



Innst. 170 S

(2016–2017)

Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

Dokument 8:2 S (2016–2017)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe og Per Olaf Lundteigen om å styrke det internasjonale og nasjonale arbeidet mot anti- biotikaresistens

Til Stortinget

Bakgrunn

I dokumentet fremmes følgende forslag:

- «1. Stortinget ber regjeringen fremlegge årlige statusmeldinger til Stortinget om det globale og nasjonale arbeidet mot antibiotikaresistensutvikling og utbredelse av antibiotikaresistens i Norge.
2. Stortinget ber regjeringen på egnet vis, og innen juni 2017, konkretisere overfor Stortinget Norges pådriverrolle i det internasjonale arbeidet mot utbredelse av antibiotikaresistente bakterier, og arbeide for at det inngås internasjonale forpliktelser om en global ressursbevaringsavtale for antibiotika.
3. Stortinget ber regjeringen utarbeide en strategi for utvikling av nye, virksomme antibiotika, inkludert nye økonomiske modeller som premierer medikamentutvikling, ikke salg og bruk, der både belønningsmekanismer og avgift/skatt vurderes som virkemiddel.
4. Stortinget ber regjeringen sikre at det ved innkjøp av antibiotika som brukes i Norge, settes krav om at produksjonsmåten av antibiotika foregår slik at den ikke belaster miljøet eller bidrar til resistensutvikling.
5. Stortinget ber regjeringen fremme en plan for be-
redskap om kritiske legemidler, inkludert kritisk viktige antibiotika, der økt nordisk samarbeid og bruk av nasjonalt beredskapslager vurderes innen juni 2017.
6. Stortinget ber regjeringen innen juni 2017 fremlegge en økonomisk opptrappingsplan for det antibiotikaresistensforebyggende arbeidet, for å nå vedtatte mål om 30 prosent reduksjon i antibiotikabruk innen utløpet av 2020.
7. Stortinget ber regjeringen på egnet vis, og innen juni 2017, innføre en egen legemiddelklasse for antibiotika, en E-klasse av resepter for legemidler med økologiske effekter, som må ha krav til særlige bruksrestriksjoner og oppfølgingsansvar.
8. Stortinget ber regjeringen innen juni 2017 fremme en egen handlingsplan for smittevern for å redusere infeksjoner i helsetjenesten og minimere behovet for antibiotika.
9. Stortinget ber regjeringen som del av det smittevernsforebyggende arbeidet på egnet vis innføre en øvre beleggsgrænse på 85 prosent på sykehus for å redusere sykehusinfeksjoner og unødvendig antibiotikabruk innen juni 2017.
10. Stortinget ber regjeringen på egnet vis fremme tiltak som kan sikre rask utvikling av hurtigtester og diagnostiske metoder, og en plan for snarlig implementering av digitale beslutningsstøttesystemer i spesialisthelsetjenesten innen juni 2017.
11. Stortinget ber regjeringen utarbeide en tiltakspakke for å redusere forskrivelse av antibiotika i legevakt og sørge for at det utarbeides egne retningslinjer for antibiotikabruk i sykehjem og kommunale akutte døgnplasser (KAD) innen juni 2017.
12. Stortinget ber regjeringen sørge for at opplæring i rett antibiotikabruk vektlegges i utdanningsforløpene og i videre- og etterutdanningstilbudene.

ASP (Antibiotikasenteret for primærmedisin) må få ressurser til å drive systematisk opplæring i norsk antibiotikapraksis blant norske medisinerstudenter i utlandet.

13. Stortinget ber regjeringen sikre at ASP får ressurser til å utvikle og tilby alle skoler opplæringsprogrammet E-Bug, for å bidra til at barn og unge får økt forståelse og kunnskap om antibiotikaresistens.
14. Stortinget ber regjeringen snarest sikre at HELFO innfører et system der pasienter som vurderer å benytte seg av utenlandske helsetjenestetilbydere utenom Norden, klart advares om risikoen for smitte med antibiotikaresistente bakterier.
15. Stortinget ber regjeringen innen juni 2017 fremme forslag for Stortinget om å stille krav om forhåndsgodkjenning for refusjon av utgifter til sykehusbehandling i utlandet (jf. Pasientrettighetsdirektivet), og stille krav til kvaliteten i tilbudet.
16. Stortinget ber regjeringen innen juni 2017 fremme forslag for Stortinget om å avslutte ordningen med å finansiere helsereiser til utlandet i tilfeller der tilsvarende behandling kan gis innen frist og på forsvarlig vis i Norge.
17. Stortinget ber regjeringen innen juni 2017 fremme tiltak for å hindre en utvikling med økt bruk av tannbehandling i land med høy risiko for spredning av resistente bakterier.»

Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Ruth Grung, Ingvild Kjerkol, Tove Karoline Knutsen, Torgeir Micaelsen og Line Kysnes Vennesland, fra Høyre, Kristin Ørmen Johnsen, Elisabeth Røbekk Nørve, Sveinung Stensland og Tone Wilhelmsen Trøen, fra Fremskrittspartiet, Bård Hoksrud, lederen Kari Kjønås Kjos og Morten Wold, fra Kristelig Folkeparti, Olaug V. Bollestad, fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, og fra Venstre, Ketil Kjenseth, viser til at forslagsstillerne fremmer til sammen 17 forslag med formål om å styrke det internasjonale og nasjonale arbeidet mot antibiotikaresistens. Komiteen mener det er et svært viktig tema som forslagsstillerne tar opp i representantforslaget, og at det fortsatt er viktige utfordringer en bør ta tak i når det gjelder utviklingen av antibiotikaresistens.

Komiteen viser til at det i Norge i dag dør få mennesker av alvorlige infeksjoner. Langsiktig arbeid med hygiene og annet forebyggende arbeid,

samt tilgang til effektive antibiotika, er hovedgrunnene til dette. Komiteen viser til at vi nasjonalt har en god beredskap og er godt rustet til å møte utfordringene, men det at vi har kontroll nasjonalt, er likevel ikke nok når verden stadig blir mindre og resistente bakterier aldri har hatt bedre vilkår for å flytte på seg.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til at det også i Norge er behov for å styrke smittevernet, og at manglende fokus på dette er en av de store svakhetene som er påpekt ved regjeringens handlingsplan. Disse medlemmer viser til at det i komiteens høring kom frem flere aspekter ved dette som nødvendigjør tiltak. Både Legeforeningen og Tannlegeforeningen påpekte at det er behov for å forsterke smittevernarbeidet og treffe tiltak for å begrense pasientreiser til utlandet. Disse medlemmer mener det må fremlegges en egen handlingsplan for bedre smittevern i norsk helsetjeneste.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at Folkehelseinstituttet oppgir til NRK 24. januar 2017 at det i 2007 ble oppdaget 613 tilfeller av ulike antibiotikaresistente bakterier hos personer her i landet. I 2016 var det 2 701 nye tilfeller. Smittevernavdelingene ved Oslo universitetssykehus, Haukeland universitetssykehus og Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) oppgir at behovet for isolasjon av pasienter øker, og at det ikke er nok enrom. UNN oppgir at med tanke på antallet som nå ligger på korridor, så bryter de nesten daglig kravene til smitte- og brannvern.

Petter Elstrøm ved Folkehelseinstituttet uttalte til NRK at:

«Totalmengden av pasienter som etter dagens smitteverntiltak må isoleres, kommer til å bli ganske stor og vi nærmer oss en situasjon der det begynner å bli vanskelig å opprettholde gode smitteverntiltak.»

Og på spørsmål om dette er farlig:

«Vi kommer til å få flere alvorlige infeksjoner som er vanskelig å behandle, og som øker risikoen for at pasienter dør.»

Dette medlem mener utviklingen fordrer langt sterkere innsats enn hva som har vært tilfellet til nå. Dette medlem mener at norske myndigheter må innføre en forsvarlig beleggsgrense i norske sykehus som kan møte de økte kravene til godt smittevern, og ikke som nå planlegge nye sykehus med 90 prosent belegg.

Dette medlem viser til at høyt pasientbelegg i sykehus øker risikoen for sykehusinfeksjoner. Senterpartiet mener Norge bør følge internasjonale og

nasjonale faglige anbefalinger og som del av det smittevernsforebyggende arbeidet innføre en øvre beleggs grense på 85 prosent på sykehus for å redusere sykehusinfeksjoner og unødvendig antibiotika- bruk.

På denne bakgrunn fremmes følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen innen juni 2017 fremme en egen handlingsplan for smittevern for å redusere infeksjoner i helsetjenesten og minimere behovet for antibiotika.»

«Stortinget ber regjeringen som del av det smittevernsforebyggende arbeidet på egnet vis innføre en øvre beleggs grense på 85 prosent på sykehus for å redusere sykehusinfeksjoner og unødvendig antibiotika- bruk innen juni 2017.»

