

ABSTRACT

Globalisering av helsetjenester gir pasienter muligheter til å velge hvor de ønsker å bli behandlet. Dette muliggjør helsetjenester som koster mindre, 50 %, ja helt opp til 80 % rabatter kan fremkomme for livsviktige inngrep som kreftbehandling og hjerteoperasjoner. Dette kan også kombineres med ferier, og får da betegnelsen medisinsk turist. Men også inngrep som tannhelsetjenester, her inngår implantater, orale infeksjoner, kosmetisk odontologi med mere. Men er dette uten konsekvenser? Først og fremst er det viktig at odontologiske turister ikke fortrenge lokale pasienter bort med sin større kjøpekraft, deretter at de odontologiske tjenestene er av samme kvalitet som i hjemlandet. Ettersom antibiotikaresistente bakterier i større og større grad utvikles i land med høyt antibiotikaforbruk, er import av slike bakterier en trussel for vår mulighet til å behandle infeksjoner. Pasienter og helsearbeidere som kommer til Norden fra sykehus i resten av verden med høyt antibiotikaforbruk, er i flere 10-år blitt kontrollert for bærerskap av spesielt farlige resistente bakterier. Det er viktig at også odontologiske pasienter er klar over risikoen med å la seg behandle i land hvor det finnes svært farlige multiresistente bakterier, og at Norden som nasjoner har en felles politikk for å forhindre slik import.

EMNEORD

Dental tourism | antibiotic resistance | medical tourism | Hungary



Henvendelse til førsteforfatter:

ØRJAN OLSVIK
orjan.olsvik@uit.no

Tannmedisinsk turisme – konsekvenser for folkehelsen?

ØRJAN OLSVIK, professor, dr.philos. Det helsevitenskapelige fakultet, Norges Arktiske Universitet – UiT, Tromsø, og senior konsulent, Forsvarets Sanitet, Oslo, Norge

BODIL KRISTINA LUND, professor, odont.dr., Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen, Haukelands Universitetssykehus, Bergen, Norge, og Institutionen för odontologi, Karolinska Institutet, Stockholm, Sverige

► Accepteret til publikation den 6. juli 2018.

Tandlægebladet 2019;123:320-6



MEDISINSK TURISME

Globalisering av helsetjenester også kalt «medisinsk turisme» har økt dramatisk i omfang de siste 10 årene (1). Det finnes i dag flere større bedrifter som kun er spesialister i å identifisere spesifikke billige helsetjenester rundt om i hele verden. Den totale verdi av medisinsk turisme er beregnet til ca

700 milliarder NOK i 2017 med en kalkulert årlig vekst på mellom 25-35 % (2). De fem mest prefererte land å reise til er Thailand, Ungarn, India, Singapore og Malaysia. Over 70 % av de som reiser til Singapore og Malaysia kommer fra land i Sørøst Asia, mens amerikanere er dominant i Thailand og India. Ungarn domineres av EU borgere som ønsker odontologisk behandling (3,4). Det er ikke til å unngå at medisinsk turisme skaper økonomiske, kulturelle, etiske, legale og rent medisinske problemstillinger som ikke bare angår den enkelte pasient, men kan ramme pasienter i hjemlandet gjennom import av smittsomme og muligens ubehandlebare sykdommer (5,6).

Odontologisk turisme

Odontologi er et fagområde innen begrepet medisin, og det er oppstått et stort marked for odontologisk turisme; pasienter som reiser til et annet land for å få utført billigere odontologisk behandling, gjerne i forbindelse med feriedager (7). I USA er det reise med ferie og tannbehandling i byer langs grensen inne i Mexico som dominerer. Noen reiser til Costa Rica eller de Vest indiske øyer hvor feriefaktoren er høyere. Hele 500.000 amerikanere får årlig utført tannhelsearbeider utenlands.

I Asia er byene Bangkok og Phuket i Thailand anerkjent for billig kvalitetsodontologi med internasjonalt utdannede tannleger i forbindelse med tropisk ferie (3,7).

I Europa er det Ungarn og Polen som er dominant innen odontologisk turisme. Feriefaktoren er mindre enn i tropiske områder, men prisnivået er særs gunstig sammenlignet med de fleste EU-land (4,8). Faktisk er Ungarn med sin internasjonale odontologiske industri verdens nest største i total medisinsk turismesammenheng, og naturligvis størst innen odontologisk turisme (8).

