



REFERAT FRA AFA-MØTE

Sted	Helsedirektoratet, Oslo
Tid	Mandag 1. og tirsdag 2. februar 2016
Tilstede	Dagfinn Skaare (DS), Martin Steinbakk (MS), Truls Leegaard (TL), Iren Høyland Löhr (IHL), Anita Løvås Brekken (ALB), Per Espen Akselsen (PEA), Ragnhild Raastad (RR), Astrid Louise Wester (AWL), Marianne Sunde (MSu), Cecilie Torp Andersen (CTA), Miriam Sare Ledaal (MSL), Dagfinn Markussen (DM), Lise Holløen-Orø (LHO) og Christoffer Lindemann (CL) Kun 1/2: Hege Enger (HE) På Skype til sak 6 og delvis 14.1: Arnfinn Sundsfjord (AS) Til sak 10: Wiggo Sandberg, MSD Siste 30 min 2/2: Eirik Bakka (EB)
Forfall	Canan Bayar (CB)

AGENDA (Saker merket med * sto ikke på utsendt innkalling)

Sak	Tema	Oppgaver
1.	Velkommen DS ønsker velkommen, spesielt til nye deltakere.	
2.	Godkjenning av referat fra 2015-11-12 Referatet godkjennes uten kommentarer. Publiseres på hjemmesidene.	CL
3 3.1	Administrativt Økonomi RR legger fram regnskapet for 2015. Honorar til forelesere etter kurset i november er ennå ikke medregnet, men regnskapet vil gå i null for 2015. Resultat for 2014 var på -84k. Kursavgift for AFA-kurset er eneste inntektskilde. Før neste kurs må det diskuteres hvem som skal dekke reise/opphold for foredragsholdere. Dersom AFA skal dekke dette også i 2017, bør kursavgiften vurderes økt. Eventuelt kan også deltakere fra industrien pålegges en høyere avgift. EB opplyser at det allerede fra budsjettet for 2016 er belastet 28k, som betyr at Gardermoen 2015 har blitt belastet årets budsjett. Det virker urealistisk å få oppgjøret for konferansen i november innenfor det aktuelle budsjettår og at dette også i fremtiden vil være forskjøvet til neste år. Det har ikke fungert med regelmessig rapportering vedrørende økonomi fra Helsedirektoratet. Etter avtale med EB, skal RR etterspørre oppdaterte tall i forkant av hvert møte.	



	<p>Det poengteres at AFA gjennom midler fra Helsedirektoratet dekker opphold/reise for én person per møte fra de tilknyttede institusjonene (K-res, MRSA-ref.lab og Sopp-ref.lab.). CL sender ut instruks for bestilling av reise gjennom Berg-Hansen.</p>	CL
	<p>Honorering av bioingeniørene som bidro med det praktiske på AFA-kurset diskuteres. De har hatt permisjon med lønn fra arbeidsgiver, men bør honoreres på lik linje med øvrige foredragsholdere, dvs i henhold til Legeforeningens satser. Det enes om at de to bioingeniørene derfor honoreres for bidrag under alle demonstrasjonene. DS/RR skriver ned en prosedyre for hvordan dette håndteres til neste kurs. Det er ikke midler til å dekke full lønn for bioingeniørene over kursbudsjettet.</p>	DS/RR
	<p>RR sender ut kursregnskap / oversikt over honorar for kontroll.</p>	RR
3.2	Revisjon av AFA-dokumenter	
3.2.1	Utsettes til neste møte.	ALB/IHL
3.2.2	Utsettes til neste møte.	ALB/IHL
3.2.3	IHL informerer kort om det publiserte metodedokumentet som ble utarbeidet i samarbeid med K-res v/ Ørjan Samuelsen.	
3.3	AFAs sammensetning	
	DS går gjennom AFAs organisasjonsstruktur og mandat.	
4.	Nytt fra EUCAST	
	<p>Det har ikke vært noe møte i SC siden forrige AFA møte. Konsultasjonene som ble behandlet under og i etterkant av forrige møte, skal diskuteres på neste møte i SC 8. og 9. februar i Madrid.</p> <p>CL opplyser om at John Turnidge fra Australia vil overta som vitenskaplig sekretær i EUCAST etter Derek Brown.</p>	
4.1	AFST Subcommittee	
	<p>CTA representerer AFA i EUCAST AFST Subcommittee (Subkomité for resistensbestemmelse av sopp). CTA informerer om komitéen og dens planlagte arbeid.</p> <p>Referanselaboratoriet for sopp har startet arbeidet med å etablere EUCAST-metode for resistensbestemmelse (buljongfortynning).</p>	
5.	Nytt fra NordicAST	
	<p>IHL går gjennom referatet fra siste møte i NordicAST som ble avholdt i København i desember 2015. Problemstilling rundt Vancomycinvariable VRE diskuteres og det drøftes hvorvidt AFA bør anbefale konfirmerende genetisk testing (vanA/B) uten at det trekkes noen konklusjon om dette. Det virker som de fleste/største laboratoriene allerede har innført konfirmerende tester på invasive isolater.</p>	



