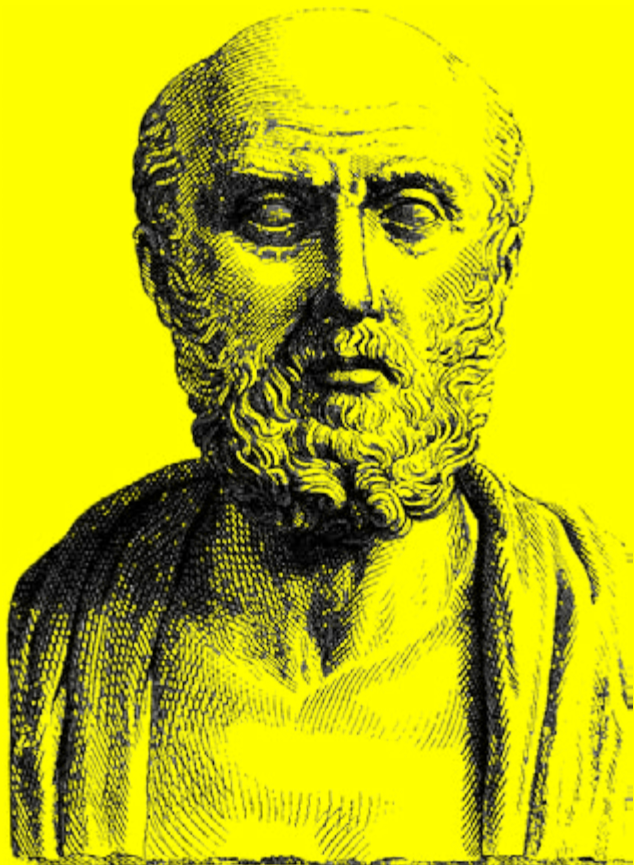


pest-POSTEN

Nr. 1, 2015 - 21. årgang



**MEDLEMSBLAD FOR
NORSK FORENING FOR INFEKSJONSMEDISIN**

**PEST-POSTEN
- FOR KOLLEGER,
- FRA KOLLEGER!**

REDAKSJONEN**- Ansvarlig redaktør :****Arild Mæland**

Infeksjonsmedisinsk avdeling

Oslo universitetssykehus Ullevål

UXARIM@ous-hf.no

- Medredaktør :**Arne Broch Brantsæter**

Infeksjonsmedisinsk avdeling

Oslo universitetssykehus Ullevål

UXARBR@ous-hf.no

- Kulturredaktør :**Bjørn Myrvang**

Infeksjonsmedisinsk avdeling

Oslo universitetssykehus Ullevål

UXBJMY@ous-hf.no

- Redaksjonssekretær :**Jon Birger Haug**

Seksjon for smittevern

Sykehuset Østfold

jobhau57@gmail.com

- Annonsejef :**Trond Bruun**

Infeksjonsmedisinsk avdeling

Haukeland universitetssykehus

trond.bruun@helse-bergen.no

En stor TAKK går til alle
annonsører som gjør
medlemsbladet mulig!

INNHOOLD

Redaksjonelt	s. 4
Lederen har ordet	s. 5
Program Vår møtet 2015	s. 6
Stipender og priser NFIM/NFMM	s. 8
Bokanmeldelse	s. 17
Doktorgrad Iren Høyland Löhr	s. 18
Doktorgrad Synne Jenum	s. 19
”Den første infeksjonslækaren”	s. 20
Et godt sitat?	s. 21
Diktspalten	s. 22
Et kongressminne (5)	s. 24
Våre infeksjonsavdelinger	s. 25
Redaktørværet for <i>p-P</i> er ledig	s. 33
Veiledning for forfattere og annonsører	s. 35

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

Adresse: Arild Mæland,
Infeksjonsmedisinsk avd.
OUS Ullevål
0407 Oslo

Telefon: 22 11 92 86

Telefax: 22 11 91 81

E-post: UXARIM@ous-hf.no

ISSN: 080 - 2510

Forsiden: ”Hippocrates”
Gresk lege (470 - 360 f. Kr.)
(Serien *Store medisinerne*)

pest-
TO-TIÅR,
to tiårs -
POSTEN



p-P fyller i år tyve år og vi gratulerer oss selv, og vi mener med rette; selvros skal man høre på, den kommer fra hjertet. Det var to gode gutter fra Østfold, den ene riktignok opprinnelig fra Hardanger, som startet det hele, ide og initiativ kom fra Oddbjørn Brubakk og Jon Birger Haug trengtes ikke be to ganger. Oddbjørn ble redaktør og den allerede da datakynnlige Jon Birger den drivende redaksjonssekretær. Og Eivind Ragnhildstveit kom med som annonsesjef. Så derfor har vi i alle år fått den lille gule i posten. Etterhvert kom Bjørn Myrvang med som motor i redaksjonen. Offisielt er bladet foreningsblad for infeksjonsforeningen, men i vår raushet distribueres det også til mikrobiologforeningen.

Formatet har vært uendret gjennom disse to tiår, og mange av oss er glade for det, ord og bilder leses fortsatt best på papir mener vi. Det er vel tvilsomt om papirutgaven er den viktigste om ti år, ofte må gode saker endres for å være den samme for kommende lesere. Formatet er ikke det viktigste, men at det er noe å lese. Men uten at noen skriver, er det ingen som har noe å lese. Vi gjentar for siste gang, dersom en og hver av alle som får *p-P* tilsendt skriver et innlegg hvert tiende år ville redaksjonen drukne i stoff. I år blir det obligatorisk med redningsvest når du er i båt, vi i redaksjonen trenger ikke hjelp til å holde oss over vann. Som tidligere; ikke spør hva *p-P* kan gjøre for deg, spør hva du kan gjøre for *p-P*. Når vi ikke lenger får sponsing fra industrien og dermed ikke treffer hverandre så ofte som tidligere, blir *p-P* viktigere som møteplass i landets infeksjonsmiljø. Så igjen fra hjertet; vi tror på betydningen av oss selv.

p-P har bestått i to tiår, det skal vi være stolte

av, om vi skal være stolte av at *p-P* bare har hatt to redaktører er en annen sak, det skyldes i hvert fall ikke at de to har vært flinke til å stå imot kandidater som gjerne ville overta. Derfor; se deg omkring om du ser noen som er egnet til å være med å holde liv i pesta fremover; hen - som det nå heter på svensk - trenger ikke avlegge ed på å holde ut et tiår fremover.

Et skifte er tiden for å takke. Og det er to som skulle hatt så mye mer enn noen takksigelser her. Det er Bjørn og det er Jon Birger. Det er de to som har holdt liv i bladet det siste tiåret som i det første. Bjørn som har vært et oppkomme av ideer og tiltak og masing på folk, det meste av våre mer eller mindre faste spalter er hans verk. Jon Birger har stått for å få bladet i trykken, han har tilbragt svært mange timer dag og natt gjennom tyve år foran sin pc for at du kan nyte *p-P* med din kaffe eller Campari. Dere skal vite at ting skjer ikke av seg selv, de skjer fordi noen gjør noe! Bjørn og Jon Birger fortsetter, men ingen av oss varer evig, det er mitt håp at det etter hvert dukker opp yngre kolleger som er like drivende.

Denne redaktør takker nå for seg; men først og fremst takker han Bjørn og Jon Birger, det er dere som har gjort jobben. Måtte en slik spirit som dere viser forplante seg til utover til alle *p-P*'s lesere.

Men inntil da, fritt etter Oddbjørn; hold ut !

Arild Mæland





Lederen har ordet

Dette året feirer Norsk forening for infeksjonsmedisin (NFIM) dobbelt jubileum. De fleste av våre medlemmer vil være klar over at det i år er 40 år siden foreningen ble stiftet, noe som vil bli behørig markert på Vår møtet i Stavanger 4. og 5. juni. Men det er med dette nummer også 20 år siden vårt medlemsblad, pest-POSTEN, ble utgitt for første gang.

Bladet har blitt betegnet som «limet» i NFIM, og svært mange har med innsats av forskjellig art og størrelse vært med på å skape dette produktet. Det er alltid en fare ved å nevne noen spesielt, men jeg tar sjansen. Oddbjørn Brubakk var redaktør de første 10 årene, fulgt av Arild Mæland som nå trekker seg etter en like lang periode (se også s. 33 - *red. ann.*). Fra den opprinnelige redaksjonen i 1995 er det imidlertid kun en person som har vært med hele veien - Jon Birger Haug. Jon Birger har i sin rolle som redaksjonssekretær vært av uvurderlig betydning for alle utgivelser av bladet frem til i dag! Stor takk til disse tre og alle andre som har bidratt til bladets utgivelse og innhold.

De siste 10-årene har vår hverdag som infeksjonsmedisinere forandret seg betydelig. Det gjelder mulighet for diagnostikk og behandling, men også hvordan vi tilegner oss ny kunnskap og kommuniserer med hverandre. Vi overleses med fagstoff og e-poster, og vi strever alle med å holde tritt med informasjonsflommen. I denne virkeligheten har *pest-POSTEN* stor konkurranse om vår oppmerksomhet. Og som kommunikasjonskanal for NFIM finnes det betydelig raskere alternativer. *pest-POSTEN*s rolle og betydning for foreningen har på denne måten klart endret seg. Men som medlemsblad for NFIM's medlemmer er bladet uten konkurranse. En sterk forening trenger et godt medlemsblad, og dette blir ikke bedre enn medlemmene fortjener! Jon Birger og resten av redaksjonen er avhengig av bidrag fra medlemmene i foreningen om bladet fortsatt skal fylles med lesverdig innhold for lesing på papir og skjerm.

Årsmøtet er foreningens høyeste organ og avholdes tradisjonen tro under Vår møtet, som i år avholdes i Stavanger. Den senere tid har Styret diskutert flere saker av prinsipiell og økonomisk betydning, og noen av disse vil bli tatt opp på årsmøtet. Regnskapet for 2014 vil vise at foreningens økonomi er sunn. Vi har penger på bok. Allikevel har Styret ved flere anledninger avslått søknader om midler til gode formål, noe som har resultert i både skuffelse og harme. Styret er opptatt av å forvalte foreningens midler til medlemmenes beste og i tråd med foreningens formål. Samtidig trenger vi føringer fra Årsmøtet for våre økonomiske disposisjoner, og om hva som ellers bør vektlegges i foreningens arbeid. Jeg og resten av styret ser frem til samtale og diskusjon i Stavanger!

Med hilsen Arne Broch Brantsæter

Program Vårmøtet - infeksjonsmedisin og medisinsk mikrobiologi

Stavanger 4. og 5. juni 2015 - Clarion Hotel Energy

Torsdag 4. juni

09.00-10.00 Registrering, «frokost».

10.00-10.05 Velkommen til Vårmøtet 2015.

Antibiotikaresistens – bærerskap hos dyr og mennesker

10.05-10.45 Antibiotikaresistens – trusselbilde og mulige tiltak.

Martin Steinbakk, Folkehelseinstituttet.

10.45-11.15 ESBL- produserende E.coli i norsk kyllingproduksjon.

Marianne Sunde, Folkehelseinstituttet/Veterinærinstituttet.

11.15-11.45 Kolonisert med ESBL - hva så?

Iren Høyland Löhr, Avdeling for medisinsk mikrobiologi, SUS.

11.45-12.00 Pause

Foto: Colourbox

Globale perspektiv

12.00-12.30 Immunrespons ved hiv/malaria.

Åse Berg, Infeksjonsmedisinsk seksjon.

12.30-13.00 Jubileumsforedrag/NFIM 40 år:

Infeksjonsmedisin i et globalt perspektiv.

Bjarne Bjorvatn, UiB.



13.00-14.00 Lunsj

14.00-14.30 De viktigste publikasjoner i medisinsk mikrobiologi i 2014.

Truls Leegaard, Avdeling for medisinsk mikrobiologi og smittevern, Ahus.

Alvorlige virusinfeksjoner

14.30-15.00 Erfaringer med EVD. *Arne B. Brantsæter, Infeksjonsmedisinsk avdeling, OUS, Ullevål.*

15.00-15.30 Encefalitter - diagnostiske og terapeutiske utfordringer.

Børre Fevang, Seksjon for immunologi og infeksjonsmedisin, RH.

15.45-16.45 Årsmøte

18.00-23.00 Båttur/omvisning/festmiddag, Flor og Fjære.

Oppmøte på bryggen ved Skagen Brygge Hotell på høyre side av Vågen kaien kl. 18.

Fredag 5. juni

08.30-09.00 Legeforeningens ærespris for infeksjonsmedisin og medisinsk mikrobiologi.

Flåttbårne infeksjoner

09.00-09.30 New aspects in immunology and pathogenesis in Lyme borreliosis. *Franc Strle, Dep. of Infectious Diseases, University Medical, Centre Ljubljana, Slovenia.*

09.30-10.00 Controversies in the treatment of Lyme neuroborreliosis. *Franc Strle.*

10.00-10.15 Pause

10.15-10.45 Nevroborreliose hos barn.
Dag Tveitnes, Barneavdelingen, SUS.

10.45-11.15 Er human anaplasrose, babesiose og ehrlichiose aktuelle flåttbårne infeksjoner I Norge?
Reidar Hjetland, Mikrobiologisk avdeling, SSF.

11.15-11.45 Diagnostiske problemer ved Lyme borreliose.
Tone Skarpaas, Mikrobiologisk avdeling, SSHF.

11.45-12.45 Lunsj

12.45-13.15 De viktigste publikasjoner i infeksjonsmedisinen 2014
Torgun Wæhre, Infeksjonsmedisinsk avdeling, OUS Ullevål

Alvorlige bakterielle infeksjoner

13.15-13.45 Enterokokkinfeksjoner. *Håkon Sjursen, Infeksjonsmedisinsk seksjon, HUS*

13.45-14.15 Kronisk osteomyelitt. *Jan Erik Berdal, Infeksjonsmedisinsk seksjon, AHUS*

14.15-14.30 Pause

14.30-15.00 Håndtering av sepsis ved Haukeland Universitetssykehus.
Steinar Skrede, Infeksjonsmedisinsk seksjon, HUS.

