra Regionalt kompetansesenter for sykehushygiene ble det iverksatt ulike hygieniske tiltak, deriblant isolering (og etterhvert kohortisolering), strengere praktisering av god håndhygiene og barrieresykepleie, bruk av munnbind, sanering av bærere, utvidet screening, ny vaskeri-avtale, inntaksstopp, definering av ulike soner i sykehjemmet og restriksjoner på hvor de enkelte helsearbeiderne kunne arbeide. Totalt ble 20 beboere og 6 ansatte smittet. Primo januar 2005 var ingen beboere eller ansatte positive bortsett fra en vikar som har hatt residiverende infeksjon. Utbruddet i Fjell på Sotra hadde enda litt større omfang.

Utbruddene skapte flere utfordringer, bl.a. knyttet til flersengsrom (kapasitetsproblemer), isolasjon over lang tid, restriksjoner på adgang til fellesrom og sosiale aktiviteter, pårørendes ønsker, smitte under korttidsopphold/avlastning, innleggelser i sykehus og pasienter som var vanskelig å isolere (for eksempel pga psykomotorisk uro). Ulik forståelse og skepsis blant personalet knyttet til testing, arbeid med smittede og andre tiltak var også et problem. For helsepersonell oppsto også vansker knyttet til bl.a. sykmelding/arbeidsforbud.

De fleste isolatene fra utbruddene hadde samme PFGE-profil.

Utbruddene synliggjorde det store spredningspotensialet for MRSA. Situasjonen lot seg imidlertid bringe under kontroll ved hjelp av strenge sykehushygieniske tiltak

Utbrudd av ESBL-produserende E. coli ved Stavanger Universitetssykehus (SUS).

Olav B. Natås, SUS.

Extended spectrum beta-lactamases» (ESBL) er betalaktamaser som gir resistens mot penicilliner, nyere cefalosporiner og monobaktamer. De finnes oftest hos enterobacteriaceae.

Det første utbrudd av ESBL-produserende E.coli ved et norsk sykehus ble oppdaget ved lungeseksjonen på SUS i juli 2004. Isolater fra 8 pasienter ble funnet, hvorav 5 var fra urin. De fleste av pasientene var eldre, hadde kateter og/eller bodde på sykehjem. Flertallet viste seg å bli bærere i over en måned. Tre av pasientene døde. Syv av de åtte isolatene hadde samme mønster ved PFGE (undersøkt ved Kompetansesenter for påvisning av antibiotikaresistens (K-res) i Tromsø). ESBL-produserende Klebsiella pneumoniae ble funnet i vask på sykerom ved miljøundersøkelse. Utbruddet ble brakt under kontroll ved hygieniske tiltak.

VRE-utbrudd ved Sørlandet sykehus Kristiansand.

Sølvi Nordaas, SSHF.

Vancomycin-resistente enterokokker (VRE) er foreløpig sjelden i Norge.

Den 27. november 2003 ble VRE påvist i urin hos en kvinnelig pasient ved SSHF Kristiansand. Hun hadde vært i sykehuset siden 11. november da hun hadde blitt innlagt etter at hun i Syden hadde blitt operert for akutt abdomen. Smitteoppsporingen viste seg å være vanskelig da pasienten hadde ligget lenge i sykehuset og på ulike rom og avdelinger. Smitteutsatte pasienter ble definert, og det ble tatt totalt 133 feces-prøver. Indeks-kasus viste seg å være utgangspunkt for smitten. Det ble identifisert tre sekundær-tilfeller, hvorav to hadde ligget på intensiv-avdelingen sammen med indekskasus og en hadde delt toalett med et av sekundær-tilfellene. Det ble totalt funnet fem isolater . I samarbeid med K-res ble fire identifisert som samme klon (ved PFGE). Indeks-kasus hadde to ulike stammer. VanA-genet ble påvist. Sykehushygieniske tiltak brakte utbruddet under kontroll.

Antibiotika-retningslinjer for Helse-Vest.

Nina Langeland, HUS.

Nye retningslinjer for bruk av antibiotika for sykehus i Helse Vest ble presentert. Utfordringer knyttet til antibiotikaresistente bakterier og viktigheten av å bremse utviklingen av slike er noe av bakgrunnen for retningslinjene. Det ble understreket at retningslinjer generelt gir bedre resultater enn at hver lege gjør en individuell vurdering av hva som er riktig i hver enkelt tilfelle. Arbeidet har

tatt utgangspunkt i retningslinjer fra Haukeland sykehus i 1996 og Statens helsetilsyn i 2001. En har involvert fagmiljøene i Helse Vest og har arrangert to konsensusmøter. En har også hatt høring i de ulike fagmiljøer og legemiddelkomitéer. Ulike hensyn har måttet tillegges vekt i utarbeidelsen, inkludert klinisk dokumentasjon, lokale resistensforhold, økologiske hensyn og bivirkninger. Noe av det som er nytt i forhold til tidligere retningslinjer er at piperacillin-tazobactam er kommet til som et alternativ ved flere tilstander og at en også har med oversikt over lokale resistensforhold.

Behandling av meningitt.

Alfred Halstensen, HUS.

Ulike aspekter ved antibiotikabehandling av meningitt ble diskutert. En uformell spørreundersøkelse blant deltagerne om valg av behandling ved kjent etiologi demonstrerte at det er ulike oppfatninger ikke bare om den empiriske behandlingen. Det var enighet om at meningokokk-sykdom skal behandles med penicillin. Det var imidlertid ulike syn på om pneumokokkemeningitt skal behandles med penicillin, cefalosporin eller begge deler. Eventuell nedsatt følsomhet for penicillin vil selvsagt spille en rolle her. De nye antibiotikaretningslinjene for Helse Vest anbefaler penicillin og cefotaxim som empirisk regime og seponering av et av midlene når en bekrefter diagnosen pneumokokk-meningitt.

___

Meld deg på

årets store faglige og sosiale begivenhet - Vårmøte i Fredrikstad

1. - 3. juni

(Se sidene 29-32)

Nyter du en slik en sammen med pest-POSTEN får du to gode stimulanser på en gang! Anbefales !

FOTOSPALTEN

Også Paris venter på våren

Place de la Sorbonne, mars 2005

Infeksjonsforum Nord-Norge

Comfort Saga Hotel
Tromsø 15. - 16. oktober 2004

Fredag 15. oktober

15.30-16.00	Kaffe og rundstykker
16.00-16.45	Er MRSA i Nord-Norge bare et sykehusproblem? Dag S. Halvorsen
16.45-17.30	MRSA sett fra kommunehelsetjenesten Hvordan håndteres kronisk bærerskap Elin Støylen
17.30-17.50	Pause
17.50-18.20	Prøvetaking,-Halsbærerskap,- Hvem skal saneres? Karina Olsen
18.20-18.30	Pause
18.30-19.00	MRSA-kloner – Hvor kommer de fra og hvor går de hen? Anne-Merethe Hansen
19.00-19.20	Kasuistikk Johan Nøjd
19.30	Middag

Lørdag 16. oktober

08.45-09.00	Kaffe
09.00-10.30	Fra Longyearbyen til Lillesand. En importmedisinsk kavalkade Bjarne Bjorvatn
10.30-11.45	Pause
10.45-11.15	Impetigo Edvard Falk
11.15-11.30	Mikrobiologi-Resistens Gunnar Skov Simonsen
11.30	Lunch

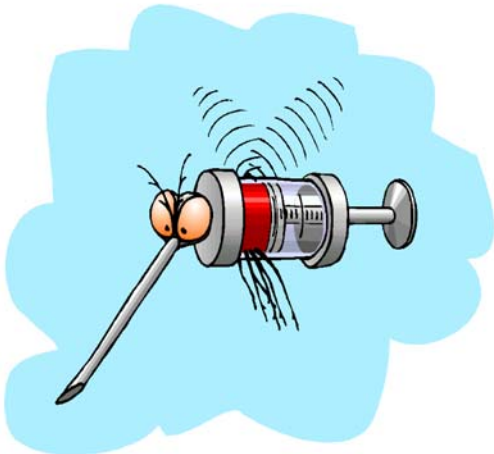
Dag Halvorsen

Er MRSA i Nord-Norge bare et sykehusproblem?

Dag Halvorsen begynte med å fortelle generelt om Staph.aureus, som kan være en del av normalfloraen samtidig som bakterien er den viktigste sykehusmikrobe og hyppigste årsak til postoperativ sårinfeksjon. Han minnet om viktigheten av **håndhygiene.** 20% av befolkningen er permanente bærere, 20% aldri bærere og resten er intermitterende bærere. I normalbefolkning kan opptil 30-40% bærere og >50% av sykehuspersonell. Kolonisering kan være forbigående eller permanent, dette gjelder også MRSA. Sykehusinnlagte pasienter har S.aureus oftest i nesen, 60-80%, 10-15% har den i hals og/eller perineum og > 90% i syk hud. **Intakt hud er den viktigste barriere**!

Huden har forskjellige beskyttelsesmekanismer mot infeksjon: lav pH, tørrhet, temp > 37ÚC, avstøtning av hudceller sammen med normalflora, bakterietoksiske lipider i hårfollikler/svettekjertler og hudassosiert lymfatisk vev. Man regner med at det finnes 100-10 000 000 aerobe bakterier/cm³ avhengig av fuktighet.

Stafylokokkene har forskjellige virulensfaktorer: kapsel som hindrer opsonisering og fagocytose, tekoinsyre for adhesjon til hud/slimhinne, protein



A som binder komplement og IgG, overflateproteiner, cytolytiske toksiner, enterotoksiner og eksfoliative toksiner.

Dag fortalte videre generelt om MRSA, om historikk og resistens og presiserte at MRSA ikke er farligere enn vanlig S.aureus og at virulens varierer for MRSA som for MSSA. Det ugunstige ved MRSA er at det finnes MRSA med stort spredningspotensiale og invasivitet.

Hvorfor så mye mas med MRSA? Stort problem internasjonalt, økende problem i Norge, vanskelig å behandle, noe som medfør økte kostnader, økt dødelighet/sykelighet og forlenget liggetid. Det er vanskelig å skrive ut pasienter med MRSA til sykehjem. Kan all oppmerksomhet bidra til økt smittefrykt?

Risikofaktorer for å erverve MRSA er kjent: høy forekomst av multiresistente bakterier ved den enkelte institusjon og «epidemiske stammer» med stort spredningspotensiale. Opphold i kirurgisk intensivavdeling, respiratorbehandling, bruk av bredspektrede antibiotika, total lengde av sykehusopphold og smittevernmessige forhold er også risikofaktorer.

MRSA-forkomsten varierer stort i de forskjellige land men sydeuropeiske land topper listen: andel MRSA i blodkultur er fra 25- 45%.Til sammenligning er andelen i Nederland og de skandinaviske lænder < 1%.

I Norge har forekomsten av MRSA økt de siste år og særlig har andelen pasienter, som er smittet i Norge, økt. De aller fleste MRSA påvises i materialer fra sår/abscesser i prøver fra polikliniske pasienter, men andelen innlagte pasienter har også økt.