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet viser til at Folkehelseinstituttet oppgir at de fleste pasienter smittet med antibiotikaresistente bakterier er smittet i utlandet (NRK 24. januar 2017). I 2014 innvilget norske myndigheter 8 165 søknader fra nordmenn som ønsket støtte til helsetjenester i utlandet, 21 prosent gjaldt legehjelp og tannbehandling, ifølge Helsedirektoratet. Disse medlemmer viser til at det var tydelige advarsler fra fagmiljøene, herunder Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet, ved innføringen av EUs pasientrettighetsdirektiv i norsk rett, nettopp fordi økt pasientmobilitet ville gi økt resistensproblematikk. Likevel valgte den sittende regjeringen å ta bort kravet om forhåndsgodkjenning av slike behandlinger. Disse medlemmer mener at dagens situasjon krever at regjeringen og stortingsflertallet viser vilje til å endre politikk på dette området, og viser til øvrig omtale av dette andre steder i denne innstillingen.

Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen snarest sikre at pasienter som vurderer å benytte seg av utenlandske helsetjenestetilbydere utenom Norden, klart advares om risikoen for smitte med antibiotikaresistente bakterier.»

«Stortinget ber regjeringen innen juni 2017 fremme forslag for Stortinget om å stille krav om forhåndsgodkjenning for refusjon av utgifter til sykehusbehandling i utlandet (jf. Pasientrettighetsdirektivet), og stille krav til kvaliteten i tilbudet.»

«Stortinget ber regjeringen innen juni 2017 fremme tiltak for å hindre en utvikling med økt bruk av

pasientbehandling, inkludert tannbehandling, i land med høy risiko for spredning av resistente bakterier.»

Komiteens medlem fra Senterpartiet fremmer i tillegg følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen innen juni 2017 fremme forslag for Stortinget om å avslutte ordningen med å finansiere helsereiser til utlandet i tilfeller der tilsvarende behandling kan gis innen frist og på for- svarlig vis i Norge.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til helseministerens svar til komiteen i forbindelse med behandlingen av representantforslaget. Her svares det utfyllende på hvert enkelt forslag som fremmes i dokumentet. Flertallet viser til at regjeringen allerede er i ferd med å gjennomføre en rekke viktige tiltak for å bekjempe trusselen antibiotikaresistens representerer, og at helseministeren i sitt brev skriver at det er usikkert i hvilken grad hvert av disse forslagene vil bidra til å fremme det pågående arbeidet mot antibiotikaresistens, eller om de i hovedsak vil føre til økt byråkratisering og/eller har tvilsom verdi for det felles arbeidet for å bekjempe antibiotikaresistens. Flertallet vil av denne grunn ikke støtte de fremlagte forslagene. Flertallet vil likevel gi honnør til Senterpartiet for å sette fokus på et viktig tema. Flertallet viser til at antibiotikaresistens vil være en av helsetjenestens store utfordringer i årene fremover. Regjeringen har tatt trusselen på alvor siden de overtok og har styrket arbeidet både nasjonalt og internasjonalt gjennom en rekke tiltak. Regjeringen har satt som mål å redusere bruken av antibiotika med 30 prosent innen 2020. Sommeren 2015 lanserte regjeringen en tverrsektoriell strategi mot antibiotikaresistens. Regjeringen har fulgt opp strategien med en handlingsplan som inneholder målrettede tiltak mot antibiotikaresistens i helsetjenesten. Dette er et viktig arbeid for å sikre vår trygghet, også i fremtiden.

Flertallet viser til at oppfølgingen av handlingsplanen er godt i gang. I 2016 øremerket regjeringen ekstra ressurser slik at tiltakene i handlingsplanen raskt kunne iverksettes. Disse midlene videreføres i 2017. Regjeringen foreslo videre å styrke satsingen mot antibiotikaresistens i landbruks- og matsektoren med 10 mill. kroner over Landbruks- og matdepartementets budsjett. Flertallet mener det er svært positivt at innsatsen intensiveres ytterligere som følge av budsjettet for 2017.

Komiteen viser til at det er en nedgang i antibiotikaforbruket i Norge. Ny statistikk fra Folkehelseinstituttet viser en reduksjon i befolkningens bruk

på 13 prosent fra 2012 til 2016. Komiteen mener dette er gode nyheter som viser at arbeidet som gjøres fra myndigheter, leger, tannleger og befolkningen har en effekt. Fortsetter denne utviklingen, kan vi nå målet om 30 prosent reduksjon i antibiotikaforbruk i befolkningen innen 2020.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at regjeringens handlingsplan er sterkt kritisert for å mangle finansiering. Dette medlem mener at det nasjonale arbeidet må ha en tydelig og sikker finansiering. Det er behov for at Stortinget får seg forelagt forslag til en økonomisk opptrappingsplan for det antibiotikaresistensforebyggende arbeidet for å nå vedtatte mål om 30 prosent reduksjon i antibiotikabruk innen utløpet av 2020.

Dette medlem fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen innen juni 2017 fremlegge en økonomisk opptrappingsplan for det antibiotikaresistensforebyggende arbeidet for å nå vedtatte mål om 30 prosent reduksjon i antibiotikabruk innen utløpet av 2020.»

Dette medlem viser i den forbindelse til Senterpartiets alternative statsbudsjett som prioriterer 117 mill. kroner i 2017 for å styrke det nasjonale antibiotikaarbeidet i Norge, blant annet bedre finansiering av arbeidet som gjøres i Antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP) og Nasjonal kompetansetjeneste for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten (KAS).

Komiteen viser til at utvikling av antibiotikaresistens henger tett sammen med økt forbruk av antibiotika. Multiresistente bakterier sprer seg raskt. Komiteen mener at dersom vi ikke handler nå, risikerer vi at antallet som dør av alvorlige infeksjoner i Norge vil begynne å stige i årene fremover. En rekke kirurgiske inngrep, behandling av for tidlig fødte og behandling av kreftpasienter, som vi dag forbinde med lav risiko, vil kunne bli uforsvarlig å gjennomføre uten antibiotika. De menneskelige og samfunnsøkonomiske kostnadene ville blitt store. Antibiotikaresistens er en av de største truslene som folkehelsen står overfor, og komiteen mener derfor det er positivt at Stortinget satte som mål å redusere bruken av antibiotika med 30 prosent innen 2020, jf. Innst. 156 S (2014–2015).

Komiteen viser til at regjeringen sommeren 2015 lanserte en tverssektoriell strategi mot antibiotikaresistens og senere fulgte opp strategien med en handlingsplan som inneholder konkrete tiltak mot antibiotikaresistens i helsetjenesten. Komiteen merker seg at Legeforeningen i høringen til represen-

tantforslaget uttalte at de i hovedsak støtter innholdet i strategi og handlingsplan, men at Norge må forplikte seg til en pådriverrolle i det internasjonale arbeidet. Legeforeningen mener videre at Norge med sin kompetanse og status i arbeidet med antibiotikaresistens har et godt utgangspunkt for å arbeide for at det inngås internasjonale forpliktelser om en global ressursbevaringsavtale for antibiotika.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til Dokument 8:2 S (2014–2015) og Innst. 156 S (2014–2015), og Helse- og omsorgsdepartementets Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten framlagt januar 2016. Disse medlemmer støtter den fremlagte strategien og handlingsplanens tiltak, men mener at disse må forsterkes og forbedres både med tanke på konkrete tiltak for bedre smitteforebygging, strengere antibiotikahåndtering, kunnskapsutvikling og satsinger for det internasjonale arbeidet.

Disse medlemmer viser til at behovet for god forståelse i befolkningen og kunnskap i helsetjenesten for behovet for en restriktiv antibiotikapraksis er økende. En høy andel av norske leger utdannes i utlandet, mange i europeiske land med en annen antibiotikapraksis og resistenssituasjon enn Norge. Kunnskap om antibiotikabruk og resistens må vektlegges sterkere i skolen, i helsefagutdanningene og i praksis i helsetjenesten.

Disse medlemmer viser til at både Arbeiderpartiet og Senterpartiet har foreslått økt støtte til de to kompetansesentrene: Antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP) og Nasjonal kompetansetjeneste for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten (KAS). Disse medlemmer mener det svekker arbeidet mot antibiotikaresistens når sentrene fortsatt er underfinansiert og mangler forutsigbarhet. ASP etterlyste under høringen evaluering av de to tiltakene rettet mot fastleger og sykehjem, samt midler for å kunne drive opplæring mot legevakt. ASP kommenterte også fire av forslagene under høringen. De mente forslag 7 vil gjøre det lettere å overvåke bruker og gripe inn overfor de legene som forskriver mest og på feil grunnlag; en gruppe leger som erfaringsmessig faller utenfor de «frivillige» opplæringstiltakene. Når det gjelder forslag 11, har ASP ferdigstilt et utkast til nye retningslinjer for sykehjem og KAD-plasjer som er til vurdering i Helsedirektoratet. Når det gjelder forslag 12, viste ASP til at opplæringsarbeidet i hovedsak blir utført på «dugnad» og til at det er behov for å styrke undervisningsopplegget til helsepersonell med utdanning fra utlandet, samt å inkludere tannleger. Når det gjelder forslag 13, viste ASP til at skolen er den største kilde til fravær, og det internasjonale undervisningsverktøyet e-Bug vil ha positiv effekt på det forebyggende arbeidet.

Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at opplæring i rett antibiotikabruk vektlegges i utdanningsforløpene og i videre- og etterutdanningstilbudene. ASP (Antibiotikasenteret for primærmedisin) må få ressurser til å drive systematisk opplæring i norsk antibiotikapraksis blant norske medisinerstudenter i utlandet.»

«Stortinget ber regjeringen sikre at ASP får ressurser til å utvikle og tilby alle skoler opplæringsprogrammet e-Bug, for å bidra til at barn og unge får økt forståelse og kunnskap om antibiotikaresistens.»

Komiteens medlem fra Senterpartiet mener det er viktig at Stortinget får regelmessige tilbakemeldinger fra regjeringen om hvordan handlingsplanen blir fulgt opp, og hvordan det arbeides internasjonalt på dette svært viktige området. Dette medlem mener at regjeringen må fremlegge årlige statusmeldinger til Stortinget om det globale og nasjonale arbeidet mot antibiotikaresistens, med fakta om utviklingen av antibiotikaresistens i Norge og måloppnåelse i arbeidet.

Dette medlem fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen fremlegge årlige statusmeldinger til Stortinget om det globale og nasjonale arbeidet mot antibiotikaresistensutvikling og utbredelse av antibiotikaresistens i Norge.»

Komiteen viser til at internasjonalt vedtok Helseforsamlingen i Verdens helseorganisasjon i 2015 WHO's globale handlingsplan. Komiteen viser videre til at verdens statsledere diskuterte antibiotikaresistens under FNs høynivåuke i september 2016. Komiteen viser til at Norge spilte en sentral rolle i forberedelsene til toppmøtet og har slik bidratt til å løfte problemstillingen til høyeste globale nivå.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, peker på at utvikling av antibiotikaresistens henger tett sammen med økt forbruk av antibiotika. Multiresistente bakterier sprer seg raskt. Flertallet viser til at dette er bakgrunnen for at regjeringen helt siden 2014 har hatt antibiotikaresistens som sin viktigste internasjonale sak innenfor helse. Regjeringen har samtidig vært en pådriver internasjonalt for å få til en internasjonal regulering på feltet. Flertallet vil likevel peke på at Norge som et lite land ikke kan bidra overalt, men at vi skal

bidra der Norge har kapasitet og kan få til reell endring.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet er opptatt av at Norge skal være en pådriver internasjonalt i arbeidet mot utbredelse av antibiotikaresistente bakterier, og at Stortinget må ha visshet om hvilke strategier regjeringen vil følge for å oppnå dette i årene fremover. Disse medlemmer mener at det er behov for at regjeringen på egnet vis, og innen juni 2017, konkretiserer overfor Stortinget Norges pådriverrolle i det internasjonale arbeidet mot utbredelse av antibiotikaresistente bakterier. Disse medlemmer mener at et viktig mål for det internasjonale arbeidet er at det inngås internasjonale forpliktelser om en global ressursbevaringsavtale for antibiotika.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen på egnet vis, og innen juni 2017, konkretisere overfor Stortinget Norges pådriverrolle i det internasjonale arbeidet mot utbredelse av antibiotikaresistente bakterier og arbeide for at det inngås internasjonale forpliktelser om en global ressursbevaringsavtale for antibiotika.»

Disse medlemmer mener økt antibiotikaresistens er en av vår tids største trusler. Det er knapt utviklet nye antibiotiske substanser på snart 30 år. Både nasjonalt og internasjonalt haster det med å skjerpe innsatsen i kampen mot bakterier som er motstandsdyktige mot antibiotika. Disse medlemmer mener Norge bør ta internasjonalt lederskap for etableringen av ordninger som øker forskning, utvikling, overvåking og innkjøp av antibiotika. Videre bør det settes inn ytterligere tiltak for å få økt kontroll med multiresistente bakterier hos personer som har blitt operert eller fått tannbehandling i utlandet.

Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen utarbeide en strategi for utvikling av nye, virksomme antibiotika, inkludert nye økonomiske modeller som premierer medikamentutvikling, ikke salg og bruk, der både belønningsmekanismer og avgift/skatt vurderes som virkemiddel.»

Komiteen viser til at Norges forskningsråd, på oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet, nå er i gang med en ny kartlegging av den norske forskningsinnsatsen på området, som et grunnlag for å iverksette tiltak for at flere norske forskere skal bidra i det internasjonale forskningssamarbeidet om antibiotikaresistens. Samtidig er Folkehelseinstitut-

tet, Legemiddelverket og representanter fra helseforetakene i gang med et pilotprosjekt som skal bidra til å sikre tilgjengelighet til særlig viktig antibiotika i Norge og være med på å teste modeller for hvordan salg av antibiotika kan frikobles fra inntjening. Komiteen viser videre til at statsråden i sitt svar påpeker at utvikling av antibiotika er teknisk komplisert og svært ressurskrevende. Fra 1980-tallet og frem til i dag er det bare utviklet to nye klasser av antibiotika, og det er få under utvikling. Industrien anser ikke at det er sterke nok insentiver for å drive forskning og utvikling på dette feltet. Som et lite land, med en i utgangspunktet begrenset farmasøytisk industri, er det for Norge både ønskelig og påkrevet med internasjonalt samarbeid om dette. Komiteen viser til at det skjer et omfattende arbeid internasjonalt for å få mer forskning og innovasjon innrettet mot å utvikle nye antibiotika, blant annet spiller Europakommisjonen, gjennom Horisont 2020, en viktig rolle.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til brev fra helse- og omsorgsministeren datert 27. oktober 2016, og oppfatter at mange av tiltakene som er foreslått i representantforslaget blir fulgt opp gjennom Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten (2016). Disse medlemmer mener Stortinget må bli orientert om resultatene og behov for forsterket innsats gjennom de årlige statsbudsjettene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til at effektive antibiotika er en forutsetning for moderne medisinsk behandling. I EU-landene anslås 25 000 mennesker å dø årlig fordi antibiotika ikke virker. Resistenstruslen spres til alle land og er alle lands ansvar. Disse medlemmer mener Norge har et bedre utgangspunkt siden landet har lavere antibiotikabruk og -resistens både hos mennesker og dyr. Norge har også økonomiske og kunnskapsmessige ressurser som gjør oss særlig forpliktet til solidarisk innsats mot spredning av antibiotikaresistens og for å sikre alle lands tilgang til livreddende antibiotikabehandling. Disse medlemmer viser til at Tannlegeforeningen i sin høringsuttalelse skriver at:

«Vi støtter representantene på at det er en stor utfordring at det ikke utvikles nye antibiotika, og at en internasjonal/nordisk strategi for utvikling av nye antibiotika er viktig. Videre at det er helt nødvendig at det settes internasjonale krav til at produksjon av antibiotika må skje på en måte som ikke belaster miljøet eller bidrar til resistensutvikling.»

Disse medlemmer mener videre at det må utarbeides en internasjonal/nordisk strategi for utvikling av nye antibiotika, der medikamentutvikling blir premiert, ikke salg og bruk. Disse medlemmer

merker seg at Legeforeningen i sin høringsuttalelse oppgir at:

«Norge har med sin kompetanse og status i antibiotikaresistensarbeidet et godt utgangspunkt for å arbeide for at det inngås internasjonale forpliktelser om en global ressursbevaringsavtale for antibiotika.»

Disse medlemmer mener både belønningsmekanismer og avgift/skatt på antibiotika må vurderes som virkemiddel.

Komiteens medlem fra Senterpartiet mener også det må utarbeides en felles nordisk strategi for beredskap for kritisk viktige legemidler, inkludert viktige antibiotika, der bruk av nasjonale beredskapslager vurderes.

Dette medlem fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen fremme en plan for beredskap for kritiske legemidler, inkludert kritisk viktige antibiotika, der økt nordisk samarbeid og bruk av nasjonalt beredskapslager vurderes.»

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmet fra Senterpartiet, viser til at det i mai 2012 ble lansert en nasjonal plan og strategi for legemiddelberedskap som har blitt fulgt opp løpende. De regionale helseforetakene fikk i foretaksmøtet januar 2014 bestilling på en rapport om legemiddelberedskap i spesialisthelsetjenesten. Denne rapport ble ferdigstilt i mai 2015. Det vises også til at man i 2016 etablerte beredskapssikring for legemidler i regi av de regionale helseforetakene, og at lagerplikten som er pålagt legemiddelgrossistene med virkning fra 1. januar 2016, er basert på Helsedirektoratets risiko- og sårbarhetsanalyse. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap har oversikt over risiko og sårbarhet i samfunnet og utarbeider «Nasjonalt risikobilde». Helsedirektoratets risiko- og sårbarhetsanalyse for legemidler er gjennomført med utgangspunkt i «Nasjonalt risikobilde».

