



Innst. 156 S

(2014–2015)

Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

Dokument 8:2 S (2014–2015)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe og Trygve Slagsvold Vedum om en handlingsplan i helsevesenet mot utbredelse av antibiotikaresistente bakterier

Til Stortinget

Sammendrag

Det fremmes i dokumentet følgende forslag:

- «1. Stortinget ber regjeringen i løpet av våren 2015 fremme en handlingsplan i helsevesenet mot utbredelse av antibiotikaresistente bakterier, jamfør tiltaksområder under Helsedepartementets ansvarsområder i 'Rapport fra tverrsektoriell ekspertgruppe, Folkehelseinstituttet 2014', med mål om å redusere antibiotikabruken i befolkningen med 30 pst. innen utløpet av 2020.
2. Stortinget ber regjeringen snarest innføre krav om diagnosekoder ved forskrivning av antibiotika på alle typer resepter.
3. Stortinget ber regjeringen snarest, under temaet 'kropp og helse' i læreplanen for faget naturfag, tilføye kompetansemål om bruk av antibiotika og antibiotikaresistens.
4. Stortinget ber regjeringen snarest innføre kvalitetsindikatorer for antibiotikabruk utenfor sykehus og målrettede intervensjoner mot leger med et for høyt forskrivningsnivå.
5. Stortinget ber regjeringen snarest styrke undervisningen om faglig, forsvarlig antibiotikabruk

for leger utdannet i utlandet og i norsk medisinerutdanning.

6. Stortinget ber regjeringen snarest sikre at alle sykehus utarbeider planer for implementering av retningslinjer og kompetanseheving om rasjonell antibiotikabruk.
7. Stortinget ber regjeringen snarest sikre at alle sykehus overvåker eget antibiotikabruk, med systematisk rapportering til ledere og forskrivende leger.
8. Stortinget ber regjeringen snarest sikre at alle sykehus behandler eget antibiotikabruk regelmessig i antibiotikakomiteé, kvalitetsutvalg eller lignende, med konkrete forbedringsmål.»

Forslagsstillerne framholder at antibiotikaresistens er et økende problem både i Norge og globalt. Det vises til at antibiotikaresistens er definert av Verdens helseorganisasjon (WHO) som et globalt helseproblem og blir oppfattet som en trussel på linje med terror og klimaendringer, og at WHO i mai 2014 oppfordret sine medlemsland til å styrke innsatsen mot antibiotikaresistens og vedtok at det skal utarbeides en «Global action plan in antimicrobial resistance». I Norge er det lagt fram en rapport fra en tverrsektoriell ekspertgruppe på antibiotikaresistens («Antibiotikaresistens – kunnskapshull, utfordringer og aktuelle tiltak», Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2014).

Det vises til ulike planer og tiltak for å motvirke antibiotikaresistens i Norge.

Forslagsstillerne mener det er stort behov for både strakstiltak og en ny handlingsplan i helsevesenet for å stanse utbredelsen av antibiotikaresistente bakterier, gjennom faglig, forsvarlig antibiotikabruk og godt smittevern i både spesialisthelsetjenesten og i allmenntilleggsmedisin.

Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Ruth Mari Grung, Tove Karoline Knutsen, Torgeir Micaelsen, Freddy de Ruiten og Karianne O. Tung, fra Høyre, Kristin Ørmen Johnsen, Elisabeth Røbekk Nørve, Sveinung Stensland og Tone Wilhelmsen Trøen, fra Fremskrittspartiet, lederen Kari Kjønaas Kjos, Harald T. Nesvik og Morten Wold, fra Kristelig Folkeparti, Olaug V. Bollestad, fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, fra Venstre, Ingjerd Thon Haga-seth, og fra Sosialistisk Venstreparti, Audun Lysbakken, er bekymret for den helse-trusselen antibiotikaresistens representerer for verdenssamfunnet og for Norge. Komiteen har merket seg at Verdens helseorganisasjon (WHO) i sin første globale overvåkningsrapport om antibiotikaresistens konkluderer med at vi er på vei inn i en post-antibiotisk æra hvor vanlige infeksjoner kan komme til å ta mange menneskeliv. Fremover vil resistens ikke bare få konsekvenser for infeksjonssykdommer, men også ramme kirurgisk behandling, premature og kreftbehandling, som ofte er helt avhengig av virksomme antibiotika i behandlingen.

All antibiotikabruk fører til resistens. I Norge øker resistensen fordi vi bruker for mye antibiotika, og vi importerer resistente bakterier fra utlandet. Resistensen er proporsjonal med forbruket. Resistens medfører store helseutgifter og lengre liggetid i sykehus. Resistente bakterier kan smitte fra dyr til mennesker og omvendt.

Komiteen mener at en helhetlig og tverrsektoriell tilnærming er nødvendig. I tillegg til i humanmedisin, dyrehold og havbruk, må innsatsen også rettes inn mot miljøet i vid forstand, som er viktig for spredning av resistente mikrober og resistensgener. Omfanget av antibiotikabruk i europeisk matindustri utenfor Norden er betydelig. Komiteen viser til Folkehelseinstituttet og ekspertrapportens fokus på å integrere reservoartekningen og miljøaspektene, både nasjonalt og globalt.

Komiteen registrerer at det er store variasjoner i forbruk av antibiotika mellom sammenlignbare sykehus, sykehjem og leger i Norge.

Komiteen har merket seg at det er behov for et bedre kunnskapsgrunnlag, og at regjeringen har satt av 4,6 mill. kroner til internasjonalt forskningssamarbeid og 2,6 mill. kroner ekstra til Folkehelseinstituttet i 2014 for å styrke helsesidens arbeid med antibiotikaresistens.

Komiteen er bekymret for utviklingen og for at vi i løpet av få år kan være uten virksomme antibiotika. Fagmiljøet ved Oslo universitetssykehus mener at Norge må ta et større ansvar for å utvikle

nye antibiotika, og foreslår en oppgradering av forskning i Norge med 30 mill. kroner over fem år. Legemiddelindustrien mener også at Norge må understøtte nasjonale og europeiske forskningsprogrammer som er rettet inn mot utvikling av diagnostisk verktøy, vaksiner og nye antibiotika.

De to kompetansesentrene – Antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP) og Nasjonal kompetansetjeneste for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten (KAS) – har som mål å fremme rasjonell antibiotikabruk. ASP ble opprettet i 2006, og komiteen har merket seg at selv om problemstillingene og oppgaver knyttet til antibiotikaresistens er stadig økende, har størrelsen på senterets tildelte midler stått mer eller mindre stille siden oppstart.

Komiteen har merket seg innspillet fra Folkehelseinstituttet og Legemiddelindustrien om at den nasjonale handlingsplanen må ses i sammenheng med de globale tiltakene og WHO's «Global action plan» for å gi maksimal effekt. Sistnevnte planlegges vedtatt i mai 2015 og vil gi føringer for medlemslandene.

Komiteen mener at antibiotikaresistens representerer en helsetrussel både globalt og i Norge. Problemet kan ikke løses nasjonalt alene, men fordrer et internasjonalt samarbeid. Komiteen mener overforbruk og feil bruk av antibiotika har bidratt til situasjonen.

Komiteen mener utfordringen med økende antibiotikaresistens ikke kan løses i helsevesenet alene, men må løses i samarbeid med andre sektorer som landbruk, havbruk og næringsmiddelindustrien. Komiteen viser til rapporten «Antibiotikaresistens – kunnskapshull, utfordringer og aktuelle tiltak» fra Nasjonalt folkehelseinstitutt og ber om at denne blir fulgt opp. Komiteen viser til at Helse- og omsorgsdepartementet allerede har satt av midler til dette formål.

Komiteen mener vi trenger en overordnet, tverrsektoriell strategi for å møte utfordringen med antibiotikaresistens, og noterer at helse- og omsorgsministeren i samarbeid med relevante departement har satt i gang et slikt arbeid.

Komiteen ber om at antibiotikaresistens blir tema i legemiddelmeldingen, og at man i den sammenheng vurderer innføring av diagnosekoder for alle resepter på antibiotika.