Internasjonale studier har vist nesebærerskap på 1/500 til 2/258 med lav prevalens utenfor sykehus og høy prevalens i sykehus. MRSA-bærerne var positive fra tidligere.

Forekomsten av MRSA i Nord-Norge har ligget mellom 30-50 de siste fire år og har økt fra tidligere. MRSA påvist ved screening og fra pasienter utenfor sykehus utgjør den største andelen. Grunn til økt forekomst kan være store utbrudd, endrede melderutiner, mer sensitiv metodikk og hyppigere prøvetaking. I løpet av de siste 4 år har antall screeninger fordoblet seg.

En stor utfordring i dag og fremover er forekomst av MRSA i langtids-institusjoner. Her er det mindre fokus på smittevern, og større risiko for spredning og «ping-pong» effekt til sykehus.

MRSA forekommer som CA-MRSA (community-acquired) MRSA hos unge, tidligere friske individer uten forbindelse til helsevesen. Hudinfeksjoner/furunkler er vanlig men også fatale pneumonier kan forekomme.

Dag Halvorsen tok videre opp om vi har rett fokus på diagnostikken og nevnte de forskjellige standardiserte tiltak som finnes i regi av AFA, NORM, FHI og nasjonale retningslinjer. Han stilte til slutt spørsmål om vi har for mye fokus på utenlandsimport istedenfor sykehjem, MRSA-klonalitet, nasjonale utbruddstammer m.m.

Konklusjonen ble at MRSA i Nord-Norge er absolutt ikke bare et sykehusproblem!

Elin Støylen

MRSA sett fra kommunehelsetjenesten. Hvordan håndteres kronisk bærerskap.

Elin Støylen, som er bestyrer på et sykehjem, fortalte om deres opplevelser med MRSA-utbrudd på sykehjemmet.Fra 2002 og til 2004 var det påvist MRSA infeksjon/bærerskap hos ca.20 personer med tilknytning til sykehjem/hjemmetjenesten. I starten av utbruddet, som begynte på en liten avdeling for demente, ble det satt i gang med informasjon til det lokale kriseteam, personale, pasienter og pårørende. Det ble sendt ut pressemelding, noe som førte til lite trykk fra pressen etterpå.

Smitteberedskap og sanering ble iverksatt. Kommunen hadde heldigvis beredskapsplanene på plass.

Pasientene måtte ha tilsyn 24 timer i døgnet. Alle som jobbet på sykehjemmet ble informert.

Alle 41 pasienter og 60-70 ansatte ble screenet.

En av pasientene hadde MRSA i permanent kateter. TUR ble utført. I alt var denne pasienten isolert i 3 måneder for han var vellykket sanert.

Problemet var at når man trudde at saneringen var vellykket dukket MRSA igjen opp .

Samarbeidet i kommunen var godt men med lokalsykehus var det en del problemer. Det kunne virke som om sykehuset kviet seg for innleggelse av pasienter, tilfeldige pasienter fra kommunen ble isolert eller sendt hjem med munnbind og behandlet som smitte.

Etter hvert var pasientprøvene negative og man trudde at utbruddet var over. Kontrollprøver et år senere viste at 2 pasienter på sykehjem og 2 i hjemmetjenesten fortsatt hadde MRSA. 3 av disse hadde MRSA i halsen. Pasientene hadde delt kaffekopper, røyk og lignende. Personalet som jobber i hjemmetjenesten jobber ikke på sykehjemmet, kun hos sine pasienter når disse er innlagt til avlastning.

Reaksjon blant pasienter, pårørende og personalet – oppgitt.

Gjennomføring av prosedyrer. Systematisk behandling til halsbærere. I april 2004 var der fortsatt 1 positiv pasient. på sykehjemmet og 2 i hjemmetjenesten.

Påvisningssted «vandret» fra gang til gang.

Problem:

Isolasjon reduserer livskvaliteten. Noen pårørende var sinte, andre var oppgitt (« resten av livet i isolat»).

Opplæring/informasjon må være korrekt og nøktern uten å være overfladisk. Dyktiggjøring av personalet. Omsorg for hverandre blant personell – tap ikke humøret.

Alle i hjemmetjenesten bruker nå arbeidstøy

GLEM
IKKE
påmelding
til
Vårmøte
i
Fredrikstad

(frist 13. mai,
skjema s. 31)

ZYVOXID™
linezolid
Få pasienten hjem
med ZYVOXID tabletter
100% biotilgjengelighet
ZYVOXID
600 mg
PHARMACIA
www.pharmacia.no

inkl.sokker som vaskes på sykehjemmet.

Bygningsmessige begrensninger - ombygging pågår. Personellresurser – økonomi. Tilskudd fra fylket.. Internkontroll – HMS - kvalitetssikring. Alle smykker, neglelakk m.m. er forbudt.

Samme prosedyre i hjemmene som på sykehjem til de som skal saneres.. Samme opplæring til personale i hjemmetjenesten og sykehjem. Mye mer tungvint i hjemmene enn på sykehjem.

Kroniske bærere Får være på fellesrom, spiser alene. Kontinuerlig kontroll viktig – man slapper av etter hvert

Fremtid: MRSA er kommet for å bli.

Viktig med åpenhet, målrettet arbeid i forhold til forebygging, opplæring, informasjon og prioritering av smittevernarbeidet. La andre dra nytte av egne erfaringer. Sørge for nødvendige hjelpemidler. Velvilje fra kommunen.

Best mulig livskvalitet til den isolerte pasient er viktig. Bygningsmessige løsninger- det bygges isolat og omsorgsbolig nå.

Bedre samarbeidet med opplæringsinstitusjoner og lokalsykehus.

Totalt 23 MRSA positive : 6 personell i hjemmetjenesten, resten brukere av hjemmetjenesten og sykehjem. Typing viser CA-MRSA med spredningspotensiale.

Karina Olsen

Prøvetaking-halsbærerskap.

Hvem skal saneres?

Karina Olsen begynte med å gjennomgå indikasjonene for MRSA screening hos pasienter i henhold til reviderte retningslinjer: Prøver skal tas hvis pasienten de siste 6 mån. har vært innlagt i sykehus, til dagkirurgi, dialyse og lignende i land der MRSA er endemisk eller i institusjon med pågående utbrudd

- har arbeidet i slik helseinstitusjon
- har hatt MRSA

For helsearbeider gjelder de samme og i tillegg:
- har stelt pasienter med MRSA uten bruk av isolering/beskyttelsesutstyr

Prøver tas hos pasient fra nesevinger, perineum, sår/eksem/puss/arr etter hudlidelser, innstikksteder for fremmedlegemer, urin hvis pasienten har permanent kateter.

Hos helsearbeider tas prøver fra nesevinger, sår/eksem. Penselen kan fuktes litt i saltvann før prøvetaking fra tørre områder.

Det anbefales to prøvesett med en times mellomrom. Som regel skal negative prøver foreligge før helsearbeideren kan begynne sitt arbeide, men dette kan tilpasses hvis helsearbeideren f.e. har arbeidet < 1 måned ved helseinstitusjonen eller hvis det er tatt regelmessige MRSA prøver uten positive funn i den aktuelle institusjon.

Hos vikarer i regelmessige korttidsvikariater kan man f.e. ta prøver annen hver måned.

Ved funn av MRSA anbefalte Karina halsprøve tatt. Dette er ikke anbefalt i veilederen, men funn av MRSA i hals krever annet saneringsregime og det kan særlig ved et stort utbrudd være en fordel å ta en halsprøve i starten. I følge veilederen er det ikke nødvendig med screening av husstandsmedlemmer/nærkontakter men dette bør vurderes.

Hvem skal saneres? Hovedmålet har vært å sanere personer/nærkontakter med tilknytning til sykehus/sykehjem/hjemmesykepleie. Andre momenter i denne vurdering kan være sammenheng med større utbrudd, alvorlig infeksjon, om stammen er en kjent epidemiologisk stamme og om pasienten har en grunnlidelse som gir risiko for infeksjon med MRSA. Det er to tilnærmingsmåter: å følge veilederen eller å være mer omfattende i smitteoppsporing og sanering enn det veilederen legger opp til. Flere rapporter viser at de som er strengest i smitteoppsporing og sanering, lykkes best i å få kontroll med et utbrudd.

Sanering utføres med mupirocin salve + hibiscrub i 5-10 døgn i henhold til veilederen. Kontroller kan tas 3 dager etter avsluttet sanering, det skal tas 3 prøvesett med 1-2 dagers mellomrom. Kontroll-

prøver er anbefalt etter 3 og 6 måneder, det kan tas en kontroll allerede etter 1 måned ved stort utbrudd for raskt å fange opp mislykket sanering.

Anne-Merethe Hansen

MRSA-kloner – hvor kommer de fra og hvor går de hen?

Anne-Merethe Hansen fra Universitetet i Nord-Norge fortalte om MRSA-kloner. En klon er et isolat eller en gruppe isolater som uttrykker en feno- eller genotype som kan types å høre til felles «precursor». En MRSA klon kan beskrives ved å beskrive SCC typen (Staphylococcus cassette chromosome *mec* typen) og MSSA kromosomet, hvor SCC *mec* integreres. S.aureus blir en MRSA i det øyeblikk den mottar mecA genet. Det finnes mange pandemiske kloner med utbredelse verden over. Enkelte kloner kan ha en viss forkjærlighet for verdensdel og land.

Molekylære epidemiologiske metoder brukes for å utforske den evolusjonære veien til dagens MRSA for å karakterisere en organisme basert på genetisk materiale, slektskap, opprinnelse til moderne MRSA og for overvåking av MRSA kloner som sirkulerer i ulike sykehus og ved ulike tidsintervaller.

Verktøy for undersøkelser av klonal spredning er pulsed field gel elektoforese (PFGE), multilocus sequence typing (MLST) og Staphylococcal cassette chromosome *mec* (SCC *mec*) typing.

PFGE er gullstandarden i utbruddsforskning og baserer seg på likhet mellom DNA. Slektskap mellom isolater fra nylige utbrudd (< 3 mån) kan identifiseres. PFGE påviser endringer som skjer raskt og ofte, men er mindre egnet for langtids global epidemiologi. 1-3 bånds forskjell taler for slektskap mellom stammene, > 6 bånds forskjell tyder på at stammene ikke er beslektet.

MLST baseres på at hver bakterie har 7"husholdingsgener», som undersøkes med PCR. Samme sekvenstype taler for at det dreier seg om samme klon. MLST kan brukes for langtids global epidemiologi, for variasjoner som akkumuleres sakte. Beslektede stammer i ulike land kan lett identifiseres og sannsynligheten at to ubeslektede genotyper har den samme sekvenstype (ST) er lik null.

