

Referat fra møte i Antibiotikakomiteen 17. juni 2011

15.8.2011 SMAO/PRAA 10/2574

Møtet

Tid	Fredag 17. juni 2011 kl. 12.00 – 15.00
Sted	Folkehelseinstituttet, Biblioteket i Avdeling for bakteriologi og infeksjonsimmunologi, Lovisenberggata 8
Deltakere	<p><i>Medlemmer</i></p> <p>Hanne Nøkleby (leder), Preben Aavitsland (sekretær), Harald Pors Muniz, Hege Salvesen Blix, Martin Steinbakk, alle <i>Folkehelseinstituttet</i> Gunnar Skov Simonsen, <i>NORM</i> Arnfinn Sundsfjord, <i>Arbeidsgruppa for antibiotikaspørsmål</i> Canan Bayar, <i>Legemiddelverket</i> Dag Berild, <i>Oslo Universitetssykehus</i> Morten Lindbæk, <i>Antibiotikasenteret for primærmedisin</i> Stig Harthug, <i>Helse Bergen</i> Arve Lund, <i>Veterinærinstituttet, NORM-VET</i> Ingar Olsen, <i>Odontologisk fakultet, UiO</i></p> <p><i>Observatører</i></p> <p>Anne Berit Walter og Jan Fuglesang, <i>Helsedirektoratet</i> (observatører) Karl-Olaf Wathne, <i>Helse- og omsorgsdepartementet</i> (observatør)</p> <p><i>Gjester</i></p> <p>Nina Sorknes, Petter Elstrøm, Olav Hungnes, Bjørn Iversen, Inger Sofie Samdal-Vik, Hanne-Merete Eriksen, alle <i>Folkehelseinstituttet</i> Per Espen Akselsen, <i>Helse Bergen</i></p>
Forfall	Arnfinn Sundsfjord Arve Lund Ingar Olsen Morten Lindbæk Stig Harthug Karl-Olaf Wathne Jan Fuglesang

Dagsorden

Nr	Innhold	Oppfølging
11/1	Endringer i komiteen (<i>diskusjon</i>) – NØKLEBY Etter ønske fra Stig Harthug og i samråd med Komiteens leder erstattes Stig Harthug med Per Espen Akselsen, Haukeland universitetssykehus som medlem.	

	<p>Det kan være nyttig å ha med en person som kjenner fagområdet antivirialresistens. Halvor Rollag, Oslo universitetssykehus, kan være aktuell.</p> <p>Departementet er representert med en person fra Folkehelseavdelingen. Det kan være aktuelt med en person også fra Spesialisthelsetjenesteavdelingen.</p> <p>Komiteen har fått ny sekretær, Preben Aavitsland.</p> <p>Mandatet er uendret</p> <p><i>”Folkehelseinstituttets komité for forebygging og bekjempelse av antibiotikaresistens (Antibiotikakomiteén) er en rådgivende ekspertgruppe innen medisinsk mikrobiologi, infeksjonsmedisin, farmasi, allmenntmedisin, veterinærmedisin, folkehelsevitenskap og eventuelt andre relevante fagområder.</i></p> <p><i>Komiteén skal arbeide for å forebygge og bekjempe antibiotikaresistens i Norge gjennom å vurdere eksisterende tiltak, og foreslå og ta initiativ til nye aktiviteter og tiltak. Komiteén skal på fritt faglig grunnlag vurdere hvilke tiltak som til enhver tid er mest formålstjenlige i arbeidet mot antibiotikaresistens. Institusjoner og etater med spesielle arbeidsoppgaver og ansvar innenfor arbeidet mot antibiotikaresistens skal være representert i komitéén.”</i></p>	<p>Nøkleby spør Rollag.</p> <p>Nøkleby forhører seg med HOD.</p>
11/2	<p>Hjemmeside for komiteen (diskusjon) – MUNIZ</p> <p>Komiteen har fått sin egen side under Folkehelseinstituttets generelle side om antibiotikaresistens http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,3078:1:0:0:::0:0</p> <p>Komiteens medlemmer oppfordres til å sende forbedringsforslag til Harald Muniz (hamu@fhi.no).</p> <p>Komiteen slutter seg til at referatene heretter, etter godkjenning, kan legges ut. Komiteens leder vil nøye vurdere om det i enkelte tilfeller er nødvendig å sladde noen opplysninger.</p>	<p>Muniz lager et eget meny punkt for referater. Aavitsland oversender ferdig referat.</p>
11/3	<p>Nye meldingspliktige sykdommer (informasjon) – AAVITSLAND</p> <p>Folkehelseinstituttet har foreslått for departementet at MSIS-forskriften endres for å ta inn følgende som meldingspliktig sykdom i gruppe A (nominativ melding):</p> <p><i>”Smittebærertilstand eller infeksjoner med Enterobacteriaceae, Pseudomonas aeruginosa eller Acinetobacter med spesielle resistensmønstre”</i></p>	