<p>6.</p>	<p>Nytt fra K-res AS informerer: K-res har etablert metode for påvisning av <i>mcr-1</i> (plasmidmediert kolistinresistens). PCR-testen har høy sensitivitet, men noe lav spesifisitet. Det arbeides med optimalisering. AS anser ikke at det enn så lenge er grunnlag for fenotypisk testing av kolistinresistens utover klinisk indikasjon (se for øvrig sak 14.1)</p> <p>Det er sendt ut nyhetsbrev fra K-res om prioriterte analyser for 2016. Kolistinresistente isolater er nå inkludert.</p> <p>Kurs om resistensmekanismer er planlagt avholdt 17. – 21. Oktober 2016. Preliminært program vises og dette settes opp som sak til neste AFA-møte der innhold og forelesere vil gjennomgås.</p> <p>K-res har mottatt midler fra Helse-Nord for helgenomsekvensering. Der er ønskelig å avholde et praktisk og teoretisk kurs for kliniske mikrobiologer. Det er ønskelig med en deltaker fra AFA for deltakelse med planlegging. IHL er allerede involvert. DS, TL, CL og MS tilbyr seg å bidra om ønskelig.</p>	
<p>7.</p>	<p>Nytt fra MRSA-referanselaboratoriet HE informerer. De norske laboratoriene er nå bedt om å sende inn resultat av lappediffusjonstest sammen med MRSA-isolater som sendes til referanselaboratoriet. Arbeid med å etablere helgenomsekvensering er i gang. Se også punkt 15.</p>	
<p>8.</p>	<p>Nytt fra KAS PEA viser til handlingsplanen som ble publisert høsten 2015 der det er et overordnet mål om å reduseres antibiotikabruken i Norge med 30%. KAS har foreslått mer spesifikke mål for spesialisthelsetjenesten der reduksjonen tenkes å skulle gjelde karbapenemer, 2.- /3. generasjons cefalosporiner, penicilliner med betalaktamasehemmere og kinoloner. Det har vært en 5-dobling i bruken av karbapenemer og 3. generasjons cefalosporiner i Norge de siste 20 år.</p> <p>Antibiotikastyringsprogram skal være igangsatt i løpet av 2016 i de regionale helseforetakene.</p> <p>E-læringskurs om antibiotikabruk er publisert i alle helseforetakene. Lenke til kurset er distribuert til AFAs medlemmer i e-post.</p> <p>I Sverige arrangeres et kurs for ST-läkara om antibiotikabehandling og – resistens (PK/PD – dosering hos intensivpasienter, antibiotika konsentrasjonsmålinger, behandling av MDR, empirisk behandling ved økende resistens m.m.). KAS er forespurt om muligheten for å arrangere</p>	



