

pest-POSTEN

Nr. 3, 2025 - 31. årgang



MEDLEMSBLAD FOR
NORSK FORENING FOR INFEKSJONSMEDISIN

REDAKSJONEN

- **Ansvarlig redaktør :**
Ruben A. Claassens
 Infeksjonsmedisinsk avdeling
 Akershus universitetssykehus
 rubcla@ahus.no
- **Medredaktør :**
Olav Lutro
 Diagnostisk senter
 Stavanger universitetssjukehus
 Olav.Lutro@sus.no
- **Kulturmedarbeider :**
Bent von der Lippe
 bentvdlippe@gmail.com
- **Redaksjonssekretær :**
Jon Birger Haug
 Avdeling for smittevern
 Sykehuset Østfold
 jobhau57@gmail.com
- **Redaksjonell medarbeider :**
Ida Tveter
 Infeksjonsmedisinsk avdeling
 Nordlandssykehuset Bodø
 ida.tveter@nordlandssykehuset.no
- **Annonsesjef :**
Jon Birger Haug
 Avdeling for smittevern
 Sykehuset Østfold
 jobhau57@gmail.com

**EN STOR TAKK GÅR TIL ALLE
 ANNONSØRER SOM GJØR
 MEDLEMSBLADET MULIG!**

INNHOOLD

Redaksjonen	s. 3
Redaksjonelt	s. 4
Lederens hjørne	s. 5
Minneord - Signe Ringertz	s. 6
NFIM gjennom fem tiår	s. 7
NFIM-styrer, pesta redaktører	s.11
NFIM 50 år- en tidsreise...	s.14
Andre foreninger gratulerer (1)	s.17
Arb.gruppen for AB-spørsmål	s.22
Spesial. infeksjonssykdommer (1)	s.24
Spesial.infeksjonssykdommer (2)	s.27
Andre foreninger gratulerer (2)	s.30
Høstdiktspalten 2025	s.36
Et ESCMID 202x i Norge?	s.38
Ferdaminne fra greske heksegryte	s.40
Våre infeksjons- og mikrobiologiavd.	s.44
pest-POSTEN 30 år markering	s.46
A & A Quiz	s.48
Veiledning for forfattere og annonsører	s.51

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

Redaktør: Ruben Alexander Claassens
Adresse: Infeksjonsmed. avd. Ahus
 rubcla@ahus.no

Telefon: 02 900 / 412 95 459
E-post: pestposten@gmail.com
Nettsted: www.pestposten.no

ISSN: 0808 - 2510

Forsiden:
NFIM 50 år!
 (Google Gemini AI 2.5 pro)

80-års-pest jubileums-POSTEN



Illustrasjon: Colourbox

Sommeren er overstått – og har atter et år passert i rekordfart. Mens spørsmålene om malaria, arbovirusinfeksjoner og rickettsioser kommer sjeldnere og mørket kryper stadig nærmere ser vi allerede konturene av vinterens inntog med økende antall CoVid-19- og rhinovirusinfeksjoner som den tidlige høstmanifestasjon.

Her hjemme har vi over sommeren opplevd det største innenlandsutbruddet av hepatitt A-smitte i Norge på de siste 20 år. Kun en beskjeden andel av de smittede har vel hatt behov for å stifte bekjentskap med korridorene på sykehusenes sengeposter grunnet sykdommen, men til tross for dette har nok de fleste infeksjonsmedisinere på det sentrale østland fått telefoniske henvendelser relatert til utbruddet.

Det er i 2025 dobbel grunn til å slå seg på brystet og rope høylutt hurra som infeksjonsmedisinere. Ikke bare fyller *pest-POSTEN* 30 år, men Norsk forening for infeksjonsmedisin er med sine 50 år en riktig så jevn jubilant. Den redaksjonelle overskriften ”80-års-pest”... markerer nettopp dette.

Vi benytter nummeret du nå holder i hendene til å se tilbake på foreningens fem første tiår fra den spede begynnelse i kantinen på Haukeland



universitetssykehus. Med oss på nostalgien vei har vi ikke bare invitert markante skikkelser fra de siste (og på sitt vis første) tiår av norsk infeksjonsmedisin, men også kolleger fra tilgrensende spesialiteter og foreninger til å hjelpe oss med å bade i egen fortreffelighet. Minimalt omskrevet etter Muhammad Ali: «Det er vanskelig å være ydmyk når man er så store som oss».

Trass i en bakoverskuende utgave av pesta (NFIM fyller tross alt 50 år kun én gang) er vårt strabistiske blikk som alltid klart festet – med ett øye skulende retrospektivt og det andre mot fremtidens utfordringer. Det utbringes en skål for de første 50 år og en rettes en stor takk til både tidligere, nåværende og fremtidige bidragsyttere til NFIM så vel som til *pest-POSTEN*.

Med ønske om nye fete 50 år,

– Ruben A. Claassens



Illustrasjon: Shutterstock AI

Lederens hjørne

Kjære gode kollegaer,

Denne lederen skrives med en god mix av følelser.

Lykkefølelse, fordi vi feirer infeksjonsforeningens 50 år. Dette jubileumsnummeret av *pest-POSTEN* gir et spennende tilbakeblikk på NFIMs historie og den faglige reisen vi har hatt sammen. Siden oppstarten i 1975 har foreningen vokst seg til å bli en sentral og vital aktør i det medisinske landskapet i Norge – et fellesskap som forener klinikere, forskere og fagpersoner i arbeidet for bedre infeksjonsmedisin.

Vemod, fordi dette er den siste lederen jeg skriver på vegne av det nå avtroppende styret. Det har vært et stort privilegium å få representere infeksjonsmiljøet i Norge. Gjennom seks år i styret har jeg fått oppleve det enorme engasjementet, kunnskapen og rausheten som preger vår forening. For en gjeng med dyktige fagfolk og gode kollegaer vi har i infeksjonsfamilien!

Optimisme, fordi NFIM nå har fått et nytt styre med fullt pågangsmot. **Torleiv Kvalvik** (*bildet under*) tar over stafettpinnen som styreleder, og bringer dermed presidentskapet tilbake til Bergen og Haukeland sykehus – der alt startet for 50 år siden.

Uro, fordi mørke skyer preger verdensbildet. Mange av oss kjenner på en vedvarende følelse av håpløshet – krig og folkemord utspiller seg, uten konsekvenser for aggressorene.



*Påtroppende leder,
fra Vårmetet i Bodø 2025*

Sivilbefolkning, pasienter og helsearbeidere rammes bevisst. Det er lett å føle seg maktesløs som liten infeksjonsforening i et lite land. Men vi kan bruke stemmen vår til å påvirke. NFIM er



medlem av ESCMID global – en stor europeisk og global faglig aktør med stor påvirkning i mange land. Det avtroppende og påtroppende NFIM styret har derfor skrevet et brev til presidenten i ESCMID, der vi oppfordrer ESCMID til å tydelig fordømme angrep på helsearbeidere og helsehjelp, uansett hvem som står bak.

På vegne av det avtroppende styret vil jeg rette en stor takk til alle i infeksjonsfamilien som har bidratt til NFIM de siste årene. Vi har fått til mye, og det er vanskelig å fremheve enkeltsaker blant alt arbeidet som gjøres. Men arbeidet med spesialitetskomiteen, faglige veiledere for hiv, hepatitt og covid, samt den nasjonale metodeboken for infeksjonsmedisin, er eksempler på at vi er sterkest som fagmiljø når vi jobber sammen. Mange har bidratt til arbeid som har satt dype faglige fotavtrykk – spor som vil vare, kanskje helt frem til neste 50-årsjubileum.

Kjære NFIM medlem og kjære kollegaer, gratulerer nok en gang med 50 års jubileet!

God jubileumslesning til alle!

Kristian Tonby, på vegne av det avtroppende NFIM styret [Hedda von der Lippe, Hanna Eilertsen, Håkon K. Boren, Olav Dalgard, Torleiv Kvalvik, Johanne Hollevik og Martin Landstad Kvalshaug].

Minneord - Signe Holta Ringertz

Professor emerita, dr.med. Signe Holta Ringertz døde i sommer etter kort tids sykeleie, 81 år gammel.

Hun tok artium ved latinlinjen på Skien gymnas og ble cand.pharm. ved Universitetet i Oslo. Etter farmasistudiet arbeidet hun ved Mikrobiologisk avdeling på Farmasøytisk institutt og ved Folkehelseinstituttet. Hun giftet seg med Olof Ringertz, sjeflege ved Karolinska sjukehuset, og flyttet til Stockholm. Hun ble cand.med. i 1981 og dr.med. i 1991 fra Karolinska, med antibiotikaresistens som tema.

Hennes mann var engasjert av Verdens helseorganisasjon, og under studiene deltok Signe sammen med Olof i hans arbeid i blant annet Egypt, India, Indonesia, Bangladesh og Etiopia, hvor de arbeidet med vaksiner mot kopper og med antibiotikaresistens.

I 1993 døde Olof, og i 1995 flyttet Signe hjem til Norge, hvor hun ble overlege ved Mikrobiologisk laboratorium på Aker universitetssykehus. Der gjorde hun en fremragende jobb som klinisk mikrobiolog. Hun var til stede på morgenmøtene til Medisinsk og Pediatrisk avdeling, der hun presenterte mikrobiologiske prøvesvar og ga veiledning i rasjonell antibiotikabruk. I løpet av kort tid veiledet Signe flere doktorander, og hun var en sentral bidragsyter i arbeidet med nasjonale retningslinjer for bruk av antibiotika.

Signe fikk et professorat II i farmasøytisk mikrobiologi ved Universitet i Tromsø, og hun underviste også farmasøyer i latinsk fagspråk. I tillegg engasjerte hun seg i Norsk Farmasihistorisk Museum, med en spesiell interesse for medisinplantenes historie. Sammen med Berit Smestad Paulsen skrev Signe en bok om plantemedisin.

Signe var kunstnerisk begavet, historisk interessert og hadde et skarpt intellekt. Men det som først og fremst kjennetegnet henne, var hennes varme og humoristiske væremåte. Man var alltid glad etter å ha vært sammen med henne. Hun valgte å pensjonere seg relativt tidlig for å engasjere seg i fondsforvaltningen av familieselskapet etter H.H. Holta, omgås med venner og dyrke sine interesser.

Vi er mange som har mistet en stor gledesspreder. Våre tanker går til hennes nære venn Bjørn, hennes to bonussønner og øvrige familie.

Dag Berild, Mogens Jensenius, Ørjan Olsvik, Arnfinn Sundsfjord, Gunnar Skov Simonsen

Foto: Museumsforlaget (gjengitt med tillatelse)



NFIM gjennom fem tiår

Høsten 1974 tok leger ved Ullevål sykehus og Haukeland sykehus initiativ til det som skulle bli et av de mest betydningsfulle fagpolitiske grepene i norsk infeksjonsmedisins historie. Per Bjark, Johs. Bøe, Asbjørn Digranes, Tore Midtvedt og Claus Ola Solberg dannet en aksjonskomité med et klart mål: å samle leger fra sykehus, helseråd og allmennpraksis som delte interessen for infeksjonsmedisin. Deres visjon var å fremme fagets utvikling både praktisk og vitenskapelig gjennom møter, kurs og tidsskriftartikler.

Kjære Kollega.

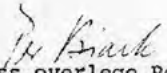
Angående stiftelse av Norsk forening for infeksjonsmedisin.

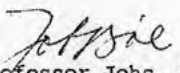
Vi tillater oss herved å invitere deg til å være med å stifte "Norsk forening for infeksjonsmedisin".

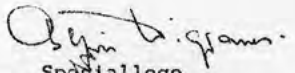
Infeksjonssykdommene spiller fortsatt en meget stor rolle i vårt samfunn. Gode indikasjoner på dette er antall prøver som undersøkes ved våre mikrobiologiske laboratorier, forbruket av antibiotika og kjemoterapeutika og hyppigheten av sykehusinfeksjoner. Som i våre naboland har også import av tropesykdommer tiltatt i de senere år.

Formålet med å starte en slik forening er å samle leger (i almenpraksis, på helseråd og sykehus) som arbeider med og interesserer seg for infeksjonsmedisin, for å fremme fagets utvikling såvel praktisk som vitenskapelig f.eks. gjennom møter, kurser og tidsskriftartikler. Foreningen bør som spesialforening være tilknyttet Den norske lægeforening, og den bør dessuten knytte kontakt med de tilsvarende foreninger i andre land, særlig våre naboland.

Foreningen tenkes stiftet i januar-februar 1975. Nærmere meddelelse om tid og sted for møte vil bli gitt om 1-2 måneder. Beskjed om du vil være med å stifte foreningen bes gitt til en av de undertegnede.


Ass. overlege Per Bjark,
Harstad sykehus,
9400 Harstad.


Professor Johs. Bøe,
5016 Haukeland Sykehus.

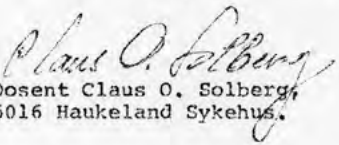

Spesiallege
Asbjørn Digranes,
5016 Haukeland Sykehus.


Dosent Odd Garborg,
Sentralsykehuset i
Akershus,
1474 Nordbyhagen.


Professor Helge Laake,
Ullevål Sykehus,
Oslo 1.


Dosent Tore Midtvedt,
Rikshospitalet,
Oslo 1.


Dosent Jan H. Solem,
Sentralsykehuset i Akershus,
1474 Nordbyhagen.


Dosent Claus O. Solberg,
5016 Haukeland Sykehus.

Den 16. januar 1975 materialiserte denne visjonen seg i Bergen, hvor 63 leger fra hele landet møtte for å formelt stifte Norsk Forening for Infeksjonsmedisin. Dette var ikke bare en seremoniell sammenkomst, men et møte hvor fundamentale faglige utfordringer ble diskutert: samarbeidet mellom mikrobiologiske laboratorier og kliniske avdelinger, infeksjonsmedisins plass i helseplanleggingen, forskning og etablering av hygienekomiteer.

Anerkjennelsen kom raskt. Allerede 2. april 1975 godkjente Den norske lægeforenings sentralstyre NFIM som spesialforening. Medlemskapet var åpent for leger som var medlemmer av Den norske lægeforening, samt ikke-leger, selv om sistnevnte ikke hadde stemmerett i faglige spørsmål. I de første fem årene etablerte NFIM et fast møtemønster med to faglige møter årlig, med vårmøtet forankret i Bergen.

Parallelt pågikk en viktig fagpolitisk debatt om opprettelsen av infeksjonssykdommer som grenspesialitet innen indremedisin. Et tidligere forslag var blitt avslått, men saken skulle tas opp på nytt, og NFIMs styre ga sin fulle støtte til initiativet.

Grenspesialitet og internasjonal orientering (1979-1989)

Året 1979 markerte et historisk vendepunkt da infeksjonssykdommer formelt ble opprettet som grenspesialitet under indremedisin. En spesialistkomité ble oppnevnt med tungvektene som Sigvard Tschudi Madsen, Bjarne Bjorvatn, Jan Sander, Per Bjark og Bjørn Myrvang. Komiteens arbeid med utforming av spesialistkrav skulle være grunnleggende for de neste fire tiårene. Dette var en gjenopprettelse av det som tidligere hadde eksistert som "Epidemiske sykdommer" frem til 1967, men nå med et langt bredere og mer moderne faglig fundament.

Gjennom 1980-tallet demonstrerte NFIM betydelig internasjonal orientering. Foreningen etablerte kontakt med søsterorganisasjoner i Sverige, Danmark og Finland for utvidet samarbeid, og sendte representanter til den internasjonale infeksjonskongressen og det

nystiftede European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID, tidl. ECCMID – se også s. 38). En særlig viktig milepæl var representasjonen på "Scottish-Scandinavian Conference on Infectious Diseases" i København i 1986, hvor NFIM inviterte konferansen til Oslo i 1989. For å støtte slik internasjonal deltagelse etablerte foreningen et reisefond.

Økonomisk og organisatorisk vokste foreningen stødig. I 1978 ble en støtteforening for legemiddelfirmaer opprettet, selv om Den norske lægeforenings sentralstyre i 1987 bestemte at spesialforeninger ikke kunne ha firmaer som støttemedlemmer. NFIMs pragmatiske respons var å foreslå opprettelsen av en "Støttegruppe for norsk infeksjonsmedisin" for disse firmaene.

Et viktig faglig initiativ var etableringen av Arbeidsgruppe for antibiotikaspørsmål (AFA) i 1978, med oppdrag om å utrede antibiotikabruk og resistensforhold. Tore Midtvedt beskrev senere AFAs avgjørende rolle i å fastsette norske bruddpunkter for antibiotikaresistens etter omfattende diskusjoner med både klinikere og bakteriologer.

Fra 1988 utviklet møtevirksomheten seg ytterligere da Håkon Aune i Norske Hoechst tok initiativ til et fellesmøte med Norsk Forening for Anestesiologi om kurset "Infeksjonsproblemer i intensivmedisin (FIPI)", som har vært arrangert årlig hver februar siden.

Medlemstallet reflekterte vekstkraft: i oktober 1979 hadde NFIM 147 personlige medlemmer og 11 støttemedlemmer fra legemiddelfirmaer, og økonomien ble beskrevet som "meget god". Ved utgangen av 1986 hadde foreningen 146 betalende medlemmer og 27 støttemedlemmer. I 1986 ble Professor emeritus Johs. Bøe utnevnt til foreningens første æresmedlem.