15.00-15.30 NFIM 40-års jubileum, et historisk tilbakeblikk. *Håkon Sjursen, HUS/ Bente Bergersen, OUS Ullevål.*

Vel hjem!**17.00 Tur til Prekestolhytten**

med 3 retters middag/overnatting og tur til Prekestolen lørdag morgen.

Retur Stavanger ca. kl. 14.30.

Pris: ca. 1500.- - 2000,-. Rabatt for DNT medlemmer.

Bindende påmelding innen 15.04.15, send mail til Erna Harboe, harear@sus.no



Statutter for stipend og priser - sist oppdatert 20/2-2013

Stipender og priser innen infeksjonsmedisin og medisinsk mikrobiologi

Norsk forening for infeksjonsmedisin (NFIM) og Norsk forening for medisinsk mikrobiologi (NFMM) har felles utlysning av stipender og priser som deles ut på vårmøtet i Stavanger 4. og 5. juni 2015. Søknadsfrist er 1. mai 2015

Følgende stipender utlyses:

- ***MSDs forskningsstipend for yngre forskere***
- ***NFMMs og NFIMs reise- og hospiteringsstipend***
- ***NFMMs forskningsstipend***



Merk at det i 2013 for NFMMs medlemmer kom noen endringer i forhold til tidligere utlysninger. Særlig vil vi peke på at man må være (hoved-) medlem av foreningen for å søke samt at muligheten for å få reise-stipend er vesentlig utvidet.

Søknad på stipendene: sendes innen 1. mai 2015 i elektronisk format til lederen av stipend- og priskomiteén Anne Ma Dyrhol-Riise, E-post: a.m.d.riise@medisin.uio.no

Legeforeningens ærespris for infeksjonsmedisin og medisinsk mikrobiologi skal i 2015 tildeles en infeksjonsmedisiner. Begrunnede forslag på kandidater til æresprisen kan sendes på e-post til Anne Ma Dyrhol-Riise, E-post: a.m.d.riise@medisin.uio.no innen 1. mai 2015.

INNHOOLD:

1. *Stipendkomiteén for Norsk forening for infeksjonsmedisin (NFIM) og Norsk forening for medisinsk mikrobiologi (NFMM)*
2. *Statutter for MSDs forskningsstipend for yngre forskere*
3. *Statutter for Roche stipend for klinisk infeksjonsmedisin.
(Roche har per 2015 trukket støtten til dette stipendet, red.anm.)*
4. *Statutter for NFMMs og NFIMs reise- og hospiteringsstipend.*
5. *Statutter for Legeforeningens ærespris for infeksjonsmedisin og medisinsk mikrobiologi*
6. *Statutter for NFMM forskningsstipend*

indrestyrke

Den eneste kombinasjonstabletten med dolutegravir

Komponentene i TRIUMEQ er den første hiv-behandlingen som har vist signifikant bedre effekt vs. Atripla i behandlingsnaive pasienter i uke 48 og i uke 96.¹

TRIUMEQ kan tas uavhengig av mat og doseres kun én gang daglig.¹

Triumeq skal ikke brukes til pasienter som er kjente bærere av HLA-B*5701 allelet på grunn av økt risiko for overfølsomhetsreaksjoner.¹

Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GlaxoSmithKline på telefon: 22 70 20 00.

Referanse: 1. Triumeq SPC oktober 2014

▼ Triumeq «Viiv Healthcare»

C Antiviralt middel.

ATC-nr.: J05A R13

TABLETTER, filmrasjerte 50/600/300 mg: Hver tablett inneholder: Dolutegravir 50 mg, abakavirsulfat tilsv. abakavir 600 mg, lamivudin 300 mg, mannitol, hjelpestoffer. Fargestoff: Titan-dioksidd (E 171), sort og rødt jernoksid (E 172). **Indikasjonene:** Behandling av voksne og ungdom >12 år, som veier minst 40 kg, som er infisert med humant immunsviktivirus (HIV). Alle pasienter, uavhengig av etnisitet, bør screenes for HLA-B*5701-allelet før initiering av behandling med abakavir (se Forsiktighetsregler). Pasienter med ukjent HLA-B*5701-status som tidligere har tolerert abakavir bør også screenes for genoppstart av abakavir. Kjente bærere av HLA-B*5701-allelet bør ikke bruke abakavir. **Dosering:** Behandlingen bør initieres av lege med erfaring i behandling av hiv-infeksjon. **Voksne og ungdom >12 år og ≥40 kg:** Anbefalt dose er 1 tablett 1 gang daglig. Anbefales ikke til pasienter <40 kg. Separate preparater av dolutegravir, abakavir eller lamivudin bør benyttes dersom seponering eller dosejustering av ett av virkestoffene er indisert. **Glemt dose:** Glemt dose bør tas så raskt som mulig, med mindre neste dose skal tas innen 4 timer. Da bør glemt dose ikke tas, og vanlig doseringsplan følges. **Spesielle pasientgrupper:** **Nedsatt leverfunksjon:** Dosereduksjon av abakavir kan være nødvendig ved lett nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» grad A). Siden dosereduksjon ikke er mulig med Triumeq bør separate legemidler med dolutegravir, abakavir og lamivudin brukes i slike tilfeller. Ikke anbefalt med moderat og alvorlig nedsatt leverfunksjon. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ikke anbefalt ved $Cl_{CR} < 50$ ml/minutt. **Barn <12 år eller <40 kg:** Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. **Eldre >65 år:** Begrenset erfaring. Ingenting tilsier at dosen må justeres. **Administrering:** Kan tas med eller uten mat. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Samtidig administrering av dofetilid. **Forsiktighetsregler:** Selv om effektiv suppresjon med antiretroviral behandling reduserer risiko for seksuell overføring av hiv-infeksjon betraktelig, kan en gjenværende risiko ikke utelukkes. Forholdsregler for å forhindre overføring bør tas iht. nasjonale retningslinjer. **Resistens mot integrasehemmere:** Siden anbefalt dose med dolutegravir er 50 mg 2 ganger daglig er bruk av Triumeq ikke anbefalt ved resistens overfor integrasehemmere. **Overfølsomhetsreaksjoner:** Abakavir og dolutegravir er forbundet med risiko for overfølsomhetsreaksjoner. Bærere av HLA-B*5701-allelet har økt risiko for overfølsomhetsreaksjoner for abakavir, men det kan også oppstå hos ikke-bærere. HLA-B*5701-status skal derfor alltid avklares før behandlingsstart. Pasienter med positiv HLA-B*5701-status, eller negativ HLA-B*5701-status som har hatt en mistenkt overfølsomhetsreaksjon under behandling med abakavir, skal ikke bruke Triumeq. Seponeres umiddelbart ved mistanke om overfølsomhetsreaksjon, og behandling med abakavir eller dolutegravir **må aldri gjenopptas.** Forsikret avbrudd i behandling etter utbruddet av overfølsomhet, kan resultere i en livstruende reaksjon. **Klinisk status, inkl.** leveraminotransferaser og bilirubin, bør overvåkes. Etter en mistenkt overfølsomhetsreaksjon overfor abakavir, kan gjenopptagelse av abakavirbehandling medføre at symptomene kommer raskt tilbake (i løpet av noen timer). Tilbakefallet er vanligvis alvorligere enn den innledende reaksjonen, og kan omfatte livstruende hypotensjon og død. Symptomer på overfølsomhetsreaksjoner kan forekomme når som helst under behandlingen, men er vanligst de første 6 ukene. Nesten alle overfølsomhetsreaksjoner mot abakavir omfatter feber og/eller utslett. Andre symptomer er beskrevet nærmere under Bivirkninger, bl.a. luftveisplager og gastrointestinale symptomer, som kan føre til feildiagnostisering av en overfølsomhetsreaksjon som luftveissykdom (lungebetennelse, bronkitt, faryngitt) og gastroenteritt. I meget sjeldne tilfeller er det sett overfølsomhetsreaksjoner hos pasienter som gjenopptok abakavirbehandling, og som ikke hadde forløpende symptomer på overfølsomhetsreaksjon. Hvis behandlingen skal gjenopptas hos slike pasienter, må medisinsk assistanse være lett tilgjengelig. **Laktacidose:** Laktacidose, vanligvis assosiert med hepatomegali og hepatisk steatose, er rapportert ved bruk av nukleosidanaloger. Laktacidose har høy dødelighet, kan assosieres med pankreatitt, leversvikt eller nyresvikt, og oppstår vanligvis etter få eller flere måneders behandling. Behandlingen bør avbrytes ved rask økning i aminotransferaserivå, ved progressiv hepatomegali eller ved symptomatisk laktasidose og metabolsk acidose/laktacidose. Milde forøvelsessymptomer (kvalme, oppkast og magesmerter), uspesifikk utplasshet, manglende appetitt, vektapp, respirasjonsplager (rask og/eller dyrt pust) eller neurologiske symptomer (inkl. motorisk svakhet) kan være indikatorer på utvikling av laktacidose (symptomatisk laktasidose). Forsiktighet bør utvises når nukleosidanaloger gis til pasienter (spesielt overvektige kvinner) med hepatomegali, hepatitt eller andre kjente risikofaktorer for leversykdom og hepatisk steatose (inkl. visse legemidler og alkohol). Pasienter som samtidig er infisert med hepatitis C og behandles med alfainterferon og ribavirin kan være særlig utsatte. Pasienter med økt risiko bør følges nøye. **Lipodystrofi:** Antiretroviral kombinasjonsterapi er assosiert med redistribusjon av kroppsfett (lipodystrofi) hos hiv-pasienter. Langtidskonsekvensene er ukjent. Høy alder, lang varighet av antiretroviral behandling og tilhørende metabolske forstyrrelser er assosiert med økt risiko for lipodystrofi. Klinisk undersøkelse bør inkludere fysiske tegn på lipodystrofi. Måling av fastende serumlipid- og blodglukose bør overvåkes. Lipidforstyrrelser bør håndteres på klinisk egnet måte. **Lever sykdom:** Sikkerhet og effekt er ikke etablert ved signifikant underliggende leversykdom. Anbefales ikke ved moderat til alvorlig nedsatt leverfunksjon. Pasienter med nedsatt leverfunksjon, inkl. kronisk aktiv hepatitt, har økt forekomst av abnormal leverfunksjon ved antiretroviral kombinasjonsbehandling, og må monitoreres. Ved tegn på forverring av leversykdom må opphold eller seponering vurderes. Pasienter med kronisk hepatitt B eller C som behandles med antiretroviral kombinasjonsterapi, har økt risiko for alvorlige og potensielt fatale leverbivirkninger. Ved samtidig behandling med antivirale midler mot hepatitt B eller C, se preparatetale for disse. Ved seponering hos pasienter koinfisert med hepatitt B anbefales regelmessig måling av leverfunksjon og markører for HBV-replikasjon, ettersom seponering av lamivudin kan gi aktiv forverring av hepatitt. Forsiktighet bør utvises ved samtidig administrering med ribavirin hos hiv og HCW koinfiserte pasienter, da lavere responerate overfor behandling med pegylert interferon/ribavirin kan forekomme. **Myokardinfarkt:** Observasjonsstudier har vist en assosiasjon mellom myokardinfarkt og bruk av abakavir, men årsakssammenheng er ikke bekreftet. Nødvendige forholdsregler bør tas for å redusere alle risikofaktorer som kan påvirkes (f.eks. røyking, hypertensjon og hyperlipidemi). **Innlagt reaktiveringssyndrom:** Ved alvorlig immunsvikt ved behandlingsoppstart, kan det oppstå en inflammatorisk reaksjon på asymptomatiske eller gjenværende opportunistiske patogener. Alvorlige kliniske tilstander eller forverring av symptomer sees ev. innen de første få ukene eller månedene etter at kombinasjonsbehandling er initiert. Eks. er cytomegalovirus-rentitt, generaliserte og/eller fokale mykobakterieinfeksjoner, og Pneumocystis carinii-pneumoni. Autoimmune sykdommer (f.eks. Graves sykdom) er rapportert i den immune reaktiveringsfasen. Tidspunkt for utbrudd er imidlertid variabelt, og kan forekomme mange måneder etter behandlingsstart. Overvåking av leververdiene er anbefalt ved samtidig infeksjon med hepatitt B og/eller C ved behandlingsstart, da økning i leververdier forenlig med immunt reaktiveringssyndrom er sett. **Opportunistiske infeksjoner:** Pasienten bør informeres om at antiretrovirale midler ikke er en kur, og at de fortsatt kan utvikle opportunistiske infeksjoner og andre komplikasjoner som følge av hiv-infeksjon. De bør være under klinisk oppfølging av lege med erfaring i behandling av hiv-relaterte sykdommer. **Osteonekrose:** Osteonekrose er rapportert i særlig grad ved fremskreden hiv-sykdom og/eller langtidsseponering for antiretroviral kombinasjonsbehandling. Pasienten bør rådes til å kontakte lege ved leddeverk og smerte, leddstivhet eller bevegelsesproblemer. **Mitokondriell dysfunksjon:** Se Graviditet. **Interaksjoner:** Interaksjonsstudier er kun utført hos voksne. Se tabellen for kombinasjoner som ikke er anbefalt eller krever dosejustering. **Effekt på dolutegravir, abakavir og lamivudin:** Dolutegravir metaboliseres hovedsakelig via UGT 1A1, og er også et substrat for UGT 1A3, UGT 1A9, CYP 3A4, P-gp og BCRP, og legemidler som inducerer disse enzymerne kan derfor redusere plas-

makonsentrasjon og terapeutisk effekt av dolutegravir. Samtidig administrering med legemidler som hemmer disse enzymerne kan øke plasmakonsentrasjonen av dolutegravir. Absorpsjonen av dolutegravir reduseres av visse antacida. Abakavir metaboliseres via UGT-enzym og alkohol dehydrogenase. Samtidig administrering av induktorer eller hemmere av UGT-enzym og legemidler som elimineres via alkohol dehydrogenase kan endre eksponeringen av abakavir. Lamivudin utskilles renalt. Aktiv renal sekresjon av lamivudin i urin skjer via OCT2 og MATE1 og MATE-2K. Samtidig administrering av OCT- og MATE-hemmere kan øke lamivudineksponeringen. Abakavir og lamivudin metaboliseres ikke i betydelig grad via CYP450. **Effekt av dolutegravir:** Dolutegravir kan øke plasmakonsentrasjonen av legemidler som utskilles via OCT2 eller MATE-1 (f.eks. dofetilid, metformin). Pasienten bør følges nøye og dosejustering kan være nødvendig. Hemming av OAT3 er ikke undersøkt, mulig økning i plasmakonsentrasjonen av legemidler som utskilles via OAT3.

