

En hälsoturist kan hämta med sig en bakterie som är resistent mot alla mikrobläkemedel

Årligen görs till och med fyra miljoner hälsoturismresor som ofta riktar sig till länder med en lägre levnadsnivå. Själva resan är redan förenad med en risk för att bli koloniserad av en bakterie som är resistent mot mikrobläkemedel. Operations- och cancerbehandlingar är alltid förenade med en infektionsrisk. En hälsoturist kan insjukna allvarligt från en problemmikrob och överföra mikroben till ett finländskt sjukhus.

År 2010 fick en 25-årig kvinna från Luxemburg en infektion i samband med en skönhetsoperation på ett sjukhus i Aten och flyttades till sitt hemland för vidare behandling. I proverna som togs från det infekterade området växte tre olika bakterier som producerade karbapenemasenzymer och var resistenta mot nästan alla mikrobläkemedel (Bogaerts ym. 2011). Patienten vårdades i beröringsisolering och bakterierna spred sig inte till de övriga patienterna. Resultatet har dock många gånger varit ett annat: karbapenemasproducerande bakterier har spritt sig från ett land och ett sjukhus till ett annat i samband med flyttning av patienter mellan sjukhus och de har lett till omfattande sjukhusepidemier.

Information om riskerna i anslutning till hälsoturism ges inte

Hälsoturismen, det vill säga att man reser till ett annat land för behandling har ökat. Enligt uppskattningar görs i detta syfte till och med fyra miljoner resor årligen. Resorna riktar sig allt oftare till mindre utvecklade länder än hemlandet i syfte att få snabb och förmånlig behandling.

Utöver kosmetisk kirurgi är målet för resan bland annat tand- och ledprotesingrepp, ögon- och fetmaoperationer samt barnlöshetsbehandlingar. Redan 2007 gjordes en uppskattning enligt vilken 10 % av organtransplantationerna hade en anknytning till organtransplantationsturism (Chen och Wilson 2013). Globalt betraktat är Thailand, Indien, Kina, Mellanöstern och Pakistan de vanligaste målen för hälsovårdsturism. Från Finland görs resor även till Estland och de övriga baltiska länderna.

Från Finland ordnas resor för diagnosticering och behandling av cancer samt skönhetsoperationsresor åtminstone till Indien och Tallinn. Arrangörsfirmans webbplats påminner om en semesterbroschyr: inkvartering i lyxhotell, modern, skinande utrustning i sjukhusen och leende skötare och läkare som ser ut som TV-stjärnor lockar till behandlingar och undersökningar mellan vilka patienten kan slappna av i ett strandkafé och njuta av solskenet. Broschyerna nämner inget om riskerna i samband med behandlingar och åtgärder i utlandet för att inte nämna faran för smitta och spridning av problemmikrober som även förekommer inom hälsoturismen.

Mikrobläkemedlen förlorar sin effekt

En vanlig utlandsresa innebär en risk för att bli koloniserad med problemmikrober. Risken blir avsevärt större om man på en utlandsresa blir tvungen att få sjukhusvård (Chen och Wilson 2013). Det är inte alltid möjligt att välja om man vill bli intagen på ett sjukhus, men det lönar sig inte att göra det med berätt mod.

Den vanligaste mikroben som följer med resenärer från utlandet är tillsvidare en enterobakterie som producerar ESBL-enzym, i de flesta fall *Escherichia coli* eller *Klebsiella*. ESBL-enzymet gör en bakterie resistent mot de flesta mikrobläkemedel som i allmänhet används vid behandlingen av enterobakterier, till all lycka biter läkemedlen inom karbapenemgruppen fortfarande på det.

Ett större problem än ESBL-enterobakterierna som även blir globalt allt vanligare är den ökande förekomsten och spridningen av gramnegativa stavbakterier. Bakterierna kan vara enterobakterier, till exempel *E. coli*, *Klebsiella* och nonfermentativa gram-negativa stavar som till exempel *Pseudomonas aeruginosa* och *Acinetobacter baumannii*. De vanligaste karbapenemaserna som isoleras från bakterier är KPC, NDM, VIM, IMP och OXA-48. Dessa bakterier är ofta resistenta mot alla mikrobläkemedel som används.

Situationen har förvärrats även i Europa sedan slutet av 2000-talet. År 2013 var dessa karbapenemasproducerande gramnegativa stavbakterierna endemiska åtminstone på sjukhusen i Italien och Grekland. Sjukhusepidemier som har orsakats av dem har rapporterats i praktiken i samtliga länder i Europa (European Centre for Disease Prevention and Control 2013). I Thailand och Indien, till vilka vårdresor även riktar sig, är situationen ännu sämre (Chen och Wilson 2013).

Världshälsoorganisationen WHO konstaterade i april i år att vi snart kommer att befinna oss globalt i samma situation som innan mikrobläkemedlen uppfanns: människor dör till följd av obetydliga bakterieinfektioner eftersom effektiv behandling saknas.

Cancer- och operationsbehandlingar är alltid förenade med risk för en infektion

På sjukhusen i länder som inte är lika långt utvecklade som Finland är risken för infektioner i samband med cancer- och operationsbehandlingar avsevärt större än hemma i Finland. Det är även sannolikare att infektionen orsakas av en problemmikrob. I detta fall kan det vara svårt eller till och med omöjligt att bota en infektion som enkelt kan behandlas i hemlandet (Chen och Wilson 2013). Problem orsakas inte enbart av gramnegativa stavar som är resistenta mot mikrobläkemedel utan även av resistenta grampositiva kocker, särskilt MRSA (meticillinresistent *Staphylococcus aureus*) och ibland även resistenta enterokocker (VRE).

Det är skattebetalarna i hemlandet som måste betala kostnaderna för de komplikationer i anknytning till hälsoturism som konstateras efter resan. Behandling av en ledprotesinfektion kostar tiotusentals euro även när infektionen orsakas av en vanlig bakterie som är känslig för mikrobläkemedel. Kostnaderna är mångfaldigt större om behandlingen gäller en problemmikrob och situationen blir speciellt dyr, om mikroben kommer åt att spridas på sjukhuset i Finland. Av den orsaken är det viktigt att fråga en patient som tas in för behandling på sjukhus i Finland om de eventuellt har behandlats på ett sjukhus i utlandet.

Var och en fattar själv beslut om de vill resa till utlandet för behandling. Det är dock viktigt att den som ska resa informeras om riskerna i samband med behandlingen. Det finns inte en enda finländsk infektionsläkare som skulle gå med på att resa utomlands för att få billigare eller snabbare behandling. Risken att få en infektionskomplikation som är besvärlig att behandla är alltför stor.

Katariina Kainulainen

Docent, specialist i infektionssjukdomar, Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt

Denna artikel har publicerats i Sic!-tidskriftens och -webbtidskriftens nummer 3/2014.

Takaisin

LITTERATUR

Bogaerts P, et al. Detection of a VIM-27-producing *Klebsiella pneumoniae* isolate in a patient following surgical tourism in Greece. *Antimicrob Agents Chemother* 2011; 55: 4488–9.

Chen LH, Wilson ME. The globalization of healthcare: implications of medical tourism for the infectious diseases clinician. *Clin Infect Dis* 2013; 57: 1752–9.

European Centre for Disease Prevention and Control. Carbapenemase-producing bacteria in Europe: interim results from the European Survey on carbapenemase-producing Enterobacteriaceae (EuSCAPE) project. Stockholm: ECDC; 2013.