Blomstring og faglig modning (1990-1999)

NFIMs 20-årsjubileum i 1995 markerte starten på en ny æra av faglig kommunikasjon og politisk innflytelse. Arbeidet med å utgi et medlemsblad resulterte i "*pest-POSTEN*", et ambisiøst prosjekt

Illustrasjon: Colourbox



som skulle øke interessen for foreningen, fungere som talerør for medlemmene og være et debattforum for faglige og fagpolitiske spørsmål. Med Oddbjørn Brubakk som redaktør og Jon Birger Haug som redaksjonssekretær, etablerte bladet seg som selvfinansierende gjennom annonser. Navnet ”*pest-POSTEN*” ble valgt etter å ha vurdert mer humoristiske alternativer (?)

Fra 1990 fikk NFIM en stadig viktigere rolle som høringsinstans for Sosialdepartementet, Statens Helsetilsyn og Den norske lægeforening. Et særlig sentralt arbeidsområde var den nye Smittevernloven, som trådte i kraft 1. januar 1995. Denne loven representerte en paradigmatisk endring som styrket sykehushygien og førte til krav om infeksjonskontrollprogrammer i alle institusjoner.

Samarbeidet med andre fagmiljøer ble systematisk forsterket. Vårmetet fortsatte som fast arrangement med Norsk Forening for Medisinsk Mikrobiologi (NFMM) som vertskap annethvert år. En særlig viktig utvikling var unnfangelsen av Medisinsk arbeidsgruppe for sykehushygiene (MASH) på NFSHs årsmøte i september 1995, godkjent av styrene i både NFIM og NFMM. MASH skulle senere bli en organisasjon under UEMS for infeksjonskontroll.

Spesialistutdanningen forble et vedvarende fokusområde, med arbeid på ny målbeskrivelse og kontinuerlig understreking av behovet for rekruttering av flere spesialister, særlig i Nord-Norge. I 1990 ble Domagh-Bayer prisen opprettet, og lokale infeksjonsfora ble startet med støtte fra Glaxo AS.

En milepæl av internasjonal betydning kom i 1997, da en UEMS-seksjon for spesialiteten infeksjonssykdommer ble opprettet (se også s. 27), noe som betød at EU offisielt anerkjente

infeksjonssykdommer som spesialitet. Dette ga norsk infeksjonsmedisin legitimitet og status på europeisk nivå.

Tusenårsskiftets utfordringer, økende antibiotikaresistens (2000-2009)

Rundt tusenårsskiftet møtte NFIM nye organisatoriske utfordringer. Lav deltagelse på foreningens møter, spesielt høstmøtet under Indremedisinsk høstuke, skapte bekymring. Dette førte til diskusjoner om å flytte årsmøtet fra høsten til våren for å øke oppslutningen.

Antibiotikaresistens ble et stadig viktigere arbeidsområde. Den nasjonale overvåkingsplanen NORM (Norsk system for overvåking av antibiotikaresistens) ble utviklet med betydelig bidrag fra NFIMs medlemmer. AFA, som ble stiftet i 1978, ble i 2005 transformert til et offisielt rådgivende utvalg underlagt Helsedirektoratet, med utvidet medlemskap. NORM ble anerkjent som en internasjonal suksess som bidro til å heve kvaliteten på mikrobiologisk arbeid og forskning i Norge.

NFIM fokuserte stadig sterkere på kvalitetssikring og utvikling av nasjonale retningslinjer. Et konkret eksempel var foreningens støtte på 100 000 kroner til utviklingen av en elektronisk/digital plattform for antibiotikaretningslinjer. Dette demonstrerte NFIMs vilje til å investere i fagutvikling.

Forholdet til legemiddelindustrien gjennomgikk betydelige endringer. Etter nye avtaler med Legemiddelindustriforeningen kunne ikke legegrupper lenger arrangere møter med direkte industristøtte, noe som førte til at firmaer som GlaxoSmithKline selv måtte stå som formelle arrangører med uavhengige programkomiteer. NFIM engasjerte seg aktivt i debatten om finansiering av konferansedeltakelse.

Spesialistutdanningen forble et kontinuerlig diskusjonstema, særlig med tanke på ”flaskehalsen” med sideutdanning i mikrobiologi. Et ambisiøst forsøk var NFIMs initiativ til å få godkjent tropemedisinkurs i India for spesialistutdanningen, som imidlertid ble avslått.

Medlemsveksten fortsatte med 240 medlemmer i 2011, opp fra 140 i 2007, noe som reflekterte fagfeltets voksende betydning og NFIMs attraktivitet.

Digital transformasjonen og pandemiens prøve (2010-2025)

Fra 2010-tallet har NFIM opplevd både kontinuerlig vekst og fundamental tilpasning til nye kommunikasjonsformer og fagpolitiske landskap. Medlemstallet økte til 319 i 2020 og stabiliserte seg på 280 ordinære og 110 assosierte medlemmer i 2024.

Digitaliseringen har revolusjonert foreningens kommunikasjon. Nasjonale retningslinjer har blitt et kjerneområde hvor NFIMs medlemmer har levert betydelige bidrag til utviklingen og revisjonen av veiledere for HIV, HCV og antibiotikabruk i sykehus. Ved siden av "pest-POSTEN" har Jon Birger Haug etablert spesialiserte nettsteder som hivfag.no, hepatittfag.no og antibiotikabruk.no der større faggrupper har stått for oppdateringer. NFIM er kreditert for å ha bidratt positivt til oppdateringen av nasjonale antibiotikaretningslinjer i regi av Helsedirektoratet. NFIM har også støttet Pestpodden, en egen podcast som har blitt lansert for å nå ut med infeksjonsmedisinske problemstillinger til et bredere publikum

Foreningen har tatt en aktiv rolle i "Gjør kloke valg"-kampanjen, med fokus på rasjonell antibiotikabruk, inkludert ved livets slutt. De første fem "kloke valg" – anbefalingene fra NFIM ble publisert i juni 2024 og understreker foreningens rolle i kvalitetsforbedring.

Covid-19-pandemien i 2020 satte infeksjonsmedisin i absolute sentrum for helsevesenets respons. NFIMs styre fokuserte intensivt på pandemirelatert arbeid, ga mandat til en ekspertgruppe for å vurdere behandlingsalternativer, og publiserte jevnlig oppdaterte rapporter. Foreningen støttet også NOR-Solidarity-studien, som raskt mobiliserte 29 norske sykehus. Dette demonstrerte både foreningens faglige tyngde og evne til rask mobilisering i krisesituasjoner.

Et særlig ambisiøst prosjekt har vært etableringen av en Nasjonal Metodebok for Infeksjonsmedisin i Norge som ble lansert på vårmøtet i Bodø juni 2025.. Initiativet har involvert alle de infeksjonsmedisinske fagmiljøene i Norge med formål å sikre ensartethet i diagnostikk og behandling, samt å unngå dobbeltarbeid med mange lokale prosedyrer.

Spesialistutdanningen har gjennomgått strukturelle endringer, der infeksjonsmedisin nå er en egen hovedspesialitet i stedet for en grenspesialitet. NFIMs spesialitetskomité arbeider med å revidere læringsmålene.

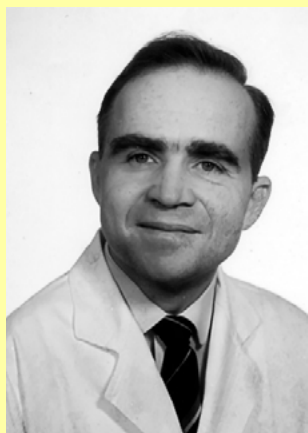
Det internasjonale samarbeidet har blitt systematisk styrket. Kristian Tonby representerer NFIM i ESCMID Council, og det er etablert en nasjonal arbeidsgruppe for rasjonell antibiotikabruk som respons på ESCMIDs oppfordring. Ingrid Hoff representerer NFIM i Nordic Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (NSCMID), og NFIM har vedtatt å slå sammen vårmøtet med NSCMID når Norge er vertskap. Lars Kaare Selland Kleppe og Ingvild Nordøy representerer NFIM i Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS-ID), som arbeider med en europeisk spesialisteksamen (se s. 28).

NFIM har også etablert flere faglige interessegrupper, inkludert Interessegruppe for infeksjonsleger innen intensivmedisin (IFII) og Fagutvalg av leger i spesialisering (FUNGI), noe som reflekterer subfaglig spesialisering og behovet for å inkludere leger i spesialisering.

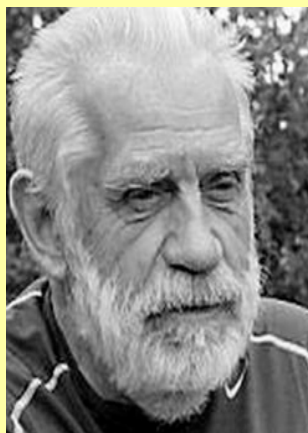
Antibiotikaresistens og legemiddelberedskap har blitt et kontinuerlig og voksende fokusområde. NFIM har representanter i Fagrådet for NORM og AFA, og bidrar aktivt til overvåking og fastsettelse av brytningspunkter. Foreningen har tatt til orde for å styrke Norges antibiotikaberedskap og etablere et nasjonalt legemiddelberedskapsråd, og er involvert i diskusjoner om nordisk og europeisk samarbeid om legemiddelforsyning.

– Kristian Tonby,
med kilder bl.a. fra pest-POSTEN

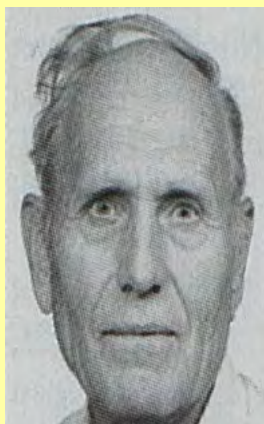
DET FØRSTE NFIM-STYRET, 1975



Formann: Claus Ola Solberg



Viseformann: Tore Midtvedt



Ivar Helle



Odd Garborg



Asbjørn Digranes



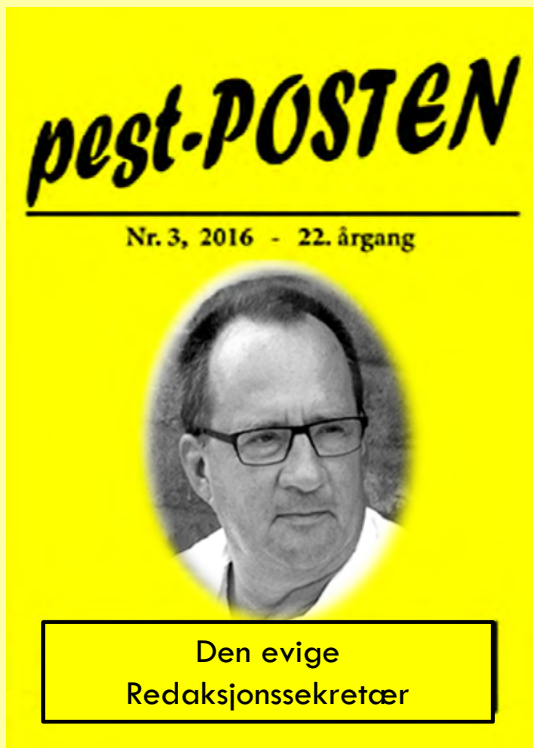
Per Bjark



Johan N. Bruun



Bjørg Marit Andersen (1978)



Arild Mæland 2005 – 2014



Torgun Wæhre 2005 – 2019

REDAKTØRER i "Pesta"



Oddbjørn Brubakk 1995 – 2004



Oddvar Oppegaard 2020 – 2024

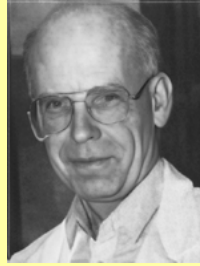


Ruben A. Claassens 2025 –

Styreledere i Norsk Forening for Infeksjonsmedisin, 1975-2025



Claus Ola Solberg
1975-79



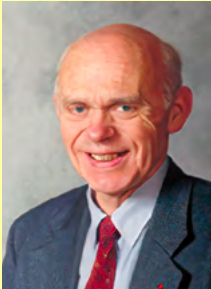
Jan Sander
1980-81



Aksel Schreiner
1982-85



Bjørn Myrvang
1986-89



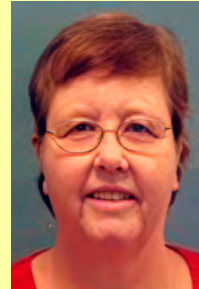
Are Næss
1990-93



Haakon Sjursen
1994-97



Arild Mæland
1998-99



Bjørg N. Sørensen
2000-02



Jan Erik Berdal
2003-04



Bente M. Bergersen
2005-09



Aleksander Leiva
2010-12



Arne Brantsæter
2013-16



Olav Lutro
2017-21



Kristian Tonby
2022-25



Illustrasjon: Colourbox

NFIM 50 år – en historisk tidsreise i foreningen

(Teksten er en redigert versjon av 50-årstalen under festmiddagen på årets vårmøte i Bodø)

Av Kristian Tonby

Kjære venner og kollegaer. Vi skal nå på en liten tidsreise. Vi skal tilbake til røttene våre. Vi skal finne svar på spørsmålet «Hvem er du egentlig kjære Norsk Forening for infeksjonsmedisin 50 år? Er du der du ønsker å være? eller føler du på en slags midtlivsforeningskrise? For å svare på dette har jeg dyddykket ned i arkivmappene til foreningen. Og her - kjære alle infeksjon og mikrobiologi interesserte venner - her er historien om dere selv.

(Instruks til pest-POSTENs lesere – ulike avsnitt må leses eller nynnnes til tidsriktig musikk fra det aktuelle tiåret – følg instruksene i teksten).

Ideen om norsk forening for infeksjonsmedisin startet en gang på tidlig **70-tallet**. Kanskje i et trangt smau i Bergen eller på en gjengrodd sti på Østlandet. 70-tallet var en brytningstid da folk flest gikk med slengbukser og strikket egne bikinier. *(Leses videre med instrumentalversjonen av «Staying Alive» i bakgrunnen).* Sangen “Stayin’ Alive” til Bee Gees spredte seg viralt gjennom atmosfæren i takt med spredningen av chlamydia og gonore, mens koppeviruset ble utryddet. Mange mente at vaksiner kunne utrydde alle infeksjonssykdommer- var det da egentlig behov for en egen infeksjonsmedisinsk forening?

Ja! – sa de 67 fremmøte på stiftelsesmøtet for foreningen den 15.01.1975 i kantinen på Haukeland Sykehus. I følge stiftelsesdokumentet ble Foreningen stiftet med formål om å samle alle som er interesserte i infeksjonsmedisin, og for å fremme infeksjonsfagets utvikling. Men hvem var disse infeksjon og mikrobiologi-pionerene på 70 tallet? Det var Claus Ola Solberg som styreleder, det var Tore Midtvedt, Asbjørn Digranes, Odd Garborg, Ivar Helle, Per Bjørk og Johan Bruun.

Men var det virkelig bare menn den første tiden? Nei, heldigvis kom Bjørg Marit Andersen



Illustrasjon: Shutterstock AI

med i styret i 1978. I 1979 ble grenspesialiteten infeksjonssykdommer vedtatt på landsstyremøte i Dnlf etter ni år med avslag. Og siden har spesialitetsutdanningen vært et av de aller viktigste temaene for infeksjonsforeningen.

Hvordan var det å være vanlig medlem på 70-tallet? Medlemskontingenten i foreningen kostet 20 kroner per år. Ikke rart at man måtte ha støtte fra industrien den gangen. Foreningen var ikke bare åpen for leger. I 1979 ble 11 legemiddelfirmaer støttemedlemmer av foreningen ved å betale en årlig årskontingent på hele 1000 kroner. På 70-tallet handlet mange av foredragene

på vårmøtene om salpingitter og chlamydia, men også om parasitt- og importdiagnostikk, ikke minst fordi vi som infeksjonsleger og mikrobiologer alltid har vært opptatt av det som skjer utenfor landets grenser, særlig i tropiske strøk.

80-tallet kom så med full styrke. Vi fikk A-ha med "Take On Me" og Michael Jacksons Thriller (*Leses med instrumentalversjonen av Thriller i bakgrunnen*). Mens samfunnet var opptatt av skulderputer, pastellfarger og jappetid, hadde vi meningokokker på infeksjonsprogrammet. Snart dukket en av de største thrillerne i medisins historie opp. HIV epidemien. Det første foredraget i Norge og infeksjonsforeningen om hiv ble holdt av æresprisvinner Stig Frøland den 28.05.1983 med foredraget «*AIDS- er det vår generasjons medisinske utfordring?*» Svaret vet vi alle. Siden den gang har hiv vært en av foreningens hovedaktiviteter.

Programmet fra 80-tallet viser for øvrig at vi i infeksjonsmiljøet liker å gå forsiktig frem og ta oss tid til å diskutere. I mai 1985 ble det på vårmøtet i Fredrikstad diskutert om betalaktamantibiotika og aminoglykosider var trygt for pasientene. Høres dette kjent ut? (ref paneldebatt om aminoglykosider på NSCMID i Oslo 2024). Vi er gode i infeksjonsforeningen på å ikke forhaste oss med konklusjonene.