Triumeq kombinert med	Anbefalinger vedrørende samtidig bruk
Etravirin	Reduserer dolutegravir. Bør ikke gis sammen med etravirin uten at det samtidig gis atazanavir/ritonavir, darunavir/ritonavir eller lopinavir/ritonavir.
Efavirenz, nevirapin	Kombinasjon med Triumeq er ikke anbefalt.
Emtricitabin, didanosin, stavudin, zidovudin	Triumeq anbefales ikke brukt i kombinasjon med emtricitabin, siden både lamivudin og emtricitabin er cytidinanaloger (dvs. en risiko for intracellulære interaksjoner).
Tipranavir + ritonavir	Samtidig bruk ikke anbefalt, fordi anbefalt dose dolutegravir er 50 mg 2 ganger daglig når disse kombineres.
Ribavirin	Forsiktighet bør utvises.
Trimetoprim/sulfametoksazol	Dosejustering nødvendig ved nedsatt nyrefunksjon.
Dofetilid	Kontraindisert.
Okskarbamazepin, fenytoin, fenobarbital, karbamazepin	Kombinasjon er ikke anbefalt med disse enzyminduktorene.
Kladrin	Samtidig bruk er ikke anbefalt.
Metadon	Ny titrering av metadon kan av og til være påkrevet.
Johannesurt (prikkiperikum)	Samtidig bruk frarådes sterkt.
Metformin	Dosejustering av metformin kan være nødvendig.
Ritampicin	Samtidig bruk er ikke anbefalt, fordi anbefalt dose dolutegravir er 50 mg 2 ganger daglig når disse kombineres.
Magnesium/aluminiumholdig antacida, kalsiumtilskudd, jerntilskudd eller multivitamin	Bør tas godt adskilt i tid fra inntak av Triumeq (minimum 2 timer etter eller 6 timer før).

Graviditet, amming og fertilitet: **Graviditet:** Som en generell regel ved avgjørelse om bruk av antiretrovirale midler ved behandling av hiv-infeksjon hos gravide, og dermed reduksjon av risikoen for vertikal hiv-overføring til den nyfødte, bør det tas hensyn til både dyredata og klinisk erfaring hos gravide. Det foreligger ingen data på bruk av Triumeq hos gravide. Det finnes ingen eller begrenset mengde data på bruk av dolutegravir hos gravide. Effekt ved graviditet hos mennesker er ukjent. En moderat mengde data på gravide som brukte abakavir og lamivudin i kombinasjon indikerer ingen misdøende toksisitet. Dolutegravir krysser placentas hos dyr. Dyrestudier indikerer direkte eller indirekte skadelige effekter mht. reproduksjonstoksicitet. Abakavir og lamivudin kan hemme cellulær DNA-replikasjon, og abakavir er vist karsinogent i dyremodeller. Klinisk relevans av disse funnene er ukjent. Triumeq skal kun brukes under graviditet dersom forventet fordel oppveier mulig risiko for fosteret. Hvis pasienter som er smittet med hepatitt B og samtidig behandles med lamivudin blir gravide, skal det tas hensyn til muligheten for tilbakefall av hepatitt ved seponering av lamivudin. Nukleosid- og nukleotidanaloger har in vitro og in vivo vist å forårsake mitokondriell skade i ulik grad. Mitokondriell dysfunksjon er sett hos hiv-negative spedbarn eksponert in utero og/eller post-natalt. Alle eksponerte barn bør følges opp klinisk hos med laboratorieverdier, og grundig undersøkes for mulig mitokondriell dysfunksjon ved relevante tegn eller symptomer. Disse funnene har ingen innvirkning på nåværende nasjonale anbefalinger for bruk av antiretroviral behandling til gravide for å unngå vertikal overføring av hiv. **Amming:** Lamivudin utskilles i morsmelk. Det er forventet at dolutegravir og abakavir vil utskilles i morsmelk, men det foreligger ikke data på dette. For å unngå hiv-overføring anbefales det at hiv-infiserte mødre ikke under noen omstendighet ammer sine barn. **Fertilitet:** Ingen humane data. Dyrestudier indikerer ingen effekt på fertilitet. **Bivirkninger:** For mange av bivirkningene er det uklart om de skyldes dolutegravir, abakavir, lamivudin, andre legemidler som tas samtidig eller den underliggende sykdommen. **Svært vanlige (≥1/10):** Gastrointestinale: Kvalme, diaré. Neurologiske: Hodepine. Psykiske: Insomni. Øvrige: Utmattelse. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Oppkast, flatulens, smerter i øvre del av mage, magesmerter, abdominal distensjon, mageubehag, gastroesofageal reflukssykdom, dyspepsi. Hud: Utslett, pruritt, alopeci. Immunsystemet: Overfølsomhet. Luftveier: Hoste, nesesyndromer. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, muskelsvakheter. Neurologiske: Svimmelhet, sømnløse, letargi. Psykiske: Unormale drømmer, depresjon, mareritt, søvnforstyrrelser. Stoffskifte/ernæring: Anoreksi. Undersøkelser: Forhøyet ALT, ASAT, kreatinifosfatkinase. Øvrige: Asteni, feber, utplasshet. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Blod/mye: Nøytropeni, anemi, trombocytopeni. Immunsystemet: Immunt reaktiveringssyndrom. Lever/galle: Hepattitt. Stoffskifte/ernæring: Hypertriglyseridemi, hyperglykemi. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Gastrointestinale: Pankreatitt. Muskel-skjelettsystemet: Radomyolyse. Undersøkelser: Amylaseøkning. **Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:** Blod/mye: Erytroptasi (PRCA). Hud: Erythema multiforme, Stevens-Johnsons syndrom, toksisk epidermal nekrolyse. Neurologiske: Perifer neuropati, paresesti. **Utvålte bivirkninger:** Det er spesielt viktig å være oppmerksom på følgende bivirkninger og se under Forsiktighetsregler hvordan disse skal håndteres: Overfølsomhetsreaksjoner, laktacidose, lipodystrofi, metabolske abnormaliteter, osteonekrose og immunt reaktiveringssyndrom. Økning i serumkreatinin forekom i løpet av 1. behandlingssuke og forble stabil i 96 uker. Ikke ansett å være klinisk relevant siden glomerulær filtrasjonshastighet ikke endres. **Symptomer på overfølsomhet for abakavir:** Nesten alle pasienter utvikler feber og/eller utslett (vanligvis makulopapulært eller urticarialignende) som en del av syndromet. Andre symptomer omfatter kvalme, oppkast, diaré, abdominal smerte, munnsår, dyspné, hoste, sår hals, «adult respiratory distress syndrome» (ARDS), respirasjonssvikt, feber, letargi, utplasshet, ødem, lymfadenopati, hypotensjon, konjunktivitt, analyse, hodepine, paresesti, lymfopeni, økte leverskjolderverdi, hepatitt, leversvikt, myalgi, i sjeldne tilfeller myolyse, artralgi, forhøyet kreatinifosfatkinase, forhøyet kreatinin, myresvikt. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Ingen spesifikke symptomer eller tegn uten kjente bivirkninger. **Behandling:** Det bør gis støttende behandling basert på klinisk tilstand og nødvendig oppfølging. Lamivudin er dialyserbar, og kontinuerlig hemodialyse kan søkes, men behandlingen er ikke undersøkt. Se Giftinformasjonens anbefalinger for abakavir J05A F06 og lamivudin J05A F05.

Pakninger og priser: 30 stk. (boks) N.r. 569257 kr 10087,70 **Sist endret:** 16.09.2014

1. ”Stipendkomitéen for Norsk forening for infeksjonsmedisin (NFIM) og Norsk forening for medisinsk mikrobiologi (NFMM)”

a) Oppnevning og mandat for komitéen

NFIM og NFMM har fra 2008 felles stipendkomité bestående av fire medlemmer. Hver forening velger to medlemmer samt ett varamedlem for en periode på fire år. Medlemmer kan gjenvelges én gang for en samlet funksjonsperiode på 8 år. Eventuell periode som varamedlem regnes ikke med i funksjonsperioden. Komitéen velger leder for to år av gangen, og ledervervet skal alternere mellom representanter for de to foreningene. Stipendkomitéen har ansvar for utlysning, vurdering og tildeling av stipender i regi av NFIM og NFMM i samsvar med statuttene for det enkelte stipend.

b) Retningslinjer for utlysning og tildeling av stipender

Stipendkomitéen skal hvert år innen 1. mars bekjentgjøre de to foreningenes fag- og reisestipender i egnede medier så som *pest-Posten*, foreningenes hjemmesider og Tidsskrift for den norske legeförening. I utlysningen kan man henvise til detaljerte statutter og søknadsskjema på hjemmesidene. Dersom foreningene har oppdaterte adresselister for e-post eller regelmessig utsendelse av medlemsbrev bør også disse benyttes.



Foto: Colourbox

Alle søknader med eventuelle vedlegg sendes inn til leder i stipendkomitéen innen søknadsfristen 15. april, fortrinnsvis i elektronisk format. Curriculum vitae, prosjektbeskrivelse, framdriftsplan, metodebeskrivelse og finansieringsplan vedlegges der det er relevant. Leder i komitéen har ansvar for å distribuere materialet til de øvrige medlemmene og organisere gjennomgang og tildeling i henhold til statuttene for de enkelte stipender innen rimelig tid. Dersom det er uenighet om tildelingen avgjøres saken ved avstemming i komitéen. Ved stemmelikhet har leder dobbeltstemme. I de tilfellene der et stipend kun kan tildeles medlemmer av én av foreningene skal tildelingen foretas av komitémedlemmene fra denne foreningen. Dersom man i slike tilfeller er uenige om tildelingen avgjøres saken av vararepresentanten fra den aktuelle foreningen.

Tildeling av æresprisen og de firmafinansierte stipendene finner sted på Vår møtet for NFIM/NFMM og navnene kunngjøres i *pest-POSTEN*.

2. Statutter for MSDs forskningsstipend for yngre forskere

Formål: Stimulere arbeid for kartlegging, forebygging, diagnostikk og behandling av infeksjonssykdommer.

Søkere: Medlemmer og assosierte medlemmer av NFIM / NFMM. Yngre forskere (< 40år) skal prioriteres. Det forventes at søkere presenterer et konkret forskningsprosjekt med angivelse av

hvordan eventuelle stipendmidlene vil bli benyttet.

Størrelse: 30 000 kr som kan fordeles på en eller flere søkere.

Utbetaling: Stipendet utbetales til stipendvinnerens forskningskonto, eller direkte til vinner i henhold til norske skatteregler.

Tilbakemelding: Redegjørelse for hvordan midlene er benyttet skal sendes til stipendkomiteens leder og til MSD innen et år fra tildeling.

Statuttene vil være gjenstand for revisjon etter 5 år, og MSD tar initiativ til dette.

3. Statutter for Roche stipend for klinisk infeksjonsmedisin

(Roche har trukket sin støtte til dette stipendet per 2015, red. anm.)

Formål: Stipendet skal brukes til å finansiere et forskningsprosjekt innen kronisk hepatitt B eller kronisk hepatitt C, klinisk eller basalt.

Søkere: Stipendet er tiltenkt spesialister i infeksjonsmedisin eller leger som er i ferd med å spesialisere seg og har til hensikt å arbeide innenfor klinisk infeksjonsmedisin.

Størrelse: For 2008 utgjør stipendet 25 000 kr som kan fordeles på en eller flere søkere.

Organisering: Skriftlig søknad til leder av stipendkomiteen skal inneholde curriculum vitae, beskrivelse av prosjektet, finansieringsplan, fremdriftsplan og anbefaling fra prosjektansvarlig. Stipendmidlene må være brukt innen ett år etter tildelingen ellers går beløpet tilbake til giver. NFIMs medlemmer i stipendkomiteen skal dele ut dette stipendet, og beslutningen kan ikke påankes.

Rapportering og kunngjøring: Etter at prosjektet er gjennomført skal skriftlig redegjørelse sendes stipendkomiteen og Roche Norge AS innen ett år.

Det henstilles til søkeren om å arbeide for å presentere prosjektet og resultatene som foreligger i egnede media, nasjonale / internasjonale møter eller tidsskrifter.

Utbetaling til stipendvinnerens forskningskonto eller direkte til vinneren i henhold til norske skatteregler.

Disse statuttene kan endres etter godkjenning fra Roche Norge AS.

4. Statutter for NFMM og NFIMs reise og hospiteringsstipend

4a) Felles statutter for NFMM/ NFIM:

Leger i utdanningsstilling kan tildeles inntil kr. 5 000,- som reisestøtte for deltagelse på Vårsmøtet. Mottakere av reisestøtte skal sende inn en bekreftelse på møtedeltakelse i form av kursbevis e.l. til leder av stipendkomiteen. Reiseregnskap inkludert originalbilag svarende til stipendbeløpet skal oversendes respektive forenings kasserer som inkluderer det i foreningens regnskap.

Styrene i NFMM og NFIM vil årlig budsjettere rammer for reise- og hospiteringsstipender de respektive foreninger. Stipendkomiteen vil ut fra vurdering av mottatte søknader fordele stipendmidlene innenfor foreningenes rammer.



Foto: Colourbox

4b) Statutter NFIMs reise- og hospiteringsstipend.

Stipendet kan tildeles medlemmer av Norsk forening for infeksjonsmedisin. Stipendet tildeles ut fra følgende statutter:

Spesialister og leger i utdanningsstilling kan tildeles inntil kr. 25 000,- for å dekke utgifter til reise og opphold ved hospitering i faglig relevante forskningsinstitusjoner, organisasjoner eller fagmiljøer. Det er avsatt fem stipend á kr. 25 000,- etter vedtak på årsmøtet. Stipendet kan ikke anvendes i forbindelse med alminnelig deltakelse på faglige møter og kongresser. Søker skal gjøre rede for formålet med hospiteringsoppholdet og faglige kontaktpersoner under oppholdet. Mottakere av reise- og hospiteringsstipend skal sende inn en kort rapport til leder av stipendkomiteén etter avsluttet reise og rapporten publiseres på foreningens hjemmesider. Reiseregnskap inkludert originalbilag svarende til stipendbeløpet skal oversendes kasserer i den forening man er medlem i, som så inkluderer det i foreningens regnskap.