	<p>tilsvarende kurs i Norge, men dette virker ikke åpenbart mulig før tidligst 2017. Imidlertid kan det være mulig for norske leger å delta på det svenske kurset.</p> <p>9. Evaluering av AFA-kurset 2015 For økonomi se punkt 3.1.</p> <p>PEA går gjennom evalueringen som også er distribuert på e-post. Alle 33 deltakere leverte evalueringsskjema. Kurset fikk gjennomgående svært gode tilbakemeldinger. Igjen noen få klager om manglende handouts – det kunne vært aktuelt å sende ut epost en uke før kursstart med påminnelse om at disse eventuelt må skrives ut av deltageren selv. Generelt gode tilbakemeldinger for demonstrasjonene. Forelesningene har fått meget gode tilbakemeldinger både på innhold, presentasjon og faglig nivå. ESBL-forelesningene får høy score men oppfattes som tidligere som vanskelige – det foreslås å anbefale kursdeltakerne noe forhåndslitteratur om dette emnet før neste kurs, f.eks NordicAST metodedokumenter.</p> <p>Soppresistens har ikke vært forelest på de siste kurs, men bør omtales på kurset i 2017. CTA er interessert i å bidra.</p> <p>ALB opplyser om at flere bioingeniører har etterlyst annonsering av kurset – det bør vurderes om man skal annonsere i "Bioingeniøren" før neste kurs.</p> <p>MS/TL forespørres om å lage en protokoll/sjekkliste for planlegging/gjennomføring av kurset. Denne protokollen burde også inneholde rutiner for annonsering.</p> <p>10. Faglig innlegg: Ceftolozan-tazobactam Wiggo Sandberg fra MSD presenterer Ceftolozan-tazobactam som ble registrert i Norge i januar 2016. Indikasjon for bruk er kompliserte intraabdominale infeksjoner (cIAI), pyelonefritt og kompliserte urinveisinfeksjoner (cUTI). Kliniske studier har vist non-inferioritet til henholdsvis meropenem (cIAI) og levofloxacin (cUTI). Middellet har hovedsakelig et Gram-negativt spekter og har bedre effekt spesielt mot ikke-karbapenemaseproduserende, men resistente stammer av P. aeruginosa. Middellet tenkes å være et karbapenemsparende alternativ til behandling av multiresistente P. aeruginosa og ESBL-A produserende Enterobacteriaceae.</p> <p>11. Kommentering på svarrapport ifm mangelsituasjoner for antibiotika. PEA informerer om planlagt strategi for å kunne opplyse rekvirenter om mangelsituasjoner for antibiotika, slik det har vært for meropenem og erythromycin. Det foreslås at KAS utarbeider forslag til anbefalt kommentar som bør følge resistenssvar for aktuelle antibiotika og at dette ratifiseres av AFA og</p>	
--	--	--