På **90-tallet** tok vi steget inn i fremtiden med Backstreet Boys, Nirvana og Britney Spears med hit'en «hit me Baby One More Time». (*Leses videre med instrumentalversjonen til Britney i bakgrunnen*). Berlinmuren hadde falt, folk fikk e-postadresser og mobiltelefoner med antenner. Ifølge et styrereferatet fra 1996 anskaffet vi oss vår første bærbar PC, compaq contour 400cx. Men, vi eide den ikke selv. Den var kun på utlån fra et av legemiddelfirmaene i den nye støttegruppen for norsk forening for infeksjonsmedisin. Vi var optimistiske i infeksjonsforeningen på 90 tallet.

Pasientene våre fikk tilgang til hiv medisiner og kunne leve lenger, men dette gjaldt ikke alle. Mange i infeksjonsforeningen engasjerte seg politisk for tilgang til hiv medisiner for alle. Samtidig begynte en ny trussel å gjøre seg

gjeldende, noe vi bare hadde lest om utenfor landets grenser: MRSA. ESBL. MDR TB. Vi begynte å drøfte – hadde vi vært for løsslupne med bruken av antibiotika? Dag Berild stod for første gang på et vårmøte i mai 1996 og snakket om: «Kan vi styre antibiotikabruken i Norge?» Kort tid etter ble den første veilederen for rasjonell bruk av antibiotika publisert av Dag Berild, Håkon Sjørnsen og kollegaer.

På 90-tallet ble det også mer og mer fokus på sykehushygiene. Det ble etter hvert etablert mange arbeidsgrupper innen smittevern med korte bokstavsforkortelser, det var IFIMIS, EUCIC, MASH og MASS. Hva bokstavene står for? Det er det få som vet, men vi vet at smittevern er viktig.

Kjære venner, vi er ikke bare 50 år i år. *pest-POSTEN* har også 30-årsjubileum. Medlemsbladet er det oksygenrike blodet som pumper i blodårene våre og gjør infeksjon, smittevern og mikrobiologi til en familie. *pest-POSTEN* ble etablert i 1995 med Oddbjørn Brubakk som den aller første redaktøren og med Jon Birger Haug som redaksjonssekretær samme år, en funksjon Jon Birger har hatt siden. Takk til alle redaksjonsmedlemmer i *pest-POSTEN* og særlig takk til redaktørene Oddbjørn Brubakk, Arild Mæland, Torgunn Wæhre, Oddvar Oppegård og den nyslåtte redaktør Ruben Aleksander Claassens, og ikke minst redaksjonssekretær Jon Birger hvis engasjement heldigvis aldri går ut på dato.

2000-tallet startet med milleniumspanikk. Man trodde at verden skulle stoppe ved overgangen til et nytt år tusen grunnet dataviruset Y2K. Men det gikk bra. Beyoncé, Eminem og Coldplay fikk roet nervene våre. (*Leses videre med tonene til Paradise instrumental versjon i bakgrunnen*). Men for oss i infeksjonsfaget kom det nye virus. Det første SARS utbruddet i Asia kom i 2002. Infeksjonsforeningens leder den gang, Jan Erik Bernald ved AHUS, ble intervjuet i 2003 og spådde en lysende fremtid for infeksjonsfaget grunnet risikoen for epidemier. Jan Erik fikk så rett, så rett i sin framsynthet. Det kom utbrudd på løpende bånd: Marburgvirus. Fugleinfluenza,

svineinfluensa, Ebola og ikke minst covid. I all beskjedenhet, infeksjonsmedisin og mikrobiologi har blitt noen av de hotteste fagområdene.

Mens de første 35 årene vi har vært gjennom føles som en svunnen tid - føles de siste 15 årene som om alt skjedde i går.

Siden 2010 har det blitt jobbet kontinuerlig med nasjonale retningslinjer for antibiotikabruk. Nær sagt alle i foreningen med Per Espen Akselsen i spissen har deltatt i arbeid med retningslinjer for antibiotika. Vi har de siste 20 årene forsøkt å etablere registre for alle slags infeksjoner; hiv, endokarditt, sepsis, meningitt, men uten å lykkes. Men endelig etter 15 års innbitt jobbing klarte endelig Bente Bergersen å bryte registerbarrierer med etablering av Norhiv registeret. Vi har velfungerende veiledergrupper med hiv og hepatittveiledere. Vi har en spesialitetskomite som i nesten 50 år har jobbet for utdanning av reserveleger, assistentleger, LIS 1, 2 og 3. Vi stod sammen i covidpandemien og etablerte levende kunnskapsoppdatering om covid bare uker etter at pandemien kom til Norge. Vi bygger sosiale og faglige nettverk på tvers av sykehus og regioner med metodeboken. Men har vi alltid vært enige i foreningen? Nei, ikke alltid. Vi må være ærlige. Vi har vist at vi kan være uenige særlig når det gjelder diskusjoner om forhold til legemiddelindustrien, habilitetsspørsmål ved deltakelse i LIS anbudsgrupper, og ikke minst bruk av aminoglykosider i sepsisbehandling.

Men, etter 50 år med infeksjonsforeningen, hvordan skal vi beskrive oss selv? Hvordan skiller vi oss som infeksjonsleger fra alle andre? Et godt tips for å beskrive seg selv er å forfatte en **klassisk kontaktannonse**.

Kjære venner, her er kontaktannonsen på vegne av den jevne medlem i foreningen når vi har behov for å lete etter en ny partner utenfor infeksjonsfamilien. (*Leses med instrumentalversjonen av «All of Me» med Enrique Lázaro i bakgrunnen*).

”Til du der ute som er interessert i fellesskap med kjærlig faglighet.

Hei. Jeg er en engasjert fagperson mellom 28- 92

år som søker ny partner. Jeg er opptatt av å bidra til samfunnet og liker å hjelpe. Lønn og penger betyr mindre for meg. Det viktigste er at du ser meg. Jeg tiltrekkes av jobber med mye arbeid, og jobber gjerne i kummerlige forhold med dårlig betaling og jeg ber aldri om overtid. Jeg liker å reise til tropiske strøk, og helst til eksotiske steder med mye mygg, insekter og parasitter. Storbyferie er kjedelig med mindre det er en stor internasjonal kongress med 15 000 mennesker.

Du trenger ikke vite hva R tall er, men er du forkjølet må du akseptere munnbind. Musikk betyr mye for meg. Jeg spiller piano, gitar, saksofon, cello og fiolin og hører på alt fra Mozart, Rolling Stones, Queen, Britney Spears, Coldplay og Astrid S. Liker du festspillene i Bergen? Ring meg. Er tekno din favoritt musikk- ikke ring meg. Jeg leser mye, er glad i bøker og skjønnlitteratur, men reisebrev og diktsamlinger i pest-posten er det som får hjertet mitt til å banke.

Jeg er sosial og glad i en fest, men liker ikke å ta på meg penklær, trives best i en sliten t-skjorte og ustroken bukse. Helt OK at du liker å diskutere, men du må synes at det er trygt å gi gentamycin til pasienter med alvorlig infeksjon. Jobber du i legemiddelindustrien? Beklager, det går utover habiliteten min. Jeg kan være spontan og fleksibel, men timing er viktig for meg. Jeg er spesielt opptatt av at blodkulturer tas før oppstart antibiotika. Jeg har mange venner, men mikrobiologene er mine aller beste venner, og vi kan ikke leve uten hverandre. Du må derfor akseptere en tredje part i forholdet vårt, og viktig! Du må huske å fylle ut klinisk informasjon på rekvisisjoner til mikrobiologisk prøvetakning. Er du interessert? Ta kontakt da vel!”

Kjære Norsk Forening for Infeksjonsmedisin. Det pionerene startet i 1975, og som generasjoner av medlemmer har båret videre, er ikke over. Det er levende, vitalt – og fortsatt i vekst.

Kjære venner og fagfamilie, gratulerer med de 50. Jeg spår at det er fortsatt vil være en lysende fremtid for fagene våre!

*Kristian Tonby
Styreleder NFIM*

GRATULASJONER I ANLEDNING 50-ÅRS JUBILEET fra fagmedisinske søsterforeninger

Redaksjonen og styret i NFIM besluttet å kaste all beskjedenhet til side ved rett og slett anmode om å få tilsendt en hilsen fra flere av våre "nærmeste" fagmedisinske søsterforeninger i Dnlf. Vi har mottatt mange svar, - og sprer dem litt utover i bladet slik at inntrykkene ikke blir for voldsomme :-)

Forespørselen foregikk slik til ledere av foreningene ('full disclosure'):

Norsk forening for infeksjonsmedisin (NFIM) markerer i år sitt 50-års jubileum, og i den anledning har vi satt oss fore å samle hilsener fra nærliggende medisinske disipliner for presentasjon i vårt medlemsblad "pest-POSTEN".

Vi håper {xxx} forening kan bidra med noen refleksjoner rundt infeksjonsmedisinens rolle i norsk helsevesen, og gjerne med fokus på det samarbeidet dere opplever å ha med infeksjonsmedisin. Både ros og konstruktiv kritikk mottas med takk – sistnevnte gjerne med et snev av humor.

Gjennom disse 50 årene har vårt fag utviklet seg langt utover tradisjonell infeksjonsbehandling. Vi har blitt sentrale i arbeidet mot antibiotikaresistens, pandemiberedskap og smittevern. Vår konsultative virksomhet overfor kolleger i sykehushverdagen har også blitt en viktig del av fagområdet, sammen med internasjonalt engasjement innen tropemedisin og bistandsarbeid.

Vi setter stor pris på om du kan dele tanker om infeksjonsmedisinens betydning for deres spesialitet og for norsk medisin generelt. Takk for et godt samarbeid gjennom årene!

Takk for godt samarbeid gjennom årene!"



DEN NORSKE LEGEFORENING

Kjære Norsk forening for infeksjonsmedisin,

Gratulerer så mye med 50 års jubileet!

Gjennom et halvt århundre har dere bidratt til å utvikle norsk infeksjonsmedisin – et fagfelt som står helt sentralt i moderne medisin. Arbeidet deres har styrket både faglig kvalitet, pasientsikkerhet og beredskap i helsetjenesten.

Pandemien viste oss tydelig hvor avgjørende denne kompetansen er, og hvor viktig det er å ha et sterkt fagmiljø som løfter kunnskapen og støtter kollegene i praksisfeltet.

Legeforeningen er stolt av å ha dere som en del av vårt faglige fellesskap. Gjennom 50 år har dere vist hvordan engasjement, samarbeid og vitenskapelig nysgjerrighet gir resultater til beste for pasientene og for samfunnet.

Gratulerer med jubileet, og lykke til med de neste 50 årene.

*Anne-Karin Rime
President, Legeforeningen*

**Norsk forening for infeksjonsmedisin
- gratulerer med 50 år!**



Uten infeksjonsmedisinere – ingen moderne hematologisk behandling. Vi kan nok skryte på oss en viss kompetanse i hvordan ulike mikrober skal bekjempes – men når det røyner på trenger vi dere! Som andre spesialiteter som behandler maligne sykdommer har faget vårt vært i rivende utvikling de siste 50 årene, og behandlingsmulighetene øker år for år. Mange - hvis ikke alle - typer behandling for ondartede blodsykdommer gir svekket immunforsvar, på samme måte som sykdommen i seg selv i mange tilfeller. Ved behandling med allogen stamcelletransplantasjon for eksempel, har pasienten nedsatt immunforsvar i mange måneder og er avhengig

av beskyttelse mot opportunistiske infeksjoner med ulike profylakser utviklet i et samarbeid mellom infeksjonsmedisinere, hematologer og farmakologer.

For øvrig oppfatter vi våre kolleger infeksjonsmedisinere som permanent opptatt av «restriktiv antibiotikapolitikk» (Vi husker Berilds lille røde)! - som jo har mye av æren for at Norge fremdeles er annerledeslandet når det gjelder resistente bakterier. Vi setter også pris på deres globale engasjement – utfordringene og mulighetene til å gjøre en forskjell i mindre heldig stilte deler av verden er enorm - og innsatsen deres under pandemien var helt uvurderlig. Takk for samarbeidet gjennom årene!

*Hilsen fra Norsk Selskap for hematologi
ved styreleder Hege Melby Frøen*

**50 år med infeksjonsmedisin – og fortsatt
smalspektret i sjelen**



Vi trauste lungeleger har lenge hatt gleden av å dele pasienter, problemstillinger – og kaffepauser – med passelig kule infeksjonsleger. Når diagnosen er klar og CRPen høy, finnes det trygge kolleger som ikke bare kan antibiotikaveilederen utenat, men også evner å møte opp på sengeposten for å se pasienten bak prøvesvarene.

Samarbeidet om komplekse lungeinfeksjoner har vært preget av faglig tyngde og lav terskel for dialog – selv om vi av og til undres over hvordan smalspektret idealisme i auditoriet blir til bredspektret pragmatisme på vakttelefonen.

Vi gratulerer hjertelig med jubileet, og ser frem til fortsatt godt samarbeid – både i klinikken og i kantina!

Hilsen fra Norsk forening for lungemedisin, ved styreleder Rune Nielsen

Kjære norske infeksjonsmedisinere!

Norsk anesthesiologisk forening gratulerer hjerteligst med jubileet!

Vi i Norsk anesthesiologisk forening vil gjerne sende dere både en stor takk og gratulasjoner i forbindelse med 50-års -jubileet! Dere gjør ofte vanskelige valg – og det vet vi kanskje bedre enn de fleste.

For oss anestesiloger er samarbeidet med dere både viktig og uvurderlig. Vi møtes ofte når pasienten er som sykest. Den klassiske fellespasienten har septisk sjokk og mikroben er ofte ukjent – mens vi gjør det vi liker best med katetere og tuber i kar og hulrom, organstøttende behandling på avanserte

intensivavdelinger, og med økende mengde tall og alarmer på monitorene – så gjør dere tankevirksomheten om antibiotikavalg og kommer med livreddende råd.

Infeksjonsmedisin handler ikke bare om mikrober og antibiotika, men om pasientene og oss helsepersonell. Dere står for infeksjonsforebygging i sykehusene og i befolkninga, dere gjør kloke vurderinger, viser godt tverrfaglig samarbeid og har stor omsorg for pasientene. Deres innsats har vært avgjørende både for enkeltpasienter og for samfunnet vårt. Nylig har vi vist at vårt samarbeid drar oss gjennom en pandemi. Dere er vesentlige i møte med globale helsekriser som pandemier og antibiotikaresistens. Det gjør dere med både faglig tyngde, nysgjerrighet og medmenneskelighet. Det har vi stor respekt for.

Takk for godt samarbeid gjennom årene – og for at dere alltid stiller opp med kompetanse og råd når det trengs som mest. Vi ser frem til mange nye år med felles innsats til det beste for pasientene! Gratulasjoner fra Norsk anesthesiologisk forening!

*Norsk anesthesiologisk forening,
ved nestleder Randi Marie Mohus*

Illustrasjon: Colourbox





BIKTARVY®

biktegravir / emtricitabin /
tenofoviralfenamid

**For today, tomorrow,
and the days to come**



Hvorfor velge BIKTARVY® ved behandling av hiv^a?

**Robust og holdbar effekt gjennom
5 år** uten tilfeller av behandlingsrelatert
resistens hos voksne^{1,2,b}

Godt tolerert i løpet av 5 år med <1%
av deltakerne som sluttet på grunn av
legemiddelrelaterte bivirkninger^{1,2}

En av markedets minste STR,
administreres når som helst på dagen
med eller uten mat¹

**Les mer om
BIKTARVY® her**



a. Ved behandling av humant immunsviktvirus-1 (hiv-1)- infeksjon hos voksne og pediatriske pasienter som er minst 2 år og veier minst 14 kg, uten nåværende eller tidligere påvist virusresistens mot integrasehemmerklassen, emtricitabin eller tenofovir.
b. I alle registreringsstudier.

Pillene vises ikke i faktisk størrelse. STR, single-tablet regimen.

REFERANSER: 1. BIKTARVY® Summary of Product Characteristics. 2. Sax P, et al. *Lancet*. eClinicalMedicine 2023; 59: 101991.

NO-BVY-0062 02/2025



GILEAD

Gilead Sciences Sweden AB | Hemvärnsgatan 9, SE-171 54 Solna, Sweden
Phone: + 46 (0)8-505 718 00

Indikasjoner: Behandling av humant immunsviktvirus-1 (hiv-1)- infeksjon hos voksne og pediatriske pasienter som er minst 2 år og veier minst 14 kg, uten nåværende eller tidligere påvist virusresistens mot integrasehemmerklassen, emtricitabin eller tenofovir, se SPC.

Dosering: Behandling bør initieres av lege med erfaring i hivbehandling. En 50 mg/200 mg/25 mg tablett daglig for voksne og pediatriske pasienter som veier minst 25 kg. En 30 mg/120 mg/15 mg tablett daglig for pediatriske pasienter som er minst 2 år og veier minst 14 kg og mindre enn 25 kg. Eldre ≥ 65 år: Dosejustering ikke nødvendig. Tabletten tas med eller uten mat.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Samtidig bruk av rifampicin eller johannesurt (prickperikum).