Komiteen viser til at hver enkelt lege, i likhet med annet helsepersonell, har plikt til å holde seg faglig oppdatert. Komiteen legger til grunn at det å sette seg inn i de nasjonale faglige retningslinjene for antibiotikabruk, som skal være normerende og retningsgivende, faller inn under denne plikten. I komitéhøringen kom det imidlertid fra flere hold frem at det ikke alltid er tilfelle at denne plikten blir overholdt.

Komiteen ber om at man ved utarbeidelse av kvalitetsindikatorer i spesialisthelsetjenesten vurderer om antibiotikabruk skal være en egen indikator.

Komiteen viser til at 85 prosent av all antibiotika forskrives utenfor sykehus, og 60 prosent av dette forskrives til luftveisinfeksjoner, herunder en stor andel til barn. I høringen fremkom det at man har grunn til å tro at det forskrives antibiotika dobbelt så ofte som nødvendig for enkle infeksjoner. Komiteen viser videre til at sammenlignbart land som Sverige gjennom aktivt arbeid har klart å redusere denne andelen. I arbeidet med redusert antibiotikabruk må derfor primærhelsetjenesten gis nødvendig oppmerksomhet for å sikre at unødvendig forskrivning i Norge går ned.

Komiteen viser til at bruken av bredspektret antibiotika går opp uten at det er medisinske årsaker til dette, og ber om at dette gis spesiell oppmerksomhet i den varslede strategiplanen.

Komiteen mener helseforetakene og sykehussene i større grad må stå til ansvar for egen antibiotikabruk, og bør ha oversikt over egen bruk ved å sørge for at forbruksstatistikk og oversikt over resistensforhold er tilgjengelig. En strategi for riktig antibiotikabruk bør definere forbedringsmål og sørge for at retningslinjen for antibiotikabruk blir implementert og etterlevd.

Komiteen mener at utvikling av nye antibiotika og vaksiner er viktig for å sikre virksomme legemidler i kampen mot infeksjoner i fremtiden. Norge bør bidra til forskning og utvikling av slike midler, men dette er også en global utfordring som krever at alle land gjør en innsats.

Komiteen mener at å hindre spredning av infeksjoner og holde smittepresset nede kan redusere antibiotikabruken og dermed forhindre utvikling av antibiotikaresistens. Det må derfor være en prioritert oppgave å arbeide for høy vaksinedekning i befolkningen, både nasjonalt og internasjonalt.

Komiteen mener økt bevisstgjøring rundt antibiotikaresistens i befolkningen, både hos pårørende, pasienter og forskriver, vil hjelpe samfunnet i kampen mot resistente bakterier.

Komiteen mener at godt, forebyggende hygienearbeid i helsetjenesten er et viktig forebyggende tiltak, og at riktig administrasjon av antibiotika er viktig for å sikre best mulig effekt. Dette understreker at god ledelse og en god kultur for kvalitet i helsetjenesten er viktig for å hindre smittespredning og sykehusinfeksjoner, samtidig som det sikrer best mulig effekt av antibiotika som administreres.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet, Venstre og Sosialistisk Venstreparti, viser til at mobilitet over lande-

grensene er en utfordring med hensyn til spredning av antibiotikaresistens. Særlig gjelder dette i forbindelse med sykehusbehandling og arbeid på sykehus. Flertallet viser til at Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Legeforeningen var blant høringsinstansene som i høringsuttalelse til Prop. 135 S (2013–2014) Samtykke til godkjenning av EØS-komiteens beslutning om innlemmelse i EØS-avtalen av direktiv 2011/24/EU om anvendelse av pasientrettigheter ved helsetjenester over landegrensene, ga uttrykk for denne bekymringen. Flertallet mener regjeringen har fått faglig gode begrunnelser fra fagmiljøene for at økt utveksling av helsetjenester og helsearbeidere over landegrensene må føre til økt overvåkenhet, og videre at det blant annet må innebære at de helsemessige og økonomiske konsekvensene av økt mobilitet, sett i lys av økt fare for spredning av antibiotikaresistens, må utredes.

Flertallet viser til merknad i Innst. 99 S (2014–2015):

«Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet, Venstre og Sosialistisk Venstreparti, viser til den betydelige trusselen økt antibiotikaresistens utgjør for folkehelsen, nasjonalt senest dokumentert i rapport fra tverrsektoriell ekspertgruppe på antibiotikaresistens, «Antibiotikaresistens kunnskapshull, utfordringer og tiltak» (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2014). Opphold i sykehus utenfor Norden regnes som risikofaktor for å være bærer av/infisert med multiresistente mikrober. Som en del av nye smitteverntiltak (tiltak tre), anbefales det å utarbeide anbefaling for screening av risikogrupper for bærerskap av utvalgte, mikrobielle resistensegenskaper ved innleggelse i helseinstitusjon. Flertallet vil understreke at slike tiltak kan bli mer omfattende dersom det blir en økning i pasientmobiliteten, og at risikoen for å smittes i norske sykehus kan bli økende. Folkehelseinstituttet skriver også i sitt høringssvar:

'Det er sannsynlig at de reelle kostnadene til sykehusbehandling og -forpleining vil være høyere for pasienter som nylig har blitt behandlet i utlandet, enn for pasienter som kun har blitt behandlet i Norge.'

Flertallet viser til at flere av høringsinstansene ser betydelige utfordringer knyttet til myndighetenes mulighet til å bekjempe økt antibiotikaresistens kombinert med økt pasientmobilitet. Helsedirektoratet skriver i sitt høringssvar:

'Direktoratet har tidligere pekt på at det kan utgjøre en betydelig risiko dersom resistente bakterier blir hyppigere forekommende i Norge. Resistensforekomsten i Europa utenfor Skandinavia er langt høyere enn i Norge, og en økt eksponering for andre lands helsesystemer vil medføre en betydelig forhøyet risiko for økning i resistensforekomsten i Norge. Dette er en særlig aktuell utfordring knyttet til sykehusbehandling. Foruten å utgjøre en betydelig økt risiko for den enkelte pasient som reiser ut med formål om behandling på særlig resistensutsatte steder, vil resistensforekomsten kunne øke betydelig i den offentlige norske helsetjenesten som følge av at

resistensutsatte pasienter videre eller ferdigbehandles her.'

Legeforeningen skriver i sitt hørings svar:

'Legeforeningen er bekymret for hvilke konsekvenser forslaget kan ha for utvikling av antibiotikaresistens i Norge. Antibiotikaresistens er et stort problem i Europa, mens Norge har det laveste nivået i Europa. Det er anslått at den årlige kostnaden for antibiotikaresistens i EU er på 1,5 milliarder euro og at 25.000 mennesker årlig mister livet på grunn av ikke virksomme antibiotika. Legeforeningen savner en vurdering av de helsemessige og økonomiske konsekvensene forslaget kan ha på dette området, og ber om at dette vurderes nærmere.'

Folkehelseinstituttet skriver i sitt hørings svar at det er en betydelig forskjell i forekomst av antibiotikaresistente bakterier i Norden sammenlignet med øvrige europeiske land. Folkehelseinstituttet oppgir at:

'Rundt én prosent av gule stafylokokker i Norden er resistente for meticillin (MRSA), mens andelen i land utenfor Norden og Nederland er 20 til 50 prosent. Det blir kun påvist rundt 20 tilfeller årlig i Norge av gram-negative bakterier resistente mot både betalaktamer og karbapenemer (ESBLCARBA-holdigebakterier, som det i praksis finnes få eller ingen effektive antibiotika mot). I enkelte land i Europa, og for enkelte bakterietyper, er andelen karbapenemresistente bakterieisolater over 50 prosent.

Risiko for å bli smittet med resistente bakterier er dermed høyere ved opphold i sykehus i land utenfor Norden og Nederland, enn ved sykehusopphold i Norge.'»