	<p>Med følgende begrunnelse:</p> <p><i>”Internasjonalt ses en økning av infeksjoner forårsaket av Gramnegative bakterier med spesielle resistensmønstre. Spredningen av resistensgener ses både ved spredning av bakteriene over landegrensene, særlig i sykehus, men også ved at resistensgener overføres mellom ulike bakterier. Forekomsten er også økende i Norge. Det er viktig å overvåke de mest resistente bakteriene og de som har størst betydning for smitteverntiltak i sykehus for å kunne oppdage utbrudd, for å kunne gi råd om korrekte smitteverntiltak og evaluering av disse slik at færrest mulig rammes.”</i></p> <p>Formuleringen er nokså rund. Folkehelseinstituttet vil på vanlig måte definere meldingskriteriene for laboratoriene.</p> <p>Videre er det foreslått å ta inn følgende som gruppe C (summarisk samlemelding):</p> <p><i>”Smittebærertilstand eller infeksjoner med toksinproduserende Clostridium difficile.”</i></p> <p>Med følgende begrunnelse:</p> <p><i>”Clostridium difficile er en bakterie som kan gi alvorlig diareesykdom, særlig etter antibiotikabehandling. Enkelte typer av bakterien er særlig smittsomme og virulente og har forårsaket store utbrudd i sykehus i utlandet. Det er ønskelig å få en oversikt over forekomsten av denne sykdommen i Norge for å kunne gi gode råd om smitteverntiltak, særlig i sykehus. I første omgang vurderes det som tilstrekkelig å få innrapportert årlig som sykdom i gruppe C – på samme måte som for genital chlamydiainfeksjon – antall tilfeller påvist ved landets medisinske mikrobiologiske avdelinger.</i></p> <p><i>Det pågår et utviklingsarbeid ved landets medisinske mikrobiologiske avdelinger for å bedre diagnostikken av Clostridium difficile med påvisning av de mer virulente typene. Når dette er på plass kan det bli aktuelt å be om at infeksjoner med visse genotyper av Clostridium difficile blir meldingspliktig i gruppe A.”</i></p> <p>Endringene er planlagt sendt på høring rett etter sommeren med tanke på iverksetting fra tidlig 2012.</p>	
11/4	<p>Midtveisevalueringen av strategien mot infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (diskusjon) - SORKNES</p> <p>Folkehelseinstituttet har ledet en midtveiseevaluering av planen (http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20FHA/Nasjonal%20strategi%20infeksjoner-antibiotikaresistens.pdf) og skal oversende rapport til departementet.</p>	