<p>12.</p>	<p>publiseres/distribueres som en anbefaling fra KAS/AFA via MikInfo. Det blir opp til hvert laboratorium i hvilken grad anbefalingene/kommentaren formidles til rekvirentene. Dette vil blant annet være avhengig av de ulike laboratoriesystemene.</p> <p>AFA's innsats for rasjonell antibiotikabruk</p> <p>RR, HE og TL har begynt å se på temaet. Bruk av selektiv rapportering kan dreie antibiotikaforbruket til mer ønskede midler.</p> <p>Dagens anbefalte resistenspaneler har et uhensiktsmessig format – det diskuteres blant annet om man skulle innføre flere kategorier (f.eks inneliggende vs. ambulante pasienter). Forbruket av antibiotika i Norge er hovedsakelig i allmennpraksis og det anses lite hensiktsmessig å anbefale at man forsinker resistensbestemmelse/-svar til inneliggende pasienter. Rapportert resistensbestemmelse vil ofte oppfattes som et insitament for behandling. I stedet for antibiogram, kunne man gitt ut kommentarer som: "Isolatet er følsomt for anbefalt empirisk behandling..."</p> <p>Det er noe mangelfull forklaring i dokumentet om hvordan de anbefalte resistenspanelene kan/skal brukes.</p> <p>Det er enighet om at AFA's innsats bør rettes mot allmennpraksis og at ASP må være delaktig. Det kan være aktuelt å invitere Morten Lindbæk til neste møte for videre planlegging.</p> <p>Obligatoriske kurs med resertifisering for å kunne forskrive antibiotika ville kunne øke kunnskapsnivået hos forskrivende leger. Dette kan fremmes som innspill til Helsedirektoratet/Antibiotikakomiteén.</p> <p>En kartlegging av laboratorienes praksis rundt rapportering ville være nyttig og kunne gjennomføres ved elektronisk spørreskjema (QuestBack). En slik kartlegging burde dekke rutiner rundt polikliniske urinveisinfeksjoner, luftveisinfeksjoner og sårinfeksjoner.</p> <p>AFA har tidligere spilt inn temaet som forslag til strategimøte og har fått tilbakemelding fra referansegruppen v/ Dag Harald Skutlaberg om at temaet er interessant og aktuelt. Dette er tidligst mulig å gjennomføre i 2017.</p> <p>Konkrete planer videre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kartlegging av laboratorienes praksis rundt resistensrapportering gjennomføres ved en enkel spørreundersøkelse - Forslag til endring av presentasjonsform for anbefalte resistenspaneler utarbeides - Morten Lindbæk inviteres til møte 25. mai 	<p>RR/TL/HE/ MSL</p> <p>RR/DS/CL/ DM/PEA/A LB DS</p>
------------	--	--



13.	<p>NordicAST brytningspunkttabell v 6.0 IHL gjennomgår endringene i brytningspunkttabellen som ble publisert ved nyttår.</p>	
14	<p>Kolistinresistens</p>	
14.1	<p>AFA er bedt om å uttale seg vedrørende foreslåtte endring av kolistinbrytningspunkter for <i>P. aeruginosa</i>. De foreslåtte brytningspunktene er på 2/2 (mot dagens 4/4) og vil bryte inn i villtypepopulasjonen (3% av villtypen har MIC på 4). Ved de foreslåtte brytningspunktene vil det være en fare for å karakterisere isolater som falskt resistente (ME). PK-PD beregninger viser at det neppe er holdepunkt for effekt av behandling, selv med høyeste dose, ved MIC > 2. Da kolistinbehandling anses som siste utvei for disse pasientene, anses ME som like ille som falskt følsomme resultat (VME). For å unngå å bryte prinsippet om å splitte villtypen, ønsker derfor AFA å bevare brytningspunktene på 4/4. CL lager et utkast til svar fra NWGA som sendes MS/DS for gjennomlesing før det tas med til neste møte i SC.</p>	CL/MS/DS
14.2	<p>ALW informerer om den urovekkende påvisningen av plasmidmediert kolistinresistens (<i>mcr-1</i>) hos Enterobacteriaceae som var omtalt i Lancet i november 2015. Genet er påvist i isolater i flere land i Europa, men ikke i Norge enn så lenge. Det er i flere land utstrakt bruk av kolistin i veterinærmedisinen – da som tilsetning i fôr for profylakse. Saken har vært drøftet i den europeiske gruppen som ALW deltar i (CVMP) og det kan gå mot restriksjoner rundt bruken fra EU.</p> <p>Det drøftes om det er nødvendig for AFA å anbefale økt fenotypisk testing av kolistinresistens for å kunne fange opp resistente isolater. I dag testes i praksis kun Karbapenemaseproduserende stammer på terapeutisk indikasjon (se også sak 6).</p> <p>MS opplyser at plasmidmediert kolistinresistens sannsynligvis blir meldepliktig til MSIS. PEA poengterer at så lenge ESBL_{CARBA} (og plasmidmediert kolistinresistens) ikke defineres som allmennfarlige smittsomme sykdommer (som MRSA og VRE), vil smitteoppsporing og bruk av tiltak være begrenset for å hindre spredning.</p>	
15.	<p>Vankomycin resistensbestemmelse av MRSA-isolater Det vises til e-post utveksling mellom UNN/St. Olav som ble distribuert med møteinnkallingen. Dagens anbefalinger fra MRSA ref.lab/AFA vedrørende resistensbestemmelse gjennomgås. P.t er det ikke grunnlag for å endre gjeldende anbefaling, som sier at det bør testes for hVISA ved invasive isolater og/eller ved terapivikt med vankomycin. Problemstillingen kan eventuelt tas opp igjen ved senere møte.</p>	