Det vises videre til at Oslo universitetssykehus i 2016 fikk i oppdrag å etablere en nasjonal beredskapsfunksjon for legemidler. Mangelsituasjoner følges nå løpende opp. Formålet med denne beredskapsfunksjonen er å få en styrket nasjonal funksjon for overvåking og tiltak knyttet til legemiddel mangelsituasjoner, samt utviklingen av den nasjonale legemiddelberedskap for spesialisthelsetjenesten.

Med bakgrunn i dette anser flertallet at bruk av nasjonalt beredskapslager allerede er vurdert og ivarettatt samt at planen om beredskap for kritiske legemidler allerede er utarbeidet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til at narkotiske preparater i dag håndteres særskilt gjennom ordningen med såkalte A- og B-preparater. Disse medlemmer mener det bør innføres en egen legemiddelklasse også for antibiotika – en E-klasse av resepter med særlige bruksrestriksjoner og oppfølgingsansvar hvor E står for «ecology»; legemidler med økologiske effekter. Disse medlemmer viser til at Apotekforeningen i sin høringsuttalelse skriver:

«Apotekforeningen mener det også bør vurderes å innføre en egen legemiddelklasse for antibiotika med særlige bruksrestriksjoner og oppfølgingsansvar, i tråd med forslag fra Folkehelseinstituttet. En egen klasse for antibiotika vil gjøre det enklere å forby resepter på antibiotika fra «nettleger» i andre EØS-land som nordmenn ønsker å hente ut i norske apotek. Vi mener at utenlandske resepter på antibiotika som hovedregel ikke bør være gyldige i Norge.»

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen på egnet vis innføre en egen legemiddelklasse for antibiotika, en E-klasse av resepter for legemidler med økologiske effekter, som må ha krav til særlige bruksrestriksjoner og oppfølgingsansvar.»

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at forskrivningspraksisen av antibiotika må styrkes både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette medlem merket seg at det var bred tilslutning til dette i komiteens høring. Dette medlem viser til Voss sjukehus, som sammenlignet med 2012 har kuttet antibiotikabruken med 35 prosent. Ved kirurgisk sengepost har de redusert bruken med over 40 prosent, og ved medisinsk sengepost har nedgangen vært på 25 prosent. Ved Haraldsplass Diakonale Sykehus i Bergen har de i perioden 2012–2016 oppnådd en nedgang på 27 prosent (BT 24. januar 2017). På Voss sjukehus har de etablert egne ledelsesforankrede antibiotikateam som har arbeidet systematisk for å velge rett antibiotika, rett behandlingstid og å følge retningslinjene nøyer. De har fått ned bruken av bredspektrede midler. Dette medlem mener denne innsatsen viser at det er stort potensial i norsk helsetjeneste for å redusere antibiotikabruken betraktelig og dermed å nå de nasjonale målene. Dette medlem mener myndighetene må understøtte gode lokale initiativ med virksomme tiltak, og at modeller som den Voss sjukehus har valgt, må tas i bruk også i de andre sykehusene. Det trengs fortgang i utvikling av hurtigtester og diagnostiske metoder for å sikre rett og presis bruk av antibiotika, og snarlig implementering av digitale beslutningsstøtte-

systemer og dokumentasjon av antibiotikabruk i sykehus og sykehjem/allmennpraksis. Mest antibiotika forskrives i primærhelsetjenesten og mye på legevakt. Dette medlem mener det er behov for en tiltakspakke for å redusere forskrivelse av antibiotika i legevakt.

Dette medlem viser til at Antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP) i høringen oppga å ha oppdatert retningslinjer for antibiotikabruk i sykehjem og utarbeidet retningslinjer for kommunale akutt-plasser (KAD) for å redusere unødig bruk av bredspektrede midler. Det er viktig at retningslinjene gjøres kjent og tas i bruk ute i tjenestene. Arbeidet med å innføre diagnosekoder på alle antibiotikaresepter må fortsatt prioriteres.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen på egnet vis fremme tiltak som kan sikre rask utvikling av hurtigtester og diagnostiske metoder, og en plan for snarlig implementering av digitale beslutningsstøttesystemer i spesialisthelsetjenesten innen juni 2017.»

«Stortinget ber regjeringen utarbeide en tiltakspakke for å redusere forskrivelse av antibiotika i legevakt innen juni 2017, samt sørge for at retningslinjene for antibiotikabruk i sykehjem og kommunale akutte døgnplasser (KAD) blir implementert i tjenestene.»

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at stortingsflertallet bestående av Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre støttet innføring av EUs pasientrettighetsdirektiv i norsk lov og uten forhåndsgodkjenningsordning for sykehusbehandling innen EØS-området. Dette medlem viser til at kunnskapen om den internasjonale situasjonen er styrket, og mener at regjeringen sett i lys av dette må innføre forhåndsgodkjenning, slik den varslet at var mulig i Prop. 135 S (2013–2014). Dette medlem mener det ikke bør gis refusjon for helsebehandling i utlandet, så lenge behandling kan tilbys i Norge innen fristen og på forsvarlig vis.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til at regjeringens mål er å skape pasientens helsetjeneste. Å innføre et krav om forhåndsgodkjenning for refusjon av utgifter til sykehusbehandling i utlandet vil innebære en begrensning i pasienters mulighet til å motta sykehusbehandling i andre land. Med krav om forhåndsgodkjenning vil pasienten kun ha rett til

å reise ut når han eller hun må vente uforsvarlig lenge på nødvendig sykehusbehandling i Norge.

Flertallet mener et slikt hinder særlig vil ramme pasienter med tilstander hvor det er et lite og begrenset fagmiljø i Norge. Disse pasientene vil ha reduserte valgmuligheter innenlands og vil ha et særlig behov og ønske om å få tilgang til medisinsk kompetanse i andre europeiske land. Flertallet viser videre til at erfaringene man har til nå viser at det er et lavt antall pasienter som velger å reise til andre EØS-land for å få planlagt behandling. I perioden fra 1. mars 2015 og til 30. juni 2016 er det utbetalt refusjon i alt 98 saker som gjelder sykehusbehandling. Tallene på utbetalt refusjon viser at de fleste får refusjon for sykehusbehandling i Tyskland og Danmark.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til at Legeforeningen i sin høringsuttalelse til komiteen blant annet skrev dette om pasientreiser:

«Vi støtter representantforslaget om å stille kvalitetskrav til sykehusstilbud i utlandet og etablere en ordning for forhåndsgodkjenning. Denne godkjenningen må blant annet sette krav til et system for overvåking av sykehusinfeksjoner og lav forekomst av resistente mikrober. Dette vil være et tiltak som både bidrar til bevisstgjøring om komplikasjonene ved resistens blant pasientene og som vil redusere resistensspredning til norske helseinstitusjoner. Vi deler Folkehelseinstituttets vurdering om at hensynet til pasientsikkerheten og befolkningens vern mot smittsomme sykdommer er tungtveiende grunner for forhåndsgodkjenning.»

Tannlegeforeningen skrev i sitt høringsnotat:

«NTF registrerer at mange norske pasienter velger å benytte seg av utenlandske tilbydere av tannhelsetjenester, også i land der vi vet at antibiotikaresistens er meget utbredt. Det er en stor utfordring at pasienter etter tannbehandling returnerer med antibiotikaresistente bakterier som for eksempel MRSA eller ESBL-produserende bakterier, ikke minst når disse pasientene senere skal motta behandling ved helseinstitusjon. Vi er glad for at representantene også tar opp denne konkrete problemstillingen i sitt forslag 17. Den tannbehandling som i dag blir utført i utlandet med stønad fra folketrygden, kunne pasientene ha fått utført i Norge uten ventetid. NTF mener denne ordningen er betenkelig. Hvis slik behandling fortsatt skal støttes økonomisk, mener NTF det er svært viktig at HELFO snarest innfører et system for å informere pasientene om den risikoen de utsetter seg for, også ved refusjonsberettiget tannbehandling i utlandet, jmf. forslag 14. Der slik refusjon ikke utløses, mener også NTF at ansvaret for å informere om smitterisikoen bør ligge hos tjenestetilbyderne.»