	<p>Folkehelseinstituttet har bedt de regionale helseforetakene og utvalgte kommuner samt etatene besvare et enkelt spørreskjema med svarfrist 1. februar. Etter forelengelse til 1. mai er det kommet en del svar. En rekke aktiviteter i planen er enda ikke startet, men henvendelsen har fungert som en påminnelse.</p> <p>Kommentarer: Komiteen kan allerede begynne å tenke på utforming av planen for neste periode. Man kan se for seg en overordnet plan med delplaner for hver sektor, med blant annet kommunenes utfordringer. Linjeansvaret må presiseres, og målene må være målbare.</p>	<p>Sekretariatet skal sende kopi av rapporten til komiteen</p>
11/5	<p>Antibiotikadagen 18. november 2011 (beslutning) – MUNIZ Fjorårets markering var vellykket. Da var sykehusene hovedmålgruppe. Planleggingen i ECDC for 2011 starter med et møte 21. juni der Muniz deltar. Da skal hovedtemaet bestemmes. ECDC har enda ikke oppdatert sin hjemmeside.</p> <p>Kommentarer: Lokalt engasjement er viktig. Vi kan vurdere <i>webcast</i> eller YouTube-filmer av aktuelle foredrag. Vi kan lage materiell som sykehusene og kommunene kan tilpasse og benytte. Vi må lage kampanjer tilpasset norske forhold. Litt mer storytelling. Evt knytte til pasientsikkerhetskampanjen, der ett av temaene er antibiotikaprofylakse ved kirurgi. Nye retningslinjer for antibiotikabruk vil komme mot slutten av året, men rekker trolig ikke Antibiotikadagen.</p> <p><u>Komiteen besluttet</u> at temaet for årets kampanje i Norge bør være antibiotikabruk mot urinveisinfeksjoner og asymptomatisk bakteriuri hos pasienter i helseinstitusjoner. Her er det sannsynligvis betydelig overforbruk.</p> <p><u>Komiteen besluttet</u> at koordineringsgruppe for den norske markeringen kan være den samme i fjor med nødvendige supplement og trolig med en annen farmasøyt fra Helse Vest.</p>	<p>Muniz vil kalle inn deltakerne til første møte etter sommeren.</p>
11/6	<p>Overvåking av resistens mot antivirale legemidler (diskusjon) – SAMDAL-VIK</p> <p>HIV-resistensovervåkingen blant behandlingsnaive ble etablert i 2006, og overvåking av influensavirus har pågått lenge. Med flere antivirale legemidler er det blitt behov for bredere overvåking. I strategiplanen er det nevnt tiltak om å utvikle mer antiviraliarensistensovervåking. I 2009 etablerte FHI en arbeidsgruppe under ledelse av Birgitta Åsjø som i desember 2010 leverte forslag til et nasjonalt system, kalt RAVN, for overvåking av resistens mot antivirale legemidler (http://www.fhi.no/dokumenter/8cf451c8f5.pdf). Folkehelseinstituttet har siden i forståelse med departementet og i dialog med fagmiljøene startet oppfølgingen av forslagene. En RAVN-sentral er etablert og lokaler satt av. Overvåkingen tenkes å ta utgangspunkt i de etablerte</p>	

