



REFERAT FRA AFA-MØTE

Sted	Helsedirektoratet, Oslo
Tid	Torsdag 16. april 2015
Tilstede	Dagfinn Skaare (DS), Martin Steinbakk (MS), Iren Høyland Löhr (IHL), Anita Løvås Brekken (ALB), Per Espen Akselsen (PEA), Ragnhild Raastad (RR), Marte Holmberg (MH), Einar Nilsen (EN), Ola Rossvoll (OR), Astrid Louise Wester (ALW) og Christoffer Lindemann (CL)
Forfall	Til sak 3.1 og 3.2: Eirik Bakka (EB) Truls Leegaard (TL), Marianne Sunde (MSu), Canan Bayar (CB) og representant fra K-res.

AGENDA (Sakene under eventuelt sto ikke på utsendt innkalling)

Sak	Tema	Oppgaver
1.	Velkommen DS ønsker velkommen til møtet.	
2.	Godkjenning av referat fra 2015-01-22 Referatet godkjennes med en mindre presisering. Publiseres på hjemmesidene. Det kommenteres at ikke alle har levert omtalt interessekonfliktskjema, dette distribueres på nytt og utfylte skjemaer må sendes EB for arkivering.	CL CL
3.	Administrativt	
3.1	Økonomi Intet nytt fra RR. EB informerer at det allerede er brukt 60k av årets budsjett på grunn av sent innkomne reiseregninger/faktura etter konferansen på Gardermoen i november 2014. RR holdes løpende orientert om AFAs pengebruk og EB vil melde om eventuelt behov for å søke om utvidelse av budsjettrammen.	
3.2	Mandat Revidert mandat er godkjent i Helsedirektoratet og distribuert til AFA, NFMM, NFIM, NITO, SLV og Veterinærinstituttet. Mandatet publiseres på hjemmesidene.	CL
3.3	Revisjon av AFA-dokumenter PK/PD-dokument omtales under punkt 7. Metodebeskrivelser og kvalitetskontroller: Det kan være behov for enkelte presiseringer for norske forhold i NordicAST metodedokumenter om diskdiffusjon – disse dokumentene bør gjennomgås. Utover dette er det behov for et metodedokument som omhandler gradient strips. Det tenkes at dette	



	<p>burde være et NordicAST dokument, men at det er fordelaktig at AFA lager et utkast/forslag i første omgang. ALB, EN og MS utarbeider et forslag til dokument med utgangspunkt i nåværende AFA-dokument. Forslaget distribueres i forkant av neste møte. Dokumentet skal ikke omhandle kvalitetskontroll.</p>	ALB, EN, MS
3.4	<p>Hospitanter EN ønskes velkommen som ny NFMM-hospitant. MHs engasjement går i utgangspunktet ut i august 2015. Det er ønskelig med skifte ved årsskifte og dermed ønskelig at MH får fortsette sitt engasjement ut 2015. Videre bør det inngås dialog med NFIM om ny utlysning. CL utarbeider forslag til utlysningstekst og kontakter NFIM.</p>	CL
4.	<p>Nytt fra EUCAST CL informerer om de viktigste saker som ble behandlet i forrige SC-møte i Leuven i februar. Det informeres om kommende brytningspunktendring for kinolonler. Forslag til ny definisjon av I-kategorien gjennomgås i punkt 12.1. Neste møte i København i tilslutning til ECCMID ultimo april.</p>	
5.	<p>Nytt fra NordicAST IHL går gjennom de viktigste sakene fra møtet i Stockholm i mars. Planlegging av Workshop i Gøteborg i mai var hovedsak på møtet. Ellers ble også EUCASTs forslag til endret definisjon av I-kategori behandlet (se sak 12.1).</p>	
6.	<p>Nytt fra K-res Utgår pga manglende K-res representant.</p>	
7.	<p>PK/PD-dokument UVI / Amoxicillin-klavulansyre ved pyelonefritt Det er utbredt tradisjon i Norge å behandle øvre UVI ambulant med mecillinam (og mecillinam er blant de i Retningslinjen for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten anbefalte midlene ved øvre UVI). Praksis ved mange laboratorier er å gi ut resistenssvar for mecillinam med kommentar når stammens MIC verdi ligger mellom villtypen ($MIC \leq 1$ mg/L) og S-brytningspunktet for Enterobacteriaceae. Det henvises da til AFAs PK/PD-dokument (både i antibiotikaretningslinjene for primærhelsetjenesten og i brytningspunkttabellen). Det vurderes om det gjeldende dokumentet kan suppleres med noen betraktninger om manglende kunnskapsgrunnlag for bruk av mecillinam som intravenøst middel og som peroral etterbehandling da brytningspunktene gjelder for ukomplisert uvi. Det bør også stå noe om amoxicillin-klavulansyre i dokumentet, da midlet brukes i relativt stor grad og nevnes i sykehusretningslinjene som alternativ til peroral etterbehandling ved pyelonefritt selv om det ut fra PK/PD betraktninger neppe er bedre egnet til dette formålet enn amoxicillin alene. Tas opp med redaksjonskomiteen når dokumentet er revidert. Videre er dokumentet vanskelig tilgjengelig på hjemmesidene og foreslås flyttet til "Brytningspunkter" da det er å betrakte som et tillegg til</p>	MS