Disse medlemmer mener at myndighetene bør lytte til så klare bekymringer fra fagmiljøene om spredning av antibiotikaresistens. Det er derfor lite tilfredsstillende at statsråden i sitt svarbrev til komi-

teen av 27. oktober 2016 skriver at det verken er ønskelig eller mulig å stoppe nordmenn som vil reise til utlandet for å få behandling. Og videre at å innføre et krav om forhåndsgodkjenning for refusjon av utgifter til sykehusbehandling i utlandet vil innebære en begrensning i pasienters mulighet til å motta sykehusbehandling i andre land. Om tannbehandling skriver statsråden at Norge ikke kan hindre eller begrense innbyggernes rettigheter til å velge tannbehandling i annet EØS-land. Disse medlemmer mener statsråden utviser en passiv holdning til viktige forebyggende tiltak mot spredning av antibiotikaresistens.

Disse medlemmer viser til at det blant annet gjennom NRK Brennpunkts program i mars 2016 er satt fokus på legemiddelfabrikk i blant annet India, som slipper kjemikalier og antibiotika rett ut i naturen med store miljødeleggelser og helseproblemer for lokalbefolkningen som resultat. Dessuten er dette arnested for utvikling av nye multiresistente bakterier. Denne industrien leverer også virkestoff til antibiotika i Norge. Disse medlemmer mener at helsevesenet må ha større fokus på etiske innkjøp, og at regjeringen straks må sikre at helseforetakene og apotek ved innkjøp av antibiotika som brukes i Norge, setter krav om at produksjonsmåten av antibiotika foregår slik at den ikke belaster miljøet eller bidrar til resistensutvikling.

Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at det ved innkjøp av antibiotika som brukes i Norge, prioriteres medikamenter fra miljøvennlig produksjon som hindrer resistensutvikling.»

Uttalelse fra utenriks- og forsvarskomiteen

Komiteens utkast til innstilling har vært forelagt utenriks- og forsvarskomiteen, jf. vedtak i Stortinget av 6. oktober 2016. Utenriks- og forsvarskomiteen uttaler følgende i brev av 8. februar 2017:

«Utenriks- og forsvarskomiteens medlemmer slutter seg til helse- og omsorgskomiteens utkast til innstilling til Dokument 8:2 S (2016–2017) og har ingen ytterligere merknader.»

Forslag fra mindretall

Forslag fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet:

Forslag 1

Stortinget ber regjeringen snarest sikre at pasienter som vurderer å benytte seg av utenlandske helse-

tjenestetilbydere utenom Norden, klart advares om risikoen for smitte med antibiotikaresistente bakterier.

Forslag 2

Stortinget ber regjeringen innen juni 2017 fremme forslag for Stortinget om å stille krav om forhåndsgodkjenning for refusjon av utgifter til sykehusbehandling i utlandet (jf. Pasientrettighetsdirektivet), og stille krav til kvaliteten i tilbudet.

Forslag 3

Stortinget ber regjeringen innen juni 2017 fremme tiltak for å hindre en utvikling med økt bruk av pasientbehandling, inkludert tannbehandling, i land med høy risiko for spredning av resistente bakterier.

Forslag fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet:

Forslag 4

Stortinget ber regjeringen sørge for at opplæring i rett antibiotikabruk vektlegges i utdanningsforløpene og i videre- og etterutdanningstilbudene. ASP (Antibiotikasenteret for primærmedisin) må få ressurser til å drive systematisk opplæring i norsk antibiotikapraksis blant norske medisinstudenter i utlandet.

Forslag 5

Stortinget ber regjeringen sikre at ASP får ressurser til å utvikle og tilby alle skoler opplæringsprogrammet e-Bug, for å bidra til at barn og unge får økt forståelse og kunnskap om antibiotikaresistens.

Forslag 6

Stortinget ber regjeringen på egnet vis, og innen juni 2017, konkretisere overfor Stortinget Norges pådriverrolle i det internasjonale arbeidet mot utbredelse av antibiotikaresistente bakterier og arbeide for at det inngås internasjonale forpliktelser om en global ressursbevaringsavtale for antibiotika.

Forslag 7

Stortinget ber regjeringen utarbeide en strategi for utvikling av nye, virksomme antibiotika, inkludert nye økonomiske modeller som premierer medikamentutvikling, ikke salg og bruk, der både belønningsmekanismer og avgift/skatt vurderes som virkemiddel.

Forslag 8

Stortinget ber regjeringen på egnet vis innføre en egen legemiddelklasse for antibiotika, en E-klasse av resepter for legemidler med økologiske effekter, som må ha krav til særlige bruksrestriksjoner og oppfølgingsansvar.

Forslag 9

Stortinget ber regjeringen på egnet vis fremme tiltak som kan sikre rask utvikling av hurtigtester og diagnostiske metoder, og en plan for snarlig implementering av digitale beslutningsstøttesystemer i spesialisthelsetjenesten innen juni 2017.

Forslag 10

Stortinget ber regjeringen utarbeide en tiltakspakke for å redusere forskrivelse av antibiotika i legevakt innen juni 2017, samt sørge for at retningslinjene for antibiotikabruk i sykehjem og kommunale akutte døgnplasser (KAD) blir implementert i tjenestene.

Forslag 11

Stortinget ber regjeringen sikre at det ved innkjøp av antibiotika som brukes i Norge, prioriteres medikamenter fra miljøvennlig produksjon som hindrer resistensutvikling.

Forslag fra Senterpartiet:

Forslag 12

Stortinget ber regjeringen innen juni 2017 fremme en egen handlingsplan for smittevern for å redusere infeksjoner i helsetjenesten og minimere behovet for antibiotika.

Forslag 13

Stortinget ber regjeringen som del av det smittevernsforebyggende arbeidet på egnet vis innføre en øvre beleggsgrænse på 85 prosent på sykehus for å redusere sykehusinfeksjoner og unødvendig antibiotikabruk innen juni 2017.

Forslag 14

Stortinget ber regjeringen innen juni 2017 fremme forslag for Stortinget om å avslutte ordningen med å finansiere helsereiser til utlandet i tilfeller der tilsvarende behandling kan gis innen frist og på forsvarelig vis i Norge.

Forslag 15

Stortinget ber regjeringen innen juni 2017 fremlegge en økonomisk opptrappingsplan for det antibiotikaresistensforebyggende arbeidet for å nå vedtatte mål om 30 prosent reduksjon i antibiotikabruk innen utløpet av 2020.

Forslag 16

Stortinget ber regjeringen fremlegge årlige statusmeldinger til Stortinget om det globale og nasjonale arbeidet mot antibiotikaresistensutvikling og utbredelse av antibiotikaresistens i Norge.

Forslag 17

Stortinget ber regjeringen fremme en plan for beredskap for kritiske legemidler, inkludert kritisk viktige antibiotika, der økt nordisk samarbeid og bruk av nasjonalt beredskapslager vurderes.

Komiteens tilråding

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til representantforslaget og råar Stortinget til å

gjøre slikt

vedtak:

Dokument 8:2 S (2016–2017) – representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe og Per Olaf Lundteigen om å styrke det internasjonale og nasjonale arbeidet mot antibiotikaresistens – vedlegges protokollen.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 16. februar 2017

Kari Kjønaas Kjos

leder

Elisabeth Røbekk Nørve

ordfører

VEDLEGG**Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet v/statsråd Bent Høie til helse- og omsorgskomiteen, datert 27. oktober 2016****Dokument 8:2 S (2016–2017) - Representantforslag om å styrke det internasjonale og nasjonale arbeidet mot antibiotikaresistens - fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe og Per Olaf Lundteigen**

Jeg viser til brev fra helse- og omsorgskomiteen av 12.10.16.

Gjennom rapporten Antibiotikaresistens – kunnskapshull, utfordringer og aktuelle tiltak (Folkehelseinstituttet 2014), regjeringens Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens (2015-2020) og Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten (2016) mener jeg vi har et tilstrekkelig planverk for på en effektiv måte å organisere arbeidet mot antibiotikaresistens i helsesektoren i Norge.

Parallelt med dette har som kjent Landbruks- og matdepartementet lansert sin handlingsplan for landbrukssektoren. Nærings- og fiskeridepartementet (NFD) og Klima- og miljødepartementet (KLD) arbeider med å implementere tiltak innenfor sine områder i den nasjonale strategien. Det er god kontakt mellom våre fire departementer både på politisk- og embetsnivå og også med Utenriksdepartementet hva gjelder de internasjonale aspektene i dette arbeidet. Ansvar for implementering av handlingsplanen er lagt til Helsedirektoratet som leder en styringsgruppe med representanter fra Direktoratet for E-helse, Statens legemiddelverk, Folkehelseinstituttet, de regionale helseforetakene, Legeforeningen og Tannlegeforeningen. Med dette mener jeg vi har laget en effektiv organisasjon for å sikre både en tverrsektoriell tilnærming og innsats ("one health") samt en handlekraftig modell for implementering av handlingsplanen innenfor mitt eget ansvarsområde, helsesektoren.