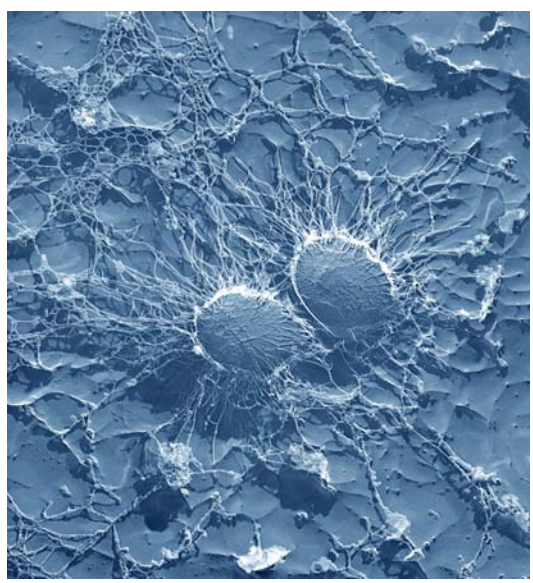
SCC*mec* typing baseres på å undersøke resistenskasetten, som varierer fra klon til klon. Liten kasett svarer til lite resistens, stor til mye resistens.

Eksempel på MRSA nomenklatur: ST 5- MRSA – I. ST5 er sekvenstype, MRSA er methicillinresistens status og I er resistenskassett type.

Det er klonalt slektskap mellom MSSA og MRSA. S.aureus linjer har korresponderende motpart i MRSA. Suksessrike MRSA/MSSA er spredt utover verden. Det finnes to «klon-hypoteser» : S.aureus har ervervet *mec*A en gang eller at *mec*A overføres horisontalt mellom S.aureus. Det siste støttes av moderne metodologi.

MRSA har oppstått minst 20 ganger ved erververlse av methicillinresistensdeterminanten. *Mec*A er overført horisontalt 5 ganger i S.aureus og det finnes 11 store epidemiske kloner.

CA-MRSA (Community acquired MRSA) har ingen klar definisjon, men beskriver MRSA infeksjon som startet utenfor sykehus. CA-MRSA kan være sykehus MRSA, som sirkulerer utenfor sy-



kehus. Genetisk meget variert SCC*mec* type IV. De fleste er kun resistente mot beta-laktam antibiotika og har heterogen methicillinresistens. De har enkel antibiotika resistensprofil, vokser raskere in vitro og bærer ekstra virulensgener, f.e PVL.

Opprinnelsen til og mekanismen for overføring av *mecA* er ukjent, CoNS er foreslått som reservoar.

En studie av 67 Nord-Norske MRSA stammer viste 15 PFGE profiler, type IV kasett med lav resistens, nesten ikke multiresistens. MLST viste 13 ulike ST. Konklusjon: I Nord-Norge sirkulerer CA-MRSA. 74% er fra «community», 74% er ikke multiresitente. 91% SCC *mec* type IV, 47,8% fucidinresistens. ST8-IV er dominerende klon eller en lokal MSSA har mottatt SCC *mec*IV? ST-80-IV er økende.

Jan Backer Christensen

Lørdagens program:

Forumet var så heldig å ha besøk av nestor i norsk infeksjonsmedisin og mikrobiologi, prof. Bjarne Bjorvatn. Foredraget het «Fra Longyearbyen til Lillesand, en importmedisinsk kavalkade». Han startet reisen som en blind mann på en blind hest og første tema i reisen var malaria med en vidunderlig presentasjon av de ulike former med ulike flotte kasuistikker. En av kasustikkene omtalte en koreansk sjømann som dro fra Afrika til Mongstad og ble innlagt med spørsmål om urosepsis. Det ble påvist en plasmodium falsiparum parasittemi på 50% og pasienten lå 8-10 dager i koma med flatt EEG. Pasienten var sta som en gris og frisknet til og fant veien hjem.

Videre gikk turen innom leishmaniasis hvor de ulike formene kutan, mukokutan og viseral leishmaniasis ble omtalt. Det dukket opp en vaksine av arabersjuken hvor man i den gamle araberverden inokulerte spesielt pikebarn i gluteusregionen for å unngå senere sykdom med vansiring av ansiktet. Leishmania tropica. En kort kasustikk omhandlet en mann fra Haugesund som i Solgården i Spania, hadde pådratt seg feber og innkom sykehus med trombocytopeni, leukopeni og anemi og det viste seg at han hadde kala-azar.(viseral leishmaniasis).

Bjarne Bjorvatn beveget seg så mot trypanosomiasis og hadde flere flotte eksempler på denne tilstanden. Etter en utrolig historie med lokal livredding hos Masaifolket ble Bjarne Bjorvatn slått til høvding av ypperste klasse og fikk tildelt 3 hustruer og 1 hus bygd på kumøkk. Således er foredragsholderen stammehøvding av Masaifolket.

Reisen gikk så videre til mat og vannbårne parasitter inkludert entamøba histolytika, giardia lamblia og schistosomiasis.

Til slutt endte reisen opp på Spitsbergen, Svalbard, og i en forrykende thrillerhistorie med rabide trekk hvor Bjorvatn luftbåren i helikopter kom til sysselmannen på Svalbard for å undersøke et par rabiestilfeller hos hund. Foredraget ble møtt med stor begeistring og ovasjoner, men stammehøvdingen kunne ikke holde på lenger for å kunne rekke neste fly hjem til koner og hus.

Neste foredragsholder denne lørdagen var prof. Edvard Falk ved hudavd. UNN som omtalte impetigo contagiosa med etiologi, klinikk og behandling. Han tok for seg også impetiginisering/ sekundære infeksjoner og den pustuløse form som omfatter stort sett ansikt og håndflater og den anulare form som affiserer mest truncus. Han tok også for seg ..bulløs impetigo. Det ble også nevnt SSSS(Staphylococcal Scalded Skin Syndrome) hos barn <6 år, helst guttebarn. Echtyma(dyp impetigo) ble nevnt, som bl.a. amerikanere i Vietnam fikk erfare sekundært til insektstikk.

Flere aktuelle differensialdiagnoser ble nevnt bl.a. herpes simplex virus med eksema herpetikum og atopisk dermatitt samt skabies.

Videre gikk prof. Falk løs på lokalbehandling hvor man først kan bruke lokal klorhexidin for å løse opp sekretskorper. I hodebunnen kan man bruke svovel salisylvaselin. For øvrig lokalbehandling med Fucidin krem/salve og Fucidin – hydroxykinolin.

Av systemisk behandling ble det anbefalt Dicloxacillin/Cloxacillin ved stafylokokketiologi og Erytromycin ved streptokokketiologi.

Phenoxymethylpenicillin systemisk primært uten kjent mikrobe ble ikke anbefalt

Siste foredragsholder ut denne lørdagen var overl. dr.med. Gunnar Skov Simonsen, mikrobiol.avd. UNN, leder av NORM (Norsk overvåkningssystem for antibiotikaresistens hos mikrober). Skov Simonsen tok for seg mikrobiologi/resistens hos de aktuelle mikrober ved impetigo contagiosa hvor han nevnte tidligere inntil 80% streptococcus pyogenes(GAS).Økende andel staphylococcus aureus spesielt ved bulløs impetigo samt blandingsinfeksjoner og superinfeksjoner med staph. aureus. Det ble nevnt store fluktasjoner geografisk og over tid. Dataene han presenterte kommer fra NORM som siden -02 har hatt deltagelser fra 25 mikrobiologiske laboratorier i landet. Streptococcus pyogenes fra sår i et materiale fra -01 (N=395) har Penicillin G en følsomhet på 99,7% med en MIC50 på 0,08 og Erytromycin er resistent på 55,3%. Doxycyclin hadde en resistens på 23%. I et annet materiale ved gruppe A streptokokker fra hals, et materiale fra -01 (N=568) viser 99,8% følsomhet for Penicillin G og ingen resistens, mens 10,4% resistent ovenfor Doxycyclin. Fra hals og sår samlet sensitivitet ovenfor Penicillin på 99,8% og resistent overfor Doxycyclin på 15,6% og ovenfor Erytromycin på 3,8%. Staph. Aureus fra sår i et materiale på 1144 i data fra -02 viste Oxacillin screening følsomhet på 99,7% og resistent på 0,3%. Det ble påvist Fucidin resistens i 23%. Fra -01 til -03 har det vært en resistensøkning i S.Aureus spesielt hos Fucidinsyre, men også noe hos doxycyclin.. Det har omtrent vært uendret resistensforhold hos Erytromycin, Clindamycin og Vancocin i denne perioden. Resistens hos S.Aureus fra blod i -00 til -03 viste en sterk økning fra 2 til 8% for Fucidinsyre til -02, deretter en nedgang til 6%. I hele 3 års perioden har Erytromycin hatt en jevn resistensøkning til omtrent det doble og det har også være noe økning hos Clindamycin og Gentamycin. Vancocin har vært uendret 0 resistens. MRSA meldt MSIS fra -95 til -03 totalt har vært 761. 612 av disse har vært fra sårabscess, 58% fra luftveisinfeksjoner, 34% fra urinveisinfeksjoner, 11% fra osteomyelitter, 28 sepsis.

Skov Simonsen konkluderte med fortsatt utbredt følsomhet for aktuelle standardmidler til systemisk behandling og uavklart situasjon med henblikk på antibiotika til lokalbehandling. Han understrekte til slutt at behandlingen bør ta utgangspunkt i lokale data med hensyn til agensdistribusjon, resistensforhold og evt. spredning av epidemiske kloner.

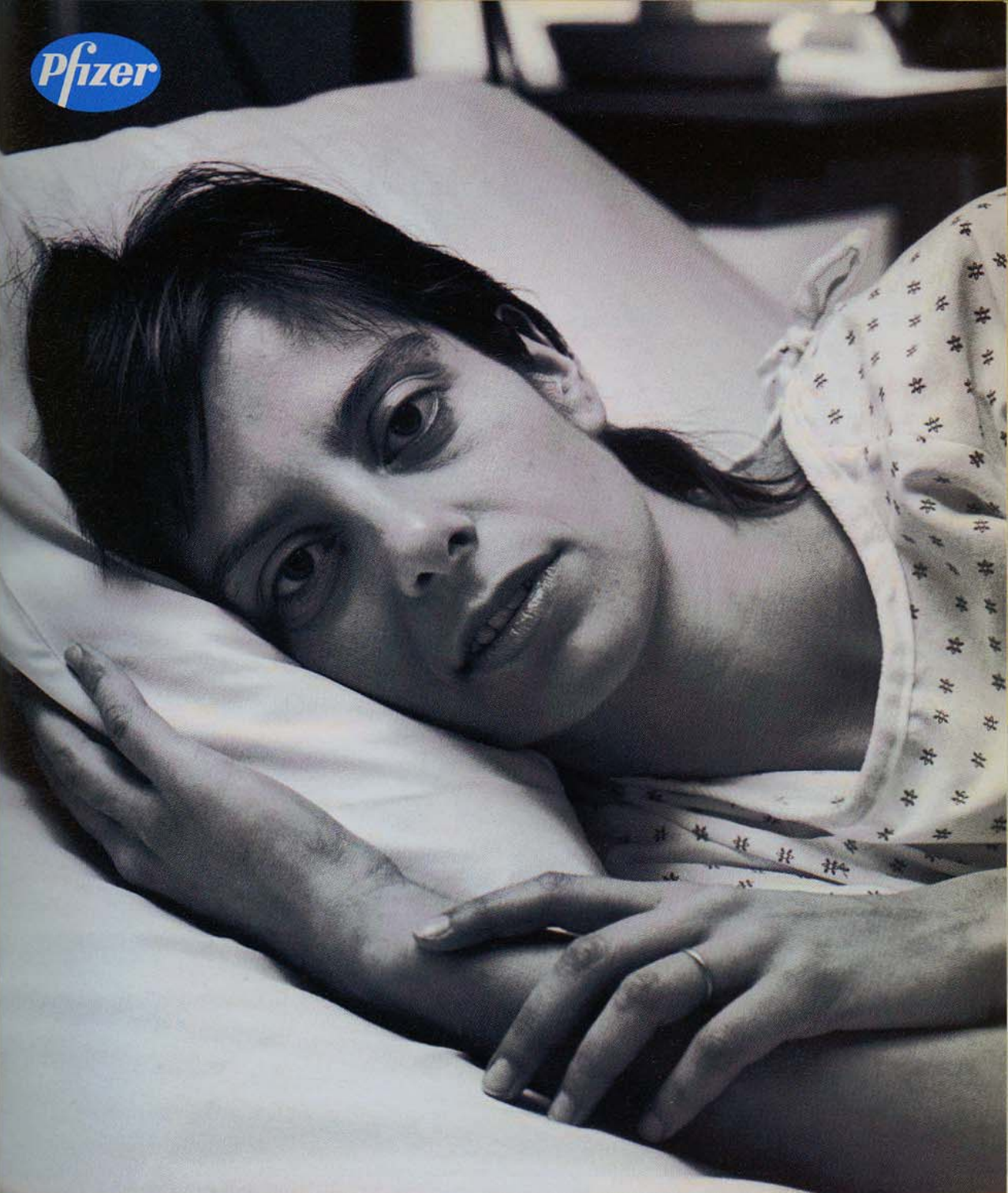
Vårmøte i Fredrikstad!