Foto: Colourbox

4c) Statutter NFMMs reise- og hospiteringsstipend. (Endret etter årsmøtevedtak 2012).

Stipendet kan tildeles hovedmedlemmer av Norsk forening for medisinsk mikrobiologi. Stipendet tildeles ut fra følgende statutter:

4c1) Søknad til Stipendkomiteen:

Hovedmedlemmer i NFMM som er spesialister eller leger i utdanningsstilling kan tildeles inntil tre stipend hvert på inntil kr. 25 000,- for å dekke utgifter til reise og opphold ved hospitering i faglig relevante forskningsinstitusjoner, organisasjoner eller fagmiljøer. Stipendet kan ikke anvendes i forbindelse med alminnelig deltakelse på fagmøter og kongresser. Søker skal gjøre rede for formålet med hospiteringsoppholdet og faglige kontaktpersoner under oppholdet. Søknad sendes pris- og stipendkomiteen. Mottakere av reise- og hospiteringsstipend skal sende inn en kort rapport til leder av stipendkomiteén etter avsluttet reise og rapporten publiseres på foreningens hjemmesider. Reiseregnskap inkludert originalbilag svarende til stipendbeløpet skal oversendes kasserer i NFMM.

4c2) Søknad til styret i NFMM:

Inntil kr. 50.000 avsettes for leger med hovedmedlemsskap i NFMM for deltagelse på internasjonale kurs/ kongresser/ konferanser innen det mikrobiologiske fagområdet der medlemmet har en presentasjon.

Midlene avsettes til medlemmer som ikke har anledning til å søke støtte til reise og/eller opphold fra Dnlf fond 3 til reiser i utlandet (LIS, vitenskapelige ansatte og andre medlemmer som har mindre enn 50 % ansettelse i sykehusstilling). Søkbart beløp oppad begrenset til kr. 15.000 pr søker og kalenderår. Midlene skal ikke dekke kurs/konferanseavgift og kriterier for refusjon følger Dnlf sine regler for refusjon fra fond 3. Søknad sendes leder av NFMM for styrebehandling og tildeles fortløpende fra begynnelsen av hvert kalenderår.

For hovedmedlemmer som er sykehusansatte overleger/spesialister er det mulig å søke om støtte til dekning av reise og opphold ut over det søkbare beløp fra Dnlf fond 3 (kr. 10.000 i 2012) under forutsetning av at hele det søkbare beløpet fra Dnlf fond 3 benyttes under reisen/kongressen. Stønadsbeløpet fra NFMM er oppad begrenset til kr. 15.000 per søker og kalenderår.

For alle søkere gjelder at det ved innsending av reiseregning vedlegges kopi/ bekreftelse på at presentasjon er gjennomført før utbetaling effektueres. Ordningen etableres som en prøveordning og revurderes av årsmøtet 2013.

5. Legeforeningens ærespris for infeksjonsmedisin og medisinsk mikrobiologi

Formål: Legeforeningens ærespris for infeksjonsmedisin og medisinsk mikrobiologi tildeles en norsk infeksjonsmedisiner / mikrobiolog som gjennom forskning eller praktisk arbeid gjør en betydelig innsats for kartlegging, forebygging, diagnostikk og / eller behandling av infeksjonssykdommer i Norge eller i utlandet.

Utlysning: Medlemmer av NFIM og NFMM oppfordres til å nominere kandidater samtidig som en utlyser de andre stipendene, og begrunnede forslag sendes til leder av stipendkomiteen innen samme frist: 15. april.

Leder for stipendkomiteen har ansvar for å oversende forslag til henholdsvis ærespriskomiteen i NFIM og NFMMs medlemmer i stipendkomiteen avhengig av hvilken forening som arrangerer Vårmøtet i det angjeldende år.

Tildeling: Alle medlemmer i de to foreningene kan nominere kandidater til prisen. Prisen tildeles et medlem av den foreningen som arrangerer Vårmøtet det angjeldende år og finansieres av den samme foreningen. NFIM har egen ærespriskomite som består av 2 medlemmer og et varamedlem, som alle er valgt for 4 år. For NFMM er det NFMM-medlemmene i stipendkomiteen som har ansvar for tildeling av æresprisen de årene NFMM arrangerer Vårmøtet. Prisen deles ut på Vårmøte under festmiddagen. Vinneren skal holde et prisforedrag påfølgende dag. Størrelse: Styrene i NFIM og NFMM legger budsjett for prisbeløpet ut fra hvilken forening som arrangerer Vårmøtet i det angjeldende år. Æresprisen inngår dermed i foreningenes budsjettvedtak på årsmøtene. Det er ikke anledning til å finansiere æresprisen gjennom sponsormidler til det aktuelle Vårmøtet. Foreningene skal samordne prisbeløpets størrelse for 4 år av gangen. Fra 2008 er prisbeløpet satt til 25 000,-.

6. Statutter for NFMMs forskningsstipend

Formål: Stimulere medisinske mikrobiologisk forskning som angår kartlegging, forebygging, diagnostikk og behandling av infeksjonssykdommer. Det kan søkes om midler til reagenser, forbruksmateriell, timelønn til assistent (for eksempel bioingeniør), presentasjon av aktuelle studier på møter og kongresser, hospitering og lønn for arbeid i eget prosjekt (må begrunnes særskilt).

Søkere: Stipendet kan tildeles hovedmedlemmer i NFMM. Det forventes at søkere presenterer et konkret forskningsprosjekt med angivelse av hvordan eventuelle stipendmidlene vil bli benyttet. Søknaden skal inneholde Curriculum vitae, prosjektbeskrivelse, framdriftsplan, metodebeskrivelse og finansieringsplan. Stipendet utlyses samtidig med de øvrige stipend som forvaltes av pris/ stipendkomiteen.

Størrelse: Hvert stipend er på inntil kr. 50 000 kr og antallet stipend avgjøres årlig av årsmøtet etter vurdering av foreningens budsjett for forskningsmidler.

Utbetaling: Stipendet utbetales til stipendvinnerens forskningskonto, eller direkte til vinner i henhold til norske skatteregler. Tilbakemelding: Redegjørelse for hvordan midlene er benyttet skal sendes til stipendkomiteens leder og til styret for NFMM innen et år fra tildeling. Statuttene vil være gjenstand for revisjon årlig, og styret i NFMM tar initiativ til dette.

åpner en verden
av nye muligheter



ISENTRESS er indisert i kombinasjon med andre antiretrovirale legemidler til behandling av hiv-1-infeksjon (humant immunsviktvirus) hos voksne, ungdom og barn fra 2 år.

Før forskrivning av ISENTRESS[®], vennligst se preparatomtalen.

ISENTRESS er kontraindisert hos pasienter med overfølsomhet overfor virkestoffet eller overfor ett eller flere av hjelpestoffene. I den initiale fasen av behandlingen kan noen pasienter som responderer på antiretroviral terapi utvikle en inflammatorisk respons til symptomfrie eller residuale opportunistiske infeksjoner (slik som Mycobacterium avium complex, cytomegalovirus, Pneumocystis jirovecii pneumoni og tuberkulose, eller reaktivering av varicella zoster virus), som kan gi behov for ytterligere evaluering og behandling. Alvorlige, potensielt livstruende og dødelige hudreaksjoner er rapportert hos pasienter som har tatt ISENTRESS, i de fleste tilfeller samtidig med andre legemidler som er forbundet med disse reaksjonene. Rifampicin reduserer plasmakonsentrasjonen av raltegravir, virkningen på effekten av raltegravir er ukjent. Hvis samtidig administrering med rifampicin ikke kan unngås, kan man vurdere å doble dosen av ISENTRESS. Unormale drømmer, insomnia, svimmelhet, hodepine, vertigo, oppblåst mage, smerter i abdomen, diare, flatulens, kvalme, oppkast, asteni, tretthet, pyreksi, økt alaninaminotransferase, atypiske lymfocytter, økt aspartataminotransferase, økte triglyserider i blodet, økt lipase er vanlige bivirkninger observert under antiretroviral behandling der ISENTRESS inngår som en del av behandlingsregimet.

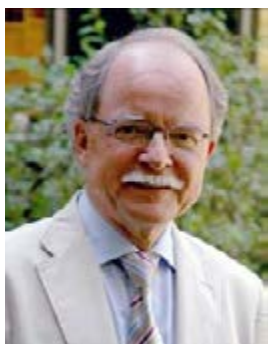
BOKANMELDELSE



De fleste av *pest-POSTEN*s lesere kjenner sikkert til boka, som i 2014 er trykket i nytt opplag.. Kapiteloverskriftene og de 28 forfatterne er de samme som i utgaven fra 2011. Enkelte kapitler har gjennomgått en mindre revisjon, men endringene i teksten er få.. Det viktigste terapeutiske framskritt som har skjedd i perioden, er antakelig i behandlingen av kronisk hepatitt C. Det er kommet med, uten at forfatteren har valgt å gå i detalj. Boka er nok gått i trykken tidlig i 2014, og den dramatiske Ebola-epidemien i vest-Afrika ikke er nevnt.

Det er flott at at vi har en god skandinavisk bok om infeksjonssykdommer, og at 26 høgt kvalifiserte svenske kolleger bidrar til boka. Redaktøren, som snart er 75 år, skal sikkert ha æra for det. Kapitlene er alle oversiktlige og inneholder basiskunnskap om de infeksjonssykdommene vi treffer på her i Norden. Antakelig av økonomiske grunner har man samlet alle fargeillustrasjoner i to seksjoner, mens mange lesere sikkert ville ha foretrukket at tekst og bilde hadde stått sammen.

Den viktigste målgruppen for boka er medisinske studenter. Fagområdet infeksjonssykdommer har nok en større plass i undervisningen ved svenske universiteter enn i Norge, og boka er velegnet som lærebok. Den blir derfor brukt ved alle svenske universiteter, og leses av så godt som alle medisinske studenter i nabolandet. Også norske medisinstudenter vil selvsagt ha glede av boka. Fordelen med en nordisk lærebok framfor engelskspråklige er at vi i Norge kan kjenne oss igjen i alt som står om epidemiologi, klinikk og terapi. Mange leger vil også ha nytte av boka, som vil gi svar på mange spørsmål som jevnlig dukker opp i den kliniske hverdag både på sykehus og i allmenpraksis.



Boka er solid innbundet, og papirkvaliteten er god. Prisen er som for andre skandinaviske lærebøker med små opplag, relativt høy. På nettet vil boka koste 750.-/ 800.- kroner, frakt inkludert, mens bøker som bestilles gjennom bokhandlere i Norge vil koste betydelig mer. Dersom det er interesse for det, vil ”Kompetansesenter for import- og tropesykdommer”, gjennom en spesialavtale med forlag og redaktør, kunne formidle salg av boka til sterkt redusert pris.

- BM

INFEKTIONSMEDICIN, epidemiologi, klinikk, terapi
Red. Sten Iwarson, Säve forlag, 2014, ISBN 978-91-978108-6-9



Doktorgrad

ESBL-produserende Klebsiella - utbrudd i en neonatalavdeling

Iren Høyland Löhr

**disputerte for ph.d.-graden fredag den 19.
desember 2014 ved Universitetet i Bergen**



Avhandlingens tittel: “Extended-spectrum β -lactamase-producing *Klebsiella pneumoniae*: A neonatal intensive care unit outbreak, long-term colonization in children and plasmid characteristics”

Hovedveileder: Professor Arnfinn Sundsfjord fra Universitetet i Tromsø (UiT). **Medveiledere:** Professor Knut Øymar fra UiB og Umaer Naseer fra UiT.

Vinteren 2008-09 ble nyfødt-intensivavdelingen ved Stavanger Universitetssjukehus rammet av et utbrudd forårsaket av bakterien *Klebsiella pneumoniae*. Bakterien som ble funnet i prøver fra totalt 58 nyfødte barn, viste seg å være motstandsdyktig mot mange typer antibiotika (multiresistent). Den produserte et enzym (ekstendert spektrum betalaktamase - ESBL) som opphever virkningen av de fleste penicilliner og cefalosporiner, som er våre viktigste antibiotika. Utbruddet kunne ha fått svært alvorlige konsekvenser, men ble avgrenset i tide, og ingen barn døde som følge av utbruddet.

Avhandlingen beskriver utbruddet og resultatene fra en oppfølgingsstudie av 51 barn som ble smittet under utbruddet, og deres familier. Oppfølgingsstudien viste at barna forble friske bærere av den multiresistente tarmbakterien i opptil to år etter utskrivelse fra sykehuset. Smitte til en eller flere friske familiemedlemmer ble funnet i en tredjedel av familiene.

Gener som koder for ESBL-produksjon finnes vanligvis på små genetiske elementer i bakteriecellen, kalt plasmider. Plasmider kan overføres mellom bakterier og dermed effektivt spre resistensgener. I tillegg til å studere bakterien som forårsaket utbruddet, ble også det ESBL-kodende plasmidet i *Klebsiella*-bakterien studert med genteknologiske metoder. Det viste seg at dette plasmidet ikke spres lett til andre bakterier, men at det bærer gener som gir bakterien egenskaper den trenger for å overleve og spre seg i sykehusmiljøet.

I global sammenheng blir tarmbakterier som *K. pneumoniae* i økende grad motstandsdyktige mot antibiotika, og forårsaker stadig hyppigere infeksjoner som vanskelig, eller ikke, lar seg behandle. Forekomsten av multiresistente bakterier er urovekkende høy i mange deler av verden, og er også stigende i Norge. Økt kunnskap om multiresistente tarmbakterier, hvordan de etablerer seg og spres, er viktig for å kunne møte fremtidige utfordringer innen påvisning, behandling og forebygging av infeksjoner.

Iren Høyland Löhr (f. 1974) avla medisinsk embetseksamen ved Ludwig Maximilians Universität i München, Tyskland, i 2004. Hun jobber som lege ved Avdeling for medisinsk mikrobiologi ved Stavanger universitetssjukehus. Doktorgradsarbeidet utgår fra Klinisk institutt ved Universitetet i Bergen (UiB), med finansiering fra Helse Vest.