Bivirkninger:

Organ-klasssystem	Vanlige bivirkninger
Gastrointestinale	Diaré, kvalme
Generelle	Fatigue
Neurologiske	Hodepine, svimmelhet
Psykiske	Depresjon, unormale drømmer

Biktarvy* (biktegravir/emtricitabin/tenofoviralfenamid) **30 mg/120 mg/15 mg og 50 mg/200 mg/25 mg filmdrasjerte tabletter. ATC-kode:** J05AR20. **Indikasjoner:** Behandling av humant immunsviktvirus-1 (hiv-1)- infeksjon hos voksne og pediatriske pasienter som er minst 2 år og veier minst 14 kg, uten nåværende eller tidligere påvist virusresistens mot integrasehemmerklassen, emtricitabin eller tenofovir. **Dosering og administrasjonsmåte:** En 50 mg/200 mg/25 mg tablett daglig for voksne og pediatriske pasienter som veier minst 25 kg. En 30 mg/120 mg/15 mg tablett daglig for pediatriske pasienter som er minst 2 år og veier minst 14 kg og mindre enn 25 kg. Tabletten tas med eller uten mat. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for biktegravir/emtricitabin/tenofoviralfenamid eller noen av hjelpestoffene. Samtidig bruk av rifampicin eller johannesurt. **Advarsler og forsiktighetsregler:** Skal unngås hos pasienter med beregnet kreatininclearance ≥ 15 ml/min og < 30 ml/min, eller < 15 ml/min som ikke får kronisk hemodialyse. Hos voksne med beregnet kreatininclearance < 15 ml/min som får kronisk hemodialyse, skal Biktarvy kun brukes hvis fordelene anses å oppveie risikoene. Anbefales ikke til pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon. Seponering av behandling hos pasienter som er infisert med både hiv og HBV, kan være assosiert med alvorlig akutt forverring av hepatitt. Pasienter som er infisert med både hiv og HBV og som slutter å bruke Biktarvy, må overvåkes nøye i minst flere måneder etter at behandlingen er avsluttet. En potensiell risiko for nefrotoksisitet som følge av kronisk eksponering for lave nivåer av tenofovir på grunn av dosering med tenofoviralfenamid kan ikke utelukkes. Det anbefales at nyrefunksjonen evalueres hos alle pasienter før, eller når man initierer, behandling og at den også overvåkes under behandling hos alle pasienter, etter klinisk behov. Reduksjoner i beinmineraltettheten (BMD ≥ 4 %) i ryggraden og hele kroppen minus hodet (TBLH) har blitt rapportert hos pasienter i alderen 3 til < 12 år. **Graviditet og amming:** Kan brukes under graviditet dersom de mulige fordelene veier opp for mulig risiko for fosteret. I en studie utført på gravide kvinner som fikk Biktarvy, var eksponeringen av biktegravir, emtricitabin og tenofoviralfenamid lavere under graviditet. Virusmengden skal overvåkes nøye i samsvar med etablerte behandlingsretningslinjer. Skal ikke brukes ved amming. **Bivirkninger:** Vanlige: depresjon, unormale drømmer, hodepine, svimmelhet, diaré, kvalme, tretthet. **Pakninger og priser:** 30 stk. 50 mg/200 mg/25 mg tabletter (boks) 43 63 08. Pris: NOK 11 290,70 (AUP inkl 25% MVA). 30 stk. 30 mg/120 mg/15 mg tabletter (boks) 18 51 43. Pris: NOK 11 290,70 (AUP inkl 25% MVA). Kostnadsfritt i henhold til blåreseptforskriften/smittevernloven. **Refusjon:** H-resept. **Innehaver av markedsføringstillatelsen:** Gilead Sciences Ireland UC, Irland. **Ytterligere informasjon:** Kontakt lokal representant: Gilead Sciences, tlf. +46 8 505 718 00. For mer informasjon, se preparatomtale. **Basert på** SPC 06/2024.

Arbeidsgruppen for antibiotikaspørsmål

Glimt fra en snart 50 årig historie

Arbeidsgruppen for antibiotikaspørsmål (AFA) ble stiftet i 1978. Den besto av spesialister i medisinsk mikrobiologi (n=4) og infeksjonsmedisin (n=2), oppnevnt av henholdsvis Norsk forening for medisinsk mikrobiologi (NFMM) og Norsk forening for infeksjonsmedisin (NFIM).

AFA ble etablert «for å gjennomgå norske rutinemetoder for resistensbestemmelse og rapportering av mikrobers følsomhet for antimikrobielle midler, med mål om blant annet å anbefale passende brytningspunkter for individuelle antibiotika og valg av midler for rutinemessig følsomhetstesting basert på eksisterende norsk terapeutisk tradisjon» (1). AFA leverte sitt første samlede forslag til brytningspunkter i 1982 og da som generiske MIC-verdier (2). Anbefalte brytningspunkter for disk-diffusjonsmetoden ble levert av industrien (lappeprodusentene)! Det omfattende arbeidet i AFA er best illustrert i en publikasjon i Scandinavian Journal of Infectious Diseases 1997 hvor hele supplementsnummeret var viet AFAs anbefalinger (1). Her beskrives metoder, kvalitetskontroller, de ulike grupper av antibiotika med farmakokinetikk og antimikrobielt spektrum, dosering i henhold til daværende Statens legemiddelkontroll, anbefalte resistenspaneler i tråd med norske terapitradisjoner, samt generiske (ikke-species spesifikke) SIR- og 4-gruppe systemer for kategorisering av bakteriers følsomhet for antibiotika. På mange måter illustrerer dette AFAs arbeidsområder også i dag (<https://www.afa-gruppen.no/>).

European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing (EUCAST) ble stiftet i 1997 av European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID). De daværende seks nasjonale brytningspunkt-komiteene i



Arbeidsgruppen samlet i Stavanger, 2024

Europa fikk oppnevnt én representant hver til EUCAST Steering Committee (SC). Martin Steinbakk var AFAs faste representant fra starten og helt fram til 2015, etterfulgt av Paul Christoffer Lindemann. I 2001/2002 gjennomgikk EUCAST en større reorganisering der et hovedmål var å harmonisere brytningspunkter og metoder for resistensbestemmelse. På den tiden var det minst sju forskjellige retningslinjer for tolkning av resistensbestemmelse og kategorisering av følsomhet for antibiotika. Samarbeid mellom de ulike nasjonale komitéene var kun sporadisk. Behovet for harmonisering ble særlig godt illustrert gjennom en sammenstilling av de temmelig ulike nasjonale brytningspunktene

På vegne av AFA-gruppen:

Arnfinn Sundsfjord, leder, og

Paul Christoffer Lindemann, nestleder

publisert av forfattere som også har bidratt i AFAs arbeid (3). Samordningen skjøt fart under Gunnar Kahlmeter's samlende ledelse og de årlige EUCAST brytningspunkter (både MIC og sonediametre) ble raskt referansen for de nasjonale brytningspunkt-komiteene. For mer informasjon om EUCASTs historie, anbefales denne publikasjonen (4).

AFA sorterte lenge under de respektive spesialistforeningene i legeforeningen. Finansieringen av dugnadsarbeidet skjedde gjennom Industriseminarer, hvor representanter fra farmasøytisk industri og medisinske utstyrsleverandører fikk en årlig oppdatering på fagfeltet mot en deltakeravgift. Det ble etter hvert tydelig at AFAs arbeid måtte gis en mere formell forankring i den offentlige helseforvaltningen. AFAs mandat og legitimitet ville på denne måten forsterkes. Etter en lengre prosess ble AFA oppnevnt som en rådgivningsgruppe for daværende Sosial- og helsedirektoratet i 2006 med eget budsjett og årlig rapportering. Gruppen ble utvidet til ni medlemmer, inkludert én bioingeniør oppnevnt av Norges ingeniør- og teknologiorganisasjon (NITO). I tillegg stilte Veterinærinstituttet, Statens legemiddelverk og etter hvert også referanselaboratoriene (MRSA, K-res og soppreferanse-laboratoriet) som henholdsvis observatører og inviterte deltakere. Etter 2006 oppnevnes AFAs faste medlemmer av Helsedirektoratet for fire år av gangen, hvor NFMM, NFIM, og NITO har forslagsrett. Fra 2017 har AFA også et fast medlem hver fra henholdsvis Norsk Barnelegeforening og Antibiotikasenteret for primærhelsetjenesten. Tidslinjen for lederskap og sekretærfunksjoner i AFA fremkommer på AFAs hjemmeside (<https://www.afa-gruppen.no/>).

Det Nordiske samarbeidet har blitt sentralt i AFAs virksomhet. The Nordic Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing (NordicAST); <https://www.nordicast.org/>) ble etablert i 2010. Et skandinavisk samarbeid hadde da allerede foregått siden 2004, da den første årlige dansk-norsk-svenske workshop om resistensbestemmelse ble arrangert med

den svenske SRGA-M gruppen som vertskap. Hovedoppgaven for NordicAST er sikre en god nordisk tilpasning av EUCAST årlige oppdaterte brytningspunktstabell samt metoder for resistensbestemmelse og påvisning av klinisk viktige resistensmekanismer. NordicAST er ikke involvert i nasjonale behandlingsretningslinjer eller overvåking av resistens og antibiotikaforbruk. I 2011 var NordicAST sammensatt av tre faste representanter fra henholdsvis AFA (Norge), RAF-M (Sverige) og DANRES-M (Danmark), samt flere assosierte ressurspersoner, inkludert NITOs representant i AFA. Arbeidsspråket var opprinnelig skandinavisk, men etter at Finland og Island også ble inkludert er arbeidsspråket nå engelsk. Arbeidsfeltet har en økende kompleksitet. Det nordiske samarbeidet er svært verdifullt for å ivareta og utvikle en samlet kompetanse også gjennom de årlige Nordic workshops.

AFA er også svært glad for samarbeidet med pest-POSTEN som nå har 30-års jubileum – gratulerer! Medlemsbladet fyller en naturlig plass som nasjonal kommunikasjonskanal for kortfattede solide faglige innlegg og sentrale møtereferat fargelagt med humør og kultur – fortsett med det. AFA fyller 50 år i 2028 – vi får begynne å forberede oss.

Referanser

1. Bergan T, Bruun J, Digranes A, Lingaas E, Melby K, Sander J. Susceptibility testing of bacteria and fungi. Report from the Norwegian Working Group on Antibiotics". Scand J Inf Dis 1997 Supplementum 103. ISSN 0300-8878.
2. Bergan, T, Bruun JN, Digranes, A, Lehmann V, Melby, K, Midtvedt T, Schreiner, A. Resistensbestemmelse av bakterier. Rapport fra Arbeidsgruppen for antibiotikaspørsmål, oktober 1982.
3. Leegaard T, Caugant DA, Frøholm LO, Høiby EA. Apparent differences in antimicrobial susceptibility as a consequence of national guidelines. Clin Microb Inf 2000;6:290-93.
4. Giske CG, Turnidge J, Cantón R, Kahlmeter G. Update from the European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing (EUCAST). J Clin Microbiol;60(3): e0027621.

Spesialiteten Infeksjonssykdommer (1)

Ny spesialitet, men gammelt fag

Fire år etter at norsk forening for infeksjonsmedisin (NFIM) ble stiftet i Bergen i 1975 ble spesialiteten infeksjonssykdommer opprettet. Gjennom 46 år har 267 infeksjonsmedisinere blitt godkjent med utdanning i Norge. Gjennom skiftende regelverk har faget beholdt sin plass og struktur, også som følge av iherdig og viktig arbeid i spesialitetskomiteen og de stadig flere utdanningsvirksomhetene.



**Norsk forening for
infeksjonsmedisin**

DEN NORSKE LEGEFORENING

Nåværende spesialitetskomite på møte i juni 2025. f.v. Gro Grimnes, Andrea Dobloug, Karianne Haarklau, Synnøve Berg, Ellen Samuelsen, Ingvild Nordøy, Marianne Ask Torvik. Leder Lars Kåre Kleppe var ikke tilstede.

Når én dør lukkes, åpnes en annen

Det kan virke rart at vårt fag har så kort historie, og det stemmer da også heller ikke helt. Vi må begynne med begynnelsen. I 1918 ble grunntrekkene i den norske spesialistutdanningen etablert i regi av legeforeningen. Da mange leger på denne tiden avterte med å være spesialistleger så man behov for regler og struktur. Legeforeningen tok ansvar for godkjenningsordning og samarbeidet med universitetene om utdanningen. Blant de 13 opprinnelige spesialiteter finner vi kirurgi, fødselshjelp, hud og kjønnssykdommer, lungesykdommer og lungetuberkulose og selvfølgelig indremedisin. Ortopedi het i starten faktisk «massasje, sykegymnastikk og ortopedisk behandling» Egne bedømmelseskomiteer i spesialitetene kan ses på som forløpere til dagens spesialitetskomiteer, disse gav råd til øverste valgte ledelse i legeforeningen.

- I 1931 kom spesialiteten "Epidemiske sykdommer", denne ble lagt ned allerede i

1967, mens spesialiteten tropesykdommer ble opprettet i 1952. Mikrobiologi har vært egen spesialitet siden 1945.

- I 1959 ble flere viktige prinsipper besluttet i all spesialistutdanning, bl.a. en systematisk kursutdanning, spesialisteksamen og få år senere kom prinsippet om at det maks skulle være to LiS pr. spesialist i faget. Opp gjennom 60-tallet introduserte man gruppeføring av sykehus og mandatet til spesialitetskomiteene ble definert liknende slik det er i dag.
- I 1975 vedtok Legeforeningen strukturen med hoved- og grenspesialiteter for de indremedisinske fagene. Nesten samtidig skjedde det også for kirurgi. Noen grenspesialiteter var da allerede opprettet.

På vegne av Spesialistkomiteen(e):

Lars Kåre Kleppe (nåværende leder)

- I 1979 ble både infeksjonsmedisin og nyresykdommer «nye» grenspesialiteter. Tropesykdommer ble da avvirket samtidig.

Legeforeningen har, med delegert myndighet, tatt og forvaltet stort ansvar for spesialistutdanningen i hele perioden, med mye engasjement fra svært mange medlemmer. Store endringer fant sted nå i 2016-2019 hvor ansvaret i betydelig større grad er overtatt av helsedirektoratet for organisering og godkjenning.

Spesialistutdanning og spesialitetskomite for infeksjonssykdommer

De første årene etter stiftelsen jobbet foreningen hardt for å få infeksjonssykdommer anerkjent som en formell grenspesialitet innen indremedisin. Dette arbeidet lyktes da fire år senere.

For perioden 1979–1981 ble en spesialistkomité i infeksjonssykdommer oppnevnt, sammensatt av sentrale skikkelser i det norske infeksjonsmiljøet. Formannsrollen gikk til Sigvard Tschudi Madsen, og Bjarne Bjorvatn, Jan Sander, Per Bjark og Bjørn Myrvang. Komiteens første og mest presserende ansvar var å utarbeide en målbeskrivelse for den nye spesialistutdanningen – hva skulle en spesialist i infeksjonssykdommer faktisk kunne? De behandlet søknader om spesialistgodkjenning fra leger som ønsket å bli sertifisert, de godkjente og kvalitetssikret kurs, og de arrangerte obligatorisk prøve i tropesykdommer og parasittologi.

I starten ble det også en viktig oppgave å vurdere spesialistsøknader i en ny spesialitet og å etablere undervisningssteder.

Besøk ble gjennomført ved en rekke institusjoner: Haukeland Sykehus, Sentralsykehuset i Akershus og regionsykehusene i Tromsø og Trondheim i den første fasen. Hovedinntrykket komiteen satt igjen med var på mange måter oppmuntrende: det ble lagt ned mye og engasjert arbeid i utdanningen ved disse institusjonene. Samtidig bemerket man også allerede da en velkjent problemstilling. For de som skulle være veiledere og undervisere, var det vanskelig å finne den nødvendige tiden til å gi kandidatene den oppfølgingen de trengte.

Pasientbehandlingen presset, vaktjenesten tok sitt, og utdanningsoppgavene ble skjøvet til side.

Ekspansjon og nye trusler

Utover 1980-tallet vokste faget i bredde og betydning. HIV-pandemien, som hadde begynt å vise seg i Norge på midten av 1980-tallet, krevde helt ny kompetanse og nye behandlingsregimer. Sykehusinfeksjoner forble et vedvarende problem, og den økende reisevirksomheten, både turistreiser og arbeidsrelaterte opphold i eksotiske strøk, brakte med seg et spekter av importsykdommer som norske leger måtte kunne håndtere.

Spesialistkomiteen i denne perioden bestod av drevne klinikere og forskere, deriblant Claus Ola Solberg, Svein Gundersen, Gunnar Hopen, Bjørge Sørensen og Oddbjørn Brubakk. Deres oppgave var å oppdatere og forfine målbeskrivelsen for spesialistutdanningen. Et sentralt tema for spesialistkomiteen på slutten av 1990-tallet var en diskusjon om å endre spesialistreglene. Komiteen mente at den kliniske utdanningen på to år var for kort. De foreslo derfor å øke den kliniske tjenesten til 2,5 år og redusere den mikrobiologiske tjenesten fra ett til et halvt år, i tråd med praksis i de fleste andre land. Forslaget ble imidlertid nedstemt i Legeforeningen. I *pest-POSTEN* ble spesialistkomiteens arbeid jevnlig omtalt. Komiteen selv så på bladet som en mulighet for å få innspill fra fagmiljøet om utdanningsspørsmål. Flaskehalsen i utdanningen, den mikrobiologiske tjenesten var ofte nevnt. Dette kunne forsinke utdanningsløpet betydelig, og det var frustrerende for alle involverte og var viktig tema for NFIM sitt arbeid.