Vi har hatt den oppfatning at pasientene oftest blir veiledet til bestemte klinikker av såkalte «Medical Tourism Agencies», men kun 10 % av odontologiske turisme pasientene kommer gjennom disse. Internettzoek er oppgitt som viktig for 42 % av pasientene, og hele 73 % oppgir at de er blitt anbefalt klinikken av gode venner (8).

I Mosonmagyaróvár, en by med ca 32.000 innbyggere nær grensen til Østerrike, er det over 160 tannklinikker. Pasientene kommer i stor grad over grensen, og på Østerrikes side av grensen er nesten alle tannklinikker lagt ned (9).

De fleste odontologiske turistene som kommer til Ungarn, er fra England (30 %), deretter følger Irland (20 %), Frankrike og Østerrike (15 %), og Skandinaviske land (10 %). Når klinikkene registrerer pasientenes opprinnelsesland, kommer Tyskland og Østerrike på topp med hele 50-45 %, deretter kommer Irland og England med 21 %. Polen var Ungarns stør-

ste konkurrent i det europeiske odontologiske turistmarkedet, men Ungarn blir mere og mere populært blant pasienter fra EU/EØS land (8).

Hvilke odontologiske tjenester får de medisinske turistene utført i Ungarn? Data fra 2010 viser at 62 % fikk en eller annen form for kronearbeider, 54 % fikk implantater og 46 % større broarbeider. Hele 31 % av pasientene hadde vært odontologiske turister tidligere (8).

Hvorfor Ungarn?

Prisene på alt fra rutinemessig kariesbehandling til implantatkirurgi er meget lave sammenlignet med f.eks. England og Skandinavia. Det kan koste fra 30 til 70 % mindre å få behandlingen utført i Ungarn, og dette er sannsynligvis den viktigste drivkraften til de utenlands pasientene. Kvaliteten på tannlegenes utdannelse er i varetatt av EUs godkjenninger, og ca. 25 % av tannlegene som årlig utdannes ved de 4 odontologiske fakultetene i Ungarn, har hatt engelsk eller tysk undervisningsspråk. De fleste klinikkene har ISO eller annen europeisk eller amerikansk kvalitetsgodkjenning. Tannlegetettheten var i 2009 48 tannleger pr. 100.000 innbyggere. Dette er betydelig lavere enn de nordiske land hvor det i samme år var fra 81 til 87 tannleger pr. 100.000 innbyggere (8).

Ungarske tannlegers statistikk fra internasjonale pasienter tilsier at 86 % av internasjonale pasienter kommer grunnet lave priser, 35 % oppgir god kvalitet på tannlegearbeidene, 27 % muligheten til å kombinere med ferie og 27 % at en unngår ventelister. Pasientstatistikk tilsier at 96 % er tilfredse, og 84 % meget tilfreds med behandlingsresultatet (8). At prisen på flyreiser i Europa har falt betydelig de siste 20 år og at opphold og feriefasiliteter er godt organisert, er nok også en viktig konkurransefaktor i fordel Ungarn.

Refusjoner til EU

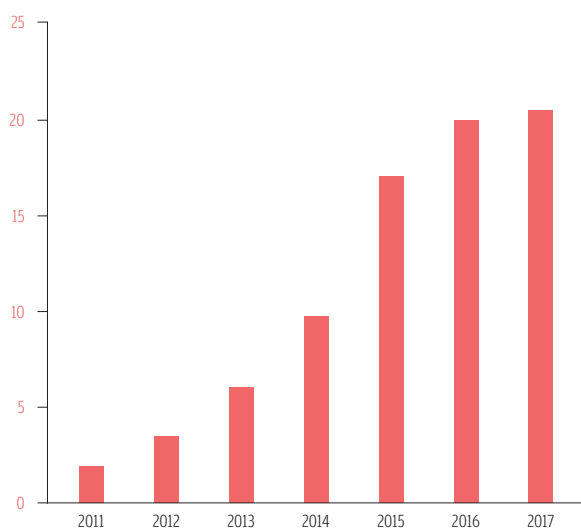


Fig. 1. Millioner NOK utbetalt til tannhelseerfusjoner innen EU i henhold til EØS-avtalen.

Fig. 1. Reimbursement of expenses for dental treatment paid by Norway to EU.