Doktorgrad

Tuberkulose hos barn - immunologisk diagnostikk

Synne Jenum

disputerte for ph.d.-graden mandag den
8. desember 2014 ved Universitetet i Oslo



Avhandlingens tittel: "Mycobacterium tuberculosis infection and disease – a contribution to the understanding of immunological diagnostics in children"

Prøveforelesning over oppgitt emne: "Tuberculosis - challenges and opportunities for prevention"

Hovedveileder: Professor Frode Jahnsen, Klinikk for diagnostikk og intervensjon, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

1. *opponent:* Professor Beate Kampmann, Faculty of Medicine, Imperial College London, United Kingdom.

2. *opponent:* Head of section Morten Ruhwald, Human Immunology Section, Statens Serum Institut, København, Danmark.

3. *medlem av bedømmelseskomiteen:* Førsteamanuensis Børre Fevang, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.



Hvor gode er TB testene hos barn? Finnes det alternativer?

Tuberkulose rammer nesten 1 million barn årlig. Behandling er avgjørende, men krever korrekt diagnose. Mantoux og Quantiferon (QFT) er viktige supplement i utredningen da de påviser *M.tuberculosis* smitte, men er dårlig validert hos små barn. Testresultatene kan divergere og endre seg over tid. Med utgangspunkt i 2 indiske kohortestudier av hhv barn under 3 år og ungdom i alderen 12-18 år, har vi undersøkt faktorer som påvirker disse TB testene. Vi har analysert genekspressjon og T-celle fenotyper for å øke den immunologiske forståelsen av hva TB test resultatene representerer, samt utforsket nye diagnostiske muligheter.

Mantoux og QFT hadde dårlig sensitivitet for TB hos barn under 3 år (31%, 23%). Korrigert for andre faktorer var alder under 2 år assosiert med negative TB tester og inkonklusiv QFT. Sannsynligheten for inkonklusiv QFT økte også ved interkurrent sykdom (hoste og feber) og kronisk underernæring, mens mer akutt underernæring var assosiert med negative Mantoux.

Barn som testet positivt for begge testene hadde oftere vært utsatt for smitte og hadde økt immunaktivering. Vi fant at genet RAB33A kan brukes til å identifisere barn med TB, eventuelt i kombinasjon med andre gener (AUC*: 0,78-0,92). T-celler med evne til ko-produksjon av flere cytokiner har vært antatt å beskytte mot utvikling av TB i smittede personer. Vi fant imidlertid et lavere antall av disse cellene i friske ungdommer som bekjempet *M. tuberculosis* etter smitte.

Girolamo, den förste infektionsläkaren

Girolamo Fracastoro levde 1476-1553 i Verona. Förutom läkare verkade han även som lärare i matematik, geografi och astronomi. Han var dessutom en framstående poet.



Girolamo fick sin läkarutbildning i närbelägna Padua, som vid den tiden hade Europas ledande universitet, inte minst när det gällde läkarutbildningen. Hit strömmade vid denna tid studerande från många länder, varför man fick göra en uppdelning av dem baserat på hemland. Det fanns sålunda Engelska nationen, Tyska nationen m.fl. Dessa hade egna kanslier med arkiv och register.

Vid universitetet gällde vid den här tiden mycket strikta regler för studenterna. Fracastoro måste skriftligen söka om företräde hos rektorn när medicinstudierna skulle påbörjas. Vid besöket hos denne fick han svära en ed att noga följa universitetets regler samt att lyda rektor och hans kansli. Universitetet hyrde in ett antal "lodging houses" där studenterna kunde bo för en skälig penning. Det finns kvarlämnade dokument från 1600-talet som listar studenterna i ett "lodging house". Däri framgår att de inneboende fick intyga att de inte förvarade några eldvapen utan endast

sitt svärd i bostaden. Dessa fick studenterna bära vid vissa högtidliga tillfällen och först efter rektors tillåtelse. På allmänna platser och i samband med undervisningen skulle studenterna bära fotsida kappor. Om någon student blev sjuk skulle en av professorerna ta hand om och behandla denne utan kostnad. Studenterna hade även vissa andra privilegier som inte tillkom övriga invånare i Padua. Universitetet här hör till världens äldsta, grundat 1222.

Såväl Bologna som Verona och Padua tillhörde Republiken Venedig, ett betydande rike som fanns i mer än 1000 år och som vid sekelskiftet 1500 omfattade kustområdena såväl i Italien som på Balkan.

Den goda utbildningen i Padua kan ha medverkat till att Girolamo redan som 19-åring utnämndes till lärare vid universitetet. Han bekände sig till atomismen, en naturfilosofisk riktning som diskuterade filosofiska atomer vilka jag vet mycket litet om, tyvärr. Den vetgirige hänvisas till Wikipedia (engelska versionen). Fracastoro blev genom sin begåvning och klokskap utsedd till läkare vid Concilium Tridentinum i Trento och Bologna, den katolska kyrkans högsta ekumeniska råd.

I sin bok "De Contagione et Contagiosis Morbis" från 1546 argumenterar Fracastoro för att epidemiska sjukdomar sprids genom små partiklar eller sporer som överförs genom direkt eller indirekt kontakt. Han hävdar också i boken att smittan kan spridas via kläder, linne m.m. Tyvärr lyckades Fracastoro inte övertyga sin samtid om riktigheten i sin teori. Han hade bl.a. att kämpa mot den av den under antiken uppkomna miasmateorin, dvs. att skämd luft och förruttnelsesdofter låg bakom spridningen

av epidemiske sjukdomar. Fracastoro hypotes kom dock av och till att diskuteras vid sidan av miasmteorin i närmare 300 år innan Koch och Pasteur under senare delen av 1800-talet slutgiltigt kunde bevisa "The Germ Theory" och därmed äntligen begrava miasman.

Girolamo hade ytterligare strängar på sin lyra och blev bl.a. belönad för sitt episka poem "Syphilis sive morbus gallicus" (Syfilis eller fransosen). I detta diktverk skriver Fracastoro om den unge fåraherden Syphilus som förolämpade Apollon. Som straff för detta drabbades fåraherden av den sjukdom som idag bär hans namn.

Ett nyligen uppfärskat porträtt av Fracastoro, som kan ses på National Gallery i London, är sannolikt utfört av konstnären Titian, samtida med Fracastoro och verksam i Venedig (sök på <http://www.nationalgallery.org.uk/> - Red.anm).. En av dagens konstkännare har spekulerat i att Titian målade porträttet av läkaren som tack för att denne behandlade honom mot syfilis. Fracastoro skriver i sitt diktverk att kvicksilver med fördel kan användas i behandlingen av syfilis. Något kan det kanske därför ligga i denna spekulation.

Fracastoro avled i Verona 1553 och en marmorstaty restes över hans minne. I Padua såg

stadens borgare till att han fick en bronsstaty. Denne renässansman gjorde även insatser inom geologin och har fått en krater på månen uppkallad efter sig. Bakgrunden var att när Veronas centrala delar genomgick utgrävningar (1517) hittades många fossila föremål av olika typ. Fracastoro framlade då en teori om att fossilen var rester av tidigare levande djur. Detta djärva påstående mötte mycket motstånd och sablades så småningom ner helt. Kratern på månen får väl ses som ett slags kompensation för detta och epitetet "Den förste infektionsläkaren" blir den slutliga upprättelsen för vår kollega som hade en så imponerande förmåga att tänka utanför boxen.

Varför skriver jag om Girolamo? Jo, jag sprang nyligen på hans minne vid en turistresa i Republica di Venezia. Vår svenska bussguide tyckte det var egendomligt att jag som medicinare inte kände till Girolamo. Med en viss skamkänsla höll jag med om detta.

"Wenn jemand eine reise tut, so kann er was erzählen"

*Sten Iwarson,
Prof. emeritus*

Sitatet

Respsen på vår oppfordring til leserne i pest-POSTEN nr. 4, 2014 om å sende oss sitater, har ikke vært overveldende. Vi gjentar oppfordringen, og i mangel av innsendte sitater, gir redaksjonen til beste et nytt sitat. (BM)

Om oppvekst på Sørlandet

"De store trekkene ved barndommen jeg kan huske, var religiøsitet og redsel. En veldig frykt for helvete, bokstavelig talt for den smerten som er forbundet med at du skal stå med kroppen i ildmørje i all evighet. Jeg vokste opp i et miljø hvor det ikke fantes motforestillinger. Hvis jeg hadde gjort noe som ble betraktet som synd, skapte det en enorm frykt i meg. Den forfulgte meg i marerittene mine langt opp i voksen alder. Frykten for fortapelsen var sterk i vår familie".

Kjell Askilsen i Alf van der Hagen: Kjell Askildsen. Et liv. Oktober forlag, 2014.

DIKTSPALTEN

Rudyard Kipling (1865 – 1936)



I år er 150 år siden Rudyard Kipling ble født. Som den først engelskspråklige forfatter fikk han Nobelprisen i 1907. Han var da 41 år, og han er fortsatt den yngste som har fått prisen. Sett med moderne øyne mener nok mange at den første nobelpris til en britisk forfatter, heller burde gått til en annen. Men for samtiden virket det naturlig å belønne Kipling, som var uhyre populær omkring århundreskiftet, særlig i England.

Kipling ble født i India og tilbrakte også seinere flere år av sitt i liv der. Han hentet stoff til mange av sine romaner og ballader fra India, og en god del bevingede ord, som ”Øst er øst og vest er vest, og aldri møtes de to” og ”jungelens lov”, stammer fra Kipling. Han er ofte blitt beskyldt for å være influert av og talsmann for engelsk imperialisme, men han opplevde nok etter hvert at imperialismen blottet sin kynisme.

Som prosaforfatter er nok Kipling mest kjent for ”Jungelboken” og ”Kim”. Noen eldre lesern har sikkert også lest ”Captain Courageous” (Havets helter på de store bankene), skrevet mens Kipling bodde i Vermont, USA. Hans meget omfattende poetiske produksjon blir ikke lest av mange i dag, men de to dikt som presenteres her, har tålt tidens tann. ”If” er utmerket oversatt av både André Bjerke og Carl J. Hambro, den sistnevnte kanskje mens han kjedet seg i stortingsalen. Ære være allsidigheten til politikeren, men André Bjerke har nok gjort den beste jobben. Mange har hørt Julius Hougen synge ”Mandalay” i en opprinnelig dansk oversettelse av Kai Friis Møller. Siden har Geir Uthaug laget en norsk oversettelse, og vi velger hans versjon, som sikkert er ukjent for de fleste.

Diktet handler om en eldre mann, som sitter i det regnfulle, kalde London og tenker lengselsfullt på sin tid som soldat i Burma for mange år siden. Men det handler også om lengselen etter en tapt verden da man stadig kunne føle seg som pioner og oppdagelsesreisende når man dro til Østen. I følge sikre kilder var Kipling aldri selv i Mandalay.

Hvis

HVIS du kan bli på post når man forlot deg og holde hodet klart når alt slår klikk, hvis du kan tro når alles tvil slår mot deg, men også våkent lytte til kritikk, Hvis du kan ventetidens byrder bære, og møte løgn—med sannhet som ditt svar og møte hat—du ikke selv vil nære, men tie med hvor klok og god du var.

Hvis du kan ferdes fritt i drømmesfæren og tenke—uten tanken selv som mål, hvis du kan ta triumfen og miséren med samme ro og samme rygg av stål, Hvis du kan tåle at ditt ord forvrenses til usselt pjatt i demagogens munn, hvis du kan se ditt livsverk søndersprenges og atter bygge det på naken grunn.

Hvis du kan våge alt på samme terning, —et enkelt kast på livets spillebord— tape alt—og gjenoppta din gjerning, men aldri nevne tapet med et ord, Hvis du kan ta din tårn og ikke gi opp, men sette inn hver fiber i din kropp og holde ut når alt forstummer i deg unntagen viljens røst: “Gi aldri opp”.

Hvis du kan si til massen hva du mener og selv blant konger åpent mene ditt, hvis du er alles hjelper, ingens tjener, hvis du mot venn og uvenn kan stå fritt, Hvis du kan fylle hvert minutt av tiden med seksti solsekunder,—da som lønn er jorden din med alt som finnes i den, og—enda mer—du er en mann, min sønn.

Mandalay

Ved pagoden i Moulmein
der speider sløvt mot havets blå
slik ei nydelig Burmajente og det er meg hu venter på
For nå suser palmekrona, tempelklokka sier meg:
"Å, du britiske soldat, kom bare hjem til Mandalay!"
Kom da hjem til Mandalay,
på den gamle flåtens vei.
Kan du høre åretaka fra Rangoon til Mandalay?
Ja, på vei til Mandalay
leiker flyvefisken seg
som et tordenvær står sola der hvor Kina viser vei.

Skjørtet hennes var safrangult, lua var så grønn å se
og hu het jo Suppi Yawlat, det er dronningnavn her, det.
Og jeg så a' da hu røyka på ei bitte lita rot,
også kasta hu bort kysser på en buddhas hedningfot.
Gamle Buddha, tung og grå,
ja, hu kyssa buddhas tå.
Men hu glemte hele Buddhan, da jeg kyssa 'a der å lå!
Ja, på vei til Mandalay
leiker flyvefisken seg,
som et tordenvær står sola der hvor Kina viser vei.

Og når tåka dekker risen, synker sola som ei glo,
og da tar'a fram sin banjo og hu synger "Kulaloo".
Mens vi satt der, tett omslynga,
kinn mot kinn og kosa slik
glodde vi på alle båta og så hathis stable teak.
Ellefanter stabler teak
i en kjølig skygge-vik
hvor det var så lytt at praten våres høstes ut som skrik!
Ja, på vei til Mandalay
leiker flyvefisken seg
som et tordenvær står sola der hvor Kina viser vei.

Men det der er langt, langt borte, nå har åra gått for meg—
men du kan'ke ta en buss fra Englands Bank til Mandalay.
Og i London lærer jeg hva veteranen alltid sa:
"Har'u først hørt tempelklokka er'e Østen du vil ha!"
Det er den du ønsker deg
stinker krydder på lang lei,
ja, og solskinn, da, og palmer, tempelklokka sier deg
at på vei til Mandalay
det var flåtens gamle vei
som et tordenvær står sola der hvor Kina viser seg.