Forslag om handlingsplan i løpet av våren 2015, jamfør tiltaksområdene til den tverrsektorielle ekspertgruppen, med mål om å redusere antibiotikabruken i befolkningen med 30 prosent innen 2020

Komiteen viser til at 85 prosent av all antibiotika forskrives utenfor sykehus, derav 60 prosent for behandling av luftveisinfeksjoner, og barn utgjør en stor andel av mottakerne. Antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP) viser til at de fleste ukompliserte luftveisinfeksjoner går over av seg selv fordi majoriteten skyldes virus, og at en del av de mildere bakterielle infeksjonene som i øre, bihule og hals går like fort over uten bruk av antibiotika. Norske undersøkelser viser at det gis antibiotika i 50–75 prosent av tilfellene, noe som ifølge ASP er dobbelt så ofte som nødvendig. I Sverige har man de siste ti årene arbeidet systematisk med å redusere bruk av antibiotika og har oppnådd spesielt gode resultater rettet mot barn. Nederland har over mange år vært et av landene med lavest antibiotikaforbruk, med et forbruk som er ca. 30 prosent lavere enn i Norge.

Ifølge ASP er det to forhold som har betydning for resistensutvikling: det totale forbruk og andelen bredspekterantibiotika. Bredspekterantibiotika

påvirker alle typer bakterier, både de farlige og de kroppen trenger, og de gir mer resistens. Penicillin er et smalspektret-antibiotika, som gir mindre resistens, men smaker vondt og blir ofte valgt bort for at barn skal fullføre behandlingen.

Komiteen har merket seg at ASP tilrår å sette kortsiktige mål i tillegg til det langsiktige, og foreslår 20 prosent reduksjon i løpet av fem år. De viser også til at svært mange av forslagene rettet inn mot primærhelsetjenesten og befolkningen kan implementeres dersom det settes av midler.

Komiteen viser til Folkehelseinstituttets anbefaling om å arbeide for å etablere nasjonale løsninger for å samle inn og gjennomføre sanntidsanalyser av mikrobiologiske prøvesvar. Formålet er å synliggjøre infeksjoner som hyppig leder til unødvendig antibiotikabruk, og raskt sette inn smitteverntiltak for å begrense sesongepidemier og utbrudd. Videre foreslår Folkehelseinstituttet at det gis mulighet til å koble sanntidsinformasjon fra reseptregister med sanntidsinformasjon om mikrobiologiske prøver. Det vil gi viktig informasjon til legene om hvilke antibiotika det er rasjonelt å bruke.

Komiteen har merket seg at Legeforeningen mener at det er behov for både enkelttiltak og en fornyet handlingsplan som inkluderer spesialist- og primærhelsetjenesten, samt prioritering av forskning. Legeforeningen viser til Senter for kvalitet i legekontor (SKIL) som et velegnet tiltak i arbeidet med å bedre forskrivningspraksisen. Legeforeningen mener videre at Norge og Norden har gode forutsetninger til å innta en internasjonal lederrolle i tett samarbeid med WHO og gjennom koordinert innsats med ledende land som USA, Kina og India.

Komiteen har merket seg Legeforeningens innspill om å fornye «Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens 2008–2012» i lys av ny kunnskap.

Komiteen viser til Legemiddelindustriens innsats for å utvikle nye antibiotika og vaksiner, samt fiskevaksine som har bidratt til minimal antibiotikabruk i oppdrettsnæringen. Det forskes på alternative angrepsmetoder for å bekjempe infeksjoner og utvikling av produktinformasjon til helsepersonell for å sikre riktig bruk.

Komiteen støtter forslagene til Legemiddelindustrien om at handlingsplanen må inneholde tiltak som hindrer spredning av infeksjoner, og som holder smittepresset nede. De fremhever tiltak som kontinuerlig evaluering av vaksinasjonsprogram, oppfølging av revaksinasjon av eldre i henhold til Folkehelseinstituttets anbefalinger, utarbeiding av et vaksinasjonsprogram for eldre og støtte til utvikling av nye vaksiner.

Komiteen har merket seg Legemiddelindustriens forslag om å utarbeide refusjonsordninger og ret-

ningslinjer som stimulerer til riktig bruk av antibiotika og til høy vaksinasjonsdekning i befolkningen. De foreslår videre at fastleger bør få en takst for vaksinasjon, og videre at vaksinasjonstilbudet må være synlig og tilgjengelig for målgruppen, samt at det bør utvikles diagnostisk verktøy som gir raske svar og lav ressursbruk.

Komiteen støtter Legemiddelindustriens innspill om at Norge fortsatt må støtte opp under det internasjonale samarbeidet for å bekjempe falske legemidler og det pågående arbeidet for å sikre bedre merking og sporing av legemidler og vaksiner.

Komiteen mener at sykepleiere har en viktig rolle i arbeidet med infeksjonskontroll og smittevern med for eksempel god diagnostisering gjennom forsvarlig prøvetaking og håndtering av biologisk materiale, samt opplæring av pasienter og pårørende. Komiteen støtter Norsk Sykepleierforbund i at handlingsplanen i tillegg til sykehus også må omfatte sykehjem, distriktsmedisinske sentre, kommunal legevakt, helsestasjoner mm.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet, Venstre og Sosialistisk Venstreparti, viser til helse- og omsorgsministerens svarbrev til helse- og omsorgskomiteen 24. november 2014 der helseministeren skriver at «vi trenger en overordnet, tverrsektoriell nasjonal strategi på området». Flertallet mener en slik overordnet, tverrsektoriell nasjonal strategi er avgjørende om en skal lykkes i å hindre utvikling av antibiotikaresistens. Flertallet viser også til Dokument 8:5 S (2014–2015), Representantforslag om handlingsplan mot antibiotikaresistente bakterier i mat og dyr. Dokument 8:2 S (2014–2015) og Dokument 8:5 S (2014–2015) er forslag til praktisk handling innenfor to av de mest berørte sektorene. Slike handlingsplaner er nødvendige, skal Norge i praksis kunne følge opp ekspertrapportens («Antibiotikaresistens – kunnskapshull, utfordringer og aktuelle tiltak») understrekning av at antibiotikaresistens må sees tverrsektorielt, i et «one-health»-perspektiv. Flertallet vil derfor understreke at det ikke er noen motsetning mellom en nasjonal overordnet tverrsektoriell strategi og sektorspesifikke handlingsplaner, men at disse forutsetter hverandre dersom Norge skal lykkes i å nå en målsetting om 30 prosent redusert antibiotikabruk i befolkningen innen 2020. Flertallet viser til at det var bred støtte i høringen om behovet for en konkret handlingsplan for helsevesenet. Både Folkehelseinstituttet, Norsk Sykepleierforbund, legemiddelindustrien, Den norske legeförening, Antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP) og Nasjonalt kompetansesenter for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten (KAS) støtter forslaget om handlingsplan

i helsevesenet mot utbredelse av antibiotikaresistens. Det var også bred støtte til målet om en reduksjon av antibiotikabruk i helsevesenet med 30 prosent innen 2020.

Flertallet fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen i løpet av 2015 fremme en handlingsplan i helsevesenet mot utbredelse av antibiotikaresistente bakterier, jamfør tiltaksområder under Helsedepartementets ansvarsområder i 'Rapport fra tverrsektoriell ekspertgruppe, Folkehelseinstituttet 2014', med mål om å redusere antibiotikabruken i befolkningen med 30 prosent innen utløpet av 2020.»

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet viser til statsrådets redegjørelse for innholdet i Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens i brev av 26. januar 2015. Disse medlemmer merker seg at det skal lages minst ett overordnet, målbart mål for hver sektor, og at hensikten med strategien er å gi en retning for det videre arbeidet med antibiotikaresistens.