8.	<p>brytningspunkttabellen.</p> <p>Det er for øvrig inkonsistens mellom brytningspunktene for amoxicillin (8/8) og amoxicillin-klavulansyre (32/32) ved ukomplisert uvi i NordicASTs brytningspunkttabell (EUCAST angir ikke brytningspunkter for amoxicillin ved ukomplisert uvi). Dette viderefremmes til NordicAST for revisjon av tabellen.</p> <p>Betalaktamantibiotika til behandling av ESBL</p> <p>Det er i dag gitt anbefalinger i EUCAST Expert Rules og i NordicASTs ESBL-metodedokument for rapportering av amoxicillin-klavulan / piperacillin-tazobactam hos Enterobacteriaceae med nedsatt følsomhet for 3-4. gen cefalosporiner. EUCAST anbefaler generelt "report as tested" (uansett resistensmekanisme) men tar forbehold ved S for penicillin-betalaktamasehemmer-kombinasjoner, unntatt ved urinveisinfeksjoner (Expert rule 9.1). I kommentaren til rule 9.1 angis det at unntaket også gjelder ved blodbaneinfeksjoner sekundært til urinveisinfeksjon, hvilket skaper uklarhet. MS kontakter EUCAST for avklaring av kunnskapsgrunnlag og evt endring av ordlyden.</p> <p>NordicAST anbefaler også "report as tested" (med MIC-bestemmelse ved "infeksjonsfokus med penetrasjonsutfordringer") og anbefaler kommentar om "usikker terapeutisk effekt ved infeksjonsfokus utenfor urinveiene" ved S for penicillin-betalaktamasehemmer-kombinasjoner ved påvist ESBL (inkludert pAmpC og karbapenemaser). Det er noe forskjellig håndtering av slik rapportering ved de ulike laboratoriene og det hersker tvil om hvordan anbefalingene tolkes.</p> <p>Bakgrunn for anbefalingene er høyendemiske land der man ikke ønsker å utelukke potensielt virksomme midler. MS påpeker at det også er metodologiske problemer knyttet til resistensbestemmelse med piperacillin-tazobactam som både kan gi falsk følsomme og resistente isolater.</p> <p>En nylig studie viste økt mortalitet ved primærbehandling med pip-tazo ved bakteremi med ESBL_A-produserende Enterobacteriaceae med in vitro følsomhet (S eller I) for pip-tazo (MIC\leq16 mg/L) sammenlignet med karbapenem (HR 1.92, p=0.03) (Tamma PD et al. CID 2015). En svakhet ved studien er at den ikke sammenlignet utkomme ved ulike infeksjonsfokus.</p> <p>Andre betalaktamer som ceftazidim og mecillinam omtales ikke i de over nevnte dokumenter selv om ESBL-isolater relative ofte er in vitro følsomme for disse midlene. Mecillinam er ikke betalaktamasestabil og nyere studier viser flere tilfeller med terapivikt ved behandling av følsomme ESBL-stammer. Det bør generelt anbefales å rapportere som testet ("report as tested"), men dette må gjøres med skjønn der hvert tilfelle bør vurderes individuelt med tanke på blant annet infeksjonsfokus.</p> <p>IHL sammenfatter innspillene og bringer disse videre til revisjon av NordicAST-</p>	<p>CL</p> <p>DS</p> <p>MS</p>
----	--	-------------------------------