Vær RASK til å melde deg på -

Husk, 13. mai er siste frist!

(se sidene 29 - 32)

Fredrikstad - vannhjulet på Isegran



VFEND®
(voriconazole)

NFIM / NFMM"s Vårmøte i Fredrikstad

Velkommen til vårmøte 2005 og NFIMs 30 års-jubileum

Årets vårmøte som samtidig markerer at Norsk forening for infeksjonsmedisin i år er 30 år, arrangeres i Fredrikstad 1. - 3. juni (ikke 2. - 4. juni som tidligere annonsert). Den faglige programmet vil foregå i auditoriet til Høgskolen i Fredrikstad, K. G. Meldahls vei 9, mens de sosiale arrangementer finner sted i «Fredrikstad Handelstands forening», Nygaards gt. 5 og i Tøyhuset, Voldportgt. 73 i Gamlebyen.

Program

Onsdag 1. juni

Fredrikstad handelstands forening

Samkome

19.00: Oddbjørn Brubakk: «Robert og eg» - i ord og tonar

Torsdag 2. juni

Høgskolen i Fredrikstad

Glimt fra forskningen ved våre universitetssykehus I

09.00: Stig S. Frøland, Rikshospitalet: Infeksjonsmedisinsk forskning ved Rikshospitalet - en fot ved sengekanten og en i laboratoriet

09.20: Dag Berild, Aker universitetssykehus: Ti år med infeksjonsmedisin på Aker. Kan man forske på et 'hverdagssykehus'?

09.40: Vegard Skogen, Universitetssykehuset Nord-Norge: Seksuelt overførbare infeksjoner i Russland - et norsk-russisk samarbeidsprosjekt

10.00: Pause

Varia

10.30: Mogens Jensenius, Aker universitetssykehus: Rickettsioser blant turister/ reisende

10.50: Åse Berg, Stavanger universitetssykehus: Malariadødsfall i Norge

11.10: Bjørn Myrvang; Ullevål universitetssykehus: Malariadiagnostikk: Mikroskopi og/eller antigentest?

11.30: Nina Evjen/Tor Øystein Jonasseen, Akershus universitetssykehus: Genteknologisk diagnostikk av luftveisinfeksjoner i akuttfasen

11.55: Pause

Hilsen fra broderfolket

12.15: Gunther Gunther: Orientering om aktiviteter i *Svenska infektionsläkarföreningen* og spesielt om «Vårdprogram for samhällsförvarvad pneumoni»

13.00: Lunsj

Glimt fra forskningen ved universitetssykehus II

14.00: Jan Erik Berdal, Akershus universitetssykehus: Rifampicin og ciproxin i

behandlingen av tidlige proteseinfeksjoner. En prospektiv observasjonell studie på 29 pasienter

14.20: Bente Bergersen, Ullevål universitetssykehus: Behandling av terapi-indusert ansiktsatrofi hos HIV-pasienter - et pilotprosjekt

14.40: Nina Langeland, Haukeland universitetssykehus: Forskning og epidemier - meningsfull forskning akkurat når det skjer. Utfordringer og gevinster

15.00: Pause

Diagnostiske utfordringer i klinikk og laboratorium

15.20 :

- Kåre Bøe, Sykehuset, Sykehuset Buskerud
- Eivind Ragnhildstveit, Sykehuset Østfold
- Even Reinertsen, Sykehuset Innlandet
- Mikrobiolog, Akershus universitetssykehus
- Mogens Jensenius, Aker universitetssykehu
- Reserve: Bjørn Myrvang, Ullevål universitetssykehus

17.00 – 19.00: Vi forbereder oss til……

Jubileumsfest

19.00: Tøyhuset, Gamlebyen

(Merket løype fra ferjestedet)

Fredag 3. juni

Høgskolen i Østfold

Scheringprisforedrag

09.00 – 10.00: Foredrag av årets prisvinnere

Epidemier og smittefrykt

10.00: Øystein Søbstad, Bergen kommune: Giardiaepidemien i Bergen – en oppsummering

10.20: Luci Robertson, Norges veterinærhøgskole: Diagnosis of intestinal protozoal infection: Microscopy or antigen detection?

10.40: Pause

11.00-: Anders Sundøy, Sykehuset Sørlandet: Salmonellaepidemien i Kristiansand

11.20: Preben Aavitsland, Folkehelseinstituttet: Epidemifrykt og fryktepidemiologi

Årsmøter og lunsj

11.45: Norsk forening for infeksjonsmedisin

11.45: Norsk forening for medisinsk mikrobiologi

Aktuelt om tuberkulose

13.45: Jan Kristian Damås, Rikshospitalet: Tuberkulose og andre infeksjonsproblemer i kjølvannet av anti-TNF behandling

14.05: Bent von der Lippe, Ullevål universitetsykehus: Erfaringer med linezolid som tuberkulostatikum, og hvilken rolle skal midlet ha i behandlingen av tuberkulose?

14.25: Einar Heldal, Folkehelseinstituttet: Vil en blodprøve være mer nyttig enn tuberkulintesten i det diagnostiske arbeid og forebyggende arbeid?

14.45: Harald Wiker, Haukeland universitetssykehus: Får vi snart en ny og bedre vaksine mot tuberkulose?

Ultrakorte ferske nyheter du ikke må gå glipp av»

15.05:

- Fredrik Müller, Rikshopitalet
- Arild Mæland, Ullevål universitetssykehus
- Signe Holta Ringertz, Aker universitetssykehus
- Jetmund Ringstad, Sykehuset Østfold

15.30: Takk for denne gang

*****

Påmeldingsskjema

NFIM / NFMM"s Vårmøte i Fredrikstad

****

Overnatting i Fredrikstad må du selv sørge for.

Liste over hoteller i Fredrikstad finner du på netse side.

Vi regner med at det faglige program blir godkjent som videre- og etterutdanning i mikrobiologi, infeksjonssykdommer og en del andre spesialiteter, og medlemmer av legeforeningen kan derfor søke om å få refundert reise- og overnattingsutgifter fra Fond III. Deltakeravgiften bør mange arbeidsgivere kunne dekke.

Vil du delta på vårmøtet 2005 og i jubileumsfeiringen, må du innen 13. mai melde deg på ved

1. å sende denne slippen til dr. Even Reinertsen, Med. avd., Sykehuset Innlandet HF, 2819 Gjøvik, og
2. å overføre beløpet du oppfører nedenfor til bankkonto 2050.09.21979 i Toten sparebank.

Ta gjerne med deg ektefelle, samboer eller kjæreste til Fredrikstad.

Faglig program (2. og 3. juni)	kr. 1.600.-	pr. person	=
Samkome om kvelden 1 juni	kr. 100.- *	pr. person	=
Jubileumsfest - 2.juni	kr. 600.- *	pr. person	=

Totalt overført

** Subsidiert av NFIM*

Navn:……

Aktuelle hoteller i Fredrikstad:

Gamlebyen Pensjonat 69 32 20 20

post@gamlebyen-pensjonat.no

www.gamlebyen-pensjonat.no

(Bad og toalett i gangen, ikke inkl frokost), totalt 80 senger.

Enkelt 350 for 1 natt, 650 for 2 netter.
Dobbelt 550 for 1 natt, 1050 for 2 netter.

Hotell Valhalla 69 36 89 50

Totalt 17 rom, en del p.t.ledig.
Enkeltrom 595,-, dobbeltrom 895,-, inkl frokost

Victoria Hotell 69 38 58 00 - holdt av 65 rom.

www.hotelvictoria.no
ketil.lundin@hotelvictoria.no

Hotell City 69 38 56 00 - har p.t. fullt de aktuelle dagene, men anbefaler at man kontakter dem likevel i tilfelle avbestillinger.

Hotell Fontenen

Enkeltrom 795,-, dobbeltrom 995,-
http://home.c2i.net/hotelreza/

ÅRSMØTE

Norsk forening for infeksjonsmedisin

Avholdes i forbindelse med Vårmøtet i Fredrikstad, fredag den 3.juni kl. 11.45, som start på lunsjen.

Møtet finner sted på Høyskolen i Østfold (samme sted som faglig del av Vårmøtet).

PROGRAM:

1. Godkjenning av innkallelse og årsmelding

2. Godkjenning av regnskap for 2004

3. Stipend og stipendgivernes rolle på Vår- og Høstmøte.

4. Valg; Styre NFIM, spesialistkomité, valgkomité, stipendkomité

5. Orientering fra de ulike komiteene hvor det sitter infeksjonsmedisinere (stipendkomiteen, FIPI, AFA, MASH)

6. Eventuelt

01.04.2005

Styret i NFIM

Fra Gamlebyen, med utsikt over til Isegran og Vestsiden

Dag Berild

Avhandlingens tittel

Rational antibiotic use. Intervention studies to improve antibiotic use

Målet med studien var å utvikle og implementere metoder for å forbedre bruken av antibiotika og å måle effekten av intervensjonene. Vår hypotese var at retningslinjer for antibiotikabruk og en flerfasettert implementering av retningslinjene ville føre til en mer rasjonell bruk av antibiotika og redusere kostnader.

Vi utviklet retningslinjer for rasjonell antibiotikabruk for Aker universitetssykehus og implementerte disse ved hjelp av undervisning og klinisk arbeid. Sammenliknet med før intervensjonen observerte vi en 11 % reduksjon i den totale bruken av antibiotika, og en reduksjon på 23 % i bruken av bredspektrede antibiotika. Kostnadene til antibiotika ble redusert med 30 %, svarende til ca. 3 millioner kr per år. Liggetiden og frekvensen av postoperative infeksjoner forble uendret på tross av en reduksjon av antibiotikabruken.