Etter at faget i starten i stor grad var lokalisert i de store sykehusene spredte kompetansen seg gradvis utover landet. Mindre sykehus hadde også behov og nytte av fagkompetansen. Kombinasjonen av indremedisin og grenspesialiteter gjorde legene godt og bredt anvendelige, også steder uten egen mikrobiologi. Og der det kom en, kom det etter hvert også flere. Små miljø dukket opp og utover 2000-tallet ble flere steder godkjente grupper 2 institusjoner og også noen fikk mulighet til

å utvide utdanningstiden, selv om de ikke ble fullverdige gruppe 1 sykehus. Kursutdanningen ble et samarbeid mellom engasjerte kursledere, komiteen og legeföreningen som arrangør

Fra grenspesialitet til hovedspesialitet

Det kanskje mest inngripende skiftet i fagets nyere historie kom med spesialistreformen i 2016. HDir hadde da allerede overtatt den formelle godkjenningssfunksjonen for spesialister og overtar med dette tydeligere ansvaret for gjennomføringen og kvaliteten i utdanningen, med forskriftsfesting som et viktig virkemiddel. Det var også mål om større strømlinjeforming og kortere spesialiseringstid. Komiteene i legeföreningen fikk oppdraget med å definere læringsmålene for infeksjonsdelen av utdanningen. Åse Berg, Haakon Sjørnsen, Lars Heggelund, Bente Bergersen, Harald Steinum, Vegard Skogen og Andreas Lind la ned svært arbeid med ikke mindre enn 50 separate læringsmål.

Ambisjonen var klar: den norske spesialistutdanningen i infeksjonsmedisin skulle være på høyt internasjonalt nivå.

Reformen har vært utfordrende, det har tatt lang tid å få til endringene. For delene etter LiS1 var tidspunktet for introduksjon i mars 2019, kun ett år før pandemien tok over oppmerksomheten for oss alle, og i aller største grad infeksjonsmedisinen. Dette har ført til at komiteens arbeid var begrenset og direktoratets oppgave med å godkjenne sykehusene for utdanning ble flere år forsinket. Utdanningen har fortsatt likevel, det ligger mye godt arbeid også i den gamle strukturen. Sakte, men sikkert har forståelsen for endringen blitt større, hvor godkjenning av læringsmål, nye samarbeid og økt fokus på veiledning er stikkord. Pandemien begrenset jo også mulighet for besøk på utdanningsinstitusjonene, men de siste 2-3 årene har nåværende komite kunnet starte opp med

dette, med god nytte for alle involverte.

En særlig utfordring som har vokst frem, er den økte vaktbelastningen for leger i spesialisering (LIS) i akuttmottak og vaktarbeid. Men bekymringen er at vakttjeneste i for stor grad erstatter reell infeksjonsmedisinsk tjeneste ved en infeksjonsavdeling. Samtidig ligger ansvaret for godkjenning hos ledere. Veiledere har også en viktig rolle i godkjenningen.

Fortsatt behov for infeksjonsmedisin

Fra en sped begynnelse i 1979 har faget vokst til en robust forening med over 300 medlemmer. Spesialitetskomiteen har vært en viktig bidragsyter for å sikre fagutviklingen. I en tid hvor antimikrobiell resistens truer globalt, hvor nye pandemier kan blusse opp når som helst, og hvor immunsvekkede pasientgrupper vokser, står infeksjonsmedisin sterkere enn noensinne. Kjernen i spesialistutdanningen er den samme, vi lærer av hverandre og blir gode som kollegium. Vi må sikre at vi har nok tid og gode nok rammer for å drive utdanning og skape trygge spesialister og gode leger også fremover.

Kilder:

- Spesialistutdanningens historie. Skoglund, E. Tidsskrift for den Norske Legeförening, ISSN: 0029-2001, Vol: 129, Issue: 11: 1124-1127



Illustrasjon: Shutterstock

Spesialiteten Infeksjonssykdommer (2)

Norsk infeksjonsmedisin har satt spor i Europa gjennom UEMS

UEMS er den europeiske sammenslutning for de medisinske spesialiteter. Den ble grunnlagt i 1958 med mål om å bidra til harmonisering av spesialistutdanning og fagutvikling i Europa. De enkelte land sine legeforeninger eller fagmedisinske foreninger er medlemmer i sammenslutningen. 31 europeiske land er representert, i tillegg til syv assosierte medlemmer.



Opprettelsen av UEMS-seksjonen for Infeksjonssykdommer

En viktig milepæl for norsk og europeisk infeksjonsmedisin var opprettelsen av en UEMS-seksjon for spesialiteten infeksjonssykdommer. Dette var en betydelig anerkjennelse av faget, da det innebar at EU offisielt godkjente spesialiteten infeksjonsmedisin. Seksjonen fikk navnet UEMS-ID (Infectious Diseases Specialists) og ble formelt dannet i 1997.

Sentrale oppgaver og oppnådde resultater i UEMS-ID

Arbeidet i UEMS-ID har vært konsentrert om å harmonisere og heve kvaliteten på spesialistutdanningen i infeksjonssykdommer i Europa.

1. Felles retningslinjer for utdanning: Den første og viktigste oppgaven for UEMS-ID var å utarbeide felles retningslinjer for utdanning og etterutdanning. Ettersom UEMS kun har en rådgivende funksjon, og nasjonale myndigheter bestemmer reglene, ble det foreslått minimumskrav for utdanningen. Disse inkluderer:

- Minst 5 år med spesialistutdanning

der minimum to år er tjeneste i indremedisin og minimum tre år er infeksjonsmedisin, hvorav minst 6 måneder skal være tjeneste ved en mikrobiologisk avdeling.

- Krav om erfaring med et bredt spekter av infeksjonssykdommer, inkludert hiv, hepatitt, tuberkulose, samt infeksjoner hos immunsvekkede og transplanterte pasienter.
- Kompetanse innen tropemedisin, reisemedisin, epidemiologi og smittevern.

På bakgrunn av dette ble det utarbeidet et detaljert dokument, European training requirements (ETR), som ble ferdigstilt i 2018 og har vært et viktig grunnlag for utformingen av den nye norske spesialistutdanningen.

2. Europeisk eksamen: UEMS-ID har jobbet med å etablere en frivillig europeisk eksamen i infeksjonsmedisin. Målet er at denne kan

Av **Haakon Sjursen** og **Lars Kåre Kleppe**, med bidrag fra **Andreas Lind** og noe kildemateriale fra *pest-POSTEN*



brukes som et fortrinn ved jobbsøking i andre europeiske land. I januar 2025 ble den første piloteksamen gjennomført med 120 deltakere fra over 10 land. Arbeidet fortsetter og innebærer å utvikle en spørsmålsbank. Norske representanter har blitt oppfordret til å bidra med forslag. Målet på lengre sikt er at eksamen kan få status som en akkreditering eller overta for nasjonale spesialisteksamener som finnes i de aller fleste medlemsland i dag, her utgjør Skandinavia unntaket.

3. Status for spesialiteten i Europa: En sentral oppgave har vært å kartlegge statusen for infeksjonsmedisin i de ulike medlemslandene. Arbeidet har avdekket store forskjeller. I land som Skandinavia, Storbritannia og Portugal er infeksjonsmedisin en veletablert hovedspesialitet, mens den i andre land, som Tyskland, Italia og Spania, har en svakere stilling eller ikke er formelt anerkjent. UEMS-ID har aktivt støttet fagmiljøene i disse landene for å få spesialiteten anerkjent, blant annet gjennom opprop som understreker viktigheten av faget i kampen mot antibiotikaresistens. Nå i 2025 er infeksjonsmedisin fortsatt ikke en spesialitet i Spania.

Norske representanter og deres arbeid

Flere sentrale personer i det norske infeksjonsmedisinske miljøet har representert foreningen i UEMS-ID gjennom årene,

representasjonen har vært knyttet opp til arbeidet i spesialitetskomiteen:

Oddbjørn Brubakk og Håkon Sjursen ble foreslått fra legeföreningen og NFIM som de to første delegatene da infeksjonsseksjonen (UEMS-ID) ble opprettet. Sjursen var med helt fra stiftelsesmøtet i Brussel i 1997 der han ble valgt inn i styret. Han hadde en svært aktiv rolle over mange år; var medlem av styret i tyve år, sekretær i tre år, og senere ansvarlig for seksjonens nettside. Sjursen var også "chairperson of the board" (styreformann) fra 2007 til 2015 med særlig ansvar for å utarbeide felles retningslinjer for utdanning og etterutdanning i UEMS. I 2008 ble han gjenvalgt i styret, og han trakk seg først etter mangeårig engasjement i 2019.

Bente Bergersen var fra 2014 representant sammen med Haakon Sjursen og overtok etter Sjursen fra 2019 frem til 2022. Hun har deltatt på flere årsmøter, blant annet i Zagreb i 2018, og har rapportert tilbake til NFIM om arbeidet i UEMS-ID.

Andreas Lind satt i Spesialitetskomiteen for infeksjonsmedisin fra 2006 til 2022 (16 år), og var med på å utarbeide nye læringsmål for spesialiteten. I denne perioden var det mange



Studie i gjærsopp... Andreas på bayersk Bierstube



***UEMS-ID
representanter samlet
på et møte i Tsjekkia.
På bildet sees Lars
Kåre Kleppe t.h.
og
Truls M. Legaard
(bakerst)***

besøk til ulike infeksjonsmedisinske avdelinger der man vurderte SERUS-rapporter. Fra 2019 til 2022 var han representant i UEMS-ID og bidro med eksamensoppgaver og deltok i gjennomgangen av det europeiske curriculum for infeksjonssykdommer som akkurat var ferdigstilt. Siden 2022 har Andreas representert UEMS-MM (mikrobiologi) og er fortsatt aktiv der.

Et høydepunkt var to-dagersmøtet i Berlin i 2019 sammen med Håkon Sjørusen og Bente Bergersen sammen med kolleger fra hele Europa. Det var workshop om eksamensskrivning sammen med UEMS-MM og man møttes i flotte lokaler rett ved Riksdagen. Vi fikk også en guidet tur i Riksdagen, samt middag og en liten øl på takterrassen.

Lars Kåre Kleppe og Ingvild Nordøy overtok fra 2022 og Kleppe har deltatt på de årlige møtene hvor status for utdanningen i de forskjellige land har blitt drøftet, samtidig som det har vært arbeidet med å utvikle eksamen i infeksjonsmedisin. Møtene mellom engasjerte kolleger innen utdanning i mange land er interessante og avdekker store forskjeller i hvordan man arbeider og kvalitetssikrer utdanningen.

Spesialistutdanning i Norge og Europa

Den norske spesialistutdanningen har tradisjonelt hatt lite ren infeksjonsmedisinsk tjeneste og for mye indremedisin og mikrobiologi.

Omleggingen som ble gjennomført i Norge fra 2019 til en læringsmålsbasert utdanning med en minstetid på kun fem år etter LiS1 er i tråd med minimumsanbefalingene til UEMS-ID. Så viser erfaringene så langt at det er nær umulig å gjennomføre utdanningen på minimumstiden. Spesialitetskomiteen i Norge benyttet UEMS-ID sine retningslinjer som et viktig grunnlag i arbeidet med å utforme nye læringsmål for å sikre at norske spesialister holder et høyt europeisk nivå.

Mange land har fortsatt infeksjonsmedisin som en tilleggsspesialitet, i noen land finnes egne spesialiteter for pediatrik infeksjonsmedisin. I tillegg finnes det i andre land også rene tropemedisin eller virologispesialiteter. Begrepet mikrobiolog er heller ikke entydig, hvor noen kliniske mikrobiologer er delaktig i behandlingsbeslutninger, mens andre land har utdanninger som kan kombinere flere laboratoriefag eller mindre klinisk bidrag. Generelt må det sies at utdanningen i Norge nok har en god standard. Ett års mikrobiologi er et gode vi må passe godt på og at det ikke er en avsluttende eksamen i Norge føles fremmed for mange andre land.

Den norske deltakelsen i UEMS-ID har sikret at Norge har en stemme i utformingen av fremtidens europeiske infeksjonsmedisin, samtidig som det har gitt verdifull innsikt og standarder som har påvirket utviklingen av faget her hjemme.



Femti år – en bragd å nå,
et fag som stadig vil fremad gå.
Dere ser pasienten, vurderer og vet,
først når diagnosen sitter så får dere fred.
Vi dyrker og tester, vi leter med lykter,
men dere vil mer, mer! og ingenting
frykter.

Norsk Forening for Medisinsk Mikrobiologi

Til Norsk forening for infeksjonsmedisin – 50 år

Flere prøver og tester, resistens på alt,
det er infeksjonslegens superkraft- så
klart

Når vi hører hovslag, tror vi det er hest,
men dere svarer: «Nei, det er sebraen helst!»
Slik holder dere oss skjerpet hver bidige
dag,

på jakt etter spor i et krevende fag.

På vårmøtet vi treffes til kunnskap og fest,
og vennskap blir styrket, det gir aller mest.

Så gratulerer vi dere – en bragd ingen tvil,
Infeksjonslegene står støtt, med kunnskap
og stil!

Gratulasjonshilsen fra NFMM

ved styreleder Andreas Lind



Norsk Forening for Akutt- og Mottaksmedisin

Kjære NFIM,

Gratulerer med 50 år!

Det er imponerende hvordan dere har klart å kombinere solid
faglighet med en imponerende evne til å være tålmodige med
oss i akuttmottaket – selv når vi ringer for tredje gang samme
kveld om «mulig sepsis».

For oss er dere både støtdemper og kvalitetskontroll: Dere
minner oss om at feber kan være mer enn infeksjon, at CRP
ikke er et orakel, og at antibiotika faktisk har bivirkninger. Vi

beundrer at dere står i krysspresset mellom å være smittevernets voktere, resistensens
riddere og kliniske konsulenter – alt på én gang.

Uten dere ville akuttmedisin vært som et akuttmottak uten kaffe: uutholdelig. Vi ser frem
til minst 50 år til med godt samarbeid, gode diskusjoner og noen vennlige korreksjoner
på veien.

Hilsen fra NFAM

ved styreleder Jørn Einar Rasmussen



Norsk forening for geriatri

Kjære Norsk forening for infeksjonsmedisin,

Gratulerer så mye med 50-årsjubileet! Norsk forening for geriatri vil takke for et langt og godt samarbeid gjennom årene. Våre fagfelt møtes ofte i klinisk praksis – ikke minst når det gjelder behandling av eldre og skrøpelige pasienter med infeksjoner. Hos eldre med et aldrende immunsystem kan alvorlige infeksjoner og sepsis tidvis presentere seg som funksjonssvikt heller enn med klassiske symptomer, og her har vårt samarbeid med deres kompetanse vært uvurderlig.

Vi setter stor pris på å ha dere som samarbeidspartner og faglig støttespiller, og ser frem til å videreutvikle dette samarbeidet i årene som kommer – til beste for pasientene.

Hilsen fra Norsk Forening for Geriatri

ved styreleder Håkon Ihle-Hansen



Norsk Ortopedisk Forening

Kjære gode kollegaer i NFIM! Gratulerer med jubileum!

Vi ortopeder har hatt et spesielt nært og godt samarbeid med infeksjonsmedisinere i mange tiår. Vi setter inn store implantater, gjerne i store ledd som er nødvendig for et aktivt og rikt liv, der en infeksjon gjerne omtales som en katastrofe. Da er det veldig godt å ha støtte og hjelp fra infeksjonsmedisinere.

Samarbeid på tvers av våre spesialiteter, som f.eks i PUSS-klubben, har bedret resultatet for utallige pasienter med implantatinfeksjoner (og reddet nattesøvnen for ganske mange ortopeder).

Selv om vi ikke liker å innrømme det, er dere uvurderlige for vår praksis, og vi ønsker dere alt godt når dere nå skal feire 50 års jubileum.

Hilsen fra Norsk Ortopedisk forening

ved styreleder Per Henrik Randsborg

Jeg har hiv,
men ønsker ikke
dele det med noen



Personen på bildet er en modell
og har ikke hiv i det virkelige liv.

BØR IKKE PASIENTER MED HIV SELV VÆRE MED PÅ VALG AV BEHANDLINGSFORM?

I dag får hivpasienter god medikamentell behandling, men stigmatisering, diskriminering og psykisk uelse er et problem.^{1,2} For noen blir daglige tabletter vanskelig pga. svelgebesvær, stigma og utenlandsreiser.³ I behandlingen av kronikere er det normalt god praksis å ta hensyn til livssituasjon og psykologiske og sosiale aspekter.⁴ Kanskje det kan bidra til å nå FNs fjerde mål om langsiktig trivsel for mennesker med hiv?⁵

ET ALTERNATIV TIL TABLETTER

▼ Vocabria + ▼ Rekambys er den første og eneste komplette langtidsvirkende injeksjonsbehandlingen for hivpasienter.⁶⁻⁸ Med dosering annenhver måned^{6,7} kan den være et aktuelt alternativ for de som har problemer med daglig tablettinntak³. Effekten og sikkerheten til behandlingen er dokumentert i flere kliniske studier.⁹⁻¹⁴

SPØR PASIENTEN

Så hvilke pasienter opplever daglige tabletter som et hinder for å skjule sin hiv? Hvem vil ha fordeler av å bytte til langtidsvirkende injeksjonsbehandling? Svarene får du først når du spør...