Disse medlemmer mener at det er positivt med ett eller flere overordnede mål for helsesektoren i en overordnet antibiotikastrategi. Disse medlemmer mener imidlertid at det i tillegg trengs konkrete mål for arbeidet, og at en egen handlingsplan for helsevesenet derfor er helt nødvendig. Disse medlemmer merker seg at statsråden i sitt brev nå åpner opp for at det under den felles strategien eventuelt kan lages mer detaljerte handlingsplaner, og imøteser dette. Disse medlemmer mener det er viktig å sette et mål om å redusere bruken av antibiotika i helsevesenet.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til statsrådets redegjørelse for innholdet i Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens og regjeringens vedtak av 15. januar 2015 om at det i løpet av første halvår 2015 skal lages en nasjonal tverrsektoriell strategi mot antibiotikaresistens. De fire departementene – Helse- og omsorgsdepartementet, Landbruks- og matdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet og Klima- og miljødepartementet – sto bak forslaget til vedtak i regjeringen, og det er de samme fire departementene som sammen skal utarbeide den nye strategien.

Disse medlemmer legger til grunn at målet for dette arbeidet er:

- Styrke kunnskapsgrunnlaget gjennom for eksempel å kartlegge miljøets betydning for spredning av antibiotikaresistens og ved å finne ut hva de

økonomiske konsekvensene av antibiotikaresistens er for samfunnet.

- Bidra til å øke kunnskapsnivå og kompetanse om antibiotikaresistens blant relevante yrkesprofesjoner, og hos den generelle befolkningen.
- Drive bedre infeksjonskontroll gjennom forebygging og vanlige infeksjonskontrolltiltak.
- På en riktig måte behandle og sanere infeksjoner med resistente bakterier.
- I samarbeid med andre land bidra til utvikling av nye antibiotika og diagnostiske hjelpemidler.
- Optimalisere forskrivningspraksis gjennom opplæring i ulike profesjonsutdanninger og gjennom videreutdanning.
- Styrke internasjonalt samarbeid gjennom forskning, påvirke holdninger, gjennom prosessene i EU.
- Støtte reguleringer som kan bidra til mindre antibiotikaresistens og arbeide gjennom WHO for en god global handlingsplan som faktisk blir gjennomført.

Forslag om krav om diagnosekoder ved forskrivning av antibiotika på alle typer resepter

Komiteen viser til at forskrivning av antibiotika utenfor sykehus har vært økende de ti siste årene, og unødvendig forskrivning knyttet til luftveisinfeksjon hos barn utgjør en av hovedårsakene. Komiteen konstaterer at data fra Reseptregisteret per i dag ikke kan gi opplysninger om antibiotika forskrives i tråd med retningslinjene. Ved å innføre diagnosekoder på alle antibiotikaresepter vil vi få statistikk som er nyttig for kvalitetssikring av antibiotikabruk, tilsyn, styring og planlegging. Det vil også gi mulighet til å utvikle bedre informasjonskampanjer og undervisningsverktøy rettet mot leger og befolkning.

Komiteen støtter innspillet fra ASP og Folkehelseinstituttet om innsyn for den enkelte lege i egne data sammenlignet med gjennomsnittsforskrivning i allmennpraksis. Komiteen støtter også forslaget til Folkehelseinstituttet om innsamling og rask analyse av data om legemiddelbruk i institusjon og videreutvikling av dagens reseptregister til et nasjonalt legemiddelregister, med tilgang til egne data og gjennomsnittsforskrivning i institusjon.

Komiteen merker seg at fagmiljøet ved Oslo universitetssykehus foreslår obligatorisk rapportering av antibiotikabruk i relasjon til diagnoser ved elektronisk beslutningsstøtte ved forskrivning av antibiotika. De mener det kan bli et kostnadsbesparende og effektivt styringsverktøy.

Innføring av diagnosekoder vil medføre at diagnoseinformasjon vil bli tilgjengelig for flere, selv om det er underlagt helsepersonells taushetsplikt. Komiteen har merket seg at Legeforeningen mener det ikke er hensiktsmessig å innføre diagnose-

koder på reseptene. De viser til at det ikke foreligger dokumentasjon på effekt, og har ikke tro på at det vil kunne redusere antibiotikabruken, og videre at det vil svekke personvernet. Legeforeningen mener det er viktigere med tett oppfølging av legers, tannlegers og veterinærers forskrivning fremfor å knytte tiltak mot pasient og diagnose. Komiteen er opptatt av at personvern blir drøftet ved gjennomgang av regelendringene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til helse- og omsorgsministerens svarbrev til helse- og omsorgskomiteen 24. november 2014, der han oppgir å ville vurdere mulige løsninger for å innføre krav om diagnosekoder på alle typer antibiotikaresepter, og vil omtale saken nærmere i meldingen om legemidler som planlegges lagt fram for Stortinget våren 2015. Disse medlemmer vil berømme helse- og omsorgsministeren for et slikt viktig initiativ for å skaffe bedre oversikt over antibiotikabruken og best mulig forskrivningspraksis. Disse medlemmer deler også helse- og omsorgsministerens og enkelte av høringsinstansenes syn på at personvern hensyn må ivaretas ved implementering av en slik ny praksis. Disse medlemmer er av den oppfatning at dette må kunne løses, og at diagnosekoder er et avgjørende viktig tiltak å få på plass. Disse medlemmer viser også til at det i dag allerede er krav om diagnosekoder dersom antibiotika blir forskrevet på blå resept.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen snarest innføre krav om diagnosekoder ved forskrivning av antibiotika på alle typer resepter, på en måte som ivaretar personvernet.»

Forslag om kompetansemål om bruk av antibiotika i læreplan for faget naturfag

Komiteen viser til at infeksjoner er den hyppigste årsaken til fravær i skolen. Dårlig hånd- og luftveishygiene bidrar til økt spredning. ASP tilrår hygienekampanjer rettet mot skoler for å redusere forekomst av infeksjon og bruk av antibiotika. Komiteen har merket seg ASP sin anbefaling om å ta i bruk e-Bug, som er et internasjonalt utviklet undervisningsverktøy for å redusere antibiotikaresistens. Materialet er oversatt og tilpasset norske læreplaner og er klart for implementering fra februar 2015, forutsatt midler til å ta det i bruk. Komiteen har også merket seg at i de andre 28 landene i nettverket som har utviklet og implementert e-Bug, har myndighetene representert ved undervisnings- og

helsedepartementet vært med på å kvalitetsstemple programmet. Det er ASP og Folkehelseinstituttet som representerer Norge i nettverket, og som har ansvaret for e-Bug. Nettverket ble etablert i 2006, og Public Health England, avdeling for primærmedisin, koordinerer arbeidet.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet viser til helse- og omsorgsministerens svarbrev til helse- og omsorgskomiteen 24. november 2014, der fleksibiliteten i dagens læreplan hva angår å undervise barn og ungdom i norsk skole om antibiotika og antibiotikabruk, fremgår. Disse medlemmer mener statsrådens argumenter mot å presisere læreplanene og kompetansemålene mht. antibiotikabruk ikke synes tungtveiende nok. Disse medlemmer vil understreke viktigheten av at barn og ungdom på alle alderstrinn gis undervisning og informasjon som bidrar til redusert antibiotikabruk. Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen snarest, under temaet 'kropp og helse' i læreplanen for faget naturfag, tilføye kompetansemål om bruk av antibiotika og antibiotikaresistens.»

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen legge til rette for at alle skoler i Norge gis tilstrekkelig og god informasjon om e-Bug-programmet med mål om at flere vil ta det i bruk.»

Forslag om innføring av kvalitetsindikatorer for antibiotikabruk utenfor sykehus, og målrettede intervensjoner mot leger med for høyt forskrivningsnivå

Komiteen har merket seg at det i dag foreligger lite data fra deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, men at det nå er under etablering et slikt register. Antibiotikaforskrivning bør vurderes som en aktuell kvalitetsindikator, og systemet bør utformes slik at det er mulig å sammenligne egen praksis med andres.

Komiteen viser til at Legeforeningen etterlyser et løft for allmennmedisinsk forskning for blant annet å gi ny og bedre kunnskap om hvordan en kan redusere variasjon i forskrivningspraksis.