Jeg er sjuk a' støvlesliting her på Londons fortausstein,
og det hersens makkaværet gir meg gikt i hvert et bein!
Jeg har deita femti jenter helt fra Strand til Chelsea bru
og de prater høyt om elskov, men hva skjønner de 'a tru?
Rødlett ansikt, handa ru,
nei, hva skjønner de 'a tru?
Jenta mi er skjønnere og landet grønnere ser'u.
Ja, på vei til Mandalay
leiker flyvefisken seg
som et tordenvær står sola der hvor Kina viser vei!

Bare kjør meg øst for Suez, hvor den beste mann er først,
og det er'kke noe ti bud og en mann kan væra tørst!
For nå ringer tempelklokka og der vil jeg være nå
ved pagoden i Moulmein og stirre sløvt mot havets blå.
Ja, på vei til Mandalay
var den gamle flåtens vei
med de sjuke under dekket dro vi strakt til Mandalay.
Å, på vei til Mandalay
leiker flyvefisken seg
som et tordenvær står sola der hvor Kina viser vei.

Et kongressminne V

En gang jeg deltok på en tropemedisinsk kongress i Miami, valgte jeg i et forsøk på å tilpasse meg ny døgnrytme å dra til Florida et par dager før kongressen begynte. Jeg ble ikke sjarmert av skyskraperne på Miami Beach, og dagen før kongresstart fant jeg meg en buss som gikk til Key West, det sørligste punkt i USA.



Det var en fin bussreise over holmer og små øyer, men mest over hav. I Key West besøkt jeg, som også mange andre gjør, Ernest Hemingways HOME AND MUSEUM. Her bodde forfatteren i nærmere 10 år på 1930-tallet, og her skrev han bl.a. "Snøen på Kilimanjaro".

I 1968 ble huset innlemmet i USA National Historic Landmarks og i dag står huset og rommene om lag som i Hemingways tid. Et stort antall katter lusker omkring i og

utenfor huset. De er etterkommere av Hemingways katter, og det spesielle med dem, er at mange har seks eller sju tær på hver fot.

På Key West kan temperaturen bli høy og den tørstige Hemingway tilbrakte mye av sin tid på Sloppy Joe's bar, som han betegnet som "my home away from home". Baren heter i dag Capt. Tony's Saloon, mens en finner en ny Sloppy Joe's bar et annet sted i byen.



Våre infeksjonsavdelinger

pest-POSTEN presenterer i hvert nummer en av små og store norske infeksjonsavdelinger og seksjoner, alle med sitt særpreg men med en fellesnevner som er dyktig og engasjert personell.

Vi har lagt bak oss Norge i lengderetningen langs kysten og har dreiet et stykke opp en noe mindre kyststripe langs Oslofjorden på Vestfold-siden, og gir dere Norges eldste by Tønsberg med Sykehuset i Vestfold. Vi får høre om rike tradisjoner og mange markante kolleger som har bygget opp infeksjonsfaget lokalt. Infeksjonsmedisin ”samhandler” (som det heter i dag) godt med mikrobiologi og smittevern ved SiV. Fagmiljøer av mindre størrelse – les: ikke-universitetssykehus – er rett og slett helt avhengige av at disse fagfeltene fungerer godt sammen. Og det gjør de. Her er nok et godt eksempel; les mer om Infeksjonsseksjonen ved Sykehuset i Vestfold.



Infeksjonsmedisinsk seksjon - Sykehuset i Vestfold

Fra balkongen utenfor møterommet ved infeksjonsseksjonen i 7. etasje har man på klarværs-dager panoramautsikt over innseilingen til brygga i Tønsberg. På sørsiden av Tønsbergfjorden ligger villastrøk og bølgende, gule eller, som nå, snødekte åkre. På en godværsdag kan man over skjærgårdshorizonten også øyne Østfold.



Balkongutsikt til byfjorden og Nøtterøy

I likhet med naboen på østsida av fjorden, har sykehusorganiseringen her i fylket gjennomgått omfattende endringer de siste to tiårene. Hadde det politiske miljøet i Vestfold observert hva som skjedde på østsida 10 år tidligere, hadde antagelig ikke Sykehuset i Vestfold ligget i Tønsberg sentrum. I dag – etter at fakkeltogene for bevaring av lokalsykehusene for lengst er en saga blott – har fylket ett akuttsykehus. En organisme i tilsynelatende stadig endring og utbygging, men hvor håpet om et splittet nytt sykehus som reiser seg utenfor byen, er skrinlagt en gang for alle.

Infeksjonsmedisinsk seksjon er lokalisert i øverste etasje i det sjette byggetrinnet som stod ferdig for 9 år siden. Der har vi 23 senger. Omlag halvparten av disse er isolater, hvorav 4 luftsmitteisolater. Også ved sykehusets intensivavdeling er det 2 isolater med luftsmittefasiliteter. Fra 2014 har seksjonen vært samlokalisert og –organisert med hematologisk seksjon som disponerer 6 senger i seksjonen. Til gjengjeld har Medisinsk klinikk etablert en 20-sengers sengepost for etterbehandling av oppgående pasienter med

ulik fagmedisinsk tilhørighet og med tilknyttet dagenhet. Også denne avdelingen er organisert som en del av infeksjonsseksjonen som også til enhver tid disponerer en rekke av klinikkens felles sengeplasser. Dette gjør seksjonen til en relativt stor enhet i norsk infeksjonsmedisinsk sammenheng og innebærer at vi antagelig behandler flere pasienter med generelle indremedisinske problemstillinger enn hva man kan gjøre ved enheter med færre dedikerte infeksjonssenger.

Seksjonen har i dag 4,5 overlegestillinger samt en overlegestilling for generell indremedisiner tilknyttet fellesposten. Det er videre 5 LIS-legestillinger, vesentlig for rotasjonskandidater. For tiden har vi imidlertid 2 LIS som planlegger å bruke denne tjenestetida som del av et utdanningsløp i spesialiteten infeksjonssykdommer, og seksjonen har de siste åra utdannet flere egne infeksjonsspesialister.

Historikk

Det hevdes at det har vært sykehus i Tønsberg i over 700 år. Før reformasjonen representerte disse hospitaler tilknyttet klostrene i området. I middelalderen kjenner man til to hospitaler; ved Olavsklosteret samt St. Stephans hospital som antagelig var et leprasykehus. Disse forsvant med reformasjon og bybrann, men nye kom til, og i 1627 gikk byens viktigste sykehus over fra kirkens til kommunal forvaltning. På grunn av nyvinningene bl.a. innenfor bakteriologi, endret sykehusstrukturen seg også i Tønsberg i andre





In the long-term management of HIV

Protection for tomorrow's journey



Kaletra er anbefalt behandling til gravide hiv-positive kvinner i internasjonale og nasjonale retningslinjer¹⁻³

abbvie

Kaletra AbbVie

Antiviralt middel

MIKSTUR: 1 ml inneholder: Lopinavir 80 mg, ritonavir 20 mg, etanol (42,4% v/v), fruktose 0,8 g, propylenglykol, glyserol, acesulfamkalinium, natriumsitrat (E 331), sitronsyre (E 330), sukkerholdig, Sukkerspinnsmak. **TABLETTER, filmdrasjerte 100/25 mg og 200/50 mg:** Hver tablett inneholder: Lopinavir 100 mg resp. 200 mg, ritonavir 25 mg resp. 50 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Gult jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Behandling av hiv-1-infeksjoner i kombinasjon med andre antiretrovirale legemidler hos voksne, ungdommer og barns 2 år.

Dosering: Voksne og ungdom: Lopinavir/ritonavir skal anvendes i kombinasjon med andre antiretrovirale midler. Anbefalt dose er 400/100 mg (2 tabletter à 200/50 mg)/5 ml 2 ganger daglig. Ved dosering 1 gang daglig kan dosen gis til voksne som 800/200 mg (4 tabletter à 200/50 mg). Doseringen 1 gang daglig bør begrenses til voksne pasienter som kun har meget få proteasehemmerrelaterte mutasjoner (dvs. færre enn 3 proteasehemmermutasjoner), og man bør ta høyde for risiko for svakere vedvarende virushemming og høyere risiko for diaré i forhold til anbefalt standarddosering 2 ganger daglig. Mikstur kan gis til behandlingsnaive voksne som 10 ml 1 gang daglig. Mikstur anbefales til pasienter som har problemer med å svelge.

Barn (≥ 2 år): Anbefalt dose er 230/57,5 mg/m² kroppsoverflate¹ 2 ganger daglig. Maks. dose er 400/100 mg 2 ganger daglig. Dosen på 230/57,5 mg/m² kan være utilstrekkelig for noen barn når den administreres sammen med nevirapin eller efavirenz. For disse kan det vurderes å øke dosen til 300/75 mg/m². Dersom dosering basert på vekt er å foretrekke, er dosen 10/2,5 mg/kg 2 ganger daglig for pasienter ≥15-40 kg når Kaletra ikke administreres sammen med nevirapin eller efavirenz. Dosering 1 gang daglig er ikke vurdert hos barn. Skal gis med kalibrert doseringspøtje. Mikstur anbefales for mest nøyaktig dosering. Hvis det vurderes som nødvendig å skifte til oral, fast legemiddelform hos barn <40 kg eller med kroppsoverflate 0,5-1,4 m², og som er i stand til å svelge tabletter, kan 100/25 mg tabletter brukes. Voksens dosering av lopinavir/ritonavir 400/100 mg tabletter 2 ganger daglig kan brukes hos barn ≥40 kg eller med kroppsoverflate >1,4 m².

Doseringsveiledning barn for dosen 230/57,5 mg/m² basert på kroppsoverflate:

Kroppsoverflate (m ²)	Døgndosering mikstur
0,25	0,7 ml × 2
0,4	1,2 ml × 2
0,5	1,4 ml × 2
0,75	2,2 ml × 2
0,8	2,3 ml × 2
1	2,9 ml × 2
1,25	3,6 ml × 2
1,3	3,7 ml × 2
1,4	4 ml × 2
1,5	4,3 ml × 2
1,75	5 ml × 2

Doseringsveiledning barn basert på kroppsvekt ved bruk av mikstur

Kroppsvekt (kg) ²	Dosering 2 ganger daglig, mikstur (dose i mg/kg)
≥15-40	10/2,5 mg/kg

Doseringsveiledning barn 100/25 mg tabletter basert på kroppsoverflate:

Kroppsoverflate (m ²)	Anbefalt antall 100/25 mg tabletter 2 ganger daglig
≥0,5 til <0,9	2 tabletter (200/50 mg)
≥0,9 til <1,4	3 tabletter (300/75 mg)
≥1,4	4 tabletter (400/100 mg)

Doseringsveiledning barn 100/25 mg tabletter i kombinasjon med efavirenz eller nevirapin basert på kroppsoverflate:

Kroppsoverflate (m ²)	Anbefalt antall 100/25 mg tabletter 2 ganger daglig
≥0,5 til <0,8	2 tabletter (200/50 mg)
≥0,8 til <1,2	3 tabletter (300/75 mg)
≥1,2 til <1,4	4 tabletter (400/100 mg)
≥1,4	5 tabletter (500/125 mg)

¹Kroppsoverflate (m²) = √(Høyde (cm) × vekt (kg)/3600) ² Doseanbefalinger basert på kroppsvekt er basert på begrensete data. Hvis det passer bedre for pasienten kan lopinavir/ritonavir 200/50 mg tabletter gis alene eller i kombinasjon med lopinavir/ritonavir 100/25 mg tabletter for å oppnå anbefalte doser. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt leverfunksjon:** Forsiktighet ved lett til moderat nedsatt leverfunksjon. Kontraindisert ved alvorlig nedsatt leverfunksjon. **Nedsatt nyrefunksjon:** Det forventes ikke økte plasmakonsentrasjoner, da renal utskillelse av lopinavir og ritonavir er ubetydelig. Lopinavir og ritonavir er i høy grad proteinbundet, og det er usannsynlig at det vil forekomme noen vesentlig utskillelse gjennom hemodialyse eller peritonealdialyse. **Barn <2 år:** Ikke anbefalt pga. utilstrekkelige data om sikkerhet og effekt. **Administrering: Mikstur:** Tas sammen med mat. **Tabletter:** Tas med eller uten mat. Skal svelges hele. Må ikke tygges, deles eller knuses.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Alvorlig nedsatt leverfunksjon. Må ikke gis sammen med legemidler som i høy grad er avhengig av CYP 3A for å utskilles og som ved økte plasmakonsentrasjoner er forbundet med alvorlige og/eller livstruende tilstander. Samtidig bruk med følgende legemidler er kontraindisert: Alfuzosin pga. risiko for alvorlig hypotensjon, amiodaron pga. økt risiko for arytmier eller andre alvorlige bivirkninger, astemizol, terfenadin og cisaprid pga. økt risiko for alvorlige arytmier, pimozid pga. økt risiko for alvorlige hematologiske abnormaliteter eller andre alvorlige bivirkninger, kvetiapin pga. kan føre til koma, dihydroergotamin, ergonovin, ergotamin og metylergonovin pga. akutt ergototoksitet inkl. vasospasmer og iskemi, lovastatin og simvastatin pga. økt risiko for myopati inkl. rhabdomyolyse, oralt midazolam og triazolam pga. økt risiko for ekstrem sedasjon og respiratorisk depresjon, avanafil, vardenafil, fusidinsyre ved dermatologiske infeksjoner, sildenafil brukt til behandling av lungerarteriehypertensjon (PAH) pga. økt potensiale for sildenafilrelaterte bivirkninger inkl. hypotensjon og synkope. Johannesurt (prykkperikum) er kontraindisert pga. risiko for reduserte plasmakonsentrasjoner og redusert klinisk effekt av lopinavir/ritonavir. Lopinavir/ritonavir mikstur er kontraindisert til barn under 2 år, gravide, pasienter med nyre- eller leversvikt og pasienter som behandles med disulfiram eller metronidazol pga. potensiell fare for toksisitet av hjelpestoffet propylenglykol.