Indikasjon:

Vocabria + Rekambys er indisert til behandling av hiv-1-infeksjon hos voksne og ungdom (≥12 år og >35 kg) som er virologisk suppressert (hiv-1 RNA < 50 kopier/ml) på et stabilt antiretroviralt regime uten eksisterende eller tidligere tegn på viral resistens mot, og ingen tidligere virologisk svikt, med legemidler i NNRTI- og INI-gruppene.

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON

Forsiktighetsregler: *Overfølsomhetsreaksjoner:* Risiko for utslett og leverskade. *Lever sykdom:* Brukes med forsiktighet ved alvorlig nedsatt leverfunksjon. *Forsiktighet ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon.* *Immun reaktiveringssyndrom:* Inflammatoriske reaksjoner kan oppstå ved behandlingsstart. *Viktige potensielle risikoer:* Medisineringsfeil (dvs. manglende overholdelse av doseringsplanen, feil administrasjonsmåte). Pasienter bør informeres om tegn på SJS og TEN, samt overvåkes for alvorlige hudreaksjoner. Ved mistanke om SJS eller TEN skal behandling med Vocabria + Rekambys avsluttes umiddelbart, og kabotegravir må ikke gjenopptas. **Kontraindikasjoner:** *Vocabria:* Samtidig bruk med rifampicin, rifapentin, karbamazepin, okskarbazepin, fenytoin eller fenobarbital. *Rekambys:* Samtidig bruk med karbamazepin, okskarbazepin, fenobarbital, fenytoin, rifabutin, rifampicin, rifapentin, deksametason (systemisk), johannesurt.

Les preparatomtalen før forskrivning. Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GSK på telefon 22 70 20 00.

Reseptgruppe C

Pakninger og maksimalpriser: VOCABRIA Injeksjon: 3 ml (hettegl.) 17302,80 kr. Tabletter: 30 stk. (boks) 9390,90 kr
REKAMBYS 3 ml (hettegl.) 7118,70 kr. Finansiering: Der det er utarbeidet nasjonale handlingsprogrammer/nasjonal faglig retningslinje og/eller anbefaling fra RHF/LIS spesialistgruppe skal rekvirering gjøres i tråd med disse. Vilkår: 216 Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller avtalespesialist. Fra 01.05.2021 har Beslutningsforum innført Vocabria i kombinasjon med rilpivirin-injeksjon (Rekambys) til behandling av hiv-infeksjon hos voksne som er virologisk suppressert på et stabilt antiretroviralt regime og som er motivert for behandling, men som har utfordringer med daglig tablettbehandling. Vocabria + Rekambys inngår i Sykehusinnkjøps anbefaling for antiretroviral behandling av hiv i perioden 01.12.2022-31.01.2026.



Referanser:

1. Degroote S et al. Arch Pub Health 2014;72:40. 2. Lowther K et al. Int J Nurs Stud 2014;51:1171-89. 3. Norsk forening for infeksjonsmedisin. <https://hivfag.no/images/2025/hivretninglinjer2025.pdf>. 4. Giusti A et al. BMJ Glob Health 2020;5:e003330. 5. Lazarus JV et al. Nat Commun 2021;12:4450. 6. Vocabria SPC. 7. Rekambys SPC. 8. Brizzi M et al. Ther Adv Infect Dis 2023;10:20499361221149773. 9. Overton ET et al. Lancet 2021;396:1994-2005. 10. Overton ET et al. Clin Infect Dis 2023;76:1646-54. 11. Jonsson-Oldenbottel C et al. J Acquir Immune Defic Syndr 2024;96:472-80. 12. Ramgopal MN et al. Lancet HIV 2023;10:e566-77. 13. Kityo C et al. Lancet Infect Dis 2024;10:1089-92. 14. Smith G et al. Open Forum Infect Dis 2021;8:ofab439.

REKAMBYS (rilpivirine langtidsvirkende injeksjon), inkludert varemerket, eies av Janssen Pharmaceutical Companies og brukes under lisens av ViiV Healthcare-gruppen. Alle andre varemerker eies av ViiV Healthcare-gruppen. GSK: ©2025 GSK-gruppen av selskaper eller dets lisensgiver. ViiV ©2025 ViiV Healthcare-gruppen av selskaper eller dets lisensgiver.

GlaxoSmithKline AS, Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo, Telefon 22 70 20 00.



Norsk Revmatologisk Forening

Kjære kollegaer, gratulerer med dagen!

Samarbeidet mellom Norsk revmatologisk forening og Norsk infeksjonsmedisinsk forening har alltid vært preget av gjensidig respekt – og en god dose faglig smitte. Vi forenes gjennom immunapparatet- hvor vi hemmer og dere fremmer. Vi har møttes på telefonen eller i korridoren over antibiotika og biologiske legemidler, diskutert virusprofylakse, latent tuberkulose, vaksiner og vanskelige bivirkninger, og oppdaget at vi egentlig er ganske like: begge håndterer pasienter som ikke alltid følger læreboka.

Sammen har vi bidratt til bedre forståelse og tryggere behandling for pasienter med komplekse inflammatoriske og infeksjonsrelaterte sykdommer.

Takk for godt samarbeid- så langt! Dette er bare starten, snart begynner vi med CAR-T og annet massedrap av immunceller – vi kommer nok til å ha mye å snakke om i de neste 50 år også.

Hilsen fra Norsk Revmatologisk Forening

Ved Silje Watterdal Syversen, leder



Illustrasjon: Colourbox

Foto: St. Olavs hospital



MASS og Norsk Forum for Smittevern i Helsetjenesten

Hilsen til 50-årsjubilanten

Det var veldig kjekt å bli husket på av vår broderforening, og inspirert av det flotte Vår møtet i Bodø har vi laget et lite dikt/Limerick:

Infeksjon feirer stort kalas
Innbudt er Forum og MASS
Og feire vi vil
At dere er til
For sammen vi har megen spas

Sammen i felles front
Mot bakterier, virus og sånt
Med ulike våpen
Vi bruker såpen
Den kan dere også få lånt

Når rubor seg presenterer
Og stafylokokken regjerer
Da reddes vi tidt
Av legen i hvitt
Som kloksacillin ordinerer

Der feberen herjer fritt
Også når doksy er gitt
Må legen trå til
«Det er Adult-Still»
Vi hyller vår fetter i hvitt

Gratulerer fra NFSH og MASS!

*På vegne av styreledere Laila Aarnes og
Andreas Radtke,
Fredrik Grøvan,
styremedlem MASS**

** Medisinsk arbeidsgruppe for smittevernleger
i spesialisthelsetjenesten*

Høstdiktspalten 2025

Ny norsk lyrikk med infeksjonshistorikk:

I dette nummer har jeg gleden av å presentere lyrikk av en kollega, hvis dikt er sammenfattet i boken "Pestskrift", utgitt på Lyrikkforlaget 2022 og anmeldt i *pest-POSTEN* 2022-2, s.41.

Den begavede lyriker er:

Bård Reiakvam Kittan

Professor i infeksjonssykdommer ved Universitetet i Bergen.

Til diktene er det tilføyet etterord som utdyper diktene, og et nødvendig utdrag av disse blir her presentert før hvert dikt. Blant de mange innsiktsfulle og dyptpløyende dikt har jeg måttet velge ut tre som gjengis nedenunder.

- Bent von der Lippe

Alexandre Yersin (1863-1943), fransk-sveisk bakteriolog som fikk hovedæren for oppdagelsen av pestbakterien 1894. Bakterien har forårsaket en rekke epidemier, deriblant den justianianske pesten på 500-tallet. Under Svartedauen ble nesten alle innbyggerne i Jostedalen utryddet, men ungjenta Jostedalsrypa overlevde. Giovanni Bocaccio (1313-1375) omtaler pesten i Decameronen (1353), den siste epidemien fant sted på Madagaskar 2017.

Yersins blikk

senkes

øynene over mikroskopets linser

ser

Danse Macabre

pestens kadaverpartikler

roterer i tynn film av vann

fyller byller

i armhuler og lysker

punkterer

Justinians verdslighet og overmøt

keiserinne Theodora, en gang skjøge
Konstantinopels katedral, kneisende mot oven

guds straffedom over keiseren
rammer Romerriket med bubonisk velde

adelen må søke atspredelse!
befaler Bocaccio
og risser svart pennespissblekk
i erotiske ornamenter over den hvite ordbunnen

jordbunnen
i Jostedalens brattlendte bø
rakes for pestens frø
samles opp, drysses over
bleik gammelmannshud, skinnende ungjente hår

men hvor har svartrottene blitt av ?
i den mørke natten

slipper en unna

Yersins blikk
løftes



Foto: Norsk Sykepleierforbud. Gjengitt med tillatelse

Om Blodtåken: Denne form for tyfus som herjet Napoleons La Grande Armée var forårsaket av *Rickettsia prowazeki* og var en av årsakene til at hans hær måtte trekke seg tilbake i slaget mot den russiske armé 1812.

Blodtåken

henger over
Napoleons menn
de som ikke kan se

sløv bajonett mot naken hud
knappt merkbar
kun en plagsom lus
men insektvampyren suger strupens blod
smittestoffets frontsoldat
i seiersrus

over tyfusbasillens
rambukkkferd gjennom rimfrossen barriere av hud
hastige forflytning i soldatkroppens kuperte
terreng
utarming av fiendens signalrøde forsyningsårer

blodtåken
hang over
Napoleons menn
de fikk aldri synet tilbake



Illustrasjon: Shutterstock

Om Superspredning: Historien til Mary Mallon (1869-1938) illustrerer trekk som vi kjenner fra koronavirusets spredningdevne og konsekvensene av isolasjon og karantenesetting. «Typhoid Mary» arbeidet som kokke blant velstående borgere i New York og smittet etter sigende mer enn 50 individer med *Salmonella typhi*. Hun ble satt i karantene fra 1907-10 og deretter fra 1915 og frem til sin død.

Superspredning

fra mor til uskyldens barn
smittestoffets ferd gjennom fødselskanalen
til livslangt bærerskap, uten symptomer
på galleblærens steinete bunn

derfra gjennom tyfoid kroksjø og meander
taler mikrobenes urgåtespråk
i superspredning
fra hånd til munn

levde Mary Mallon, den nordiske innvandrer
aleine blant velstående, men lønnet som kokk
hennes skjebne forvaltet
av nådeløse krefter hos dem omkring
evig bærerskap, selvuforskyldt
når endelig sporet, holdt tre tiår som fange
karantene plassert i en celle på North Brother
Island
den grønne lungen
skilt fra byens brune sandsteinsjungle
av endeløse mengder elvevann

hennes skjebneentreprenør
reiste Typhoid Mary's siste hjem
Riverside Hospital
kneiste friskt i brisen

lå lutrygget og ensomt fanget
i tett krattskog
under klatrende planters tildekkende tentakler
og seigtflytende smog fra betongens jungle
på den andre siden av elvens steinkledte bredde

Et "ESCMID 202X" i Norge?

I 1991, da NFIM var 16 år gammel og pest-POSTEN ikke en gang påtenkt, avholdt et lite norsk infeksjonsmiljø en stor konferanse i Oslo der 21 land deltok med tilsammen 2400 deltakere. Det var det 5. ECCMID, som det da het, med Tom Bergan som president. 1200 abstracts var levert og 58 utstillere fikk plass på 2 400 kvm når Oslo Plaza, Oslo Spektrum Royal Christiania hotell alle ble tatt i bruk.

Det hele fremsto som et hyggelig treff blant europeiske kolleger der de aller flest over 50 år kjente hverandre godt. I tillegg hadde Claus Ola Solberg med sitt brede kontaktnett inviterte venner fra USA, "store kanoner" som Merle Sande, David T. Durack og Walther R. Wilson. Mens Oddbjørn Brubakk sto for mye av festmiddagens underholdning med vakkert pianospill.

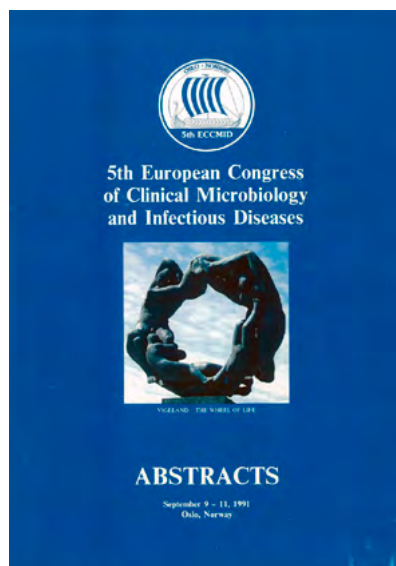
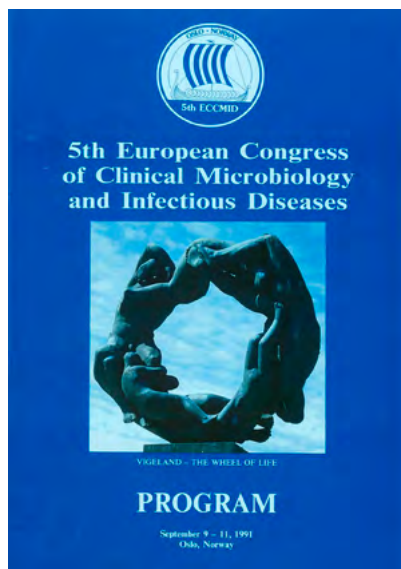
Men hvorfor, mon tro, denne fremoverlente, litt obskure overskriften til et lite historisk tilbakeblikk? Tja, man kunne kanskje stille spørsmålet om det snart nærmer seg Norges tur til å arrangere dette stevnet på ny, etter snart 25 år. I mellomtiden har kongressen vært arrangert av Sverige (Stockholm 2000), Finland (Helsinki 2009) og Danmark (København) hele tre ganger, i 2005, 2015 og 2023.

Men omfanget eser ut. Ved årets ESCMID i Wien deltok omtrent 17 000 personer fra 149 land, inkludert 474 foredragsholdere, paneldeltakere

samt 249 industripartnere og utstillere. 55 000 kvm var tilgjengelig for arrangementet. Så spørsmålet er: når et nordisk NSCMID fremstår som et stort løft, og med en svak EU-tilknytning som mulig ulempe, kan rike Norge med verdens beste helsevesen (ifølge flere politikere) klare å gjennomføre et ESCMID igjen?

Svaret er nok nei, og det står selvsagt ikke på viljen hos oss fagfolk. Men den største arenaen i Norge, Unity Arena på Fornebu kan romme 18500 deltakere, NOVA Spektrum i Lillestrøm tar opptil 10000 og har ca. 40 tusen kvm utstillingsplass. Per i dag måtte Norge samarbeide med flere spredte arenaer for en ESCMID-størrelse kongress, eller investere i et nytt nasjonalt kongressanlegg. For ikke å snakke om at hotellkapasiteten ikke strekker til. Danmark, med sitt Bella Center Copenhagen er langt bedre rustet og har Kastrup flyplass like ved. Så dett var vel dett.

– Jon Birger Haug



Microbiological eradication

must become a clear therapeutic target in the fight against fast-growing Gram-negative pathogen resistance¹⁻³

With **current empiric standards being overcome** and **carbapenems over-relied on**, it's clear we urgently need new options that prevent pathogen recurrence¹⁻⁷



1. Kiem S & Schentag JJ. *Infect Chemother* 2013;45:283–291.
2. Kadry N *et al.* *Clin Infect Dis* 2023; ciad010: doi: 10.1093/cid/ciad010.
3. Albin OR *et al.* *Clin Infect Dis* 2020;71:3033–3041.
4. Boyd SE *et al.* *Antimicrob Agents Chemother* 2022;66:e0021622.
5. Castanheira M *et al.* *Open Forum Infect Dis* 2019;6 (Suppl1):S23–S33.

6. Mata C *et al.* *Clin Microbiol Infect* 2010;16(5):472–476.
7. World Health Organization. Antimicrobial resistance. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>. Accessed July 2024.

This material is intended for Healthcare Professionals only.

Ferdaminne.....

Hospitering i en gresk heksegryte

Av Bjørn Waagsbø

ECDC rapporterte om en bekymringsfull resistenssituasjon i Hellas i november 2024. Å reise på hospitering dit kan kanskje heve et og annet øyebryn. Jeg ankom flyplassen i Thessaloniki og AHEPA universitetssykehus i juni-25. I lomma hadde jeg et hyggelig tilsagnsbrev om hospiteringsstøtte fra NFIM, og samme omtalte ECDC-rapport.

En by med mange epoker

Thessaloniki i delstaten Makedonia nord i Hellas, ble grunnlagt før Romerriket i år 315 (f.Kr) og er oppkalt etter Thessalonike, Aleksander den Stores halvsøster. På spasertur i byen står fortsatt greske, romerske, og bysantiske ruiner tett. Historiebøkene vitner om store hærførere og blodige slag i området. For en infeksjonslege er det lett å tenke at dagens slag i dette området utkjempes mot mikroben. I min hospitering ville jeg se om grekerne kan mønstre tiltak til å bekjempe resistenstrusselen. Thessaloniki byområde har i dag nær 1 million innbyggere, det vil si omtrent 10 % av befolkningen i Hellas. AHEPA universitetssykehus har 750 senger og er ett av 4 større offentlige sykehus i byen.

ECDC på besøk

ECDC-rapporten er ikke akkurat hyggelig eller enkel lesing (1). Den slår fast at både prevalens og insidens av multiresistente mikrober fra sykehusinnlagte pasienter i greske sykehus er europaledende. Tilstrømming av pasienter, resistensbyrde, personellmangel og ukontrollerte transmisjonsforhold oversvømmer smittevern-kapasiteter. ECDC konkluderer med at resistenssituasjonen utgjør en trussel for pasientsikkerheten og greske sykehus sin evne til å tilby helsetjenester av høy kvalitet.