Den norske stat finansierer tannbehandling i utlandet

I henhold til EØS-direktivet er det fri fly av helsetjenester mellom EU- og EØS-land som Norge, alle pasienter kan i prinsippet ta den behandling de ønsker der de ønsker det, om de selv betaler for dette (Fig. 1). For behandling som staten betaler etter et oppsatt regelverk, sier EØS at Norge skal refundere de som utfører arbeidet med det samme beløp som dette hadde kostet i Norge (10). En tannklinikk i Norge med nødvendig kompetanse og godkjent av Helfo som refusjonsmottaker, kan sende refusjonskrav i henhold til fastsatte norske regler og honorarer. Imidlertid kan den norske klinikken sende pasienten til sin egen eller samarbeidende ungarske klinikk som utfører arbeidet til meget lav kostnad. Fortjenesten ligger igjen i den norske klinikken som da mottar refusjon fra Helfo til full norsk fastsatt pris. Det er Helfo som administrerer dette i Norge. Utgiftene til tannbehandling i utlandet, betalt av Helfo, har økt fra 2 millioner kr i 2011 til over 20 millioner i 2017 (10).

For EU-landene Sverige, Danmark og Finland er reglene noe forskjellige, statsborgere fra disse landene kan få refusjon for utgifter til utført tannbehandling både hos private og offentlige tannhelseklinikker i andre EU-land. Men refusjonen beløper seg kun opp til det maksimale beløp behandlingen hadde vært refusjonsberettiget til i hjemlandet. ▶

Er odontologisk turisme problematisk?

Medisinske turister som betaler noe høyere pris enn nasjonale pasienter, vil kunne tvinge lokale pasienter ut av køene, eller presse opp prisene for tannhelsearbeider. Kun en overkapasitet i landet som mottar odontologiske turister, kan etisk forsvare denne praksisen. Ettersom tall viser ca. 50 % lavere tannlege-tetthet i f.eks. Ungarn sammenlignet med de Nordiske land, er det høyst tvilsomt at en overkapasitet skulle forefinnes (8). At odontologiske turistpasienter gir valutainntekter til mottakerlandet, er et økonomisk argument i kontrast til den medisinske etiske problematikk; den lokale pasients tilgang til odontologiske tjenester i sitt eget land til en fornuftig pris. Når det ikke er høyere priser for odontologiske turister, vil denne valutainntekt være begrenset så lenge ikke tannhelsetjenesten er overetablert.

De aller fleste tannturister i Ungarn er godt fornøyd med det arbeid som er utført straks etter behandlingen (8), situasjonen blir en annen om det oppstår komplikasjoner etter hjemkomst. Pasienten må nemlig tilbake til den tannlege som har utført arbeidet. I Norge er pasientene dekket av Pasientskade erstatningen som ivaretar hans interesser; pasienten mister alle slike rettigheter når behandlingen er utført i utlandet (11,12). Det samme gjelder i Sverige. Relasjon pasient-tannlege med journaler, sykehistorie, personlig kjennskap etc. kan gå tapt med behandling i utland. Mange norske tannleger ønsker ikke å overta en odontologisk behandling fra utlandet som har gått feil. Dette gjelder også bruken av metaller og kompositter som tannlegen i Norge ikke er kjent eller komfortabel med. Det er eksempler på norske pasienter som har måtte dekke egne tannhelseutgifter til 250.000 kr etter hjemkomst fra feilslått behandling i utlandet (13,14).

Får tannturistene alvorlige infeksjonssykdommer?

Odontologisk behandling innebærer oftest spredning av kroppsvæsker som spytt og blod, og disse kan naturligvis inneholde smittsomme og sykdomsfremkallende bakterier og virus. Men med god hygiene og korrekt varmesterilisering av utstyr vil smitte mellom pasienter være så og si utelukket. Klinikker som er akkreditert og sertifisert av anerkjente organisasjoner, vil være av same kvalitet som nordiske tannhelseklinikker.

Men dårlig hygiene kan være svært risikabelt for pasientene. W. Scott Harringtons klinikker i Tulsa, Oklahoma, ble i 2013 stengt etter at myndighetene oppdaget manglende sterilisering av utstyr mellom pasienter og generell dårlig hygiene. Store medieoppslag viste at av 4208 pasienter var 96 bærere av hepatitt C virus (HCV), 5 smittet med hepatitt B virus og 4 med HIV. Det ble dokumentert at minst en pasient var blodsmittet med HCV i klinikken (15).

Tannlege David Acer i Jensen Beach i Florida ble smittet med HIV ved sex en gang rundt 1985. Totalt ble 6 av hans pasienter smittet med HIV av samme virustype som Acer. Det ble først antatt at han bevisst hadde smittet sine pasienter bevisst, men i ettertid har det vist seg at elendig hygiene i klinikken kan være en hel eller medvirkende årsak (16).

