



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Stortingets president
Stortinget
0026 OSLO

Deres ref

Vår ref

16/5371-

Dato

26.9.2016

Spørsmål nr 1581 til skriftlig besvarelse - Pasienter med antibiotikaresistente infeksjoner siste fem årene.

Jeg viser til brev fra Stortingets president 12.september 2016 vedlagt følgende spørsmål fra stortingsrepresentant Kjersti Toppe:

"Hvor mange pasienter innlagt ved norske sykehus har hatt antibiotikaresistente infeksjoner fordelt på de siste fem årene, hvor mange har mistet livet på grunn av dette og hvor mange har reist fra Norge til utlandet for å gjennomføre tannbehandling de siste fem årene og er det registrert antibiotikaresistente infeksjoner som følge av slike behandlingsreiser?"

Begrunnelse:

Spørsmålet om spredning av antibiotikaresistens som følge av sykehusopphold og behandlingsreiser til utlandet har igjen fått økt oppmerksomhet.

De faglige advarslene mot å legge til rette for ikke- medisinsk begrunnede behandlingsreiser til utlandet har lenge vært sterke. I forbindelse med innføringen av pasientrettighetsdirektivet i Norge i 2014 pekte Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og Legeforeningen på risiko knyttet til antibiotikaresistens og behandlingsreiser. De fleste andre land har større forekomst av antibiotikaresistens enn Norge."

Svar:

Antibiotika er nødvendig for moderne medisinsk behandling. Økende bruk av antibiotika har ført til motstandsdyktige bakterier som representerer en alvorlig global helsetrussel. Også i Norge er utviklingen negativ, selv om vi har mindre omfang av motstandsdyktige bakterier enn mange andre land.

Representanten Toppes første spørsmål gjelder hvor mange pasienter innlagt ved norske sykehus som har hatt antibiotikaresistente infeksjoner fordelt på de siste fem årene.

Antibiotikaresistente infeksjoner omfatter infeksjoner med en rekke forskjellige bakterier. Noen av disse er meldepliktige gjennom Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS). MSIS administreres av Folkehelseinstituttet, og gjennom MSIS har vi overvåking og obligatorisk meldeplikt av flere antibiotikaresistente bakterier. Både bærerskap (kolonisering) og klinisk infeksjon er nominativt meldepliktig for mikrobene MRSA (meticillinresistente stafylokokker), VRE (vankomycinresistente enterokokker), PRSP (penicillinresistente pneumokokker) og gramnegative bakterier med spesielle resistensmekanismer. I den siste gruppen av bakterier finnes bakterier med karbanapemresistens (ESBL-karba). Karbanapem er en gruppe antibiotika som brukes i sykehus til å behandle pasienter med multiresistente bakterier.

MSIS-ordningen omfatter ikke mer alminnelig forekommende bakterier som har resistensmekanismer som hemmer effekten av noen typer antibiotika. Disse kalles ESBL (Extended spectrum beta-lactamase). Mange av våre vanligst brukte antibiotika er ikke effektive mot infeksjoner med disse bakteriene. Det tallmessig største problemet er ESBL-produserende vanlige tarmbakterier som E coli og Klebsiella. Disse ESBL øker i Norge, men er altså ikke meldepliktig, og det finnes ikke noen god oversikt verken over hvem som har infeksjoner eller hvor mange som er kolonisert.

For å besvare representanten Toppes spørsmål har Helse- og omsorgsdepartementet innhentet opplysninger fra Nasjonal kompetansetjeneste for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten og fra Folkehelseinstituttet.

Gjennom Meldingssystemet for smittsomme sykdommer (MSIS) overvåkes forekomsten av visse smittsomme sykdommer forårsaket av resistente bakterier.

Folkehelseinstituttet opplyser at de resistente bakteriene som vurderes å ha størst betydning for infeksjoner i sykehus er meticillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA), vankomycinresistente enterokokker (VRE) og Gram-negative bakterier med utvidet resistens mot alle eller nesten alle typer antibiotika (ESBL_{KARBA}-holdige bakterier).