Ved barneavdelingen implementerte vi retningslinjene ved ukentlige møter med avdelingens leger. Her ble antibiotikabruken og kostnadene til antibiotika halvert på fire år. Vi utviklet en punktprevalensmetode for å undersøke antibiotikabruken hos enkeltpasienter i forhold til diagnose og bakteriologiske funn. Ved hjelp av denne metoden undersøkte vi antbiotikabruken hos 6 500 innlagte pasienter og fant at 16,7 % av pasientene brukte antibiotika. Det ble hovedsakelig brukt smalspektrede antibiotika der hvor dette var mulig. Det ble tatt bakteriologisk prøve hos 85 % av pasientene før antibiotikabehandling ble igangsatt. Vi observerte en compliance på > 90 % med retningslinjene etter at disse var implementert. Ca. en tredel av antibiotikabruken gjaldt sykehusinfeksjoner. Bruken av antibiotika, insidensen av Clostridium difficile-assosiert diaré (CDAD) og mulighetene for infeksjonskontroll ved Aker universitetssykehus ble sammenliknet med tilsvarende ved universitetssykehuset i Tromsø. På tross av en reduksjon i antibiotikabruken ved Aker økte insidensen ved Aker og var 2 - 3 ganger høyere enn i Tromsø hvor bruken av bredspektrede antibiotika økte. Bedre muligheter for infeksjonskontroll og lavere pasientbelegg i Tromsø kan ha bidratt til en lavere insidens av denne typen diaré i Tromsø.

Ved legevakten i Tromsø undersøkte vi effekten av å undervise helsepersonell og foreldre om rasjonell antibiotikabruk ved akutt mellomørebetennelse hos barn. Vi observerte en signifikant reduksjon i bruken av antibiotika ved akutt mellomørebetennelse i Tromsø sammenliknet med legevakten i Harstad hvor vi ikke hadde undervist. Bruken av smalspektret penicillin økte i Tromsø. Vi utviklet en metode for å måle compliance med reseptene og fant at 30 % av reseptene på antibiotika for slik ørebetennelse ikke ble utløst på apoteket - både før og etter intervensjonen. Intervensjoner basert på retningslinjer for rasjonell antibiotikabruk og utdanning av helsepersonell og allmennheten kan medvirke til en mer rasjonell antibiotikabruk. Våre metoder kan videreutvikles til bruk i Norge og i utlandet.

Utgår fra

Fakultetsdivisjon Aker universitetssykehus og

Institutt for allmennmedisin.

Disputas 16.10. 2004

Mogens Jensenius

Avhandlingens tittel

African tick bite fever in travellers. Epidemiology, presentation, inflammatory and immune responses, and prevention.

Stadig flere nordmenn reiser til tropiske områder på den sørlige halvkule hvor de kan smittes av eksotiske sykdommer. Et eksempel på slik reiserelatert tropesykdom er afrikansk flåttyfus, en nylig beskrevet febersykdom som i kjølvannet av safariturismen til Afrika er blitt et raskt økende reisemedisinsk problem i Europa og andre steder. Sykdommen tilhører gruppen flekkfeberrickettsioser og forårsakes av bakterien Rickettsiaafricae, som overføres av storfeflått på landsbygden i Afrika sør for Sahara. Sykdomsbildet er vanligvis mildt og selvbegrensende, men komplikasjoner forekommer, og tilstanden kan forveksles med malaria og andre tropesykdommer.

Hensikten med foreliggende arbeid var å beskrive epidemiologiske, kliniske, laboratoriemessige og forebyggende forhold ved reiserelatert afrikansk flåttyfus. I en seroepidemiologisk studie av 152 førstegangsreisende til landsbygden i Afrika sør for ekvator, fant vi en prevalensrate av R africae-infeksjon på 8,6 %. I en etterfølgende prospektiv kohortstudie av 940 korttidsreisende til samme region, var insidensraten av afrikansk flåttyfus 4,0 - 5,3 %. Risikofaktorer i disse to undersøkelsene var jakt, langvarig opphold på landsbygden, reise til det sørlige Afrika, samt reise om sommeren (november - april). Sykdomsbildet i kohortstudien var dominert av influensaliknende plager, mens mer spesifikke tegn på afrikansk flåttyfus, slik som eschar (en svart sårskorpe med tilgrensende rød halo), regional lymfeknutesvulst og et vesikuløst hudutslett, kun ble sett hos 50 % av pasientene. I en studie av hematologiske og biokjemiske parametere i sykdommens akuttfase hos 108 pasienter påviste vi signifikante fall i antall hvite blodceller, lymfocytter og trombocytter, samt signifikante økninger i serumnivåene av C-reaktivt protein og alaninaminotransferase.

Den systemiske inflammatoriske responsen ved afrikansk flåttyfus ble undersøkt hos 15 pasienter. Her påviste vi aktivering av von Willebrands faktor og E-selektin, begge markører for inflammasjon i karendotel, og en økt utskilling av ulike inflammatoriske cytokiner og kjemokiner, samt en mer forsinket aktivering av antiinflammatoriske cytokiner.

I en studie av antistoffsvaret fant vi at pasienter med afrikansk flåttyfus serokonverterte signifikant senere enn pasienter med middelhavsfeber forårsaket av Rickettsia conorii. I tillegg viste vi at tidlig behandling med doksycyklin hindrer utviklingen av antistoffer mot R africae hos mange pasienter med afrikansk flåttyfus.

Det er vanskelig å sette i verk forebyggende tiltak mot afrikansk flåttyfus. I en laboratoriestudie fant vi at 20 % løsninger av dietyl-3-metylbenzamid (DEET), en velkjent insektsrepellent, og KBR 3023, en nylig utviklet piperidinsubstans, kun hadde kortvarig effekt mot Amblyomma hebraeumflått, den viktigste vektoren av R africae i det sørlige Afrika.

Utgår fra

Medisinsk klinikk, Aker universitetssykehus og

Kompetansesenteret for import- og tropesykdommer, Ullevål universitetssykehus

Disputas 30.08.2003 - Universitetet i Oslo

Olav Dalgard

forsvarte juni 04 sin avhandling: «Hepatitis C virus infection in Oslo: Prevalence, clinical spectrum and treatment issues» for den medisinske doktorgrad.

Arbeidet utgikk fra Aker universitets-sykehus og veileder var nylig avdøde professor Helge Bell.

Hepatitt C er et økende problem og sykdommen er blitt den viktigste årsaken til levertransplantasjon i den vestlige verden. I forbindelse med Helseundersøkelsen i Oslo 2000/2001 ble 11000 voksne testet for anti-HCV. Resultatet viste at 0,7% av de voksne i Oslo har vært eksponert for hepatitt C og er anti-HCV positive. Anti-HCV positive ble testet for HCV RNA med PCR og 80% av de eksponerte hadde utviklet kronisk infeksjon. Forekomsten av anti-HCV var høyest blant de mellom 40 og 50 år. Sprøytemisbruk var smittevei hos 60% og kun 4% var smittet gjennom blodoverføring. Leverbiopsi av 33 HCV RNA positive med forhøyet ALAT avslørte brodannende fibrose eller cirrhose hos 27%.. Mediantid siden eksponering var 21 år.

De første 10-20 årene gir sykdommen få plager. I en undersøkelse blant 199 brukere av sprøytebussen viser vi at den helserelaterte livskvaliteten ikke er dårligere blant stoffmisbrukere som er HCV RNA positive sammenlignet med negative stoffmisbrukere. Derimot har misbrukere som er klar over sin infeksjon betydelig dårligere livskvalitet enn de som ikke kjenner sin hepatitt C status noe som tyder på at den psykologiske effekten av en slik alvorlig diagnose er et problem.

Omkring 60% med kronisk hepatitt C oppnår varig virusrespons på pegylert interferon alfa og ribavirin, men behandlingen er dyr og har mange bivirkninger. I avhandlingen fremgår det at 12% utvikler thyreoideaforstyrrelse under slik behandling, men hos kun 4% oppstår symptomatisk thyreoideasykdom. Varig thyreoideasykdom ble sett hos 2% av de behandlede. Fenomenet er hyppigst hos kvinner og 20% av disse vil få patologiske TSH verdier under behandling. En god antiviral respons sees særlig hos pasienter som oppnår en sterk immunologisk Th-1 respons under behandling. Vi undersøkte om effektiv antiviral respons var assosiert med økt risiko for autoimmune thyreoidea forstyrrelser, men kunne ikke påvise en slik sammenheng

De aller fleste som behandles for hepatititt C i Norge er tidligere stoffmisbrukere. Dessverre viser det seg i denne studien at halvparten gjenopptar misbruket i tiden etter hepatitt C behandlingen. I dette arbeidet beskrives det første sannsynlige tilfelle av reinfeksjon etter vellykket hepatitt C behandling. Insidensen av reinfeksjon var tross tilbakefall til rusmisbruk svært lav.

Avhandlingen viser at hepatitt C som følge av sprøytemisbruk er et utbredt problem også i Oslo og det er grunn til å frykte at forekomsten av komplikasjoner til sykdommen vil øke.

12th CROI, Boston, Feb 2005
ABSTRACT 474

Onset of HIV-1 Viremia Gives Divergent *in Vitro* and *in Vivo* Correlates of HIV-specific T Cell Responses

D. Kvale, A.-M. B. Kran, M. A. Sommerfelt, J. Nyhus, Ingebjørg Baksaas, J. N. Bruun, B. Sørensen

Ullevål University Hospital, University of Oslo, Oslo, Norway; Bionor Immuno, Skien, Norway; Mericon, Skien, Norway

Background
Cellular immunity to HIV-1 has mainly been characterized by testing T cell phenotypes and responses in peripheral blood mononuclear cells (PBMC) *in vitro*. In contrast, solid clinical data are lacking on how HIV-specific T cell responses in human tissues, including lymphoid organs, compare to responses exerted by the 1-2% of the total body T cells residing in peripheral blood. PBMC responses might by particularly skewed compared to tissue responses during antigenemia, as shown in mice chronically infected with lymphocytic choriomeningitis virus.

Methods
HIV patients (n=38), pre-immunized with four HIV-1 p24-like consensus peptides (Vacc-4x) during highly active antiretroviral treatment (HAART) (Kran et al., AIDS 2004), were by protocol subjected to a 14 week treatment interruption with recurrent HIV viremia. In this period, proliferative T cell responses to Vacc-4x p24 peptides, HIV p24 protein and CMV proteins were measured by FACS analysis of CFSE-labelled PBMC. Corresponding DTHs were achieved by intracutanous injection Vacc-4x peptides (400 ug in 100 ul H20) and expressed as palpable skin infiltrate areas after 48 h. Proliferating T cells in DTH skin biopsy were characterized by immunohistochemistry showing Ki-67+ T cells. Wilcoxon matched pairs test was used for paired comparisons before and after onset of viremia.