Komiteen registrerer at Norsk Sykepleierforbund mener at det er ledere på kliniske avdelinger som må ansvarliggjøres med hensyn til antibiotikabruk fremfor den enkelte lege.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet viser til helse- og omsorgsministerens svarbrev til helse- og omsorgskomiteen 24. november 2014. Det er bra at det arbeides med muligheten for å innføre kvalitetsindikatorer utenfor sykehus, men behovet har vært kjent i mange år, og det haster med å komme i mål med dette arbeidet. Disse medlemmer viser til at noen høringsinstanser gir uttrykk for at ansvaret for hva den enkelte lege forskriver ikke bør ligge hos denne, men hos en overordnet. Disse medlemmer mener legenes arbeidshverdag utenfor sykehuse i stor grad er preget av selvstendige avgjørelser, og frykter en form for ansvarsapulverisering dersom ansvaret for den enkelte leges forskrivningspraksis ikke skal være den enkelte leges. Disse medlemmer er for øvrig enig i at overordnede har ansvar for å utvikle en god kultur for forskrivningspraksis ved virksomhetene de leder.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen snarest innføre kvalitetsindikatorer for antibiotikabruk utenfor sykehus og målrettede intervensjoner mot leger med et for høyt forskrivningsnivå.»

Forslag om å styrke undervisningen, også for leger utdannet i utlandet

Komiteen har merket seg at ASP, i samarbeid med Norsk forening for medisinstudenter i utlandet, i 2014 har undervist i «Nasjonale retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten» ved flere undervisningssteder i Øst-Europa.

Komiteen viser til at Norsk Sykepleierforbund mener at informasjon om forsvarlig antibiotikabruk må styrkes innen alle helsefaglige utdanninger og overfor alt helsepersonell som tar nasjonale prøver for autorisasjon i Norge. Videre mener Sykepleierforbundet at det er nødvendig med utdanning av smittevernpersonell, inkludert hygienesykepleiere. De gjør videre oppmerksom på at Nordic School of Public Health i Gøteborg stenger den 31. desember 2014, selv om det er det viktigste nordiske tilbudet om smittevernutdanning, som også er finansiert av Nordisk ministerråd.

Komiteen mener det er viktig at utdanningsinstitusjonene utdanner helsemedarbeidere som svarer med tjenestenes behov og implementerer ny kunnskap. Det er viktig å få fortløpende i det tverrdepar-

tementale arbeidet med å få på plass et styringssystem som ivaretar dette.

Komiteen mener at i tillegg til å vurdere godkjenningsordningen for helsearbeidere utdannet i andre land, er det arbeidsgiver som har hovedansvaret for at helsearbeidere har gode rutiner og følger de faglige retningslinjene for antibiotikabruk.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at det rapporteres om ulik praksis ved ulike læringsinstitusjoner og helseinstitusjoner hva angår opplæring i antibiotikabruk og norske veiledere for helsepersonell. Disse medlemmer viser også til høringsinstansenes syn på at det er behov for å styrke opplæringen innenfor alle helsefaglige utdanninger.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at helse- og omsorgsministeren i sitt svarbrev til helse- og omsorgskomiteen 24. november 2014 skriver følgende:

«Før leger med utenlandsk utdanning kan få autorisasjon eller lisens i Norge, må de godkjennes av Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK). Godkjennings-prosedyren varierer ut i fra utdanning og utdanningsland. Enkelte helsefaglige utdanninger i EØS-området, herunder medisin, er harmoniserte, dvs., at de må oppfylle visse minstekrav. Norske myndigheter er forpliktet av EØS-regelverket til å godkjenne disse utdanningene, uten å se nærmere på hva de faktisk inneholder. I disse tilfellene kan ikke norske myndigheter stille ekstra faglige krav som obligatoriske kurs i antibiotikabruk, før disse gruppene med helsepersonell kan utøve yrket sitt i Norge.

Leger med utdanning fra land utenfor EØS-området blir godkjent basert på en helhetlig vurdering av om utdanningen er jevn god med norsk medisinerutdanning. En slik vurdering av utdanningene vil imidlertid ikke avdekke forskjellige tilnærminger til antibiotikabruk hos søkerne.»

Disse medlemmer mener det er svært bekymringsfullt at harmoniseringen av utdanninger ikke også innebærer en harmonisering av forskrivningspraksis når det gjelder antibiotikabruk i EU/EØS-området. Disse medlemmer mener også at det er alvorlig at norske myndigheter ikke ser ut til å ha oversikt over hva praksis for undervisning om antibiotika er i de utdanningene som godkjennes i Norge.

Statsråden viser til at kampen mot antibiotikaresistensutviklingen bare kan vinnes ved internasjonalt samarbeid, og disse medlemmer vil påpeke at regjeringen snarest må ta initiativ til en slik harmonisering der nordisk forskrivningspraksis blir normen. Norden har i dag det laveste forbruket av antibiotika i EU/EØS-området, og disse medlemmer under-

streker at det er alvorlig at forskrivningspraksis varierer sterkt og er høyt i flere av landene der Norge har mange utenlandsstudenter og rekrutterer helsepersonell fra. Disse medlemmer mener videre at en god kultur for opplæring ved helsepersonellenes arbeidsteder, gjerne i samarbeid med utdanningsinstitusjonene, må igangsettes. Disse medlemmer mener Norge ikke kan innta en defensiv holdning, og ser ingen hinder for at god opplæring av personell som arbeider i Norge, kan innføres.

Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen snarest styrke undervisningen om faglig forsvarlig antibiotikabruk for leger utdannet i utlandet og i norsk medisinerutdanning og i andre helseprofesjonsutdanninger.»

Forslag om at alle sykehus utarbeider planer for implementering av retningslinjer og kompetanseheving

Komiteen viser til at den nasjonale retningslinjen for bruk av antibiotikabruk i sykehus ble gitt i juni 2013. Helse- og omsorgsministeren har i oppdragsbrevet for 2014 satt som langsiktig mål at alle faglige retningslinjer skal implementeres.

Nasjonal kompetansetjeneste for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten (KAS) viser til at styring av antibiotikabruk er gjennomført i en rekke land med gode resultater. Det er omfattende vitenskapelig dokumentasjon på at programmene er effektive og kostnadseffektive.

Komiteen har merket seg at KAS viser til at det er dokumentert økt bruk av bredspektrede antibiotika i norske sykehus uten at det er faglig begrunnet. Bredspektrede antibiotika er en av de viktigste årsakene til spredning av antibiotikaresistente bakterier i sykehus. Dette rammer spesielt de sykeste pasientene og dem som har svekket immunforsvar. KAS viser til at det er mange gode lokale initiativ til forbedring av antibiotikabruk, men etterlyser tydelige forventninger til sykehusene. Komiteen ser alvorlig på at i en kartlegging utført av KAS i oktober/november 2014, har mindre enn halvparten av helseforetakene / de private somatiske sykehusene en antibiotikastrategi, og kun tre har forbedringsmål for antibiotikabruk.

Komiteen har merket seg at KAS mener at helseforetakene og sykehusene i større grad må ansvarliggjøres for egen antibiotikabruk. De må skaffe seg oversikt over egen bruk og sørge for at forbrukerstatistikk og oversikt over resistensforhold gjøres kjent for de kliniske avdelingene. De må ha en strategi for riktig antibiotikabruk, definere forbedringsmål og rutiner for å etterprøve resultatene.

Komiteen har merket seg at fagmiljøet ved Oslo universitetssykehus foreslår obligatorisk rapportering av resistensprofil på de vanlige bakterier for alle sykehus, slik det er gjennomført ved lov i Tyskland.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener praksis som beskrevet ovenfor viser at det er behov for større grad av systematikk og konkret planarbeid ved norske sykehus når det gjelder antibiotikabruk, og fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen snarest sikre at alle sykehus utarbeider planer for implementering av retningslinjer og kompetanseheving om rasjonell antibiotikabruk.»