Antibiotikaresistente bakterier spres både ved aerosoler og gjennom direkte fysisk og indirekte kontakt. Det bør derfor påpekes at det er en betydelig institusjonsmessig utfordring å

forebygge spredning av sykdomsfremkallende virus og antibiotikaresistente bakterier.

Staten Arizona i USA grenser mot Mexico, og det er etablert en mengde tannklinikker i enkelte byer da prisene er betydelig lavere enn i USA. De som har private tannhelseforsikringer, får gjerne ta behandlingen i Mexico, da forsikringsselskapene tjener på dette (17). Returnerende pasienter har ingen røntgenbilder eller journaler med seg, men den Amerikanske tannlegeforeningen har i en prinsipputtalelse sagt at «amerikanske tannleger er etisk korrekte og vil behandle alle pasienter». Men i Arizona laget et av de største forsikringsselskapene og tannlegene en informasjonskampanje «Trouble in Paradise: The untold story of Dental Tourism» «Why, the brochure asked, would you seek dental care in a country where you are afraid to drink the water?» Kampanjen ble, naturlig nok, dårlig mottatt hos mexicanske tannleger og senere trukket tilbake (17).

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) i USA har utgitt hygienråd for medisinske og tannmedisinske turister som informasjon for den som planlegger å gjennomgå behandling i utlandet (18) (Tabell 1).

ANTIBIOTIKARESISTENTE BAKTERIER FØLGER MED MEDISINSKE TURISTER HJEM

Medisinsk turisme er nå godt dokumentert som en viktig årsak til at antibiotikaresistente bakterier spres fra land hvor antibiotika kan kjøpes uten resept, og hvor resistensutviklingen er ute av kontroll, til land med god hygiene og som har en moderat resistensutvikling grunnet meget restriktiv antibiotikabruk (19).

Norge innførte allerede i 1996 et pålagt kontrollsystem hvor alle pasienter som hadde vært innlagt på sykehus utenfor Norden, skulle obligatorisk testes for bærerskap av methi-

CDC's medisinske turistråd

Spør din nye utenlandske lege/tannlege:

- Bruker du nye hansker for hver pasient?
- Bruker du autoklav eller tørrsterilisator for å sterilisere instrumentene mellom hver pasient?
- Steriliserer du borrene dine mellom hver pasient, eller bare desinfiserer du?
- Bruker du nye nåler for hver pasient?
- Er det sterilt eller kokt vann som brukes ved kirurgiske inngrep?
- Er det ikke-sterilt vann i skyllevannet?

Observer

- Er kontoret rent og ryddig?
- Vasker de ansatte hendene med såpe mellom hver pasient?
- Brukes hansker for alle operasjoner?
- Vasker og desinfiserer de, eller brukes det engangsduker på alle overflater som kan være forurenset?

Tabell 1. Gode hygienråd til medisinske/tannmedisinske turister utgitt av Centers of Diseases Control and Prevention (CDC), USA.

Table 1. US Centers for Diseases Control and Prevention gives advice to dental and medical tourists.

cillin resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) før de kunne arbeide eller innlegges på norsk sykehus. Lika regler gjelder i Sverige, Danmark og Finland. Dette kontrollsystemet gjaldt også for helsearbeidere som hadde arbeidet med pasienter utenfor Norden. Disse tiltak er viktige for å redusere spredningen av MRSA, selv om dette ikke helt er stoppet. Norge har god erfaring med slikt kontrollregime i over 20 år, men har dessverre allikevel fått en del utenlands import av MRSA (20) (Fig. 2).

En bestemt variant av MRSA, går under navnet «Bengal Bay Clone», ble funnet hos hele 145 individer i norske sykehus i perioden 2004-2014. Over 70 % av bærere av Bengal Bay var av Indisk opprinnelse, og besøk i hjemlandet med mulig kontakt med lokalt helsevesen syntes igjen å være assosiert med MRSA bærerskap (21). Lignende studier viser økt bærerskap av resistente bakterier i avføringsprøver tatt før og etter ferier og opphold i asiatiske land (22).