Internasjonalt vedtok Helseforsamlingen i Verdens helseorganisasjon i 2015 WHO's globale handlingsplan mot antibiotikaresistens, og nå i september var Norge en pådriver for å få antibiotikaresistens som tema under FN's høynivåuke. Sammen med statsministeren og mine kollegaer i de andre nevnte departementene har jeg spilt en aktiv pådriverrolle for å sikre at arbeidet mot antibiotikaresistens er kommet på toppen av den internasjonale agendaen. Jeg vil bidra til at den forblir der.

Både Strategien og Handlingsplanen bygger på faglige innspill fra underliggende etater og fra andre fagmiljøer. Det er bred enighet om både mål og tiltak. I mitt arbeid mot antibiotika-resistens i helsesektoren har jeg regelmessig kontakt med fagmiljøene på dette området. Senest i denne måneden har jeg hatt et møte

med sentrale aktører på antibiotikafeltet for å forsikre meg om at vi er på rett vei i arbeidet. Dette møtet vil jeg gjenta årlig. De tilbakemeldingene jeg får tyder på at vi er på rett vei og har gjort de viktigste grepene som må til for å nå de målene vi har satt oss og som det er bred faglig enighet om.

Representantene Kjersti Toppe og Per Olaf Lundteigen foreslår nå for Stortinget til sammen 17 nye anmodningsvedtak vedrørende arbeidet mot antibiotikaresistens. Etter min vurdering er det usikkert i hvilken grad hver av disse forslagene og forslagene samlet vil bidra til å fremme det pågående arbeidet mot antibiotikaresistens, eller om de i hovedsak vil føre til økt byråkratisering og mer rapportering, og/eller har tvilsom verdi for det felles arbeidet for å begrense og bekjempe antibiotikaresistens.

Til de enkelte forslagene har jeg følgende kommentarer:

1. *Stortinget ber Regjeringen fremlegge årlige statusmeldinger til Stortinget om det globale og nasjonale arbeidet mot antibiotikaresistens i Norge.*

Svar: Helse- og omsorgsdepartementet rapporterer i dag på arbeidet med det nasjonale og globale arbeidet mot antibiotikaresistens gjennom statsbudsjettene. Det synes ikke hensiktsmessig å bruke departementenes og etatenes ressurser til å lage egne rapporteringer utover dette.

2. *Stortinget ber regjeringen på egnet vis, og innen juni 2017, konkretisere ovenfor Stortinget Norges pådriverrolle i det internasjonale arbeidet mot utbredelse av antibiotikaresistente bakterier, og arbeide for at inngår internasjonale forpliktelser om en global ressursbevaringsavtale for antibiotika.*

Svar: Arbeidet mot antibiotikaresistens er regjeringens viktigste internasjonale sak på helseområdet. I samarbeid med Landbruks- og matdepartementet, Utenriksdepartementet og Folkehelseinstituttet jobber vi nå med å konkretisere hvordan Norge på best mulig måte kan bidra til å følge opp erklæringen som ble vedtatt under FN's høynivåmøte om antibiotikaresistens i New York 21. september 2016. Det pågår nå en rekke globale initiativer fra mange ulike aktører og land. Norge som et lite land kan ikke bidra overalt, men der vi har kapasitet og kan bidra til at det skjer reell endring skal vi bidra. Gjennom regjeringens

budsjettproposisjoner vil Stortinget bli orientert om arbeidet.

3. *Stortinget ber Regjeringen utarbeide en strategi for utvikling av nye virksomme antibiotika, inkludert nye økonomiske modeller som premierer medikamentutvikling, ikke salg og bruk, der både belønningsmekanismer og avgift/skatt vurderes som virkemiddel.*

Svar: Utvikling av nye antibiotika er teknisk komplisert og svært ressurskrevende. Fra 1980-tallet og fram til i dag er det bare utviklet to nye klasser av antibiotika og det er få under utvikling. Industrien anser ikke at det er sterke nok insentiver for å drive forskning og utvikling på dette feltet. Som et lite land, med i utgangspunktet en begrenset farmasøytisk industri, er det for Norge både ønskelig og påkrevet med internasjonalt samarbeid om dette.

Jeg opplever at det nå skjer et globalt løft for å få mer forskning og innovasjon innrettet mot å utvikle nye virksomme antibiotika. Europakommisjonen, gjennom forsknings- og innovasjonsprogrammet Horisont 2020, spiller en viktig rolle. Det samme gjør det felleseuropeiske forskningsprogrammet JPI AMR. Norge er en aktiv deltaker i begge disse programmene. Horisont 2020 finansierer også den offentlige delen av IMIs (European Innovative Medicines Initiative's) prosjekt "New Drugs 4 Bad Bugs". Dette er et privat-offentlig samarbeid som totalt har mobilisert nærmere 685 millioner euro fordelt på sju delprosjekter. I ett av delprosjektene, Driving re-investment in R&D and responsible antibiotic use (Drive-AB) spiller Folkehelseinstituttet en sentral rolle. Her er formålet nettopp å utvikle nye økonomiske modeller for utvikling av antibiotika.

Norges forskningsråd er, på oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet, nå i gang med en kartlegging av den norske forskningsinnsatsen på området som et grunnlag for å iverksette tiltak for at flere norske forskere skal bidra i det internasjonale forsknings-samarbeidet om antibiotikaresistens. Samtidig er Folkehelseinstituttet, Legemiddelverket og representanter fra helseforetakene i gang med et pilotprosjekt som skal bidra til å sikre tilgjengelighet til særlig viktige antibiotika i Norge og være med på å teste modeller for hvordan salg av antibiotika kan frikobles fra inntjening.

Å starte et arbeid med en egen strategi for utvikling av nye virksomme antibiotika vil derfor være å ta et steg tilbake når vi allerede er i gang med å iverksette tiltak. Stortinget vil bli orientert om status for det pågående arbeidet gjennom regjeringens budsjettproposisjoner.

4. *Stortinget ber regjeringen sikre at det ved innkjøp av antibiotika som brukes i Norge, settes krav om at produksjonsmåten av antibiotika fore-*

går slik at den ikke belaster miljøet eller bidrar til resistensutvikling.

Svar: Helse- og omsorgsdepartementet har bedt de regionale helseforetakene om å sikre en helhetlig tilnærming i arbeidet for å oppfylle nasjonale miljø- og klimamål. Miljøarbeidet er organisert som et samarbeidsprosjekt mellom de regionale helseforetakene under ledelse av Helse Vest. Prosjektet er godt kjent med miljøutfordringene fra industrien i blant annet India og følger arbeidet som er gjort i Sverige nøy. Innføring av etiske krav for innkjøp av medisiner vil bli vurdert i oppfølging av dette prosjektet.

Under høynivåmøtet om AMR i FN i september la en gruppe av legemiddelselskaper frem et veikart for hvordan industrien skal bidra til å møte trusselen mot antibiotikaresistens.

Etter det vi er kjent med, har ikke fra EU publisert nye retningslinjer eller policydokumenter etter 2012 med hensyn til åpenhet og innsyn i produksjonskjeden for legemidler. Arbeidet i EU om miljøaspekter ved legemidler pågår, men det er ikke forventet ny kommunikasjon på dette før i 2017.

Legemiddelverket initierte prosjektet "Innehaver av markedsføringstillatelses (MTs) ansvar og forpliktelser" fordi de opplever MT-innehavere ikke følger opp sine forpliktelser overfor myndighetene, herunder bl.a. at MT-innehaver selv ikke har full innsikt i sin produksjonskjede frem til ferdig produkt. Legemiddelverket har igangsatt en systematisk kartlegging av saker og MT-innehavere som ikke følger opp sine forpliktelser. Dette arbeidet pågår. Det er imidlertid begrenset hva som kan gjøres med hensyn til åpenhet om produksjonskjeden nasjonalt, når produksjonskjeden er definert som forretningshemmelighet i EU. Legemiddelverket har adressert problemstillingen på møter i EU-sammenheng og gjort en skriftlig henvendelse til EMA vedrørende status for det videre arbeidet med åpenhet i produksjonskjeden. Legemiddelverket har så langt ikke mottatt svar på denne henvendelsen. Legemiddelverket vil drøfte problemstillingene i Heads of Medicines Agency (HMA) og EMAs Management Board.