Results
After 14 weeks without HAART, HIV-1 RNA increased to 72500 copies/ml (median). In this period, both the median Vacc-4x p24 peptide- and HIV-1 p24 protein-induced T cell proliferation decreased by 81% and 93% in PBMC during viremia, respectively (p£0.03). The association to HIV was supported by stable proliferative responses to CMV antigens. In contrast, *in vivo* correlates of HIV-specific immunity, namely the DTH areas, rather increased by 36% (p=0.08) and contained typical pleomorphic infiltrates of mononuclear cells dominated by proliferating T cells and macrophages. Moreover, preserved large DTH infiltrates were associated with reduced viral loads after 14 weeks (p=0.04), questioning the informative value of PBMC responses in this situation.

Conclusions
Onset of HIV-1 viremia induced a substantial discrepancy between preserved HIV-specific immune responses *in vivo* and decreased T cell responsiveness in PBMC *in vitro*. These results suggest that antigen-stimulated PBMC, as the only surrogate marker for HIV-related immune responses during viremia, may not accurately reflect HIV-related immune responses *in vivo*.

12th CROI, Boston, Feb 2005 ABSTRACT 959

HIV-related and Non-HIV-related Mortality Compared to the General Population in a Norwegian Cohort

Vidar Ormaasen*[1], L Sandvik[1], S Dudman[2], and J Bruun[1]

[1]*Ullevål Univ Hosp, Oslo, Norway and*
[2]*Akershus Univ Hosp, Lørenskog, Norway*

Background: Decreasing mortality in HIV-infected individuals after the introduction of highly antiretroviral therapy (HAART) compared to pre-HAART is well established. However, a better estimate of the change in mortality rates in HIV-infected individuals in different time intervals is given by comparison of these mortality rates to the general population. Our study developed data on such mortality risk ratios, exploring HIV-related vs non-HIV-related mortality in different transmission groups.

Methods: All HIV patients attending Ullevål University Hospital, Oslo, Norway, in 2 time intervals (Cohort 1 and 2) were included. Demographics, medications, laboratory parameters, occurrence co-morbidities, and deaths were prospectively recorded. Causes of death were classified as HIV-related or non-HIV-related. The inclusion periods were January 1, 1982 to December 31, 1994 (Cohort 1, pre-HAART), and January 1, 1997 to March 3, 2004 (Cohort 2). Expected 5-year mortality rates were calculated by standardizing the 5-year mortality rates in the Norwegian population at the median year of inclusion in the 2 cohorts according to the distribution of age and gender in our cohorts. In estimating observed 5-year mortality rates Kaplan-Meier survival tables were applied. The impact of several variables on the risk of death was studied by multivariate Cox regression.

Results: The risk ratios (RR) for all causes of death compared to the general population in Cohort 1 (n = 782) and Cohort 2 (n = 398) with 95% confidence interval (CI) were 22.6 (19.5, 26.4) and 3.96 (2.25, 6.97), respectively. The non-HIV-related mortality RR with 95% CI was 3.70 (2.60, 5.26) in Cohort 1 and 0.61 (0.15, 2.44) in Cohort 2. However, after excluding injecting drug users (IDU) from the analyses, the non-HIV-related mortality in Cohort 1 was no longer increased compared to the mortality in the general population (RR with 95% CI 1.36 (0.73, 2.53)). Higher age and low CD4 cell count were independently associated with increased risk of death in both cohorts, whereas gender, transmission group, race, and ethnicity were not.

Conclusion: The 5-year mortality RR in HIV-infected individuals compared to the general population was about 5-fold higher in the pre-HAART era compared to the HAART era. However, there was still a 4-fold increased risk of death compared to the general population in the HAART era. This increased risk was totally attributable to HIV in non-IDU, whereas IDU had a marked increased risk of non-HIV-related deaths.

DIKTSPALTEN

Jan Erik Vold (1939 -)

I 2005, dette store jubileers år, passer det godt å presentere Jan Erik Vold i pestPosten. Han kan også feire et jubileum i år; det er 40 år siden han debuterte. I disse fire tiåra har han blitt utskjelt og tiljublet langt mer enn lyrikere flest, dels fordi han på en ertende måte har rokket ved kritikernes og lesernes oppfatninger av hva som er god lyrikk.

I tillegg til sjøl å dikte har Vold nedlagt et stort arbeid og høstet mye heder for å bringe andre lyrikere fram i lyset. Men Vold har også interesser utenom diktningens verden - ingen lesere av Oslo-aviser har f.eks kunnet unngå å merke seg hans entusiasme og hans forgjeves kamp for å bevare gamle Bislet stadion. Briskebytrikken har også vært ham kjær, og den går fortsatt.

I år, når mange synes det er svært så gjevt å feire at det er 100 år siden vi fikk våre egne konsuler og vår egen konge, så er det tvilsomt om Vold tar særlig aktiv del i feiringen av dette jubileet. Han representerer i 2005 nemlig en moderne norsk-svensk union. Han er gift med en svensk kvinne og bor i Stockholm, men har leilighet og oppholder seg periodevis i Oslo. Han tar del i debatter og gjendikter, oversetter og utgir bøker på begge sider av Kjølen, men mener vel helst at at vi kan lese hverandres språk.

Hans produksjon gjennom 40 år er mangslungen og stor, og hans største suksess som lyriker er utvilsomt «Mor Godhjertas glade versjon. Ja» fra 1968. Det er ei generøs og følsom bok, som forteller oss at livet er verd å leve. Og i ei tid når både universitetsansatte og privatpraktiserende ernæringseksperter forsøker å gi oss dårlig samvittighet og spår oss fedme, sykdom og en tidlig død om vi spiser kvitt brød, velger vi å la «Tale for loffen» (fra 1968) være Jan Erik Volds hovedbidrag til Diktspalten. I tillegg tar vi med «Et kjærlighetsdikt» fra 1987, for å vise et glimt av mangfoldet i forfatterskapet, og «Requiem for Arild Nyquvist» fra den nylig utkomne CD-en «Vold synger svadaåret inn».

Tale for loffen

Jeg vil holde en tale
for de tykke og de smale - nei
det vil jeg ikke, jeg vil snakke
om loffen, vår alles venn
i brødveien, loffen
sprø og fersk og rykende varm like
fra butikken, som man stakk inn i
og grov ut
varm deilig hvitt
loffestoff og kom opp med
etter handelen, loff
åpnet av papiret i den ene enden og utminert
alt hva en tiårs pekefinger
formår, skorpens
gyldne nybakthet lå vernende omkring
og skjulte loffhulens åpning
et stakket sekund - hva min mor
kunne ha sagt i sakens anledning
er glemt, levende tilbake
står loffens varme innside, man blir tykk
av å spise loff, sies det, det er ikke sunt - mulig
det er mulig det! men viktigere er det (som jeg tror)
at man blir blid
av å spise loff, spør nå det første
blide menneske du treffer
om han liker loff.
Vent så bare på svaret.
(Eller spør du meg!)

*****

Et kjærlighetsdikt

Motvind i hennes
panne. Hun ser ham, hun ser hans
vilje. Hun vil
beholde
sin egen. Hun vil ikke være
den han vil ha
henne
til. Hun vil ikke såre ham
heller. Dette er hennes balanse
akt. Hun er
glad i ham. Det gjelder
ikke å bli som han.

*****

Requiem for Arild Nyquist

Seil du sakte, dikter Arild,
siste
reis deg forestår
Broder Henrik på deg venter.
Solen
ser deg der du går.

*****

Schering-Plough prisen 2005

Arets Schering-Plough's pris skal som vanlig utdeles på årets Vårmøte (se sidene 29-32 i dette nummer av *pest*-POSTEN).

Priskomiteen anmoder foreningens medlemmer om å sende inn begrunnete forslag på kandidater til de to prisene. Det er **infeksjonsmedisinerne** som står for tur denne gang!

Forslagene må være komiteen i hende senest innen 13. mai.

Til orientering følger prisens statutter:

FORMÅL

Prisen har til formål å hedre mikrobiologer og infeksjonsmedisinere 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 15 000.-

II) Prisens størrelse er kr. 10 000.-

Beløpets størrelse vil bli vurdert hvert 5. år, neste gang i år (2005).

Forslag sendes til en av komitémedlemmene:

BMS - HIV forskningsstipend

Bristol-Myers Squibb
"to extend and enhance human life"

Stipendet er på kr. 50.000,- og kan eventuelt deles mellom 2 forskningsprosjekter.

Stipendet skal

- stimulere til uavhengige forskningsprosjekter innen HIV. Det er ingen forutsetning at det er knyttet til medikamentell terapi
- stimulere til prosjekter som har en direkte klinisk nytteverdi i den daglige behandling
- stimulere til ny forskningsaktivitet.
- vurderes ut fra vitenskapelige kvalitetskrav
- deles ut på Vårmøtet.

Styret 2004/2005 i

Norsk forening for infeksjonsmedisin

Hovedrepresentanter:

Jan Erik Berdal, *formann*
(jan.erik.berdal@ahus.no
Bente Bergersen,
sekretær/kasserer
(b.m.bergersen@medisin.uio.no)
Ivar-Jo Hagen
Harald Steinum
Jon Sundal

Varamedlemmer:

Jan Bacher Christensen
Steinar Skrede

Kongresser og møter

2005

27. - 30-. april: **Immunotherapy in Viral Hepatitis B and C.** Varadero, Cuba.
Kontakt: Dr. Gerardo Guillen Nieto, Tlf: 53-7-27-18-008 , 27-16-022 , 27-18-466. Faks: 53-7-27-14-764.
E-post: Hepatitis2005@cigb.edu.cu

1. - 3 . juni: **NFIM/NFMM Vårmøte.** Fredrikstad, Norge.
Program og påmeldingsskjema i dette nummer av *pest*-POSTEN, s. 29-32.

2. - 4. juni: **HIV Update: Contemporary Issues in Management** . Boston, USA.
Kontakt: Harvard Medical School. Tlf: 617-384-8600, faks: 617-384-8686.
E-post: hms-cme@hms.harvard.edu

3. juni: **Sepsis, SIRS, Immune Response - IVth International Symposium.** Hamburg, Tyskland.
Kontakt: Axel Nierhaus, M.D., Tlf: 49-40-428-034-477 , faks: 49-40-428-036-703.
E-post: witt@uke.uni-hamburg.de

24. 27. juli: **3rd IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment.** Rio de Janeiro, Brasil.
Kontakt: IAS Conference Secretariat, Ch. de l'Avanchet 33, CH - 1216 Cointrin, Geneva, Switzerland
Tlf: 41-0-22-7-100-800 Faks: 41-0-22-7-100-899 E-post: info@ias-2005.org

11. - 14. august: **Annual General Meeting of Scandinavian Society for Antimicrobial Chemotherapy.**
Reykjavik, Island. Se www.congress.is/ssac05 for detaljer om påmelding..