Forsiktighetsregler: Forsiktighet ved nedsatt leverfunksjon. Kontraindisert ved alvorlig nedsatt leverfunksjon. Pasienter med kronisk hepatitt B og C som behandles med antiretrovirale midler, har økt risiko for alvorlige og potensielt fatale leverbivirkninger. Pasienter med kronisk leverdysfunksjon har økt risiko for leverfunksjonsforstyrrelser. Hensiktsmessige laboratorietester bør utføres før behandlingen settes i gang, og tett overvåkning bør utføres under behandlingen. Ved forverret leverfunksjon bør behandlingen avbrøt eller seponeres. Pasienter med hemofili må gjøres oppmerksom på muligheten for økt blødningstendens. Verdene av triglyserider og kolesterol bør bestemmes før behandlingen settes i gang og deretter med jevne mellomrom i behandlingstiden. Det må utvises spesiell forsiktighet hos pasienter med høye verdier før behandling og som tidligere har hatt lipidubalanse. Lipidubalanse må behandles klinisk. Pankreatitt må vurderes ved kliniske symptomer (kvalme, oppkast, magesmerter) eller ved unormale laboratorieverdier (f.eks. økte serumlipase- eller amylaseverdier) som kan tyde på pankreatitt. Behandling med lopinavir/ritonavir må stoppes dersom diagnosen pankreatitt stilles. Diabetes mellitus, hyperglykemi eller forverring av eksisterende diabetes mellitus er rapportert. Måling av blodglukose bør overvåges. Kliniske tegn på lipodystrofi bør vurderes. Inflammatisk reaksjon på asymptomatiske



Leger ved infeksjonsmedisinsk seksjon. Fra venstre: Randi Haukaas Bjerkreim (B-grenkandidat); Gustav Siqueland (B-grenkandidat); Tore Stenstad (overlege/seksjonsleder); Thor-Henrik Henriksen (seniorkonsulent); Marte Holmberg (overlege); Bjørn Åsheim Hansen (overlege); Mette Haugli (B-grenkandidat); Reinhardt Flø (overlege); Maria Vandbakk-Rüther (overlege/smittevernlege).

halvdel av 1800-tallet og tidlig i det påfølgende århundret. I 1914 donerte konsul Halfdan Wilhelmsen 100.000 kroner til nytt sykehus, og i 1917 står det i Lægeforeningens Tidsskrift at "Jarlsberg og Larviks amts samt Tønsbergs nye sykehus er nu under tak. Det ligger midt i Tønsberg bys villastrøk." Og der ligger det fortsatt – med gateadresse som bærer konsulens navn.

Både Larvik, Sandefjord og Horten har sin egen fargerike sykehushistorie som i løpet av de siste 15 årene er et avsluttet kapittel. I 1998 ble Vestfold Sentralsykehus i Tønsberg og Horten Sykehus slått sammen, og sykehusene i Larvik og Sandefjord ble samme skjebne til del to år senere. I 2001 ble Horten sykehus nedlagt, og i 2009 opphørte driften i Sandefjord, og få år senere låste man døren for felles akuttmottak i Larvik. Kysthospitalet i Stavern, som i dag er et rehabiliteringssykehus, var en del av sentralsykehuset frem til 2002, og ble så underlagt Rikshospitalet. I 2009 ble dette igjen en del av SiV.

Infeksjonsseksjonen vokser frem

Mens Mikrobiologisk avdeling ved sykehuset ble

etablert i 1972, var det ingen infeksjonsmedisinsk seksjon før midten av 1980-tallet. **Per Bjark** kom da fra en stilling som overlege ved Orkdal sykehus. Blant assistentleger som gikk i Bjarks lære på denne tiden, og som siden ble spesialister i infeksjonssykdommer, er **Thor-Henrik Henriksen** og **Anita Schumacher**. Begge har siden gjennomført doktorgradsarbeider i nært samarbeid med Mikrobiologisk laboratorium her. I dag er Schumacher fagdirektør ved sykehuset, mens Henriksen har en deltidsstilling ved infeksjonsmedisinsk poliklinikk. Bjark ledet seksjonen, som den gang var samlokalisert med hematologisk og nyremedisinsk seksjon, frem til 2007. Deretter overtok **Reinhardt Flø** seksjonslederfunksjonen, og siden **Tore Stenstad**. Bjark var, sammen med resten av Smittevernheten, sentral i planlegging og innflytting i ny og moderne enhet med separat drift i 2006.

Seksjonen søkte og fikk godkjent status som gruppe I-avdeling i 2009. Dette har vært av betydning for vår utdanningskapasitet, og dette har i de påfølgende årene resultert i tre infeksjonsmedisinere av "egen odell"; **Marte Holmberg**, **Maria Vandbakk-Rüther** og **Bjørn Åsheim Hansen**. Videre har vår gode

kollega i Skien, **Marjut Sarjomaa**, fått sin gruppe I-utdanning ved seksjonen. Også **Hilde Skudal** har i en periode arbeidet som overlege og smittevernlege ved SiV. I dag nyter vi godt av dette fellesskapet med Sykehuset i Telemark, og har siden 2014 hatt felles internundervisning i sykehusområdet. Dette gir faglig avkastning og bidrar til å skape fellesskap i et lite fagmiljø. Forhåpentligvis kan det skape grunnlag også for felles forskningsprosjekter i fremtida.

For tiden er tre vordende infeksjonsleger under utdanning; **Gustav Siqueland**, **Mette Haugli** og **Randi Bjerkreim**. En av disse flytter ”hjem” og forlater oss i løpet av inneværende år, men dette vil forhåpentligvis være til glede for Sørlandet Sykehus.

og bør bevares. Med et befolkningsgrunnlag på 220.000 er tilstrømningen av malaria og andre importsykdommer begrenset til vår medisinske avdeling. Fravær av revmatologisk- og hudmedisinsk enhet i Vestfold setter også et visst preg på den inneliggende pasientgruppa, og pasienter med hospitaliseringskrevende hudlidelser og uavklarte revmatisk inflammatoriske tilstander ligger vanligvis ved infeksjonsmedisinsk seksjon.

Poliklinisk behandling domineres av kroniske virushepatitter, men også HIV og borreliose er viktige tilstander i vår kontrollportefølge. Vi har i dag 90 HIV-positive i vår kontrollportefølge. Mens seksjonen tidligere i en viss utstrekning fulgte opp pasienter med *Borrelia*-infeksjon over tid, og i en del tilfeller tilbød utprøvende



*Sykehuset
i Vestfold
- gammelt
flyfoto*

Klinisk aktivitet

I 2014 ble det registrert omlag 2 100 heldøgnsopphold, 300 dagopphold og 2 500 polikliniske konsultasjoner ved seksjonen. Aktiviteten har vært stadig økende gjennom flere år, bl.a. beroende på demografiske endringer og liggetidsreduksjon. Som rimelig er, behandles de fleste infeksjonsmedisinske problemstillinger lokalt, men vi har glede av å ha søsteravdelingen ved Rikshospitalet i ryggen ved vurdering av bl.a. uklare immunopatier. I tilfeller av utfordrende importmedisin, har Ullevål fungert som regional enhet, og også dette samarbeidet er verdifullt

behandling, har seksjonen i dag lagt seg tett opp mot de nasjonale og internasjonale retningslinjer for diagnostikk og behandling. Dette har gjort at denne pasientkohorten har krympet en del i volum.

I oppfølgingen av pasienter med hepatitt og HIV, har vi gjennom de siste 7 årene hatt 1-2 dedikerte sykepleiere som har opparbeidet mye uformell kompetanse på disse områdene. Vi skjeler bl.a. til Sørlandet Sykehus som har satt i system likemannssamtaler for HIV-positive, og går med gryende planer om å etablere et lignende opplegg i samarbeid med det lokale lærings- og

BE THE ONE

WHO CAN CHANGE WHAT'S POSSIBLE

For your F0 to F4 compensated cirrhosis GT1 patients^a:

CURE.

- ▲ Up to **99%** cure in HCV GT1 patients^{1,b,c}
 - Consistently high cure rates of 94-99% across phase 3 pivotal studies¹

DON'T COMPROMISE.

- ▲ **99%** completed regimens of up to 12 weeks¹
 - ≤1% of patients discontinued treatment with HARVONI due to adverse events¹
- ▲ **ONE** pill, once a day^{1,d}
 - The first and only Single-Tablet Regimen for the majority of HCV GT1 patients^{1,d}

✓ IFN free

✓ RBV free^d

✓ PI free

Albert Einstein

Albert Einstein used with permission of the HUU/GreenLight

^aAs assessed by the Metavir fibrosis stage scoring system.

^bHARVONI is indicated for the treatment of chronic hepatitis C (CHC) in adults. 99% cure rates were observed in the ION-1 study in previously untreated HCV GT1 patients treated with HARVONI for 12 weeks. Across the ION studies, SVR rates between 94-99% were observed in HCV GT1 patients treated with HARVONI for 8-24 weeks. 99% of patients completed regimens of up to 12 weeks.¹

^cEASL define cure as SVR12.²

^dHARVONI offers a single-tablet, ribavirin-free regimen for the majority of HCV GT1 patients, excluding those with decompensated cirrhosis, or who are pre- or post-liver transplant.¹

NEW
HARVONI ▼
ledipasvir/sofosbuvir
90 mg / 400 mg tablets

mestringssenteret.

Vi savner for øvrig sterkt en egen modul i DIPS som er tilpasset langtidsoppfølging av både hepatitt- og HIV-pasienter. Vårt etter hvert felles elektroniske journalsystem er ikke samstemt mot infeksjonslegens behov for oversikt over utførte vaksinasjoner, IGRA-resultater, cytologiretultater og fortløpende kvantitering av HIV RNA og CD4-verdier.

Smittevern

Smittevernheten består i dag av 3 hygiene-sykepleiere, tuberkulosekoordinator og smittevernlege i 50% stilling. Stillingen er gjennom de siste årene besatt av **Maria Vandbakk-Rüther**, og sykehuset har i alle år vektlagt betydningen av å ha en lege med klinisk forankring i stillingen. Ønsket vil på sikt være å bygge denne ut til full stilling etter mønster fra Sykehuset i Østfold, og en mikrobiolog kunne være et godt faglig supplement.

Seksjonen har i alle år hatt et nært samarbeid med Mikrobiologisk avdeling. Legegruppa ved de to enhetene treffes bl.a. til felles fagmøte én gang ukentlig, og LIS-legene ved "mikrobiologen" deltar i stor utstrekning ved internundervisningen ved seksjonen. Mikrobiologisk avdeling skal for øvrig være vertskap for årsmøtet i NFMM/NFIM våren 2016 og har nylig fått innvilget gruppe I-status som utdanningsinstitusjon i medisinsk mikrobiologi.

Utveksling og forskning

Selv om tre av klinikerne ved seksjonen har doktorgrad fra tidligere, har aktiv og langsiktig forskningsaktivitet vært en achilleshæl for seksjonen. Det er vanskelig å fristille klinikere fra sentralsykehusets driftsoppgaver, og det er en økende bevissthet for at dette må skje med ekstern bistand, ikke minst økonomisk, og i form av samarbeidsprosjekter. En av seksjonens leger har bidratt i et forskningsprosjekt knyttet til et Mycoplasma-utbrudd for få år siden. Videre er det igangsatt forskning knyttet til et samarbeidsprosjekt med to etiopiske sykehus,

og vi ser nå de første publikasjoner fra dette prosjektet.

Samarbeidsprosjektet mellom SiV og sykehusene i Addis Ababa er finansiert av Fredskorpset og SiV i fellesskap. En drivende kraft og pioner i prosjektet har vært Thor-Henrik Henriksen, som i pensjonstilværelsen investerer mye fritid i dette. Bl.a. har han nylig hatt et års opphold i Etiopia. Den røde tråden i dette prosjektet har etablering av mikrobiologisk laboratoriefasiliteter og – ekspertise i de afrikanske sykehusene og ikke minst implementere bruk av mikrobiologiske prøvedata i den afrikanske, kliniske hverdagen.

Spesialistutdanning og kvalitetutvikling

Utdanning av egne leger med lokal tilknytning er av stor betydning for at norske lokal- og sentralsykhus skal sikre rekruttering. For å kvalitetssikre utdanningskvaliteten i indremedisin har medisinsk avdeling i 2014 igangsatt et prosjekt som endrer struktur og organisering av veiledningen av utdanningskandidatene i indremedisin og de ulike grenspesialitetene. En håndfull dedikerte overleger har supervisjonsansvar for grupper av LIS, og disse møtes til gruppeveiledning og individuelle samtaler med regelmessige mellomrom. Vi opplever at dette også vil gjøre seksjonen parat til å møte de utfordringene som ligger i ny spesialistutdannings-struktur. Det er åpenbart også andre utfordringer, bl.a. volum av visse pasientgrupper i en seksjon som har et så vidt stort antall leger.

Det kan også nevnes at Sykehuset i Vestfold har vært innovative når det gjelder utvikling mot pasientsikkert sykehus, og en rekke kvalitetssikringsprosjekter er gjennomført. Ved medisinsk avdeling har det i flere år vært tilknyttet to LIS i 50% stilling som "kvalitetsleger", hvorav én er en av våre utdanningskandidater i infeksjonssykdommer. Vi planlegger for tida et prosjekt for implementering av ny behandlingsretningslinje for sepsis i akuttmottak og sengeposter.

---***---



Redaktørvervet for *pest-POSTEN* er ledig

fra juni 2015. Dette vervet er ettertraktet, å dømme etter funksjonstiden for begge de to som til nå har bekledd stillingen siden starten i 2005: Oddbjørn Brubakk og Arild Mæland.

Arild gir seg til Vår møtet i Stavanger, etter å ha levert en utmerket innsats i formidable 10 år. Vi kommer selvsagt tilbake til den saken senere, under vignetten heder og lovprisning.

I kongehuset vårt er arverekkefølgen gitt – ved abdisering og slikt – men slik er det dessverre ikke i infeksjonsforeningen. Stillingen som ny redaktør utlyses derfor herved, og en utrettelig stab bestående av kulturredaktør Bjørn Myrvang, medredaktør (som alltid er lederen i NFIM) Arne Broch Brantsæter, økonomisjef Trond Bruun og undertegnede redaksjonssekretær er svært spente på søkerlisten. Interessenter kan ta kontakt enten med Brantsæter (UXARBR@ous-hf.no) eller avtroppende redaktør selv (UXARIM@ous-hf.no).