Høy risiko for alt

Nyinnlagte pasienter må på grunn av ukontrollerte transmisjonsforhold påregne rask kolonisering med MRSA, ESBL, VRE, *Clostridoides difficile* og/eller *Candida auris*. Allerede første hospiteringsdag var dette lett å observere i laboratoriet. Antall screening-skåler med påvist resistens var overveldende sett med norske øyne. Intensivavdelingen var et åpent pasientlandskap med betydelig pleiesamarbeid og uten fasiliteter for skjerming eller isolering. I taket merket man pasientplasser hvor resistente mikrober var påvist. Smittevernrutiner var i og for seg nedfelte i sykehusprose-



AHEPA-sykehuset i Thessaloniki



Intensivavdeling med mer eller mindre frivillig etterlevelse av smittevernrutiner.

dyrer, og personlig beskyttelsesutstyr var tilgjengelig for alle ansatte. Likevel observerte jeg svak etterlevelse, og en avdelingsledelse som ikke evnet å adressere nettopp dette. Over en periode på seks uker konkluderte jeg med at håndhygiene overhodet ikke lot seg gjennomføre, i mangel på dispensere og etterfylling. Bygningsmessig infrastruktur tillot kun 4-6-mannsrom. Hellas har lavest sykepleierbemanning i Europa.

Antibiotikaretningslinjen

Fagmyndigheter i Hellas har siden 2018 tilbudt oppdaterte terapianbefalinger for pasienter med infeksjon. Dette svarer til vår antibiotikaretningslinje. De er skrevet på gresk og er allment tilgjengelige. Jeg fikk et klart inntrykk av at disse anbefalingene ble lest og anvendt. På grunn av endemisk forekommende resistens hos mikrober er greske terapianbefalinger ugjenkjennelige i forhold til norske. Jeg observerte at empirisk oppstartsantibiotika ofte var meropenem, selv uten tentativ klinisk, anatomisk eller mikrobiologisk diagnose.

Antibiotikaforbruk i verdensklasse

I etterkant av pandemien har ECDC rapportert at Hellas topper europastatistikken over antibiotikaforbruk i befolkningen, ca 70 % over gjennomsnittsforbruket i Europa. Forbruk av cefalosporiner (med og uten betalaktamaseinhibitor), karbapenemer og

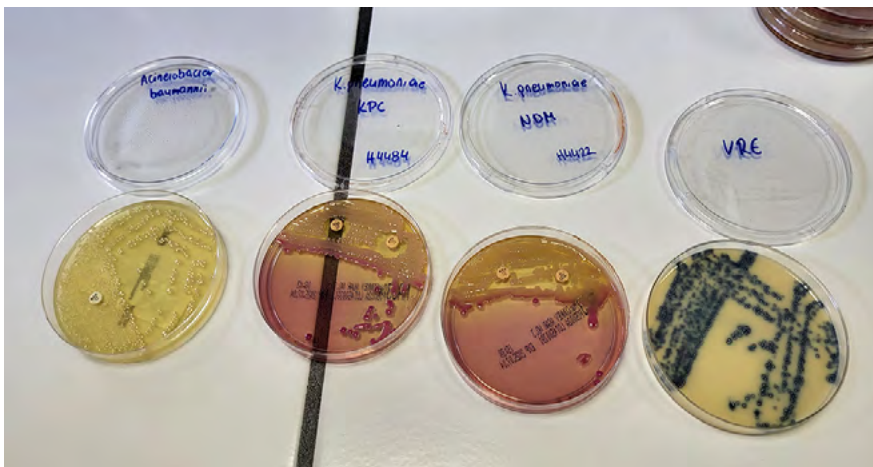
kinoloner er høyest i Europa (2). Forbruk av antibiotika i primærhelsetjenesten er 84 % over europagjennomsnittet. Med et *access/aware-ratio* på 43 %, indikerer dette svært høyt forbruk av bredspektrede antibiotika. Inntil 2019 kunne antibiotika kjøpes fritt i kiosken i Hellas helt uten forutgående legevurdering eller resept. Gjennom de første pandemiårene falt antibiotikaforbruket med 16 %, men etter 2023 steg det igjen til førpandemisk nivå.

Antibiotikastyring uten styring

Sykehus i Hellas er fra 2019 lovpålagt å ha ordninger som sikrer tilstedeværende infeksjonsmedisinsk kompetanse. Videre er sykehusene lovpålagt å ha tverrfaglige antibiotika-team som skal påse korrekt bruk av antibiotika. Infeksjonsavdelingen ved AHEPA-sykehuset var begrenset til fire senger og håndterte i prinsippet HIV/AIDS-problematikk. A-teamets leder var avdelingssjef ved medisinsk klinikk, en erfaren infeksjonsmedisiner. Han måtte medgi at teamet var helt uten ledelsesinvolvering, styringssignaler, rapporteringsvei og uten avsatt beskyttet tid. Faglige intervensjoner med antibiotikastyrende aktiviteter lot seg derfor ikke gjennomføre.

Mikrobiologisk laboratorium håndterte alle prøvematerialer, og leverte prøvesvar av god kvalitet. Likevel var mikrobiologer i praksis ikke involvert i pasientforløpene, beslutninger

Isolater med resistente mikrober i et helt uvirkelig antall



om behandling, eller i tverrfaglige tilnærminger. Optimal prøvetaking var et hett tema som helt manglet strukturert innsats, og derved resulterte i et ukjent, men sannsynligvis høyt, antall falske positive dyrkninger.

Jeg observerte nokså tette skott mellom fagområdene ved AHEPA-sykehuset i Thessaloniki. Tverrgående samarbeider var ikke innarbeidet, selv om fagområdene selv pekte på faglige behov. Kompetansehevende aktiviteter som internundervisning var heller ikke systematisk innarbeidet, verken på sykehus-, klinikk-, eller avdelingsnivå.

Løsningen

ECDC-rapporten retter mange forslag om prekær handling i Hellas (3). Dette til tross for at Hellas allerede i 2019 etablerte en nasjonal handlingsplan. Gode lokale initiativer finnes, men disse er ukoordinerte, usammensatte og fullstendig utilstrekkelige til å adressere resistensproblemet. Eneste løsning er en snarlig og nasjonalt koordinert ny gjennomføringsstrategi, som mobiliserer alle nivåer, med tverrpolitisk forankring, strategisk lederskap og koordinering, ansvarliggjøring i lederlinjen, og dedikert finansiering som ved ethvert annet folkehelseproblem. Løsningen må inneholde rask implementering av kontrolltiltak innen smittevern og antibiotikastyring på alle lokaliteter.

Budskapet å ta med hjem

Norge må ha alle strukturer på plass for å ikke havne i samme situasjon som Hellas. Erfaringene derfra tyder på at en handlingsplan ikke garanterer for handling. Konsekvensene er enorme.

1. [ECDC country visit to Greece to discuss antimicrobial resistance issues](#)
2. [Antimicrobial consumption in the EU/EEA \(ESAC-Net\) - Annual Epidemiological Report for 2023](#)
3. [Greece: One Health national action plan for antimicrobial resistance 2019-2023 \(Greek\)](#)



Takk for stipend!

Xydalba™

Dalbavancin 500 mg, IV

►►► **1 dose** Xydalba gir pasientene dine

►►► **2 ukers** behandling med kun en

►►► **30 minutters infusjon¹**

Xydalba forenkler administreringen gjennom en fullstendig behandling med kun en 30 minutters infusjon¹

Xydalba er indisert til behandling av akutt bakterielle infeksjoner av hud og hudstrukturer (ABSSSI*) hos voksne og pediatriske pasienter i alderen 3 måneder og eldre.

*ABSSSI, Acute Bacterial Skin and Skin Structure Infection.

Referanse: 1. Xydalba™ SPC, 12/2022.

Xydalba (dalbavancin), 500 mg pulver til konsentrat til infusjonsvæske, oppløsning. **Indikasjon:** Xydalba er indisert til behandling av akutte bakterielle infeksjoner av hud og hudstrukturer (ABSSSI) hos voksne og pediatriske pasienter i alderen 3 måneder og eldre. Det bør tas hensyn til offisielle retningslinjer om riktig bruk av antibakterielle midler. **Dosering:** Voksne: Anbefalt dosering av dalbavancin hos voksne pasienter er 1500 mg gitt som enten en enkelt infusjon på 1500 mg eller som 1000 mg etterfulgt, én uke senere, av 500 mg. *Barn og ungdom i alderen fra 6 år til under 18 år:* Anbefalt dosering av dalbavancin er en enkelt dose på 18 mg/kg (maksimalt 1500 mg). *Spedbarn og barn i alderen fra 3 måneder til under 6 år:* Anbefalt dosering av dalbavancin er en enkelt dose på 22,5 mg/kg (maksimalt 1500 mg). **Administrasjonsmåte:** Xydalba må rekonstitueres og ytterligere fortynnes før administrasjon ved intravenøs infusjon i løpet av en 30-minutters periode. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet mot virkestoffet eller mot noen av hjelpestoffene. **Advarsler og forsiktighetsregler:** Det bør utvises varsomhet ved administrasjon av dalbavancin til pasienter som er kjent for hypersensitivitet mot andre glykopeptider, da kryss-hypersensitivitet kan forekomme. Hvis det forekommer en allergisk reaksjon på dalbavancin, bør administrasjonen avbrytes, og det bør innsettes aktuell behandling for den allergiske reaksjonen. Xydalba anbefales ikke under graviditet, med mindre den potensielle forventede nytten oppveier den potensielle risikoen for fosteret. **Bivirkninger:** De vanligste bivirkningene ($\geq 1/100$ til $< 1/10$) er kvalme, diaré og hodepine, og er vanligvis milde eller moderate. **Utleveringsbestemmelse:** Skal kun utleveres til bruk på menneske. Systemiske antibiotika har reseptgyldighet på 10 dager med unntak av refusjon (blåresept og §4). Dersom resepten skal ha lenger gyldighet må man overstyre dette i journalsystemet. **Pakninger og priser (pr. 01.03.2024):** 1 stk. hetteglass, 500 mg, kr 9 263,90. **Refusjon:** Beslutningsforum godkjente Xydalba for bruk i Norge 1.06.2023. **Reseptgruppe:** C. **Innehaver av markedsføringstillatelsen:** AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Tyskland. Markedsfører: Advanz Pharma (c/o Abcur AB). Postboks 1452, SE-251 14 Helsingborg, Sverige. **Basert på SPC godkjent av SLV/EMA 12/2022. For utfyllende informasjon se SPC/Felleskatalogtekst.**

ADVANZ
PHARMA

Haukeland universitetssjukehus

Av Ingerid Skarstein og Torleiv Kvalvik

Byen e Bergen, og stedet det er.... HAUKELAND UNIVERSITETSSJUKEHUS

Infeksjonsmedisin har lange og stolte tradisjoner her i Bergen. I år er det nøyaktig 50 år siden Norsk Forening for Infeksjonsmedisin ble stiftet i kantinen på Haukeland, med Claus Ola Solberg som første formann.

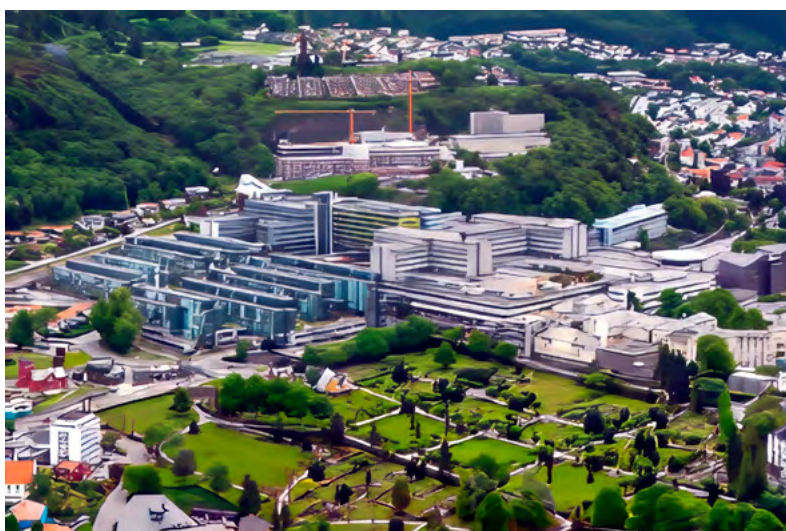


Foto: Helse Bergen / HUS

Infeksjonsseksjonen ved Medisinsk klinikk holder til øverst i sentralblokken og vi har en og en halv ren infeksjonspost. Medisinsk overvåkningsenhet driftes også av Infeksjonsseksjonen. I tillegg driftes ortopedisk infeksjonspost i samarbeid med ortopedisk avdeling.

Infeksjonsseksjonen huser 12 årsverk med overleger, 11 LIS 2/3 stillinger og to LIS1 stillinger. Fire av overlegene har bistilling ved universitetet i Bergen, en har hovedstilling ved UiB. Overvåkningsenheten vår har også tilknyttet nefrolog, endokrinolog og gastroenterolog, hver med 40 % stilling i seksjonen. Seksjonen ledes av Trond Bruun.

Den rene infeksjonsposten Medisin post 5vest har 14 senger, derav to luftsmitteisolater, og har cirka 1000 sykehusopphold per år. Medisin post 6, eller medisinsk overvåkningsenhet, har 10 sengeplasser, derav to luftsmitteisolat og tre dråpesmitteisolat. Posten behandler cirka 900 pasienter per år, av disse ca. 600 som utskrives direkte derfra og ikke via ordinære sengeposter. Sengeposten har inntil 10 overvåkningsplasser, og kan således behandle inntil 10 pasienter med organsvikter, hvorav omtrent halvparten har infeksjon som hovedtilstand. Ved postene behandles infeksjoner med varierende alvorlighetsgrad med unntak av tilstander med behov for intensivbehandling. Signaturforløpene

med endokarditt og CNS-infeksjoner utgjør en stor del av virksomheten.

Infeksjonsseksjonen ved Haukeland er den største i Helse Vest, og bistår andre sykehus regionalt hos pasienter med endokarditt, CNS-infeksjoner, nekrotiserende bløtvevsinfeksjoner, kompliserte ortopediske infeksjoner, immunsvikt, multiresistent tuberkulose (MDR) og tropesykdommer. Vi har et definert regionalt ansvar når det gjelder MDR og er et såkalt nivå 2 sykehus når det gjelder beredskap for håndtering av høyrisikosmitte.

Hos oss er også Nasjonalt senter for tropiske infeksjonssykdommer (NSTIS) også lokalisert, og ledes av Kristine Mørch. Hovedfokus er nasjonal kompetanseheving innen tropiske infeksjonssykdommer, som også skal være basert på egen forskning og metodeutvikling i samarbeid med andre helseregioner og med land i sør. I NSTIS foregår utdanningsarbeid, utvikling og forskning med bred nasjonal og internasjonal forankring. Tjenesten arrangerer fast årlig kurs i tropesykdommer i India og spesialistkurs i Norge. Senteret har per 2024 fire deltidsansatte leger, til sammen 2,1 årsverk, samt en spesialingeniør med PhD som driver molekylærbiologisk metodeutvikling.

I tillegg til en omfattende virksomhet med våre innlagte pasienter har vi utbredt poliklinisk virksomhet med ca 4000 konsultasjoner per år. Vi har en tilsynstjeneste som tar seg av tilsyn ved intensivavsnittet, andre avdelinger og besvarer henvendelse fra regionens leger utenfor sykehuset.

Infeksjonsseksjonen har nært og tett samarbeid med Mikrobiologisk avdeling. Vi har felles undervisning hver onsdag, med tema som skal favne begge.

Mikrobiologisk avdeling

Mikrobiologisk avdeling (MIA) er i Helse Bergen sortert under Laboratorieklinikken, og vi holder til i et mangefarget glasshus bak den grå sentralblokk. Fra fjerde etasje kan man i laboratorieflyøyen nyte utsikten mot Fløyen og Blåmanen, mens man i kontorflyøyen kan hvile blikket mot Ulrikens grå fjellvegg midt imot. Siden bygget var nytt i 2009 har avdelinga vokst kraftig både i analyserepertoar, maskinpark og antall ansatte. Avdelinga har fem seksjoner – Prøvemottak, Bakteriologisk seksjon, Virologisk seksjon, Molekylærbiologisk seksjon og Produksjonslaboratorium. Til sammen jobber det rundt 120 personer ved MIA, blant disse er det nærmere 100 bioingeniører, åtte overleger, fem LIS og et par helsesekretærer og studenter,

Vi har god kontakt med infeksjonsseksjonen, og har felles undervisning hver onsdag. To av våre LIS-stillinger er til enhver tid besatt av LIS3 i infeksjonsmedisin. Det bidrar til at vi mikrobiologer får verdifullt påfyll av nytt fra klinikken, et klinisk blikk på driften og ikke minst at vi og infeksjonslegene blir godt kjent med hverandre.