5. *Stortinget ber regjeringen fremme en plan for beredskap om kritiske legemidler, inkludert kritisk viktige antibiotika, der økt nordisk samarbeid og bruk av nasjonalt beredskapslager vurderes innen juni 2017*

Svar: De nasjonale beredskapsløsningene for legemidler er endret de siste årene, etter faglig anbefaling fra Helsedirektoratet. I tråd med ansvarsprinsippet overtok de regionale helseforetakene fra 1. januar 2015 oppgaven fra Helsedirektoratet med å beredskapssikre legemidler for spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene har laget en

rapport om utfordringer og strategier for deres oppfølging av nasjonal legemiddelberedskap for spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratets avtale med grossist om nasjonalt beredskapslager av legemidler for primærhelsetjenesten gikk ut 31. desember 2015. Ordningen er erstattet med et nytt krav til legemiddelgrossistene om legemiddelberedskap. Endringer i grossistforskriftens § 5 og legemiddelforskriften § 12-2 trådte i kraft 1. januar 2016. Endringen innebærer at legemiddelgrossister skal sikre ekstra lager av legemidler til bruk i primærhelsetjenesten. Sammensetningen av lagrene er basert på en kartlegging av hvilke legemidler det er et særlig behov for å ha i beredskap. Sammensetningen og dimensjoneringen av lagrene vil stadig måtte vurderes, basert på endringer i behov og risiko.

6. *Stortinget ber regjeringen innen juni 2017 fremlegge en økonomisk opptrappingsplan for det antibiotikaforebyggende arbeidet, for å nå vedtatte mål om 30 prosent reduksjon i antibiotikabruk innen utløpet av 2020.*

Svar: Som Stortinget allerede er gjort kjent med er arbeidet mot antibiotikaresistens for inneværende år styrket med om lag 15 millioner kroner. Dette kommer i tillegg til en betydelige aktivitet på området innen helsesektoren som ikke så lett lar seg tallfeste.

Infrastrukturen i overvåkingen av antibiotikabruk og antibiotikaresistens er i hovedsak på plass. Vi har en rekke kompetansemiljøer på antibiotikaresistens (Antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP), Nasjonalt kompetansesenter for antibiotikabruk i spesialist-helsetjenesten (KAS), Nasjonal kompetansetjeneste for påvisning av antibiotikaresistens (K-RES), referansefunksjon for MRSA ved St. Olavs hospital, Antibiotikakomiteen (som gir råd til Folkehelseinstituttet) og arbeidsgruppen for antibiotikaresistens (som gir råd til Helsedirektoratet). Og ikke minst foregår det en betydelig aktivitet på smittevernområdet i helsetjenesten som indirekte har stor betydning for utvikling av antibiotikaresistens. Jeg vil løpende vurdere spørsmålet om denne ressursbruken er tilstrekkelig og foreslå ytterligere styrking av arbeidet, dersom det skulle vise seg nødvendig. Så langt er det min vurdering at vi vil kunne nå de målene vi har satt oss i Strategien og i Handlingsplanen innenfor gjeldende budsjett. Jeg mener det derfor ikke er nødvendig med en økonomisk opptrappingsplan for arbeidet mot antibiotikaresistens for å nå de fastsatte målene.

7. *Stortinget ber regjeringen på egnet vis, og innen juni 2017, innføre en egen legemiddelklasse for antibiotika, en E-klasse av resepter for legemidler med økologiske effekter, som må ha krav til særlige bruksrestriksjoner og oppfølgingsansvar.*

Svar: Folkehelseinstituttet lanserte et forslag med reseptklasse for antibiotika sommeren 2016, men forslaget er ikke nærmere utredet. Styringsgruppen for oppfølgingen av handlingsplanen mot AMR, som Helsedirektoratet leder, har bedt Folkehelseinstituttet utrede forslaget nærmere og bringe det opp for styringsgruppen for nærmere vurdering.

8. *Stortinget ber regjeringen innen juni 2017 fremme en egen handlingsplan for smittevern for å redusere infeksjoner i helsetjenesten og minimere behovet for antibiotika.*

Svar: Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008-2012) var en strategi som både inneholdt elementer rettet mot helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) og mot antibiotikaresistens. Ved strategiens utløp ble erfaringene med en slik kombinert strategi gjennomgått i en prosess ledet av Folkehelseinstituttet. Erfaringene den gang tilsa at det ville være mer hensiktsmessig å integrere arbeidet mot HAI i andre pågående prosesser i helsetjenesten som pasientsikkerhetsarbeidet og det generelle kvalitetssikkerhetsarbeidet.

9. *Stortinget ber regjeringen, som del av det smittevernsforebyggende arbeidet, på egnet vis innføre en øvre beleggsgrænse på 85 prosent på sykehus for å redusere sykehusinfeksjoner og unødvendig antibiotikabruk innen juni 2017.*

Svar: Statens helsetilsyn anbefalte i 2001 et gjennomsnittlig belegg på 85 prosent for planlegging og drift ved avdelinger med høy andel ø-hjelp. Helsedirektoratet peker på at mange nye sykehusprosjekt er planlagt med 85 prosent utnyttelsesgrad på ordinære sengeavdelinger. Nytt Østfoldsykehus er planlagt med 90 prosent utnyttelsesgrad. Helsedirektoratet mener at beleggprosenten i seg selv ikke er et godt mål på kvalitet, men at en rekke andre faktorer må inngå i planleggingen. De forskjellige sykehusavdelingene har svært forskjellig andel ø- hjelp, og kan derfor planlegge belegget i ulik grad. Overbelegg og korridorpasienter gir mer krevende drift og større risiko for smitte. Et generelt krav om 85 prosent belegg vil ha ulik treffsikkerhet som tiltak for kvalitetssikring av driften. Ved kirurgiske avdelinger er nærmere halvparten av aktiviteten planlagt, mens hovedaktiviteten ved indremedisinske avdelinger er øyeblikkelig hjelp. Belegget ved indremedisinske avdelinger varierer derfor mindre gjennom uken, mens det ved kirurgiske avdelinger er høy aktivitet gjennom ukedagene, men mindre aktivitet i helger og helligdager. Det innebærer at beleggprosenten ikke vil ligge jevnt, f. eks. på 85 prosent, men er høy i ukedagene og lavere i helgene.

I tillegg kommer at nye sykehus nå bygges med enerom som reduserer smittefare. For disse sykehuse vil dermed beleggspersenten kunne være høyere uten at det går ut over kvaliteten.

10. Stortinget ber regjeringen på egnede vis fremme tiltak som kan sikre rask utvikling av hurtigtester og diagnostiske metoder, og en plan for snarlig implementering av digitale beslutningsstøttesystemer i spesialisthelsetjenesten innen juni 2017.

Svar: Hurtigtester som raskt gir informasjon om mikrobe er en god hjelp for leger som behandler infeksjoner. Ofte må behandlingen starte uten denne kunnskapen og kun ut fra kunnskap om resistensforhold og kunnskap om hvilke mikrober som vanligvis forårsaker infeksjoner. Dette kan øke bruken av bredspektrert antibiotika "for sikkerhets skyld".

Norge må være med på forsknings- og fagutviklingen internasjonalt. Myndighetene kan medvirke blant annet gjennom rammebetingelsene for forskningen, men det er ikke mulig å vedta at det skal skje en rask utvikling av diagnostiske tester. Det pågår en aktiv forskning på feltet.

Beslutningsstøtte kan være et nyttig hjelpemiddel for riktig antibiotikabruk. I spesialisthelsetjenesten arbeides det med å legge til rette for beslutningsstøtte i sykehusenes elektroniske journalsystemer. De regionale helseforetakene (RHF-ene) er ansvarlig for at arbeidet med elektroniske pasientjournaler (EPJ) også ivaretar beslutningsstøtte ved antibiotikabruk.

De nasjonale faglige retningslinjene for antibiotikabruk i sykehus skal etter planen bli publisert i et åpent digitalt format i løpet av høsten. En av fordelene med dette formatet er at det muliggjør integrering med beslutningsstøttesystemer. Det arbeides ifølge Helsedirektoratet med å tilpasse kodeverket som skal ligge til grunn for en slik integrering, slik at det lettere kan benyttes i klinisk praksis.

Legemiddelverket har utviklet et verktøy for forskrivnings- og ekspedisjonsstøtte (FEST) som i dag blant annet brukes til å gi informasjon koblet til enkeltlegemidler eller legemiddelgrupper til allmennleger i forskrivningsøyeblikket. FEST er også tilrettelagt for bruk i sykehus, men ifølge Legemiddelverket er foreløpig ikke EPJ-systemene i helseforetakene i stand til å benytte informasjonen fra FEST.

11. Stortinget ber regjeringen utarbeide en tiltakspakke for å redusere forskrivelse av antibiotika i legevakt og sørge for at det utarbeides egne retningslinjer for antibiotikabruk i sykehjem og kommunale akutte døgnplasser (KAD) innen juni 2017.

Svar: Forskrift om smittevern i helsetjenesten setter krav om at det skal finnes skriftlige retningslinjer for bruk av antibiotika i virksomheten. Nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten inneholder et kapittel om antibiotikabehandling i sykehjem. Den finnes i en trykket utgave og som nettsversjon, bl.a. på www.antibiotika.no og www.antibiotikaiallmenpraksis.no.