Medlemsbladet kommer ut 4 ganger årlig, og vi har som intensjoner å holde denne frekvensen. Det legges ikke skjul på at lite stoff gjør dette vanskelig til tider. Men det er en utpreget dugnadsånd i redaksjonen og så lenge gode innlegg sildrer inn, er det bare en fryd å produsere bladet. Økonomisk sett er vi selvhjulpne, og responsen fra medlemmene synes god – uten at vi har gjennomført noen markedsundersøkelse. Noe vi vurderer er å sende ut en spørreundersøkelse om medlemmenes oppfatning om innhold og lesbarhet, og forslag til endringer. Selv har redaksjonen tenkt at mer faglig innhold kan være fornuftig, for eksempel medlemsproduserte oversiktsartikler spesielt for *pest-POSTEN*. Våre kolleger gastroenterologene og kardiologene har et betydelig faglig fokus i sine medlemsblader. Men alt avhenger av hva foreningens medlemmer ønsker. Det ER ellers viktig at smått og stort refereres i bladet, ikke minst som en historisk kilde for foreningen. Da NFIM-styret nylig skulle lage liste over tidligere prisvinnere, var for eksempel *pest-POSTEN* den nær eneste kilden for å finne navn fra de siste 20 år.

Hva kreves så av en påtroppende redaktør? Viktig er en god evne til å delegere og å «anmode sterkt» når det gjelder skriveoppdrag. For som vi ustanselig annonserer i bladet, så er «*pest-POSTEN* – av medlemmer, for medlemmer». Dernest er en hovedoppgave å skrive (eller sørge for at blir skrevet) en lederspalte til hvert nummer. Her er det store fotefar å tre inn etter nåværende redaktør Arild som har utmerket seg med svært velformulerte ledere... klokt innhold, tydelige standpunkt, og en passe «snert». Til nå har redaktøren også vedlikeholdt medlemslistene, men dette vil være naturlig å delegere til redaksjonssekretæren. Det er ellers en ”bladstyrer” sin oppgave å tenke, uavlatelig og uopphørlig, kort/lang strategi.... samt innhold for neste nummer....

Noen lønn (annet enn i himmelen), pressekort eller medlemskap i eksklusive klubber kan ikke påregnes. Men stillingens betingelser kan eventuelt diskuteres med NFIM’s leder som tar forslag til insitamentordninger videre i styret. Og det finnes ingen «liten skrift» som binder en kommende redaktør til stolen de neste 10 år, bare så det er sagt. -- La ikke denne sjansen gå fra deg til å glede mange kolleger og opprettholde en lang tradisjon!

For redaksjonen i *pest-POSTEN*
Jon Birger Haug, redaksjonssekretær

C

▼ Harvoni «Gilead»

Antiviralt middel. ATC-nr.: J05A **TABLETTER, filmdrasjerte 90 mg/400 mg:**

Hver tablett inneholder: Ledipasvir 90 mg, sofosbuvir 400 mg. **Indikasjon:** Behandling av kronisk hepatitt C (CHC) hos voksne. For aktivitet som er spesifikk for hepatitt C-virus (HCV) genotype, se SPC. **Dosering:** Behandling bør initieres og overvåkes av lege med erfaring i behandling av pasienter med CHC. **Voksne:** 1 tablett daglig. Bør brukes i kombinasjon med ribavirin hos visse pasientgrupper (se Felleskatalogtekst). **Anbefalt behandlingsvarighet:** CHC genotype 1 eller 4: Uten cirrhose: 12 uker, 8 uker kan vurderes ved tidligere ubehandlet genotype 1, 24 uker bør vurderes hos tidligere behandlede pasienter med usikre alt. for rebehandling. Med kompensert cirrhose: 24 uker, 12 uker kan vurderes for pasienter som anses å ha lav risiko for sykdomsprogressjon, og som har alt. for rebehandling. Med dekompensert cirrhose eller før/etter levertransplantasjon: 24 uker, kombinert med ribavirin (relativ effekt av 12 og 24 ukers behandling ikke er fastsatt). Behandlingen bør styres etter vurdering av individuell fordel/risiko). **CHC-genotype 3 med cirrhose og/eller tidligere mislykket behandling:** 24 uker, kombinert med ribavirin (relativ effekt av 12 ukers regime med ledipasvir/sofosbuvir + ribavirin, sammenlignet med 24 ukers regime med sofosbuvir + ribavirin er ikke undersøkt). Anbefalingene gjelder også ved hiv-koinfeksjon.

Uteglemt dose: Dersom 1 dose glemmes og det er gått <18 timer, skal uteglemt dose tas så snart som mulig og deretter ta neste dose til vanlig tid. Ved oppkast <5 timer etter inntak skal en ny tablett tas. **Spesielle pasientgrupper:** **Nedsatt leverfunksjon:** Ingen dosejustering nødvendig ved lett, moderat eller alvorlig nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» grad A, B og C). Sikkerhet og effekt er fastslått ved dekompensert cirrhose. Behandlingsvarighet hos pasienter som venter på levertransplantasjon bør styres etter vurdering av individuell fordel/risiko. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ingen dosejustering nødvendig ved lett eller moderat nedsatt nyrefunksjon. Sikkerhet og dosering er ikke fastslått ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (eGFR <30 ml/minutt/1,73 m²) eller terminal nyresykdom (ESRD) som krever hemodialyse. Ved kombinasjon med ribavirin, se Felleskatalogteksten for ribavirin ved kreatin clearance (CICR) <50 ml/minutt. **Barn og ungdom <18 år:** Anbefales ikke pga. manglende sikkerhets- og effektdata. **Eldre:** Ingen dosejustering nødvendig.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for noen av inndrågsstoffene. Samtidig

bruk av rosuvastatin eller johannesurt (prickperikum).

Forsiktighetsregler: Skal ikke gis samtidig med andre legemidler som inneholder sofosbuvir. Kliniske data som støtter bruk ved HCV-genotype 3 og 4 er begrenset. Skal ikke brukes ved HCV-genotype 2, 5 og 6 da effekt ikke er undersøkt. **Behandling av pasienter tidligere eksponert for HCV direktevirkende antivirale midler:** Resistensseleksjon overfor NS5A-mutasjoner som reduserer følsomhet for ledipasvir er sett hos de fleste som mislykkes med behandling. Begrenset data indikerer at slike NS5A-mutasjoner ikke går tilbake ved langvarig oppfølging. Ingen data støtter effekt av rebehandling med regime som inneholder NS5A-hemmer, etter mislykket ledipasvir/sofosbuvir-behandling. Ingen data støtter effekt av NS3/4A-proteasehemmere etter tidligere mislykket behandling med regime som inneholder NS3/4A-proteasehemmer. Slike pasienter kan være avhengig av andre legemiddelklasser for behandling av HCV-infeksjon. Lengre behandling bør derfor vurderes for pasienter med usikre alternativer for påfølgende rebehandling. **Bruk sammen med visse hiv-antiretrovirale regimer:** Økt tenofovireksponering er påvist, særlig ved bruk sammen med et hiv-regime som inneholder tenofovir og en farmakokinetisk forsterker (ritonavir eller kobicostat). Risiko/fordel ved samtidig bruk bør vurderes, spesielt ved økt risiko for nyredysfunksjon. Pasienten bør overvåkes for tenofovirrelaterte bivirkninger. Se Felleskatalogtekster for nevnte legemidler/kombinasjoner mht. nyreovervåkning. Ingen data om bruk ved HCV/HBV-koinfeksjon foreligger. Inneholder paraoransje FCF aluminiumslakk (som kan gi allergiske reaksjoner) og laktose. Bør ikke brukes ved sjelden, arvelig galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktose malabsorpsjon. Har ingen eller ubetydelig påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner, men pasienten bør være oppmerksom på at tretthet kan forekomme.

Interaksjoner: Samtidig bruk av johannesurt (prickperikum) er kontraindisert, da terapeutisk effekt av ledipasvir/sofosbuvir kan reduseres. Samtidig bruk av rosuvastatin er kontraindisert, da konsentrasjonen av HM-CoA-reduktasehemmere (statiner) kan øke betydelig, noe som øker risikoen for myopati og rbdomyolyse. Ved samtidig bruk av andre statiner skal redusert statindose vurderes og tett overvåkning av statinbivirkninger iverksettes. Følgende P-gp-induktorer bør ikke brukes samtidig pga. mulig redusert effekt av ledipasvir/sofosbuvir: Karbamazepin, fenytoin, fenobarbital, okskarbazepin, rifampicin, rifabutin, rifapentin og ritonavirforsterket tipranavir. Ledipasvir/sofosbuvir bør ikke

brukes samtidig med simeprevir, da terapeutisk effekt av alle de 3 legemidlene kan øke. Legemidler som øker gastrisk pH forventes å redusere ledipasvirkonsentrasjonen. Syrenøytraliserende midler bør tas 4 timer før/etter Harvoni. H2-reseptorantagonister kan tas samtidig/før/etter Harvoni ved doser tilsv. famotidin 40 mg 2 ganger daglig. Protonpumpehemmerdoser tilsv. omeprazol 20 mg kan tas samtidig/etter, men ikke før Harvoni. Digoksin-konsentrasjonen kan øke ved samtidig bruk, og forsiktighet og overvåkning av terapeutisk konsentrasjon anbefales. Overvåkning for tegn på blødning og anemi, inkl. koagulasjonstest, anbefales ved samtidig bruk av dabigatran. **Visse hiv-antiretrovirale regimer:** Økt tenofovireksponering er påvist, særlig ved bruk sammen med et hiv-regime som inneholder tenofovir og en farmakokinetisk forsterker (ritonavir eller kobicostat), se Forsiktighetsregler. Se SPC for kombinasjon med andre antivirale midler.

Graviditet, amming og fertilitet: **Graviditet:** Bør ikke brukes under graviditet. Ved kombinasjonsterapi med ribavirin, må ekstrem forsiktighet utvises for å unngå graviditet. Fertile kvinner/deres mannlige partnere må bruke sikker prevensjon under behandlingen og i en periode etter behandlingen, se Felleskatalogteksten for ribavirin. **Amming:** Overgang i morsmelk er ukjent. Risiko for nyfødte/spedbarn som ammes kan ikke utelukkes. Skal ikke brukes ved amming. **Fertilitet:** Ukjent om fertilitet påvirkes.

Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10): Nevrologiske: Hodepine. Øvrige: Trett-het.

Pakninger og priser: 28 stk. (flaske) Vnr 573382.

Pris (15 Jan 2015): NOK 175 260,90 (AUP inkl 25% MVA). Kostnadsfritt i henhold til blåreseptforskriften/smittevernloven.

Basert på SmPC godkjent av SLV: 11/2014

For fullstendig preparatomtale (SmPC) se legemiddelverket.no

▼ Etter godkjenning av markedsføringstillatelsen er dette legemidlet underlagt særlig overvåking, som vist ved den omvendte svarte trekanten. Enhver mistenkt bivirkning av Harvoni skal rapporteres til Gilead via e-post til Nordics.SafetyMailbox@gilead.com eller på +46 (8) 505 718 00 og/eller til Statens legemiddelverk i samsvar med det nasjonale meldesystemet. www.legemiddelverket.no/meldeskjema

References

1. HARVONI Summary of Product Characteristics, November 2014. 2. EASL Clinical Practice Guidelines. April 2014. Available at: <http://www.easl.eu/-newsroom/latest-news/easl-recommendations-on-treatment-of-hepatitis-c-2014>.

HAR/NO/15-02/PM/1095

VEILEDNING FOR FORFATTERE

Innholdet i *pest-POSTEN* i form av referater, artikler, kunngjøringer og meningsytringer er nesten utelukkende basert på bidrag fra leserne, dvs. foreningens medlemmer. Manuskriptene ønskes levert i Word tekstbehandlings-format, eller skrevet i DOS (ASCII) format. Bruk så lite redigeringskoder og spesialtegn som mulig. Helst ønskes bidrag levert som vedlegg til E-post, adressert til redaktør eller redaksjonssekretær.

Papirbaserte bidrag må leveres med bred marg og dobbelt linjeavstand. Illustrasjoner og fotografier kan være i svart/hvitt eller farge og bør såvidt mulig leveres i format .tiff eller .jpg. De bør ha en oppløsning på minimum 150 dpi ("dots per inches"). Illustrasjoner kan også oversendes redaksjonen for scanning, vennligst angi om de da ønskes i retur. Referanser skrives som angitt i veiledningen til "Tidsskrift for den norske legeforening". Tidsskriftnavn forkortes som angitt i "Index Medicus".

Doktorgradsreferat kan være på 1 til 1/2 side enkel linjeavstand. Følgende opplysninger må følge referatet: 1) Overskrift = doktorgradens tittel, 2) doktorandens navn, aktuelle adresse og institusjonen hvor arbeidet er utført, 3) universitetet hvor disputasen er holdt og eventuelt navn på opponenter.

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 tidsskrift som i referansen over, 3) navn / adresse på forfatter som skal ha event. korrespondanse, 4) sammendrag, 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 én til flere sider etter avtale. Artikkene 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. 350 - 400 og distribuert gratis til alle medlemmer av Norsk forening for infeksjonsmedisin. Annonsepris sort/hvitt: kr. 2.500 pr. 1/1 side. Omslagssider (2. side, nest siste og siste side) kr. 2.500. Fargeannonse kr. 3.500 pr. 1/1 side (ikke omslagsside). Prisene gjelder ferdige annonser. Manusformat A4, positivt trykk på papir eller film. Husk at manuskriptet skal forminskes til G 5-format (16,9 x 23,8 cm). Vi må ta et forbehold om annonseplass i forhold til stoffmengden forøvrig. Redaksjonen har vedtatt å gjennomføre en rulleringsordning ved stor pågang av annonsører.

bilder
reportasjer
foreningsstoff
ytringer...
SKRIV!
Impactfactorzero
Ferdaminne
Kultur
Medlemssider
NÅerdeTnoKii
KollegiaAtgaum++
Forfatterspirer
pesta

.....til oss da vel !