<p>9.</p>	<p>dokumentet etter e-postrunde i AFA.</p> <p>AFA-kurs 2015 MS (kursleder) og resten av kurskomiteen (ALB, PEA, RR) har startet arbeidet med planlegging av høstens kurs. Aktuelle uker er uke 45 og 47 (tir-ons eller ons-tor). Datoer kan først settes når reservasjon av kurssalen på Rikshospitalet kan bekreftes primo juni. Påmeldingsfrist bør være 5 uker før kursdato for å kunne kontrollere innbetalinger, da dette bød på problemer ved forrige kurs, spesielt fra de store helseforetakene. Invitasjoner, i alle fall informasjon om dato, bør sendes ut innen medio juni. Programmet fra forrige kurs legges til grunn for årets program. Det er fremdeles ønskelig med praktisk rettede foredrag med bruk av bilder, kasuistikker m.m. for å synliggjøre og forenkle problemstillingene. Det er planlagt gjennomgang av demonstrasjonsskålene i plenum ved bruk av bilder etter at dette konseptet fikk god mottakelse ved forrige resistenskurs ved K-res. IHL forespør Olav Natås om deltagelse med foredrag og OR avklarer hvem fra St.Olav som underviser om MRSA. Etter tilbakemeldinger ifm fjorårets evaluering legges det til rette for felles sosialt arrangement med enkel servering på kvelden dag 1.</p>	<p>IHL</p> <p>MS mfl.</p> <p>IHL, OR</p>
<p>10.</p>	<p>Antibiotikakonferansen 2015 CL informerer om planene så langt for årets konferanse som blir 10-12 november. Det legges igjen opp til en kombinasjon av internasjonale og nasjonale forelesere. Smittevern er ønsket sterkere belyst.</p>	<p>CL</p>
<p>11.</p>	<p>Neste møte Neste møte blir 2 dagers møte i Stavanger 9-10 september. IHL og ALB får ansvar for å organisere sted og "sosial happening". Det snakkes om mulighet for å kunne invitere infeksjonspediater til møtet for faglig innlegg. Årets siste møte blir 12. November i avslutningen av Antibiotikakonferansen. Møtedatoer for 2016 settes på neste møte.</p>	<p>IHL, ALB</p>
<p>12. 12.1</p>	<p>Eventuelt Definisjon I-kategori EUCASTs forslag til endring av definisjonen av I-kategorien gjennomgås – dette har også vært diskutert på siste NordicAST-møte. NordicAST har gått gjennom alle I-kategoriene i aktuell brytningspunkttabell og kategorisert disse og har på bakgrunn av dette arbeidet og diskusjoner på møtet, kommet med et forslag til hørings svar til EUCAST (distribuert i forkant av møtet). Noen av momentene som kom fram i diskusjonen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det diskuteres om behovet for enklere svar til kliniker løses best ved å benytte I-kategori med flere definisjoner eller ved å definere særskilte 	



	<p>brytningspunkter for bug-drug-inf.site-kombinasjoner.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Et argument for å fjerne "technical buffer zone" er at all resistensbestemmelse er beheftet med usikkerhet. Alternativt måtte det implementeres en slik "gråson" for alle bug-drug kombinasjoner. • Et annet argument er at betydningen av I ikke må bli så usikker eller avskrekkende at I blir oppfattet som "Ikke bruk". • Følgelig bør setningen fra NordicAST-forslaget "Do not use but under certain conditions, read any comment", endres til betydningen "Kan brukes under visse forutsetninger" ("May be used under certain conditions, read any comment"). • Villtyper bør ikke defineres som I dersom det skyldes usikker effekt av middelet som ikke kan kompenseres for med økt dose eller oppkonsentrering på infeksjonsstedet. • Veldefinerte I-kategorier bør kommenteres enkeltvis i brytningspunkttabellen med informasjon om hvilken betydning I har i det enkelte tilfellet. • Det vil være økologisk ugunstig om I'er omdefineres til R og dermed medfører bruk av annet mindre gunstig middel. Som vist av NordicAST vil dette bli konsekvensen av å fjerne "technical buffer zone" fra definisjonen. • Klinikere bør også være høringsinstans før eventuell endring av definisjonen. <p>AFA's synspunkter bringes videre til neste møter/diskusjoner i henholdsvis NordicAST og EUCAST.</p>	DS, IHL, TL CL
12.2	<p>Arbeidsmøte om redusert antibiotikabruk</p> <p>Det vises til distribuert invitasjon til AFA om deltakelse i arbeidsmøtet 13. Mai. DS melder inn at RR ønsker å delta som representant for AFA. I tillegg kommer MS og PEA til å delta som representant for henholdsvis FHI og KAS. Etterspurte forslag/innspill fra AFA som RR kan ta med til møtet, sirkuleres på e-post i forkant.</p>	DS, RR
12.3	<p>Informasjon fra KAS om ulike initiativ mot antibiotikaresistens.</p> <p>PEA informerer: Stortinget vedtok i februar å be regjeringen fremme en ny handlingsplan mot antibiotikaresistens, mål om 30% reduksjon i antibiotikabruken innen 2020. HOD har gitt FHI oppdraget med å skrive utkast innen august-15, MS og PEA er involvert. Et delprosjekt her er å utrede et evt. norsk STRAMA. Legeforeningen har også nedsatt en gruppe som skal gi Sentralstyret i Legeforeningen råd om hvordan de kan bidra mot antibiotikaresistens, denne ledes av IHL.</p> <p>Helsedirektoratet har en gruppe for kvalitetsindikatorer for infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikabruk (PEA er faglig leder). I løpet av 2015 blir disse indikatorene publisert på helsenorge.no:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antall antibiotikaresept/1000 innbyggere, • Kinoloner, andel av urinveismidler til kvinner 20-79 år • Penicillin, andel av luftveisantibiotika til barn 0-9 år 	



- Penicillin, andel av luftveisantibiotika 10-79 år.

Alle publiseres på kommunenivå.

Helse Nord har lagt inn krav om antibiotikastyringsprogram i bestillingen til sine helseforetak.

E-læringskurs om antibiotikabruk rettet mot sykehusleger, KAS arbeider intensivt med dette.

REFERAT

Distribuert dato	2015-04-20
Godkjent dato	2015-09-09
Publisert dato	2015-09-11
Utarbeidet av	Dagfinn Skaare (leder) Christoffer Lindemann (nestleder/sekretær)