	<p>referansefunksjonene for HIV, influensavirus, HCV, CMV og HSV og i regionslaboratoriene.</p> <p>Med mønster fra NORM er det oppnevnt et fagråd med medlem fra hvert regionslaboratorium, fra et helseforetakslaboratorium, en infeksjonsmedisiner og en molekylærbiolog. Fagrådet, som har hatt to møter så langt, skal gi råd om blant annet hvilke virus og antiviralia som skal inngå. En årlig rapport og et årsmøte planlegges. Det er ønskelig å ansette en leder for RAVN-sentralen.</p> <p>Det er en særlig utfordring å overvåke resistens under et behandlingsforløp. Da trengs full pasientidentitet, og det jobbes med HOD om en forskrift for dette.</p> <p>Kommentarer: Avdelingene som driver med behandling av HIV- og HCV-infeksjoner, har bra oversikt over resistensutfordringene. Er det nødvendig med så mange pasientrelaterte data? Personvernutfordringene er store, noe som illustreres av vanskene med å få til et kvalitetsregister for behandling av pasienter med HIV-infeksjon.</p>	
11/7	<p>Nytt fra ECDC-møter og andre europeiske møter (informasjon) – FLERE</p> <p><i>EARS-Net-møtet i Praha 3.-4. mars</i></p> <p>Simonsen sitter i koordineringsgruppa for EARS-Net. Hovedpunkter fra møtet: 1) Flytting av ESAC til ECDC går tregt. 2) EARS-Net går bra, men ECDC mangler kvalifisert personell. 3) EUCAST-brytningspunkter og resistensbestemmelsesmetoder må bankes gjennom. 4) ECDC ønsker å se overvåkingen av sykehusinfeksjoner i sammenheng med overvåking av resistens. 5) Europeisk prevalensundersøkelse er planlagt for i 2012. 6) Det jobbes med kasusdefinisjoner av multiresistens og panresistens for enkelte mikrobegrupper.</p> <p><i>Helsedirektørmøtet i Budapest</i></p> <p>Simonsen var på møtet, som eneste fra Norge. Det var stor oppmerksomhet om KPC i Klebsiella. Møtet var mer politisk og ikke så faglig interessant. Norge burde hatt representanter for helsemyndighetene.</p> <p><i>ESAC</i></p> <p>Blix har vært nasjonal koordinator i systemet for overvåking av antibiotikaforbruk siden 2001. ESAC er under overføring til ECDC. Programmet for overvåking i sykehjem skal ikke overføres til ECDC. Bruk i allmennpraksis og i sykehus skal til ECDC.</p> <p><i>WHO AGISAR</i></p> <p>Blix deltar i en rådgivningsgruppe for WHO om overvåking av antibiotikaresistens hos dyr og mat, til hjelp for mindre ressurssterke land. Man søker å integrere overvåking av antibiotika og resistens. De lager offisiell liste for kritisk viktig antibiotika hos mennesker.</p> <p><i>JPI on Antimicrobial Resistance</i></p> <p>Steinbakk orienterte. Karl-Olaf Wathne og Martin Steinbakk er med i interimsstyringsgruppa for dette <i>Joint Programming Initiative</i> som skal lage</p>	

	<p>et strategisk forskningsdokument for et stort forskningsprogram i EU-regi. Deretter skal det lyses ut forskningsmidler av EU-kommisjonen (minst 50 M€ per år). Et vitenskapsråd er nedsatt.</p>	
11/8	<p>Oppdatering om bakterier i Norge med ESBL-CARBA og tiltak – (diskusjon) STEINBAKK, IVERSEN Steinbakk innledet. Situasjonen følges nøye i Norge gjennom K-RES og NORM. Det er fortsatt lav prevalens av bakterier med klassiske ESBL. Data fra NORM i 2009 viste at rundt 2,5% av E coli og Klebsiella fra blodkultur hadde ESBL og under 1% av disse bakteriene fra urin.</p> <p>Nå Enterobacteriaceae tatt opp i seg gener som koder for flere andre enzymer som gir resistens, som KPC, VIM og NDM. Disse er tidligere kjent fra Pseudomonas og Acinetobacter. Fortsatt er dette sjeldent i Norge med under ti påvisninger per år. I UK har Enterobacteriaceae med plasmidoverført NDM-1 økt kraftig (Lancet Infect Dis 2010;10: 597-602). Bakterier med dette genet er også funnet i miljøet i New Dehli (Lancet Infect Dis 2011; 11: 355-62). En artikkel i MMBR 2010; 74: 417-33 gir en oversikt over kompleksiteten i samspillet mellom menneskene og miljøet.</p> <p>Iversen redegjorde for gjeldende råd fra Folkehelseinstituttet om forebygging og kontroll (http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15,3419:1:0:0::0:0&MainLeft_5565=5544:77621::1:5567:20::0:0). Flere sykehus har ønsket sterkere tiltak. utfordringene er: Hva skal være målet med tiltakene? Hvem skal eventuelt undersøkes? Hva skal man gjøre med dem som finnes positive for disse bakteriene?</p> <p>Kommentarer: Flere bemerket at dette er et viktig tema. Det trengs enkle retningslinjer, muligens en samlet veileder for alle resistente bakterier.</p> <p>Ved UNN benytter man samme indikasjoner for screening for VRE og ESBL som for MRSA. Andre pekte på at det kan virke ulogisk med stor oppmerksomhet om bare pasienter som overføres fra utenlandske sykehus når også vanlige turister kan ha fått med seg ESBL fra utlandet. Hvorfor skal man sette i verk tiltak overfor de ESBL-bærerne man vet om når det kanskje finnes mange andre i sykehuset man ikke vet om. Har vi dokumentasjon til å lage kriterier for screening?</p> <p>Stammer som er tilpasset intensivavdelinger med høyt antibiotikaforbruk er trolig verre enn stammer ute i samfunnet.</p> <p>Kan det være aktuelt med generelle råd med fokus på sårbare avdelinger og storutskillere?</p>	<p>Folkehelseinstituttet vil komme tilbake med forslag til nye råd.</p>
11/9	<p>Oppdatering om MRSA i Norge og tiltak (diskusjon) – ELSTRØM Det har vært en jevn økning i antall påviste infeksjoner og bærerskap, men</p>	