Kapittel 4 i Handlingsplanen mot antibiotikaresistens er rettet mot allmennleger og legevaktleger. En stor andel av vaktene, særlig utenfor de store byene, tas av fastleger. Disse legene nås av tiltakene som er rettet mot allmennleger. Det er ikke faglige holdepunkter for per i dag å konkludere at legevaktene er "en versting" når det gjelder antibiotikabruk. Og i den grad det forskrives mer der kan det være fordi pasientene er ukjente for legen og tilstandene er mer alvorlige. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin og Antibiotikasenteret for primærmedisin vil vurdere et samarbeid for, i første omgang, å øke kunnskapen om dette feltet. Under lederkonferansen for legevakt som går av stabelen i mars 2017 er ett av temaene nettopp «Hvordan kan legevaktsleder påvirke antibiotikabruk i legevakt».

Kommunale akutte døgnplasser (KAD) omfattes av smittevernforskriften. KAD skal ha infeksjonskontrollprogram, inkludert skriftlige retningslinjer for antibiotikabruk. En arbeidsgruppe i regi av Helsedirektoratet vurderer nå behovet for egne retningslinjer for antibiotikabruk i KAD. KAD er verken sykehus eller allmennpraksis, men arbeidsgruppen vurderer at terapivalgene må baseres på de kunnskapsbaserte nasjonale retningslinjene for primærhelsetjenesten og sykehus. Det er ikke gjennomførbart å lage egne terapivalg for KAD, både fordi kunnskapsgrunnlaget for KAD er svært beskjedent, og fordi KAD er veldig forskjellig med forskjellige pasientkategorier rundt om i landet. Valg av behandling vil i stor grad styres av hvor alvorlig/akutt tilstanden er, og en må velge mellom peroral og parenteral behandling. Derimot er det en forutsetning at diagnostikk og behandling skal gjennomføres etter allmennmedisinske prinsipper og arbeidsmetoder.

12. Stortinget ber regjeringen sørge for at opplæring i rett antibiotikabruk vektlegges i utdanningsforløpene og i videre- og etterutdanningstilbudene. ASP (Antibiotikasenteret for primærmedisin) må få ressurser til å drive systematisk opplæring i norsk antibiotikapraksis blant norske medisinstudenter i utlandet.

Svar: Antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP) er vesentlig styrket gjennom 2016-budsjettet. Antibiotikasenteret har fått følgende oppgaver: Primært vil midlene ASP har fått gå til kollegabasert veiledning og gjennomgang av egen antibiotikafor-

skrivning på gruppenivå. Det innebærer at fastleger og legevaktsleger skal få tilbud om å delta i grupper med kollegabasert gjennomgang av egen forskrivningspraksis av antibiotika. De skal gjennomgå og få en tilbakemelding på hvor mye antibiotika de skriver ut til pasientene, og en oppdatering om anbefalt behandling. Det vil også bli gruppebasert etterutdanning for sykehjemsleger. Videre skal ASP fortsette sitt arbeid med å bistå Helsedirektoratet med å revidere, oppdatere og videreutvikle de "Nasjonale faglige retningslinjene for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten" og bistå Helsedirektoratet med å utvikle/videreutvikle retningslinjene for sykehjem og tannleger. Man må også forsøke å gjøre retningslinjene enda mer tilgjengelige for primærmedisin (fastleger, sykehjemsleger, tannleger og legevaktsleger).

RELIS har i samarbeid med Avdeling for klinisk farmakologi ved St Olavs hospital gjennomført kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter (Kupp) for fastleger som pilotprosjekter i Helse-Midt og Helse-Nord i 2015/2016. Tema i disse pilotene har vært riktig bruk av NSAIDs og riktigere bruk av antibiotika. I kampanjen med antibiotika ble over 450 leger besøkt. Tall fra Reseptregisteret de tre første månedene etter at kampanjen var gjennomført viser at hovedmålsettingen ble oppfylt. Bruken av penicillin som er førstevalg for luftveisinfeksjoner som trenger antibiotika, økte. RELIS gjennomfører en ny antibiotikakampanje i 2016, og skal utvide tilbudet til Bergensområdet og Østfold ila. høsten 2016. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å vurdere Kupp som undervisningsmetode i 2016.

13. *Stortinget ber regjeringen sikre at ASP får ressurser til å utvikle og tilby alle skoler opplæringsprogrammet E-Bug, for å bidra til at barn og unge får økt forståelse og kunnskap om antibiotikaresistens.*

Svar: Prosjektet e-Bug, som ble opprettet i 2006, ledes av avdelingen for primærmedisin ved Public Health England (PHE) og består av et konsortium av 28 partnerland. Antibiotikasenteret for primærmedisin og Folkehelseinstituttet jobber med å tilrettelegge programmet for norske forhold.

14. *Stortinget ber regjeringen snarest sikre at HELFO innfører et system der pasienter som vurderer å benytte seg av utenlandske helsetjenestetilbydere utenom Norden, klart advares om risikoen for smitte med antibiotikaresistente bakterier.*

Svar: Pasienter som vurderer å søke behandling i utlandet bør ha kunnskap om risiko for smitte ved behandling i andre land. Risikoen for smitte varierer, blant annet avhengig av hva slags behandling som er

aktuell og hvor behandlingen skal skje. Spesialisthelsetjenesten og fastleger vil kunne gi adekvat informasjon om dette til sine pasienter. På Helsenorge.no informeres det generelt om risiko for MRSA-smitte ved behandling i utlandet. Ytterligere tilgang til pasientinformasjon om smitterisiko vil bli vurdert.

15. *Stortinget ber regjeringen innen juni 2017 fremme forslag for Stortinget om å stille krav om forhåndsgodkjenning for refusjon av utgifter til sykehusbehandling i utlandet (jf. Pasientrettighetsdirektivet), og stille krav til kvaliteten i tilbudet.*

Svar: Vi reiser stadig mer, både på ferie og for å få medisinsk behandling. Det er verken ønskelig eller mulig å stoppe nordmenn som vil reise til utlandet for å få behandling.

Denne regjeringens mål er å skape pasientens helsetjeneste. Å innføre et krav om forhåndsgodkjenning for refusjon av utgifter til sykehusbehandling i utlandet vil innebære en begrensning i pasienters mulighet til å motta sykehusbehandling i andre land. Med krav om forhåndsgodkjenning, vil pasienten kun ha rett til å reise ut når han eller hun må vente uforsvarlig lenge på nødvendig sykehusbehandling i Norge. Et slikt hinder vil særlig ramme pasienter med tilstander hvor det er et lite og begrenset fagmiljø i Norge. Disse pasientene vil ha reduserte valgmuligheter innenlands og vil ha særlig behov og ønske om å få tilgang til medisinsk kompetanse i andre europeiske land.

Erfaringene vi har til nå viser at det er et lavt antall pasienter som velger å reise til andre EØS-land for å få planlagt sykehusbehandling. I perioden fra 1. mars 2015 (da adgangen til å få refundert sykehusbehandling trådte i kraft) og til 30. juni 2016 er det utbetalt refusjon i alt 98 saker som gjelder sykehusbehandling. I den samme perioden ble det gitt avslag på 111 refusjonssøknader knyttet til sykehusbehandling. Det totale antallet søknader var i perioden 269 saker. Tallene på utbetalt refusjon viser at de fleste får refusjon for sykehusbehandling i Tyskland og Danmark.

Den norske helsetjenesten er svært god og vi arbeider med tiltak for å ytterligere bedre den. Etter min mening er det derfor ikke grunnlag for å tro at det vil være mange pasienter som ønsker å motta planlagt sykehusbehandling i andre EØS-land. Våre erfaringer så langt bygger opp under denne antakelsen.

16. *Stortinget ber regjeringen innen juni 2017 fremme forslag for Stortinget om å avslutte ordningen med å finansiere helsereiser til utlandet i tilfeller der tilsvarende behandling kan gis innen frist og på forsvarlig vis i Norge.*

Svar: I praksis er dette et spørsmål om det bør innføres en ordning med forhåndssamtykke i henhold til pasientrettighetsdirektivet. Det vises derfor til svar på spørsmål nr. 15.

17. Stortinget ber regjeringen innen juni 2017 fremme tiltak for å hindre en utvikling med økt bruk av tannbehandling i land med høy risiko for spredning av resistente bakterier

Svar: Statistikk fra Helfo viser at det i 2015 ble utbetalt trygderefusjoner til tannbehandling utført i EU-land for 1 016 saker (av i alt 7 764 saker). Over halvparten gjaldt tannbehandling i Ungarn (476), Polen (69) og Sverige (21). Andre land det er utført tannbehandling i, med utbetalt stønad fra folketrygden, er bl.a. Spania, Tyskland, Storbritannia, Danmark, Finland.

Norge kan ikke hindre eller begrense innbyggernes rettigheter til å velge tannbehandling i annet EØS-land. På www.Helsenorge.no informeres det generelt om risiko for MRSA-smitte ved behandling i utlandet.