Laboratoriene og behandlende lege sender melding første gang en av disse bakteriene blir diagnostisert hos en person i Norge. Det blir registrert hvor pasienten har blitt diagnostisert, blant annet om pasienten var inneliggende på sykehus da bakterien ble funnet. I MSIS kan vi dermed se hvor mange pasienter hvert år som var inneliggende i sykehus da de ble diagnostisert med en av disse bakteriene. Vi kan imidlertid ikke gjennom MSIS se det videre forløpet for hver pasient, eksempelvis om pasienten var innlagt flere ganger i løpet av året.

Oversikt over totalt meldte tilfeller av pasienter med MRSA, VRE eller ESBL_{KARBA}-holdige bakterier

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016*
MRSA totalt	630	604	658	819	909	1060	1204	1483	1867	2233	1684
MRSA innlagt	141	142	150	152	192	217	278	292	362	449	365
MRSA innlagt med	106	96	79	90	106	122	156	158	192	194	184

kjent infeksjon											
VRE totalt	4	8	6	6	54	291	171	118	110	81	98
VRE innlagt	1	7	5	5	53	283	163	113	103	72	94
VRE innlagt med kjent infeksjon	1	7	5	5	14	11	8	11	13	10	6
ESBL _{KARBA} totalt							9	21	26	44	36
ESBL _{KARBA} innlagt							8	21	24	38	30
ESBL _{KARBA} innlagt med kjent infeksjon	De fleste innlagt med ESBL _{KARBA} -holdige bakterier ble meldt med klinisk infeksjon, men det kan være vanskelig å tallfeste eksakt, fordi enkelte pasienter ble meldt med flere samtidige funn av ESBL _{KARBA} -holdige bakterier. Tallene ovenfor viser antall pasienter.										

*Til og med 19. september 2016

Globalt har det vært en kraftig økning av forekomsten av resistente bakterier. Det gjelder for mange typer bakterier og langt flere enn de som overvåkes gjennom MSIS. Vårt overvåkningsprogram endres ikke pga. dette og det er heller ikke slik at personer som er bærere av resistente bakterier uten videre skal behandles for dette. Smittevernveilederen anbefaler heller ikke spesielle tiltak eller restriksjoner for helsepersonell som er bærere av ESBL-resistens.

Norge har så langt vært blant de land i verden som har lavest forekomst av resistente bakterier i befolkningen. Vi ser imidlertid økende forekomst. Økt forekomst av resistente bakterier i verden fører til økt smittepress inn mot Norge. Av sykdommene som overvåkes i MSIS, sees det en tydelig økende rapportering av MRSA og ESBL_{KARBA} der pasienten har blitt smittet utenfor Norge. Andelen personer med MRSA som antas smittet i utlandet har de siste ti årene økt fra 25% (159 av 630) i 2006 til 49% (1084 av 2233) i 2015. Funn av ESBL_{KARBA} ble meldingspliktig i 2012. Denne formen for resistente bakterier er i all hovedsak funnet hos pasienter som er direkte overført fra sykehus i utlandet til sykehus i Norge.

Når det gjelder ESBL er det kun meldingsplikt for de bakteriene som er mest resistente (ESBL_{KARBA}). Folkehelseinstituttet har det siste året fått signaler fra sykehusene om en kraftig økende forekomst av pasienter med ESBL-holdige bakterier, men hvor resistensen mot antibiotika ikke er av den typen som er meldingspliktig til MSIS. Forekomsten av vankomycinresistente enterokokker (VRE) er også økende i utlandet, men de tilfellene vi har påvist i Norge er først og fremst knyttet til utbrudd i sykehus. Nesten alle tilfellene er dermed knyttet til spredning i sykehus i Norge.

Representanten stiller spørsmål om hvor mange pasienter som har dødd av resistente bakterier. Det vil ifølge Folkehelseinstituttet i mange tilfeller være vanskelig å vurdere om

infeksjon er direkte eller medvirkende årsak til død, og om infeksjonen i så fall var forårsaket av resistent bakterie.