	<p>stabil få alvorlige infeksjoner – færre enn ti per år. Det kan skyldes at økt oppmerksomhet, økt og mer målrettet prøvetaking og bedre laboratoriemetoder fører til flere funn. Av kliniske infeksjoner utgjør hudinfeksjoner og abscesser 82% mens de alvorlige er under 4%.</p> <p>Det er en utfordring å klassifisere pasientene som smittet i helsetjenesten i Norge, i samfunnet i Norge eller i utlandet. Antallet helsetjenesteassosierte tilfeller er nokså stabilt mens de to andre gruppene øker. Vi ser nå stadig færre utbrudd i helsetjenesten, særlig sykehjem</p> <p>Norge ligger fortsatt sammen med Sverige og Danmark som landene i Europa med minst MRSA-problem.</p> <p>Det strategiske målet for MRSA-veilederen er å hindre introduksjon og etablering av av MRSA i helseinstitusjoner. Målet er nådd, men det krever fortsatt innsats for å holde denne situasjonen. Dette er ikke et mål som nås en gang for alle.</p> <p>Utfordringene er økende import, både med pasienter, men også med vanlige reisende som er blitt bærere i utlandet. Det blir nok mer MRSA ute i samfunnet, og det vil øke presset på helseinstitusjonene. Den såkalte grisestammen er påvist i enkelte norske svinebesetninger. Folkehelseinstituttet samarbeider med Veterinærinstituttet og Mattilsynet om en policy for å holde forekomsten lav hos grisene for å hindre smitte til mennesker. Heldigvis ser det ut til at den aktuelle stammen smitter dårlig mellom mennesker.</p>	
11/10	<p>Oppdatering om influensavirus' resistens (informasjon) – HUNGNES</p> <p>Undersøkelser av resistens hos influensavirus for overvåking må være befolkningsbasert og løpende. Det er noen viktige forskjeller mellom slik resistens og bakteriers resistens mot antibiotika:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Influenza har et raskt forløp slik at etiologisk diagnostikk og resistensundersøkelsen sjelden kan komme tidsnok til å styre behandlingen. Derfor må empirisk terapi styres av klinisk indikasjon og epidemiologisk indikasjon. - Influensaviruset har en rask evolusjon. Hele viruspopulasjonen skiftes ut over hele verden hver sesong. Det betyr at andelen resistente virus kan endres fra 1% til 100% fra en sesong til en annen. - Framvekst av resistens er ofte uten relasjon til bruk av de aktuelle antivirale midlene. <p>Resistens mot adamantaner oppstår lett, bestemmes genotypisk og svekker ikke virus. Utbredelsen er økende. Dette er lite aktuelle legemidler.</p> <p>Resistens mot neuraminidasehemmere kan oppstå på grunnlag av ulike mutasjoner. Derfor er det nødvendig med fenotypisk testing av dyrkede virus.</p> <p>I 2007-8-sesongen oppdaget influensalaboratoriet ved Folkehelseinstituttet at andelen oseltamivirresistente A(H1N1)-virus hadde økt betydelig, til rundt 60-70%. Dette skyldtes en mutasjon. Denne var trolig ”gratispassasjer” på en</p>	