16.	<p>AFA's navn</p> <p>Sak fremmet av ALW. AFAs navn gjenspeiler i liten grad AFAs mandat. Akronymene AFA/NWGA er godt innarbeidet nasjonalt og internasjonalt og det anses derfor som lite hensiktsmessig å endre disse. Etter diskusjon i gruppen kommer man fram til følgende to alternativer for nytt navn:</p> <p>Alternativ 1: "Arbeidsgruppen for antibiotikaspørsmål og metoder for resistensbestemmelse"</p> <p>Alternativ 2: "Arbeidsgruppen for følsomhetstesting og antibiotikaspørsmål"</p> <p>Endelig vedtak om navneendring utsettes til neste møte.</p> <p>Det er også ønskelig å endre grafisk profil, slik at faglig tilhørighet til de øvrige organ som arbeider med antibiotika/resistens gjenspeiles (KAS, ASP, NORM, K-res). En enkelt bokstav vil da brukes, og ettersom "A" er opptatt for "Antibiotika.no", foreslås henholdsvis "M" eller "F" for de to foreslåtte navnene.</p> <p>Endring av grafisk profil vil koste anslagsvis 25k. Det utarbeides et forslag som presenteres HelseDirektoratet for godkjenning og mulig finansiering. Alternativt kan en endring av grafisk profil dekkes ved bruk av AFAs egne midler.</p>	DS/CL
*17.	<p>Endokardittbehandling med ampicillin og ceftriaxone</p> <p>Sak fremmet per epost av Einar Nilsen, Molde. Kombinasjonsbehandling med ampicillin og ceftriaxone har blitt etablert praksis for behandling av endokarditt med E. faecalis. Behandlingen er kun nevnt kort som alternativ i veilederen. I henhold til EUCAST, angis enterokokker å være iboende resistente mot cefalosporiner og resistensbestemmelse anbefales ikke. Behandlingen bør omtales i veilederen, men PEA opplyser at det p.t. ikke er bevilget midler fra HelseDirektoratet til en revisjon. Viktig derfor at behov for endringer innmeldes til HelseDirektoratet via postmottak@helsedir.no. CL tar spørsmålet videre til EUCAST – mulig dette burde omtales med en note i brytningspunkttabellen eller ved et guidance document.</p>	CL
18.	<p>Møteplan 2016</p> <ul style="list-style-type: none"> - 25. Mai, HelseDirektoratet Faglig innlegg ved DM - 27. September, HelseDirektoratet - 17. November i tilslutning til antibiotikakonferansen på Gardermoen 	DM
19. *19.1	<p>Eventuelt</p> <p>Det kan være behov for metodeansvarlig for automatisert resistensbestemmelse. Dette er p.t. ikke mulig for AFA så lenge</p>	



	leverandørene gir tilstrekkelig innblikk i metodologien. Det kan være EUCAST/AFA kan anbefale andre krav til kvalitetskontroll, men det besluttes ingen videre gang i saken.	
*19.2	DS gjennomgår den første CEASAR-rapporten (2014) som også distribueres per epost.	
*19.3	EB informerer om at Helsedirektoratet har fått i oppdrag å implementere handlingsplanen som ble publisert i 2015. Det er satt ned en styringsgruppe for formålet.	

REFERAT

Distribuert dato	2016-02-07
Godkjent dato	2016-05-25
Publisert dato	2016-05-30
Utarbeidet av	Dagfinn Skaare (leder) Christoffer Lindemann (nestleder/sekretær)