Vi ønsker å være synlige i sykehuset, og har de siste årene økt antall klinisk-mikrobiologiske visitter ved andre avdelinger. Vi har ukentlige møter



Fagmiljøet, ved, mange av dem, samlet under en strålende Bergenshimmel!

med Ortopedisk infeksjonspost, Barselavdelinga, Barneklubben, Kvinneklubben, Medisinsk intensivovervåkning og Brannskadeavdelinga. Vi tar utgangspunkt i pasienter som står på antibiotika, og diskuterer prøvetaking og valg av og indikasjon for antibiotika, og ellers andre løpende problemstillinger. Dette bidrar til bedre kommunikasjon mellom avdelingene, og erfaring tilsier at det er lettere å kontakte kjentfolk ved spørsmål.

Forskningsmulighetene ved avdelinga er gode, og både diagnostisk-mikrobiologiske og klinisk-mikrobiologiske forskningsprosjekter står på repertoaret. Avdelingas slagord – Raske Relevante Resultater – er rettledende for mye av det klinisk rettede og det akademisk rettede arbeidet.

Vi har vår flotte portal analyseoversikten.no, som vi anbefaler alle som sender prøver til oss om å bruke.

pest-POSTEN

Nr. 1, 1995 - 1. årgang



«Svartedauen»

«The Black Death»

**MEDLEMSBLAD FOR
NORSK FORENING FOR INFEKSJONSMEDISIN**

Redaksjonen fant å ville **markere pest-POSTENS 30-årsjubileum** litt, i alle beskjedenhet, med en faksimile av det første nummeret av bladet på denne ledig plass.

De mange redaksjonsmedlemmer som har gjort og gjør en stor dugnadsinnsats og skal takkes, i tillegg til de utallige lesere som har bidratt opp gjennom årene. Dikt og kultur har vært løftet av særlig to ildsjeler gjennom disse 30 årene (se eget Supplement 3 til dette nummeret).

Gleden med å lage bladet har dessuten økt proposjonalt med bedring i hjelpemidler, fra klipp-og-lim og avfotografering til bruk av moderne dataverktøy. Og ikke minst, siden et nettsted ble en realitet.

DIFICLIR (fidaksomicin) er anbefalt¹

Helsedirektoratet anbefaler at DIFICLIR vurderes til behandling av *C. difficile*-infeksjon (CDI) hos pasienter på sykehus og med høy risiko for residiv



Elektronisk
søknadsløsning for
individuell refusjon,
scan her



Vennligst se retningslinjer for fullstendig
behandlingsanbefaling

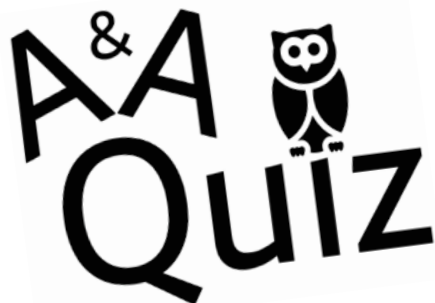
Utvalgt produkt- og sikkerhetsinformasjon DIFICLIR (fidaksomicin) 200 mg tabletter og granulat til mikstur, 40 mg/ml

Indikasjon: Behandling av *Clostridioides difficile*-infeksjoner (CDI), også kjent som *C. difficile*-assosiert diaré (CDAD). **Tabletter:** Voksne og pediatriske pasienter med en kroppsvekt på minst 12,5 kg. **Granulat:** Voksne og pediatriske pasienter fra fødsel til < 18 år. For både tabletter og granulat skal det tas hensyn til offisielle retningslinjer for korrekt bruk av antibakterielle midler. **Vanlige bivirkninger:** Forstoppelse, kvalme, oppkast. **Interaksjoner:** Forsiktighet utvises ved samtidig bruk av potente P-gp-hemmere. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Hvis det oppstår en alvorlig allergisk reaksjon (inkl. alvorlig angioødem), skal legemidlet seponeres og egnede tiltak igangsettes. Fidaksomicin bør brukes med forsiktighet ved kjent allergi mot makrolider. Bør brukes med forsiktighet ved pseudomembranøs kolitt eller fulminant eller livstruende CDI, ved nedsatt lever- og nyrefunksjon. Granulat bør brukes med forsiktighet hos spedbarn < 6 måneder/< 4 kg. **Graviditet, amming og fertilitet:** **Graviditet:** Det anbefales å unngå bruk under graviditet. **Amming:** Det må tas en beslutning om amming skal opphøre eller behandling avstås fra, basert på nytte-/risikovurdering. **Fertilitet:** Dyrestudier indikerer ingen effekt på fertilitet. **Dosering:** **Tabletter: Standard dosering:** Voksne og barn $\geq 12,5$ kg: Anbefalt dose er 200 mg (1 tablett) administrert 2 ganger daglig (1 tablett hver 12. time) i 10 dager. **Utvidet pulsdosering:** Voksne: 200 mg tabletter administreres to ganger daglig for dag 1-5 (ingen tablett på dag 6) og deretter én gang daglig annenhver dag for dag 7-25. Hvis en dose blir glemt, skal den glemte dosen tas så snart som mulig, men hvis det snart er tid for neste dose, skal tablettene hoppes helt over. **Granulat: Voksne: Standard dosering:** Anbefalt dose er 200 mg (5 ml) 2 ganger daglig (5 ml hver 12. time) i 10 dager. **Utvidet pulsdosering:** Tas 2 ganger daglig på dag 1-5 (ingen dose på dag 6) og deretter 1 gang daglig annenhver dag på dag 7-25. **Ungdom og barn 0 - < 18 år:** Anbefalt dose baseres på kroppsvekt og tas 2 ganger daglig (1 dose hver 12. time) i 10 dager. **Administrering:** **Tabletter:** Kan tas med eller uten mat. Svelges hele sammen med et glass vann. **Granulat:** Rekonstitueres av farmasøyt eller helsepersonell. Tas peroralt, med eller uten mat, eller ved behov via en enteral sonde med sprøyte. **Pakninger og priser:** Tabletter 20 stk. (blister) kr 18 099,90. Granulat til mikstur: 1 stk. (glassflaske) kr 18 288,90. Reseptgruppe C. DIFICLIR er gjenstand for individuell refusjon for blå resept, for mer informasjon; se Helsedirektoratets hjemmeside. **Basert på SPC godkjent av DMP/EMA: 01.12.2023.**
Tillotts Pharma, Tel: +46 8-704 77 40

NP-DG-NO-00005 SEP25

For utfyllende informasjon om dosering, forsiktighetsregler, interaksjoner og bivirkninger - se felleskatalogen.no

Referanse: 1. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/antibiotika-i-sykehus/infeksjoner-i-abdomen#clostridioides-difficile-infeksjon>.
Sist faglig oppdatert 01.03.2022.



Vi tar for oss de siste 50 årene og prøver å sette oss inn i hva man som infeksjonslege var opptatt av i de ulike tiårene. Husker noen av dere de forgangne tider og mener at vi fremstiller dem feil, kom gjerne med tilbakemelding til de akk så unge quizmasterne.

Men husker dere egentlig riktig? Som vi nylig leste, skal man ikke stole blindt på sin egen hukommelse. Svar sendes som alltid til PestaQuiz@gmail.com

Spørsmål 1 (70-tallet)

Reservelege Oddvar Svensen var fornøyd. Han hadde fått ansettelse ved medisinsk avdeling ved Oslo kommunale sykehus. Byggene var riktignok gamle og trekkfulle, men sykehuset hadde en tyngde og en fremtid som virket urokkelig.

Denne formiddagen satte Oddvar seg på sengekanten til en pasient. «Interessant historie dette,» sa han høyt og betraktet mannen i sengen. Hud og sclera var tydelig ikteriske. Pasienten opplyste at han i flere uker hadde vært slapp, hatt nedsatt appetitt og kvalme. Han hadde hatt noe ubehag under høyre costalbue, men ingen kolikksmerter som kunne peke mot cholelithiasis. Oddvar bladde i kurven. «Vi får ta leverprøver,» sa han til søster Snefrid. «Bilirubin, SGOT, SGPT og alkalisk fosfatase. Om vi er heldige foreligger resultatene i morgen, eller dagen etter.»

Han tenkte videre. I avdelingen snakket man stadig om to ulike former for hepatitt. Den epidemiske som kunne opptre i familier og barneflokker, og den serumtypen som kunne forekomme etter transfusjon. Pasienten hadde fått blod noen måneder tidligere, og det kunne ikke oversees. «Kunne vi ikke sende en prøve videre?» spurte søster Snefrid forsiktig. Oddvar nikket.



«Jo, til Rikshospitalet eller til Statens institutt for folkehelse. Men det krever at professoren gir sin tillatelse. Og svaret vil uansett drøye, minst flere dager og ofte lenger.»

Han slukket sigaretten og rettet seg opp. Professor Strengerhagen var ikke en mann å møte uten forberedelser. På morgenvisitten ville han stille presise spørsmål om differensialdiagnoser, aktuelle prøver og videre plan. Oddvar måtte ha alt klart. Ellers ville han møte det beryktede hevede øyenbrynet, en irettesettelse mer fryktet enn mangt et hardt ord.

Kan du hjelpe vår reservelege? Hvilken infeksjon er det mest sannsynlig snakk om, og hva hadde

man å stille opp med av diagnostikk på midten av 70-tallet?

Spørsmål 2 (80-tallet)

Overlege Oddvar Svensen satt ved skrivebordet. På radioen gikk Drama High Time. Det var lørdag, og «Ti i skuddet» med Vidar Lønn Arnesen var allerede godt i gang. På hyllen bak ham sto et bilde fra tiden som turnuskandidat. I 1972 hadde han reist til Jugoslavia gjennom et nordisk solidaritetsprogram.

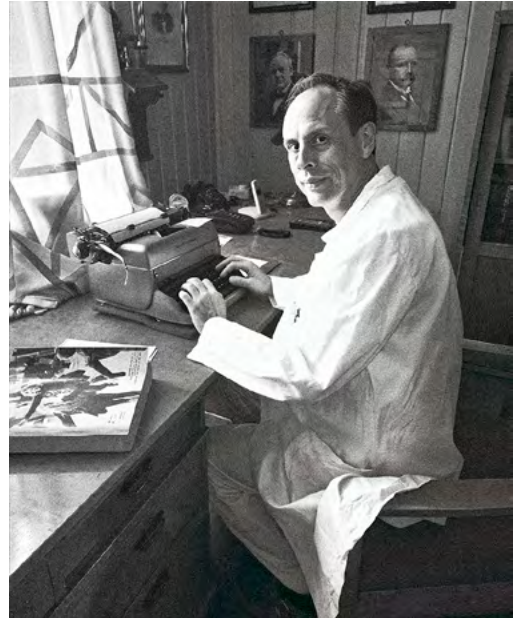
Han husket stemningen som om det var i går: landsbyene som ble stengt av soldater, folk som ble holdt tilbake i hjemmene sine. En ung lærer hadde fått høy feber, og noen dager senere var kroppen hans dekket av et fryktelig utslett. Oddvar husket den lammende frykten i befolkningen. Titos soldater vaktet gatene mens leger og sykepleiere gikk fra dør til dør. På to uker var 18 millioner mennesker vaksinert med tvang. Nå, omtrent ti år senere, leste han at sykdommen var erklært utryddet. Han lente seg tilbake og sa lavt til turnuskandidaten som kom inn med kveldens prøvesvar: «Det er nesten ufattelig. En sykdom som kunne lamme en hel nasjon med frykt, og så er den borte. Dette gir håp for fremtiden»

Men hvorfor gikk det an med akkurat dette viruset og ikke med mange andre vi fortsatt sliter med?

Spørsmål 3 (90-tallet)

Seattle stod på begynnelsen av 1990-tallet midt i en musikkrevolusjon som definerte en hel generasjon. Så godt som alle de store grungebandene kom fra Seattle og omegn, med blant andre Pearl Jam, Soundgarden, Alice in Chains og ikke minst Nirvana. Grunge betyr «skittent» eller «rotete».

Samtidig med denne musikalske omveltningen opplevde Seattle et utbrudd av en vektorbåren infeksjon i et miljø som nok også kunne beskrives som «grunge». Denne sykdommen hadde fått mye oppmerksomhet omtrent 80 år tidligere, som årsak til tilbakevendende feber av omtrent fem dagers varighet. Det hadde da vært utbrudd med over én million rammede. Infeksjonen var nok glemt av de aller fleste, før den dukket opp



hos HIV-pasienter, og senere i gjentatte utbrudd i storbyer som Seattle.

Hvilken bakterieinfeksjon skal vi fram til?

Spørsmål 4 (2000-tallet)

2001 var preget av magi og fantasi med premiere på storfilmene Ringens brorskap og Harry Potter og de vises stein. Samme år skjedde noe annet som tidligere ville hørt ut som ren fantasi: nok en infeksjonssykdom ble utryddet!

Det siste utbruddet av denne sykdommen ble påvist dette året, og noen år senere ble den erklært eradikert. Sykdommen, som var ekstremt dødelig (nær 100 % hos immunologisk naive), var kjent i århundrer for å gi store epidemier. Virus er nært beslektet med morbillivirus. Sykdommen har hatt stor betydning for forståelsen av infeksjonsimmunologi og tidlig vaksineutvikling.

Hvilken sykdom?

Spørsmål 5 (2010-tallet)

Dette legemiddelet har vært kjent i lang tid i folkemedisinen. Da det ble allment kjent for infeksjonsmedisinen, minsket bekymringen for den raskt stigende resistensen mot antiparasitære midler. Og samme år som Madcon toppet hitlistene

med «Don't Worry» (2010), fikk forskerne bak dette medikamentet den anerkjennelsen de fortjente.

Medikamentet, som opprinnelig ble ekstrahert fra en plante, er i dag blitt et av verdens mest brukte legemidler mot infeksjonssykdommer.

Hvilket medikament skal vi fram til?

Spørsmål 6 (2020-tallet)

Vi møter igjen vår gamle helt, Oddvar Svensen, som nå er blitt pensjonist og sitter ved frokostbordet med avisen foran seg. Kaffetrakteren putrer i bakgrunnen, og kona Snefrid setter seg ned ved siden av ham. De hadde vært gift i over tretti år, barna har flyttet ut, og det alt for store huset er stille. «Se her,» sier Oddvar opprørt og pekte på en overskrift. «Utbrudd av meslinger i flere land. Folk nekter å vaksinere barna sine. Og det til tross for at vi har en trygg og effektiv vaksine.» Snefrid rister på hodet. «Det minner om den gangen folk trodde man fikk horn og hover av koppevaksinen. Skepsisen er den samme, bare forkledd på nye måter.»

Oddvar sukker. «Ja, nå er det autisme folk snakker om, selv om det aldri har vært hold i det.



Karikatur fra Vaccinae vindicia (1806), der motstandere av kukoppevaksinen hevdet at kvinner kunne føde barn som var delvis storfe (man kan jo aldri vite...).

Det handler ikke bare om vaksiner, men om noe dypere. En mistillit til vitenskap, til autoriteter, til selve sannheten. Og konsekvensen er at sykdommer vi nesten hadde kontroll på, kommer tilbake.» Han bretter sammen avisen. «Vi trodde vi hadde vunnet. Men hva slags samfunn er vi, hvis vi lar gamle tankesett og sykdommer få fotfeste igjen fordi vi ikke stoler på kunnskapen vi faktisk har?»

Filosofisk spørsmål som man ikke må (eller kan?) svare på: Hva skal til for å vinne mot

Fasit fra AA-quiz fra forrige utgave av PestPosten (nummer 2 – 2024)

Forrige quiz dreide seg mest om sårinfeksjoner.

Oppgave 1: Bakterien som «The old surgeons looked upon (...) as rather a favourable sign» var *Bacillus pyocyaneus*, i dag kjent som *Pseudomonas aeruginosa*.

– Se pest-POSTEN's fotogåte i nr. 4, 1999.

Oppgave 2: Den skotske kirurgen som introduserte aseptisk kirurgi var Joseph Lister.

Oppgave 3: Tatoveringsinfeksjonen skyldtes en non-tuberkuløs mykobakterie, f.eks. *M. chelonae* eller *M. mageritense*.

– Se pest-POSTEN's fotogåte i nr. 3, 2013.

Oppgave 4: Reidun hadde pådratt seg en *Campylobacter*-infeksjon med påfølgende Guillain-Barrés syndrom.

Raskest, med alt rett, var **Caroline Hvitmyr**. Vi gratulerer med seieren!

GRATULERER!

VEILEDNING FOR FORFATTERE

Innholdet i *pest-POSTEN* i form av referater, artikler, kunngjøringer og meningsyttringer 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, .jpg eller .png. 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.

Viktig: Innsendte illustrasjoner MÅ være avklart med hensyn til opphavsrettigheter!

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. Artiklene bør inneholde referanseliste og de beste illustrasjonene.

Meningsyttringer, 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 i overkant av 600 og distribuert gratis til alle medlemmer av Norsk forening for infeksjonsmedisin og Norsk forening for medisisk mikrobiologi.

Annonsepris sort/hvitt: kr. 5.000 pr. 1/1 side per nummer. Fargeannonse kr. 6.000 pr. 1/1 side per nummer. Prisene gjelder ferdige annonser. Manusformat C5, positivt trykk på pdf. Husk at manuskriptet skal forminskes til G 5-format (16,9 x 23,8 cm). Vi må ta et forbehold om totale antall annonser i forhold til stoffmengden forøvrig. Redaksjonen har vedtatt å gjennomføre en rulleringsordning ved stor pågang av annonsører.

Forespørseler om annonsering ("bannere") på nettsiden www.pestposten.no kan rettes til redaksjonssekretæren. Priser vil variere.