	<p>annen genetisk endring som var under positiv seleksjon. Heldigvis er dette gamle sesong-A(H1N1)-viruset nå borte fra verden.</p> <p>Det var ingen resistens mot neuraminidasehemmere hos de to virustypene som dominerte årets sesong i Norge, nemlig pandemisk A(H1N1) 2009 og B. En variant av A(H1N1) 2009 med lett redusert sensitivitet mot oseltamivir og zanamivir ble funnet i 10% av stammer i Singapore og 30% i Australia. Mutasjonen er S247N. (http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19884).</p>	
11/11	<p>Arbeidet med NORM-rapporten med 2010-data (informasjon) – SIMONSEN</p> <p>Bestillingen er gått ut til de vanlige bidragsyterne, og stoffet strømmer inn. Formatet blir som i fjor. Tidsplanen er i rute. Interessante temaer er blant annet betydelig resistens hos gonokokker og sakte økende aminoglykosidresistens som på sikt kan true det særnorske standardregimet for empirisk sepsisbehandling.</p> <p>Kommentar: Ny anbefaling om empirisk behandling for gonore – ceftriaxon 500 mg – blir kunngjort snart.</p>	
11/12	<p>Antibiotikabruk i sykehjem målt ved prevalensundersøkelsene i 2010 (PIAH) (informasjon) - ERIKSEN</p> <p>Sykehjem er storforbrukere av antibiotika. Gjennom prevalensundersøkelsene av infeksjoner kan vi få mer kunnskap om forbruket.</p> <p>Delmål 1.8 i Nasjonal strategi pålta Folkehelseinstituttet blant annet å utvikle en mal for overvåking av antibiotikabruk i sykehus og sykehjem samt vurdere å inkludere antibiotikabruk som en variabel i de nasjonale prevalensundersøkelsene PIAH.</p> <p>Folkehelseinstituttet har tilbudt sykehusene som deltar i PIAH å frivillig registrere også systemisk antibiotikabruk på undersøkelsesdagen, med indikasjon, produktnavn, døgndose og administrasjonsmåte.</p> <p>I sykehus har om lag en tredel av sykehusene blitt med på denne frivillige tilleggsbiten. Og de finner at om lag hver fjerde innlagte pasient på undersøkelsesdagen får antibiotika. Høyest er andelen i intensivavdelinger, hematologiske enheter, infeksjonsavdelinger, lungeavdelinger og barneavdelinger og lavest i avdelinger for karkirurgi, revmatologi, obstetrik og urologi.</p> <p>De hyppigste indikasjonene er nedre luftveisinfeksjon, urinveisinfeksjon og hud- og bløtdelsinfeksjoner. For urinveisinfeksjon benyttes seks-sju ulike regimer pluss kombinasjonsregimer, og det er stor variasjon mellom sykehusene.</p> <p>Fem sykehjem har deltatt i to omganger som del av en europeisk studie i regi av ESAC. Om lag 550 beboere deltok hver gang. Prevalens av antibiotikabruk var 8,1% og 8,8%, og urinveisinfeksjon var vanligste</p>	