Forslag om at alle sykehus overvåker eget antibiotikabruk

Komiteen merker seg at alle sykehus skal delta i prevalensundersøkelser to ganger i året og har dermed mulighet til å overvåke egen forskrivning. Private rehabiliteringsinstitusjoner med avtale har siden 2010 blitt invitert til å delta i prevalensundersøkelsene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti merker seg at ikke alle må delta i prevalensundersøkelsen, herunder private rehabiliteringsinstitusjoner. Disse medlemmer mener alle sykehus må overvåke eget antibiotikabruk, og rapporteringen til ledere og forskrivende leger bør foregå systematisk. Kvalitetsarbeidet må forankres på det enkelte sykehus, og på denne bakgrunn fremmes følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen snarest sikre at alle sykehus overvåker eget antibiotikabruk, med systematisk rapportering til ledere og forskrivende leger.»

«Stortinget ber regjeringen snarest sikre at alle sykehus behandler eget antibiotikabruk regelmessig i antibiotikakomiteé, kvalitetsutvalg eller lignende, med konkrete forbedringsmål.»

Forslag fra mindretall

Forslag fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti:

Forslag 1

Stortinget ber regjeringen snarest innføre krav om diagnosekoder ved forskrivning av antibiotika på alle typer resepter, på en måte som ivaretar personvernet.

Forslag 2

Stortinget ber regjeringen snarest sikre at alle sykehus utarbeider planer for implementering av retningslinjer og kompetanseheving om rasjonell antibiotikabruk.

Forslag 3

Stortinget ber regjeringen snarest sikre at alle sykehus overvåker eget antibiotikabruk, med systematisk rapportering til ledere og forskrivende leger.

Forslag 4

Stortinget ber regjeringen snarest sikre at alle sykehus behandler eget antibiotikabruk regelmessig i antibiotikakomiteé, kvalitetsutvalg eller lignende, med konkrete forbedringsmål.

Forslag 5

Stortinget ber regjeringen legge til rette for at alle skoler i Norge gis tilstrekkelig og god informasjon om e-Bug-programmet med mål om at flere vil ta det i bruk.

Forslag fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti:

Forslag 6

Stortinget ber regjeringen snarest styrke undervisningen om faglig forsvarlig antibiotikabruk for leger utdannet i utlandet og i norsk medisinerutdanning og i andre helseprofesjonsutdanninger.

Forslag fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet:

Forslag 7

Stortinget ber regjeringen snarest, under temaet «kropp og helse» i læreplanen for faget naturfag, tilføye kompetansemål om bruk av antibiotika og antibiotikaresistens.

Forslag 8

Stortinget ber regjeringen snarest innføre kvalitetsindikatorer for antibiotikabruk utenfor sykehus og målrettede intervensjoner mot leger med et for høyt forskrivningsnivå.

Komiteens tilråding

Komiteen viser til representantforslaget og merknadene og råer Stortinget til å gjøre følgende

vedtak:

I

Stortinget ber regjeringen i løpet av 2015 fremme en handlingsplan i helsevesenet mot utbredelse av antibiotikaresistente bakterier, jamfør tiltaksområder under Helsedepartementets ansvarsområder i «Rap-

port fra tverrsektoriell ekspertgruppe, Folkehelseinstituttet 2014», med mål om å redusere antibiotika-bruken i befolkningen med 30 prosent innen utløpet av 2020.

II

Dokument 8:2 S (2014–2015) – representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe og Trygve Slagsvold Vedum om en handlingsplan i helsevesenet mot utbredelse av antibiotikaresistente bakterier – vedlegges protokollen.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 5. februar 2015

Kari Kjønaas Kjos

leder

Ruth Grung

ordfører

Vedlegg 1**Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet v/statsråden til helse- og omsorgskomiteen, datert 24. november 2014****Dokument 8:2 S (2014-2015) om en behandlingsplan i helsevesenet mot utbredelse av antibiotikaresistente bakterier - Representantforslag fra stortingsrepresentant Kjersti Toppe og Trygve Slagsvold Vedum**

Det vises til brev av 11. november 2014 der helse- og omsorgskomiteen ber om en uttalelse til representantforslaget – Dokument 8:2 S (2014–2015) fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe og Trygve Slagsvold Vedum om en handlingsplan i helsevesenet mot utbredelse av antibiotikaresistente bakterier. I dokumentet fremmes følgende forslag:

1. *Stortinget ber regjeringen i løpet av våren 2015 fremme en handlingsplan i helsevesenet mot utbredelse av antibiotikaresistente bakterier, jamfør tiltaksområder under Helsedepartementets ansvarsområder i "Rapport fra tverrsektoriell ekspertgruppe, Folkehelseinstituttet 2014" med mål om å redusere antibiotikabruken i befolkningen med 30 pst. innen utløpet av 2020.*
2. *Stortinget ber regjeringen snarest innføre krav om diagnosekoder ved forskrivning av antibiotika på alle typer resepter.*
3. *Stortinget ber regjeringen snarest, under temaet "kropp og helse" i lærerplanen for faget naturfag, tilføye kompetansemål om bruk av antibiotika og antibiotikaresistens.*
4. *Stortinget ber regjeringen snarest innføre kvalitetsindikatorer for antibiotikabruk utenfor sykehus og målrettede intervensjoner mot leger med for høyt forskrivningsnivå.*
5. *Stortinget ber regjeringen snarest styrke undervisningen om faglig, forsvarlig antibiotikabruk for leger utdannet i utlandet og i norsk medisinerutdanning.*
6. *Stortinget ber regjeringen snarest sikre at alle sykehus utarbeider planer for implementering av retningslinjer og kompetanseheving om rasjonell antibiotikabruk.*
7. *Stortinget ber regjeringen sikre at alle sykehus overvåker eget antibiotikabruk, med systematisk rapportering til ledere og forskrivende leger.*
8. *Stortinget ber regjeringen snarest sikre at alle sykehus behandler eget antibiotikabruk regelmessig i antibiotikakomite, kvalitetsutvalg eller lignende, med konkrete forbedringsmål.*

La meg innledningsvis si at jeg er helt enig i forslagsstillernes bekymring for den helsetrusselen anti-

biotikaresistens representerer for verdenssamfunnet og for Norge. Sjelden kan man med større rett si at det som med en fellesbetegnelse kalles antimikrobiell resistens (AMR) er en utfordring for hele verden som vi alle må bidra til å løse. AMR er allerede en av de aller viktigste truslene mot global helse og vil bli et økende problem i årene framover. Både overforbruk og feil bruk av antibiotika har bidratt til denne situasjonen.

I vår kom Verdens helseorganisasjon (WHO) med den første globale overvåknings-rapporten om AMR. Konklusjonen fra rapporten er klar: Vi er på vei inn i en postantibiotisk æra hvor vanlige infeksjoner kan komme til å ta mange menneskeliv. Fremover vil ikke resistens bare ramme behandlingen av infeksjonssykdommer, som allerede er et alvorlig problem. Kirurgisk behandling som hoftedelesoperasjoner, behandlingen av premature og kreftbehandling krever også at det finnes virksomme antibiotika. Uten slike legemidler vil behandlingen kunne bli vanskelig eller umulig.

Den 13. og 14. november arrangerte Norge sammen med seks andre land og WHO en konferanse i Oslo for å drøfte framtidige tiltak i kampen mot AMR. Nasjonalt folkehelseinstitutt var teknisk arrangør for konferansen. I mitt åpningsinnlegg ga jeg støtte til WHO som internasjonal leder i dette arbeidet gjennom utviklingen av Global Action Plan mot AMR. Samtidig understreket jeg at det er helt nødvendig at mange sektorer samarbeider for å løse problemet. Ikke minst gjelder det human- og veterinærsiden gjennom det som kalles "one health approach". Men også annen landbruksproduksjon enn dyrehold og havbruk samt miljøet i vid forstand er viktige områder for spredning av resistente mikrober og resistensgener. En helhetlig, tverrsektoriell tilnærming er derfor helt nødvendig.

Det er behov for et bedre kunnskapsgrunnlag. I den forbindelse er arbeidet i det internasjonale forskningsinitiativet Joint Programme Initiative - Antimicrobial Resistance (JPI-AMR) viktig. Her samarbeider Norge med 18 andre europeiske land og Canada for å tette kunnskapshullet. Det er her laget en ambisiøs forskningsagenda som også kan være til nytte i det arbeidet WHO nå gjør med å mobilisere landene til en aktiv innsats mot AMR. Jeg har satt av 4,6 millioner kroner til dette forskningssamarbeidet fra 2014.