I Danmark kunde man gjennom det nasjonale overvåkningssystemet for antibiotikaresistens kunne påvise at en MRSA-smittet tannlege overførte MRSA til hele 10 personer, mange av disse var også hans pasienter (23). En Britisk tannlege som var blitt smittet med MRSA på et sykehus under et MRSA-utbrudd, smittet bakterien videre til to forskjellige pasienter. Han brukte ikke hansker i sitt arbeid som tannlege (24).

klinisk relevans

Så kallad medisinsk turism, att kombinera elektiv vård utomlands med semester, ökar kraftigt. Medicinsk turism kan skapa såväl kulturella, ekonomiska, etiska, legala och medicinska problem genom import av smittsamma sjukdomar till hemlandet. Väl hemma kan det vara svårt för den medicinske turisten att få hjälp med behandlingskomplikationer. Dessutom kan omfattande medicinsk turism reducera tillgängligheten på vård för lokalbefolkningen. Patienter som väljer att söka vård utomlands, bör vara införstådda med att det kan medföra en ökad risk att bli infekterad av antibiotikaresistenta bakterier.

Overvåkningsstatistikk fra Sverige viser at det er størst risiko for infeksjon og bærerskap av den alvorligste typen av antibiotikaresistens, ESBLcarba, ved opphold på sykehus utenfor Norden. Siden screeningen begynte i 2012, har andelen av ESBLcarba-smitte fra utlandet vært mellom 68-86 %. De fleste tilfellene har vært fra sykehusopphold i Tyrkia, Egypt, India, Irak og Serbia (25,26). ▶

MRSA-smittede utenfor Norge

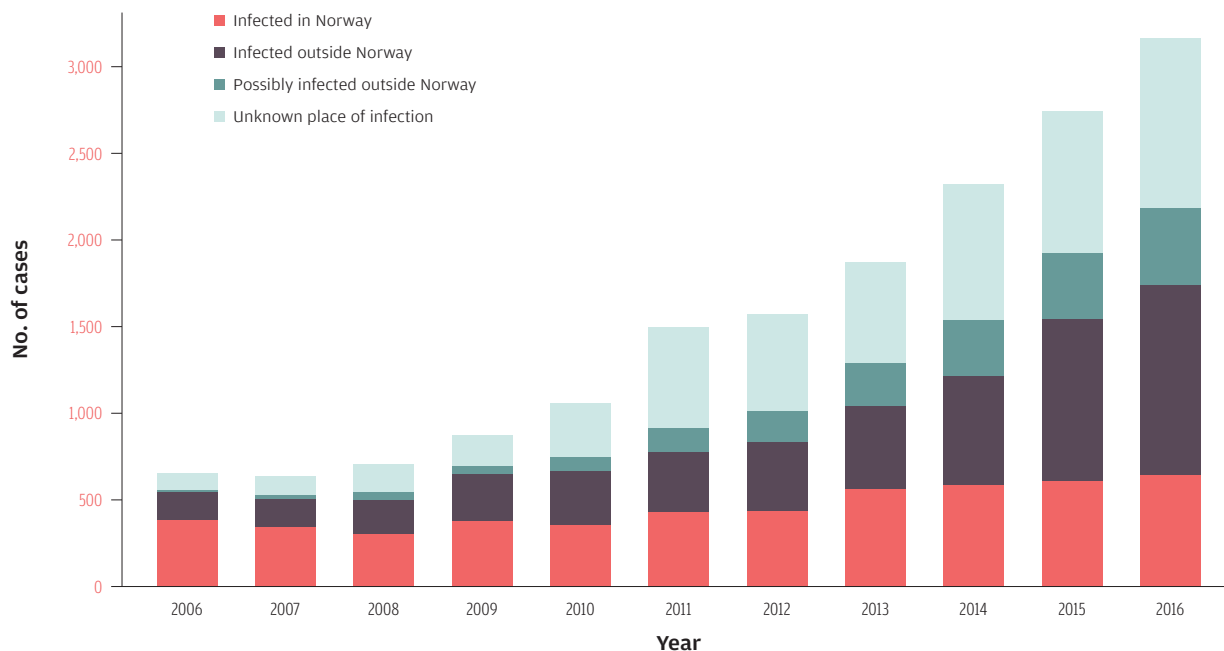


Fig. 2. Økning i antall MRSA positive pasienter i Norge 2006-2016 fordelt på de som er smittet i Norge, smittet utenfor Norge, samt mulig smittet i Norge og de med ukjent smittested.

Fig. 2. Increase in patients with MRSA in Norway with indicated site of contamination, in Norway, abroad, possible abroad, or no info.

En undersøkelse MRSA Seattle i 2011 viste at hele 21 % av tannlegestudentene ved University of Washington (UAW) Dental School var bærere av MRSA, og bakterien fantes også på 8,4 % av overflater på stoler og gulv ved 4 av 7 universitetsklinikker. Hos en normal populasjon kan en finne 1-2 % som er bærere av MRSA. Det er ikke kjent hva som er årsaken til de høye MRSA-tallene fra Seattle (27).