Når behandlende lege melder om funn av resistent bakterie til MSIS, meldes det også om klinisk bilde og utfall av sykdommen. Meldingen sendes kort tid etter funn av bakterien. De opplysningene legen gir, vil vise status for pasientens sykdom på meldingstidspunktet. Hvordan det går videre med pasienten etter meldingstidspunktet, vil ikke bli fanget opp av overvåkingssystemet.

I perioden fra 2006 til og med første halvår 2016, er det meldt 58 dødsfall der behandlende lege har registrert at pasienten døde av sykdom forårsaket av en av de resistente bakteriene nevnt ovenfor. Det kan ifølge Folkehelseinstituttet være betydelig flere dødsfall der resistente bakterier er direkte eller medvirkende årsak til død, men som ikke fanges opp av dagens overvåkingssystem. Dette vil kunne skje fordi bakterien/resistensmekanismen ikke er meldingspliktig eller fordi overvåkingssystemene ikke fanger opp videre forløp for den enkelte pasient.

Representanten Toppe stiller også spørsmål om hvor mange som har reist fra Norge til utlandet for å gjennomføre tannbehandling de siste fem årene og om det er registrert antibiotikaresistente infeksjoner som følge av slike behandlingsreiser.

De fleste som drar til utlandet for tannbehandling reiser som turister og betaler selv for behandlingen. Det er ingen registrering av omfanget av slik behandling.

Nasjonal kompetansetjeneste for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten fremholder at mindre omfattende tannbehandlinger som for eksempel krone eller bro neppe vil medføre noen større risiko for å bli smittet av, eller få infeksjoner med antibiotikaresistente bakterier. Større inngrep, spesielt implantater der det opereres i kjeven, vil gi en økt risiko, fordi det er større risiko for smitte med multiresistente bakterier jo mer omfattende den utførte behandlingen er.

Ifølge kompetansetjenesten vil for eksempel en pasient som overflyttes til norsk sykehus etter en ukes intensivbehandling i Hellas eller Spania, nesten alltid være smittet med antibiotikaresistente bakterier og det er stor risiko for også å få infeksjoner. Behandling i land som Thailand, India og Pakistan gir enda høyere risiko, og enda mer resistente bakterier.

Dagens overvåkingssystemer fanger ikke opp årsaken til at pasienter har blitt smittet av resistente bakterier i utlandet. I fritekstfeltet i MSIS kan det være angitt at pasienten er direkte overført fra sykehus i utlandet eller har nylig vært innlagt i sykehus i utlandet. Enkelte nordiske studier har ifølge Folkehelseinstituttet vist at så mange som 30% av reisende har blitt smittet med resistente bakterier på vanlige turistreiser uten at de har vært i kontakt med helsetjenesten. Det er dermed en risiko for å bli smittet med resistente bakterier i land utenfor Norden også uten kontakt med helsetjenesten. Smitten kan skje ved direkte kontakt med andre mennesker, men kan også skje via inntak av mat og vann, kontakt med dyr og gjennom smitte fra ulike kilder i miljøet. Det er imidlertid vist gjennom både europeiske overvåkingsdata og

studier i andre land at det er en betydelig økt risiko for å bli smittet med resistente bakterier dersom man blir innlagt i sykehus eller mottar annen omfattende helsetjeneste i land utenfor Norden.

Pasienter som søker om forhåndsgodkjenning av refusjon for planlagt helsebehandling utenfor Norden kommer fra nå av til å få informasjon om faren for antibiotikaresistens.

Antibiotikaresistens er en alvorlig trussel i Norge og resten av verden. Regjeringen har derfor lagt frem en Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens 2015-2020. Regjeringen vil følge opp arbeidet med tiltak i Norge og arbeide i WHO og andre internasjonale fora for riktig bruk av antibiotika.

Med hilsen

Bent Høie