Det finnes ikke én enkel løsning på problemet med antimikrobiell resistens. Som forslagsstillerne

skriver, ble det den 18. august i år lagt fram en rapport fra en tverrsektoriell ekspertgruppe på antibiotikaresistens som hadde fått i oppgave å adressere kunnskapshull knyttet til norske forhold. Arbeidsgruppen framhever åtte ulike tiltaksområder: 1) kartlegging av reservoar, 2) rensing av reservoar, 3) økt smittevern, 4) vaksiner, 5) bedre diagnostikk, 6) bedre forskrivning/bruk av antibiotika og andre kjemiske stoffer, 7) flere konsekvensanalyser, 8) andre regulatoriske tiltak.

For å styrke helsesidens arbeid med disse spørsmålene har jeg satt av 2,6 millioner kroner ekstra til Folkehelseinstituttet i år, og 3 millioner kroner fra 2015. Sammen med midlene til forskning gjennom det felleseuropeiske forskningsinitiativet utgjør dette 7,2 millioner kroner for inneværende år. Vi må være forberedt på å bruke flere midler på dette arbeidet i årene som kommer.

Til de enkelte forslagene

Forslag 1. Stortinget ber regjeringen i løpet av våren 2015 fremme en handlingsplan i helsevesenet mot utbredelse av antibiotikaresistente bakterier; jamfør tiltaksområder under Helsedepartementets ansvarsområder i "Rapport fra tverrsektoriell ekspertgruppe, Folkehelseinstituttet 2014" med mål om å redusere antibiotikabruken i befolkningen med 30 pst. innen utløpet av 2020.

Jeg kan forsikre forslagsstillerne om at rapporten fra arbeidsgruppen vil bli fulgt opp. Jeg mener vi trenger en overordnet, tverrsektoriell nasjonal strategi på området og har allerede, sammen med de tre andre departementene som sto bak denne rapporten (Landbruk- og mat, Næring- og fiskeri og Klima- og miljø), satt i gang et arbeid med å utarbeide en slik strategi.

Forslag 2. Stortinget ber regjeringen snarest innføre krav om diagnosekoder ved forskrivning av antibiotika på alle typer resepter.

Jeg mener i likhet med representantene at en bedre oversikt over antibiotikabruken i Norge vil være et viktig og nyttig virkemiddel til å fremme og sikre best mulig forskrivning av antibiotika. Data fra Reseptregisteret kan per i dag ikke gi opplysninger om antibiotika forskrives i tråd med anbefalinger i retningslinjene. Manglende oversikt over hvilke typer antibiotika som brukes i behandlingen av de ulike infeksjonssykdommene gjør det vanskelig å vurdere om dagens forskrivningspraksis er optimal.

Ved å innføre krav om diagnosekoder på antibiotikaresepter vil vi kunne få statistikk som er nyttig for kvalitetssikring av antibiotikabruk, tilsyn, styring og planlegging. Legene vil kunne bruke kunnskapen som grunnlag for internkontroll og kvalitetsforbedring for å sikre god behandling.

Hva en resept skal inneholde er regulert i forskrift om legemidler fra apotek. Et krav om diagnosekoder på alle antibiotikaresepter vil kreve regelverksendringer. Ved å påføre diagnosekoder på resepter, vil diagnoseinformasjon kunne gjøres tilgjengelig for flere enn det som strengt tatt er nødvendig. Hva en resept skal inneholde av informasjon må derfor vurderes grundig og knyttes til formålet med bruk av resepter. Opplysninger om diagnose er omfattet av helsepersonells taushetsplikt etter helsepersonelloven § 21. Jeg vil vurdere mulige løsninger for å innføre krav om diagnosekoder på antibiotikaresepter, og vil omtale saken nærmere i meldingen om legemidler som planlegges lagt fram for Stortinget våren 2015.

Forslag 3. Stortinget ber regjeringen snarest, under temaet "kropp og helse" i lærerplanen for faget naturfag, tilføye kompetansemål om bruk av antibiotika og antibiotikaresistens.

Læreplanverket for Kunnskapsløftet gir skolen og lærerne stor frihet til å vurdere hvilket lærestoff, hvilke arbeidsmåter og hvilke organiseringsmåter som egner seg best for at den enkelte elevgruppe og slik at den enkelte elev skal nå kompetansemålene.

Læreplanenes kompetansemål er utformet på et overordnet nivå og det er derfor ikke verken hensiktsmessig eller naturlig å innlemme et tema som bruk av antibiotika og antibiotikaresistens i læreplanen for naturfag.

Bruk av antibiotika og antibiotikaresistens kan knyttes til flere kompetansemål i læreplanen i naturfag slik den er utformet. Etter 10. trinn skal elevene blant annet "forklare hvordan kroppen beskytter seg mot sykdom" og "beskrive hvordan man kan forebygge og behandle infeksjonssykdommer".

Forslag 4. Stortinget ber regjeringen snarest innføre kvalitetsindikatorer for antibiotikabruk utenfor sykehus og målrettede intervensjoner mot leger med for høyt forskrivningsnivå.

Gode data fra tjenestene er nødvendig for å drive lokalt kvalitetsarbeid, forskning, tjenesteutvikling og styring. I dag foreligger lite data fra deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet arbeider derfor for å få etablert er kommunalt helse- og omsorgsregister. Det er foreslått 30 millioner kroner til utvikling av dette i statsbudsjettet for 2015. I påvente av et register vil Helse- og omsorgsdepartementet vurdere hvordan eksisterende data kan benyttes til å utvikle kvalitetsindikatorer. Antibiotikaforskrivning vil kunne være en aktuell indikator da man kan hente data fra reseptregisteret, jf. også svar på spørsmål 2. Et viktig tiltak for å legge til rette for en faglig riktig forskning vil være å tilgjengeliggjøre data om egen forskrivning

for legene, slik at de kan sammenlikne egen praksis med andres.

Forslag 5. Stortinget ber regjeringen snarest styrke undervisningen om faglig, forsvarlig antibiotikabruk for leger utdannet i utlandet og i norsk medisinerutdanning.

Før leger med utenlandsk utdanning kan få autorisasjon eller lisens i Norge, må de godkjennes av Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK). Godkjennings-proseduren varierer ut i fra utdanning og utdanningsland. Enkelte helsefaglige utdanninger i EØS-området, herunder medisin, er harmoniserte, dvs., at de må oppfylle visse minstekrav. Norske myndigheter er forpliktet av EØS-regelverket til å godkjenne disse utdanningene, uten å se nærmere på hva de faktisk inneholder. I disse tilfellene kan ikke norske myndigheter stille ekstra faglige krav som obligatoriske kurs i antibiotikabruk, før disse gruppene med helsepersonell kan utøve yrket sitt i Norge.

Leger med utdanning fra land utenfor EØS-området blir godkjent basert på en helhetlig vurdering av om utdanningen er jevngod med norsk medisinutdanning. En slik vurdering av utdanningene vil imidlertid ikke avdekke forskjellige tilnærminger til antibiotikabruk hos søkerne.

Riktig bruk av antibiotika, virkningsmekanismer og resistensproblemer forbundet med antibiotikabruk, er formulert som konkrete læringsmål i de medisinske studieplaner ved de fire studiesteder. Universitets- og høyskoleloven gir i utgangspunktet universiteter og høyskoler stor faglig frihet i innholdet i utdanningen. Ingen kan gi pålegg om læreinnholdet i undervisningen. Det ligger samtidig føringer fra blant annet Stortingets behandling av Meld. St. 13 (2011-2012) Utdanning for velferd – Samspill i praksis om at de helse- og sosialfaglige skal svare på tjenestenes behov. Kunnskapsdepartementet har videre lovhjemmel for å fastsette rammeplaner for å styre innholdet i utdanningen på et overordnet nivå.