	<p>indikasjon. Også her var det stor variasjon. Overraskende nok var de norske andelene sånn midt på treet bland de deltagende europeiske landene.</p> <p>Institusjonene kan se sine egne data sammenliknet med landsgjennomsnittet på PIAHs nettsider. Her lenkes også resultatene til de nasjonale retningslinjene slik at brukerne kan se om det er ytterligere grunnlag for å endre egne valg av antibiotika.</p> <p>Fremover vil sykehusene fortsatt kunne delta i PIAH med antibiotikabruk. Sykehjemmene vil få tilbud og oppfordring. Dersom NOIS-forskriften utvides, vil sykehjemmene også kunne overvåke insidens av antibiotikabruk.</p>	
11/13	<p>Evaluering av antibiotikaprofylakse ved keisersnitt (informasjon) – ERIKSEN</p> <p>Saken ble strøket pga tidsnød. Saken dreier seg om stor variasjon i praksis med å gi profylakse ved keisersnitt, målt i NOIS. En artikkel om temaet kommer i Tidsskriftet.</p>	
11/14	<p>Oppdatering fra Arbeidsgruppa for antibiotikaspørsmål (AFA) (informasjon) – STEINBAKK</p> <p>AFA (http://www.unn.no/afa/category10274.html) er et uavhengig fagråd for HelseDirektoratet. Mandat og medlemmer finnes på hjemmesiden. AFA har hatt ett møte å langt i år og skal møtes igjen 28. juni. AFA deltar i ledelsen av både europeisk (EUCAST) og nordisk (NordicAST) gruppe med tilsvarende arbeidsområde, nemlig hvilke paneler av antibiotika ulike bakterier skal testes mot og hvilke brytningspunkter som skal velges for å definere nivåer av følsomhet eller resistens. Siste brytningspunkttable er fra 28. mars 2011 (http://www.unn.no/brytningspunkter/category19023.html)</p> <p>Neste AFA-kurs i resistensbestemmelse planlegges for november 2011. Her gjennomgås metoder for resistensbestemmelse med hovedfokus på diffusjonsteknikker, kvalitetssikring, etablering av brytningspunkt og tolkningskriterier for resistensbestemmelse samt metoder for påvisning av spesielle resistensmekanismer. Kurset er et kombinert praktisk og teoretisk kurs hvor både leger og bioingeniører fra alle ulike humanmedisinske laboratorier i Norge deltar samt 2-5 personer fra veterinærmiljøene.</p> <p>AFA har i samarbeid med Norsk forening for medisins mikrobiologi (NFMM) og Norsk forening for infeksjonsmedisin (NFIM) etablert en hospitantordning (<i>observership</i>) for unge mikrobiologer og infeksjonsmedisinere til å delta på AFAs møter og få innblikk i arbeidet med AFAs arbeid.</p> <p>AFA har publisert en metode for påvisning av spesielle resistensfaktorer (http://www.unn.no/metoder/category19027.html).</p> <p>EUCAST har fire-fem todagers-møter i året hvorav ett møte er lagt i tilknytning til ECCMID. EUCAST har de siste to årene hatt ett møte sammen med ECDC i Stockholm. De øvrige møter holdes i ulike land. Neste møte er i</p>	

	<p>Stockholm 11.-12. juli.</p> <p>NordicAST er nokså ny. Rasjonalet er at de nordiske landene har mye til felles og derfor stor nytte av samarbeid samt at de samlet kan stå fram med større tyngde i EUCAST. En workshop ble holdt i Göteborg 31. mai – 1. juni. Et viktig mål er å harmonisere brytningspunktene i Norden.</p>	
11/15	<p>Status for utpeking av antibiotikasenter for spesialisthelsetjenesten (<i>informasjon</i>) – WATHNE</p> <p>Saken ble strøket da Wathne hadde meldt forfall.</p>	
11/16	<p>Status for antibiotikaveileder for spesialisthelsetjenesten (<i>informasjon</i>) – BERILD</p> <p>Saken ble strøket pga tidsnød.</p>	
11/17	<p>VRE-utbrudd ved Haukeland sjukehus (<i>informasjon</i>) – AKSELSEN</p> <p>Utbruddet har pågått siden oktober, og så langt er bakterien påvist hos 197 pasienter. Det har vært 16 kliniske isolat, derav tre septikemier og resten hovedsakelig funn i urin der ikke alle har hvert behandlingskrevende. I det siste har man sett en oppblussing på lungeposten, og situasjonen er ikke under full kontroll. Man har en klar policy på ikke å teste personell. Kartlegging av utbruddet og strategi for oppklaring gjennomføres i samarbeid med Folkehelseinstituttet. Nabosykehuset på Haraldsplass har nå også et mindre utbrudd, med bakterien påvist hos 14 pasienter, hvorav fem med infeksjoner.</p> <p>Andre sykehus vurderer nå å teste pasienter som har ligget på Haukeland universitetssjukehus.</p>	
11/18	<p>Forskningsaktuelt (<i>informasjon</i>) – ALLE</p> <p>Saken ble strøket pga tidsnød.</p>	
11/19	<p>Eventuelt og saker for neste møte (<i>beslutning</i>)</p> <p>Saken ble strøket pga tidsnød. Komiteens leder vil i stedet kontakte medlemmene per e-post.</p>	