21. - 24. september: **45th ICAAC.** New Orleans, USA.
Kontakt: American Society for Microbiology, 1752 N Street, NW Washington, DC, 20036-2804 USA.
Tlf: 1-202-737-3600. E-post: ICAAC@asmusa.org

6. - 9. oktober: **IDSA 43rd Annual Meeting.** San Francisco, USA
Kontakt: Infectious Disease Society of America Tlf: 703-299-0200 Faks: 703-299-0204

10. -11. november: **1st Int Conference of the Journal of Travel Medicine & Infectious Disease.**
London, England
Kontakt: Sophie Peters. Tlf: 44-0-1-865-843-643 Faks: 44-0-1-865-843-958
E-post: s.peters@elsevier.com

Medlemsregister pr. 01.04.2005

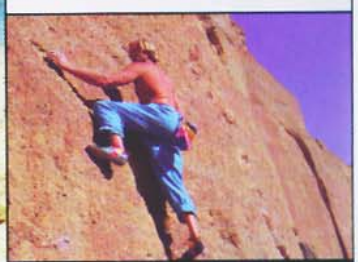
TORE	ABRAHAMSEN	tore.abrahamsen@rh.uio.no
JAN EGIL	AFSETH	
PER ESPEN	AKSELSEN	per.akselsen@helse-bergen.no
TERJE	ALSAKER	
BJØRG MARIT	ANDERSEN	BjorgMarit.Andersen@ulleval.no
ELISABETH	ASTRUP STRAND	
KÅRE JOHN	BAKKE	
JOHAN	BAKKEN	jbakken@slhduluth.com
REGINE	BARLINN	Regine.Barlinn@ulleval.no
JOHANNES	BARSTAD	
ØYSTEIN	BENTDAL	
JAN-ERIK	BERDAL	jan.erik.berdal@ahus.no
BJØRN P.	BERDAL	
ÅSE	BERG	aase_og_dag@c2i.net
BENTE MAGNY	BERGERSEN	b.m.bergersen@medisin.uio.no
KÅRE	BERGH	kåre.bergh@medisin.ntnu.no
DAG	BERILD	dag.berild@ioks.uio.no
LARS	BEVANGER	lars.bevanger@medisin.ntnu.no
PER	BJARK	
GUNNAR	BJERKESTRAND	
ANNA	BJERRE	anna.bjerre@ulleval.no
BJARNE	BJORVATN	bjarne.bjorvatn@haukeland.no
ARVID	BJØRNEKLETT	arvid.bjørneklett@rh.no
ELIN	BJØRNESTAD	elin.bjørnes@haukeland.no
ULF	BLECHER	
FREDRIK	BORCHSENIUS	
NILS P.	BOYE	nils.boye@ulleval.no
PETTER	BRANDTZÆG	petter.brandtzæg@ulleval.no
ARNE	BRANTSÆTER	arne.brantsaeter@fhi.no
KRISTIN	BREKKE	kristin.brekke@ulleval.no
UNNI	BRELAND	
ANNE KARIN	BRIGTSEN	anne.karin.brigtsen@ulleval.no
ODDBJØRN	BRUBAKK	oddbjorn.brubakk@ulleval.no
JOHAN N.	BRUUN	j.n.bruun@ioks.uio.no
TROND	BRUUN	bruu@helse-bergen.no
AIRA	BUCHER	abucher@chello.no
GEIR	BUKHOLM	geir.bukholm@ahus.no
WENCHE	BUVIK	Wenche.Buvik@swedishorphan.com
KÅRE	BØ	
KAI-HÅKON	CARLSEN	
JULIA	CHELSOM	juch@haraldsplass.no
CATHRINE	CHRISTENSEN	
JAN BACHER	CHRISTENSEN	jan.bacher.christensen@UNN.no
ANDREAS	CHRISTENSEN	andreas.christensen@siv.no

OTTO	CLOSS	
VEGARD	DAHL	vegard.dahl@sabhf.no
ARE	DALEN	are.dalen@stolav.no
OLAV	DALGARD	olav.dalgaard@ulleval.no
JAN	DAMÅS	j.k.damas@medisin.uio.no
MIKLOS	DEGRE	degre@rh.uio.no
OONA	DUNLOP	oona.dunlop@ulleval.no
EIGILL	EIDE	eigill.eide@helse-sunnmore.no
ERIK F.	ELLEKJÆR	
ASLE	ENGER	asle.enger@ahus.no
KJELLAUG	ENOKSEN	
TOR EINAR	ERIKSTAD	
ARNE	ESKESEN	arne.eskesen@ahus.no
RUDOLFO	ESPINOZA	
NINA	EVJEN	nina.evjen@ahus.no
HANS-OLAV	FJÆRLI	h.o.fjarli@medisin.uio.no
ERIK	FLATMARK	
TROND	FLÆGSTAD	trond.flagstad@unn.no
REINHARDT	FLØ	reinhardt.flo@siv.no
BENTE	FOLLAND	bente_folland@merck.com
GEIR	FOLVIK	geir.folvik@haukeland.no
MARIANNE NORDHOV	FREDRIKSEN	marianne.fredriksen@unn.no
ODD JOHAN	FRISVOLD	ojofrisv@online.no
LEIF ODDVAR	FRØHOLM	leif.oddvar.froholm@fhi.no
STIG	FRØLAND	stig.froland@rh.no
JAN	FUGLESANG	Jan.Fuglesang@shdir.no
PETER	GAUSTAD	peter.gaustad@rh.no
PER	GERLYNG	
KARL ERIK	GIERCKSY	k.e.giercksky@medisin.uio.no
SUSANNE	GJERULDSEN	susanne.gjeruldsen@ahus.no
GEORG	GOSSIUS	
SIGRID	GRIMSRUD	
NILS	GRUDE	nils.grude@telelab.no
SVEIN GUNNAR	GUNDERSEN	s.g.gundersen@ioks.uio.no
KJELL	GUNNARSHAUG	
TORE JARL	GUTTEBERG	tore.jarl.gutteberg@unn.no
IVAR-JO	HAGEN	ivar.jo.hagen@sihf.no
ÅSE-GERD	HAGEN	saahagen@frisurf.no
ALFRED	HALSTENSEN	alfred.halstensen@medb.uib.no
DAG	HALVORSEN	dag.seeger.halvorsen@unn.no
BJØRN	HANEBERG	bjorn.haneberg@fhi.no
RAISA	HANNULA	raisa.hannula@stolav.no
GORM	HANSEN	
INGER MYRNES	HANSEN	
ELISEBETH	HARR	
STIG	HARTHUG	stig.hartug@haukeland.no
GUNNAR	HASLE	hasle@reiseklinikken.com
OLAV	HASSELGREN	

CHARLOTTE JOHANNE	HAUG	charlotte.haug@legeforeningen.no
KARI WOLD	HAUG	
JON BIRGER	HAUG	jon.haug@chello.no
DAGNY	HAUG DORENBERG	d-haug-d@online.no
TORGEIR	HAUGEN	
GUNNAR	HAUKENES	gunnar.haukenes@vir.uib.no
HANNE HUSOM	HAUKLAND	hanne.husom.haukland@unn.no
BERNT	HEGER	bernt.heger@ulleval.no
LARS	HEGGELUND	lars.heggelund@rh.no
ELISABETH	HEGSTAD	
KNUT	HELGETVEIT	
IVAR	HELLE	
KJELL B.	HELLUM	kjell.hellum@ahus.no
THOR-HENRIK	HENRIKSEN	
ARNE	HENRIKSEN	arne.henriksen@stolav.no
NILS OLAV	HERMANSEN	nils.olav.hermansen@ulleval.no
REIDAR	HJETLAND	reidar.hjetland@helse-forde.no
GUNNAR	HODDEVIK	hoddevik.gunnar@fhi.no
TERJE	HOEL	terje.hoel@ulleval.no
ARE	HOLM	aremholm@online.no
LARS	HOLST-LARSEN	lars.holstlarsen@c2i.net
JAN	HOLT	
EIRIK	HOLTEN	eirik.holten@ahus.no
ELLEN	HOLTER	ellen.holter@rh.no
OTTAR	HOPE	otho@haraldsplass.no
GUNNAR	HOPEN	gunnar.hopen@tss.telemax.no
BERIT	HOVIG	berit.hovig@labmed.uio.no
PER ANDERS	HUNDERI	
ANNE	HUNTING	
DAG	HVIDSTEN	dag.hvidsten@unn.no
ERNST ARNE	HØIBY	arne.hoiby@fhi.no
HJØRDIS	IVELAND	
TROND	JACOBSEN	trondj@medisin.ntnu.no
THOMAS	JEBSEN	
TORSTEIN	JENSEN	torstein.jensen@ulleval.no
MOGENS	JENSENIUS	mogens.jensenius@ioks.uio.no
HALDOR	JENSSEN	
BENTE	JØRGEN	bente.jorgen@ulleval.no
JAN E.	JØRGENSEN	
TORE	KALAGER	
CLAES-OTTO	KINDMARK	
IVAR	KINN	ivar.kinn@ahus.no
EYRUN	KJETLAND	e.f.kjetland@medisin.uio.no
CLAUS	KLINGENBERG	barnc@unn.no
ULF E.	KONGSGAARD	u.e.kongsgaard@klinmed.uio.no
JAN	KORSVOLD	
LISE	KRAGØE ANDRESEN	lise.andresen@leo-pharma.com
BJØRN-ERIK	KRISTIANSEN	bjorneri@online.no

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 inneh.:* 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 inneb.:* 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

AUD	KROOK	aud.krook@rme.oslo.komm
DAG	KVALE	dag.kvale@medisin.uio.no
HEIDI	KVALHEIM	
NINA	LANGELAND	nina.langeland@haukeland.no
JØRGEN	LASSEN	jorgen.lassen@fhi.no
VIDAR	LEHMANN	vlehmann@broadpark.no
ANNE KRISTINE	LEHMANN	anne.kristine.lehmann@haukeland.no
ALEXANDER	LEIVA	rafael.leiva@helse-bergen.no
FRODE	LERANG	
ERNST	LIEN	
TORE	LIER	tore.lier@unn.no
PER ARVE	LIER	
EGIL	LINGAAS	egil.lingaas@rikshospitalet.no
BENT VONDER	LIPPE	bent.vonderlippe@ulleval.no
ELISABETH VON DER	LIPPE	elisabeth.vonderlippe@ulleval.no
HESSTVEDT	LIV	livhess@broadpark.no
ERIK DYB	LIAAEN	
MARTINIUS	LØVIK	martinus.lovik@fhi.no
RENATA Z.	LØVSTAD	
TRINE	MAGNUS	trine.magnus@unn.no
Ingjerd	Manner	iwma@online.no
TURID	MANNSÅKER	turid.mannsaker@fhi.no
ARNE	MEHL	arne.mehl@stolav.no
NINA KNUTRUD	MEIDELL	
KJETIL	MELBY	k.k.melby@medisin.uio.no
HARALD	MELLEM	harald.mellem@ulleval.no
ANNE TORUNN	MENGSHOEL	anne.torunn.mengshoel@ulleval.no
TORE	MIDTVET	tore.midtvedt@cmb.ki.se
ØYVIND	MODALSLI	
LARS	MORLAND	
LIISA	MORTENSEN	liisa.mortensen@nordlandssykehuset.no
FREDRIK	MULLER	fredrik.muller@labmed.uio.no
REIDAR	MUNDAHL	fsan.fml@online.no
H. H.	MUNDAL	
LIV	MUNDAL	
HELGE	MYRMEL	helge.myrmel@haukeland.no
BJØRN	MYRVANG	bjorn.myrvang@ulleval.no
ARILD	MÆLAND	arild.maeland@ulleval.no
JOHAN	MÆLAND	johan.maland@medisin.ntnu.no
NILS-JØRGEN	MØRK	nils.jorgen.mork@rikshospitalet.no
ANNE	MAAGAARD	anne.maagaard@medisin.uio.no
OLAV BJARTE	NATÅS	naob@sir.no
INGRID	NESTHUS	ingrid.nesthus@haukeland.no
DAG EGIL	NILSEN	
ANNA	NILSSON	NilssoaN@wyeth.com
SVEIN	NORDBØ	svein.a.nordbo@medisin.ntnu.no
INGVILD	NORDØY	ingvild.nordoy@rikshospitalet.no
TORUNN	NYGÅRD	torunn.nygaard@ulleval.no