Medisinutdanning har i dag ikke rammeplan. Et tiltak i Meld. St. 13 (2011-2012) Utdanning for velferd – Samspill i praksis, er å sette i gang et tverrdepartementalt utviklingsarbeid for å vurdere nærmere på hvilken måte kompetansekrav knyttet til den enkelte utdanning skal utformes, fastsettes og formidles i framtiden. Målet er å få på plass et styringsystem som i større grad enn i dag bidrar til at utdanningsinstitusjonene utdanner kandidater med kompetanse som er i tråd med tjenestenes behov. Oppfølgingen av dette tiltaket pågår, og vil kunne bidra til at tjenestene får større innflytelse på innholdet i utdanningene. Styrking av undervisningen om antibiotikabruk er et eksempel på et tema som vil kunne bli ivaretatt i et slikt system.

Det er arbeidsgivere som har hovedansvaret for at legene de tilsetter har gode rutiner for bruk av antibiotika. Det er også mulig for arbeidsgivere å arrangere egne kurs eller opplæring om dette til de tilsatte, om de finner behov for dette. Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten bør være styrende for hvordan tjenestene forholder seg til antibiotikabruk.

Forslag 6. Stortinget ber regjeringen snarest sikre at alle sykehus utarbeider planer for implementering av retningslinjer og kompetanseheving om rasjonell antibiotikabruk.

Nasjonal retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus ble gitt ut i juni 2013. Arbeidet med retningslinjen involverte de regionale helseforetakene, Legemiddelverket, Folkehelseinstituttet, Kompetansesenteret for antibiotikabruk i sykehus, samt flere andre instanser. For de ulike fagområdene var det arbeidsgrupper med til sammen over 80 klinikere og mikrobiologer fra ulike spesialiteter som sto for det faglige innholdet.

Anbefalinger i faglige retningslinjer er normerende og retningsgivende for praksis i sykehusene. Individuelle vurderinger skal likevel alltid gjøres ved hvert handlingsvalg. Der helsepersonell velger løsninger som i vesentlig grad avviker fra gitte anbefalinger, bør dette dokumenteres. En bør også være forberedt på å begrunne sine valg i eventuelle klagesaker eller ved tilsyn. Helsetjenestens eiere og ledelse har ansvar for tilrettelegging av virksomheten slik at anbefalinger gitt i nasjonale retningslinjer kan følges. Helse- og omsorgsdepartementet har i oppdragsbrevet for 2014 til de regionale helseforetakene satt som langsiktig mål at "Helseforetakene har implementert sentrale anbefalinger i relevante nasjonale faglige retningslinjer".

Forslag 7. Stortinget ber regjeringen sikre at alle sykehus overvåker eget antibiotikabruk, med systematisk rapportering til ledere og forskrivende leger.

Folkehelseinstituttet har siden 1999 fulgt forekomsten av helsetjenesteassosierte infeksjoner i norske sykehus gjennom prevalensundersøkelser. Forskrift om Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS-registerforskriften) ble vedtatt i 2005 og endret i juli 2012. I henhold til denne forskriften har Helsedirektoratet bestemt at alle sykehus skal delta i prevalensundersøkelse to ganger årlig. Private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionale helseforetak har siden 2010 vært invitert til å delta i prevalensundersøkelsene. I 2014 gjennomføres undersøkelsene i mai og november. Ved å delta i prevalensunder-

søkelsene kan sykehusene vurdere egen forskrivning av antibiotika.

Forslag 8. Stortinget ber regjeringen snarest sikre at alle sykehus behandler eget antibiotikaforbruk regelmessig i antibiotikakomite, kvalitetsutvalg eller lignende, med konkrete forbedringsmål.

Vedlegg 2

Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet v/statsråden til helse- og omsorgskomiteen, datert 26. januar 2015

Kort redegjørelse for innholdet i Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens

Antibiotikaresistens er i dag et raskt voksende problem i verden og utgjør en alvorlig trussel mot global helse. Verdens helseorganisasjon slo i 2012 fast at dette er en av de tre største helsetruslene verden står overfor. Fremveksten av antibiotikaresistens kommer samtidig med en nedgang i utviklingen av nye antimikrobielle legemidler. Vi står derfor overfor en risiko for en fremtid uten effektive antibiotika der infeksjoner som i dag regnes som ufarlige igjen kan bli et alvorlig helseproblem og en hyppig dødsårsak.

Regjeringen vedtok 15.01.15 at det i løpet av første halvår 2015 skal lages en nasjonal, tverrsektoriell strategi mot antibiotikaresistens. Denne strategien skal ha minst ett overordnet, målbart mål for hver sektor. Strategien skal bygge på rapporten *Antibiotikaresistens – kunnskapshull, utfordringer og aktuelle tiltak* som jeg mottok 18. august i fjor. Det vil også være naturlig å se strategien i sammenheng med det arbeidet som nå pågår i Verdens helseorganisasjon med å utarbeide en global handlingsplan (Global Action Plan – GAP) mot antibiotikaresistens.

Det er de fire departementene HOD, LMD, NFD og KLD som sto bak forslaget til vedtaket i regjeringen og det er de samme fire departementene som sammen vil utarbeide den nye strategien. Hensikten med å lage en slik strategi nå er å gi en retning for det videre arbeidet mot antibiotikaresistens. Arbeidet har nettopp startet og jeg skal ikke forskuttere det endelige resultatet. Men det er for meg åpenbart at vi framover må:

- Styrke kunnskapsgrunnlaget gjennom for eksempel å kartlegge miljøets betydning for spredning av antibiotikaresistens og ved å finne ut hva de økonomiske konsekvenser av antibiotikaresistens er for samfunnet.

Som nevnt i svaret til forslag 6 over, er det et ledelsesansvar å legge til rette for at anbefalinger gitt i nasjonale retningslinjer kan følges. De enkelte sykehus og institusjoner må selv etablere de administrative ordninger de finner hensiktsmessige for bl.a. å kunne rapportere om antibiotikabruk slik NOIS-registerforskriften krever.

- Bidra til å øke kunnskapsnivå og kompetanse om antibiotikaresistens blant relevante yrkesprofesjoner og hos den generelle befolkningen.
- Drive bedre infeksjonskontroll gjennom forebygging og vanlige infeksjonskontrolltiltak.
- På en riktig måte behandle og sanere infeksjoner med resistente bakterier.
- I samarbeid med andre land bidra til utvikling av nye antibiotika og diagnostiske hjelpemidler.
- Optimalisere forskrivningspraksis gjennom opplæring i ulike profesjonsutdanninger og gjennom videreutdanning.
- Styrke internasjonalt samarbeid gjennom forskning, påvirke holdninger, gjennom prosessene i EU støtte reguleringer som kan bidra til mindre antibiotikaresistens og gjennom WHO arbeide for en god global handlingsplan som faktisk blir gjennomført.

Under denne felles overordnede strategien kan det eventuelt lages mer detaljerte handlingsplaner. Behovet for dette må klargjøres i den videre prosessen.

La meg understreke at dette arbeidet ikke starter på bar bakke. På humansiden er mye av infrastrukturen i kampen mot antibiotikaresistens og sykehusinfeksjoner etter mitt syn allerede på plass. Området er regulert gjennom lover, forskrifter og retningslinjer.

Vi har en god geografisk spredning og et godt samarbeid mellom de ulike aktørene innefor feltet. Vi har overvåkning av:

- resistens gjennom NORM i Tromsø
- sykehusinfeksjoner gjennom NOIS i Oslo
- antibiotikabruk gjennom Reseptregisteret i Oslo
- Vi har kompetansesenter for:
- antibiotikabruk i primærhelsetjenesten i Oslo
- antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten i Bergen
- resistente mikrober i Tromsø

Referansefunksjonen for MRSA er i Trondheim, og endelig har vi Antibiotikakomiteen og Arbeidsgruppen for antibiotikaspørsmål. Rammeverket er på plass. Oppgaven i arbeidet med strategien er å fylle

rammeverket med et godt innhold, og med den nye kunnskapen som nå foreligger å utvide perspektivet til å omfatte både mennesker og dyr og miljøet i vid forstand.