ARE	NÆSS	are.nass@med.uib.no
RANDI	OFSTAD	
KARINA	OLSEN	karina.olsen@unn.no
TORBJØRN	OMLAND	torbjorn.omland@rikshospitalet.no
TOV	OMLAND	
ANNETTE	ONKEN	Annette.Onken@rikshospitalet.no
VIDAR	ORMAASEN	vidar.ormaasen@medisin.uio.no
SVEIN	OSNES	
KJELL	PEDERSEN	
FRANK	PETTERSEN	frankolav.pettersen@ulleval.no
NADINE	PULLAR	nadine.pullar@UNN
ANDREAS	RADTKE	andreas.radtke@stolav.no
EIVIND	RAGNHILDSTVEIT	eivrag@so-hf.no
TROND E.	RANHEIM	
JOAN-LESLEY	RAVN	
ROLF	REIERSEN	
EVEN	REINERTSEN	Even.Reinertsen@sykehuset-innlandet.no
SVEIN ARNE	RIIS	
ANNE MA DYRHOL	RIISE	adri@helse-bergen.no
SIGNE	RINGERTZ	s.h.ringertz@ioks.uio.no
JETMUND	RINGSTAD	
STÅLE	RITLAND	
HALVOR	ROLLAG	halvor.rollag@rikshospitalet.no
KHALED	RUHANI	khaled.ruhani@unn.no
OLE	RYSSTAD	
ELSE JOHANNE	RØNNING	
KJELL	RØRVIK	kjell.rorvik@stolav.no
HELVI HOLM	SAMDAL	sahe@sb-hf.no
SVEIN	SANDBLOST	
SYNNE	SANDBU	synne.sandbu@fhi.no
JAN	SANDER	
MAJA-LISA	SANDLIEN	
PER	SANDVEN	per.sandven@rikshospitalet.no
MARJUT	SARJONMAA	
OLAF	SCEEL	olaf.scheel@stolav.no
AKSEL	SCHREINER	aksel.h.schreiner@hspost.no
ANITA	SCHUMACHER	anita.schumacher@siv.no
ROLF	SCHØYEN	
ANDERS	SEIM	
GUNNAR SKOV	SIMONSEN	Gunnar.Skov.Simonsen@unn.no
HAAKON	SJURSEN	haakon.sjursen@haukeland.no
TONE	SKARPAAS	tone.skarpaas@sshf.no
INGER JOHANNE KJØRVEN	SKARPAAS	ijk@skarpaas.no
STEINAR	SKREDE	steinar.skrede@helse-bergen.no
TORHILD	SKRIVARHAUG	torhild.skrivarhaug@ulleval.no
ANDERS	SMITH	
NILS	SMITH-ERICHSEN	
CLAUS OLA	SOLBERG	claus.ola.solberg@helse-bergen.no

MARTIN	STEINBAKK	martin.steinbakk@ahus.no
HARALD	STEINUM	harald.steinum@stolav.no
TORE	STENSTAD	
TORE	STOKLAND	tore.stokland@unn.no
DAG GUNDERSEN	STORLA	
ØYSTEIN	STRAND	oystein.strand@haukeland.no
BABILL	STRAY-PEDERSEN	babill.stray-pedersen@rikshospitalet.no
EVA	STYLIANOU	
JON	SUNDAL	sujo@sir.no
ARNFINN	SUNDSFJORD	arnfinns@fagmed.uit.no
ANDERS	SUNDØY	anders.sundoy@vas.no
GAUTE	SYVERSEN	gaute.syversen@ulleval.no
LIV JORUN	SØNSTEBY	liv.jorun.sonsteby@haukeland.no
BJØRG	SØRENSEN	bjorg.sorensen@fsm.mr-fylke.org
EIGIL	SØRENSEN	
KJELL	TEIGEN	
LARS	THORESEN	lars.thoresen@ringerike-sykehus.no
TORE	THORESEN	
STÅLE	TOFTELAND	
PER	TOLÅS	
DAG	TORFOSS	dag.torfoss@klinmed.uio.no
JOHANNES	TORVALDSEN	
OLE JACOB	TVEITDAL	Ole-Jacob.Tveitdal@gsk.com
YNGVAR	TVETEN	yngvar.tveten@telelab.no
TONE	TØNJUM	tone.tonjum@rikshospitalet.no
ØYSTEIN	UNDSETH	Oystein.Undseth@sykehuset-innlandet.no
KATJA	URWITZ	katja.urwitz@ringerike-sykehus.no
KNUT	VEGARD	
ÅSHILD	VEGE	
BJØRG	VIGGEN	bjorg.viggen@stolav.no
EINAR	VIK	Einar.Vik@helsenr.no
INGER SOFIE SAMDAL	VIK	
MARY	VIK JØRGENSEN	mary.vik_jorgensen@roche.com
PÅL	VOLTERSVIK	pal.voltersvik@gades.uib.no
LARS	VORLAND	
METTE	WALBERG	mette.walberg@rikshospitalet.no
ROLF A.	WALSTAD	rrolf.walstad@ntnu.no
KIRSTEN	WALAAS	kirstenwalaas@yahoo.no
KARL-OLAF	WATHNE	karl.olaf.wathne@ulleval.no
ØYSTEIN	WENDELBO,JR.	oystein.wendelbo@helse-bergen.no
GRO	WESENBERG	gro.wesenberg@legemiddelverket.no
ASTRID	WESTER	aswes@frisurf.no
JOHAN	WIIG	
KJERSTI	WIK-LARSSEN	kjersti.wik.larssen@stolav.no
TORGUNN	WÆHRE	torgunw@ulrik.uio.no
OLAV	ØKTEDALEN	olav.oktedalen@ulleval.no
HENNING	AABECH	
EINAR	AANDAHL	einar.aandahl@sihf.no
PREBEN	AAVITSLAND	preben.aavitsland@fhi.no

VALTREX™
VALACICLOVIR

GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline
Postboks 4312 Nydalen, 0402 Oslo
Telefon: 22 58 20 00 Telfaks: 22 58 20 04
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

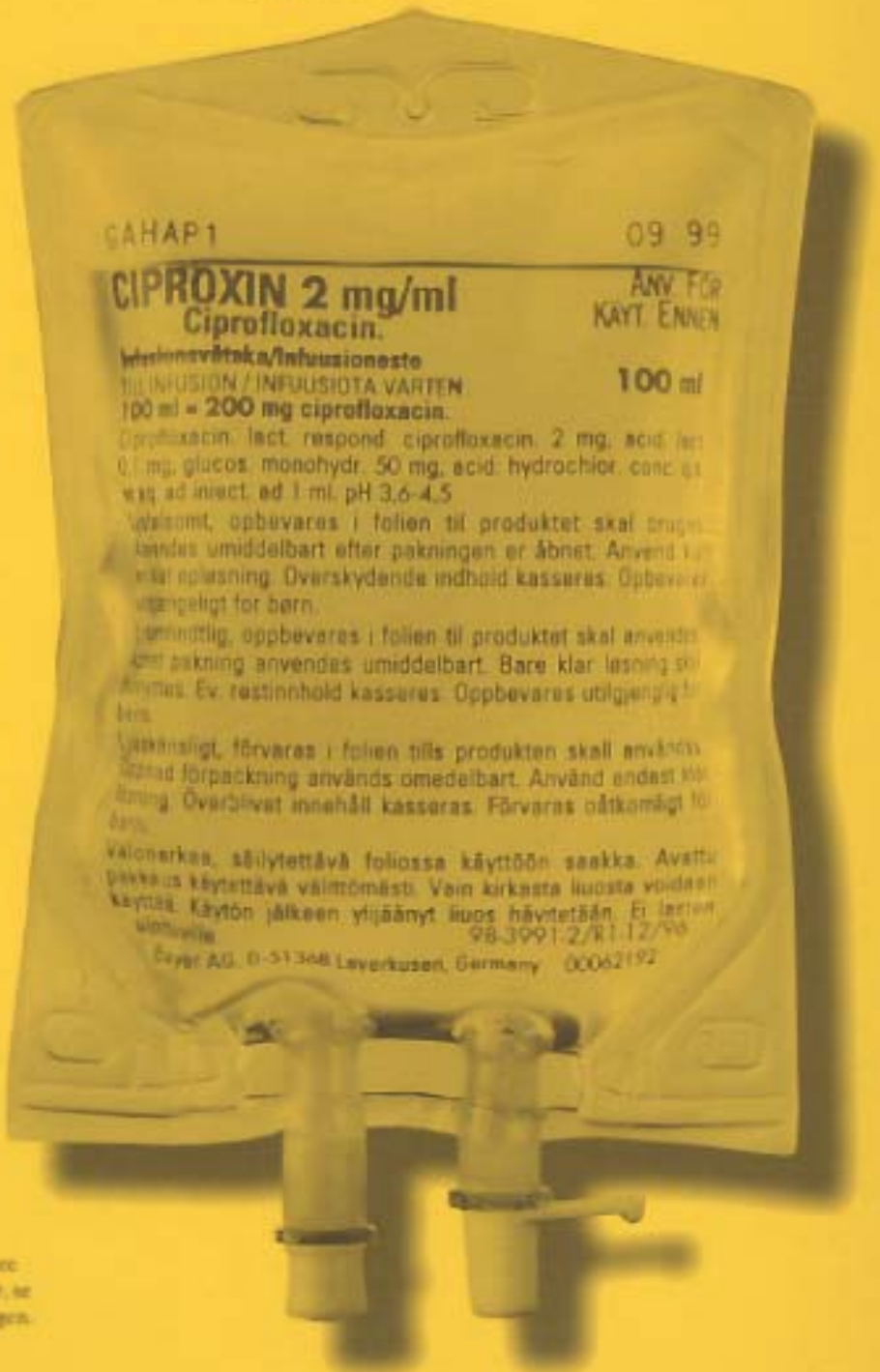
Vi er takknemlige for bidrag i form av annonser i "*pest-POSTEN*". Bladet blir trykket i et opplag på ca. 300 og distribuert gratis til alle medlemmer av Norsk Forening for Infeksjonsmedisin.

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.