Hvor galt kan det gå?

Ved Ørebro Universitetssykehus i Sverige kom det i januar 2008 inn en pasient med en infeksjon som ikke hadde respondert på behandling med karbapenemer, den siste skanse av innen penicilliner, og andre betalactam-antibiotika. Bakterien fra Ørebro var noe spesiell. Den kunne produsere et enzym som kunne ødelegge alle kjente varianter av betalactam-antibiotika, også alle karbapenemer. Enzymet har fått navnet New Delhi Metallobetalaktamase nr 1, eller NDM-1 (28). Genet som koder for produksjon av dette enzymet kan flytte seg mellom bakterier av forskjellig art, og kan derfor hindre effektiv behandling av flere forskjellige infeksjonssykdommer. Bakterien er også funnet hos pasienter både i andre steder i Europa, USA, Canada og andre land i Asia med infeksjoner som var vanskelig å behandle siden bakteriene hadde fått NDM-1 genet (29-31). Det skremmende var at alle disse første pasientene hadde vært i New Delhi området for billig medisinsk behandling; de var såkalte «medisinske turister» som hadde bragt med seg hjem absolutt uønskede antibiotikaresistente

NOEN FORKORTINGER SOM BRUKES I BESKRIVELSE AV ANTIBIOTIKARESISTENS

MRSA

- Er forkortning av "methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*".
- Beskriver stammar av *Staphylococcus aureus* som er resistente mot penicillinpreparater.

ESBL

- Er forkortning av "extended spectrum betalactamases".
- Er benemningen på en gruppe enzymer som enkelte tarmbakterier kan produsere.
- Disse enzymer kan bryte ned de fleste betalactamantibiotika utom karbapenemer.

ESBL_{carba}

- ESBL-ensymer kan også bryte ned karbapenemer som ofte er det eneste tilgjengelige behandlingsalternativ ved infeksjoner med bakterier som produserer ESBL.

Antibiotika resistens i Polen og Ungarn

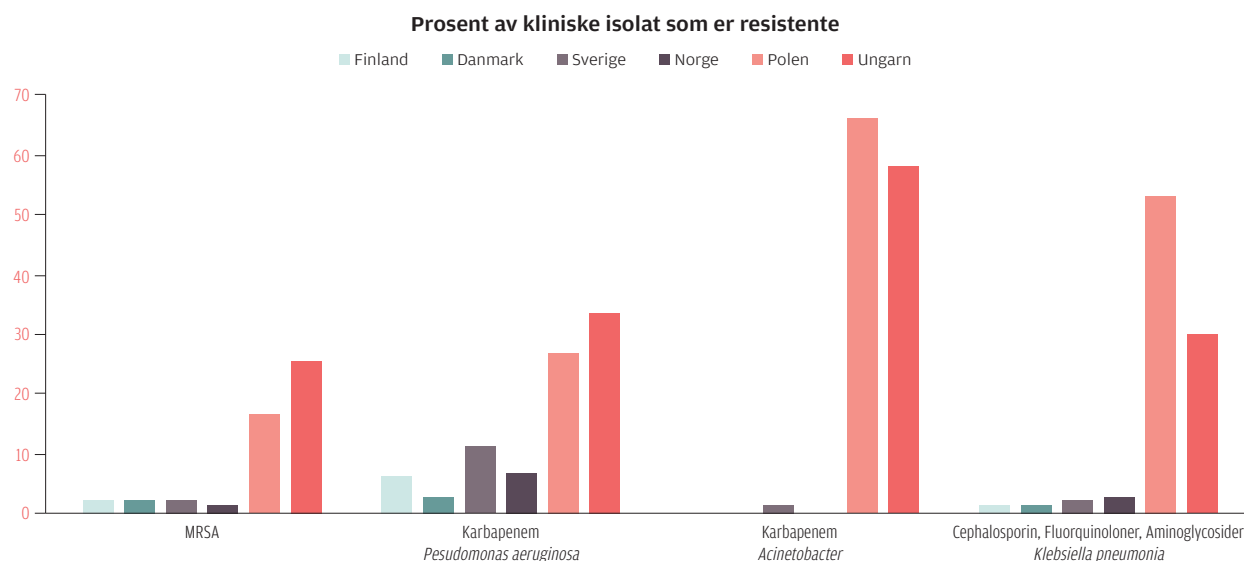


Fig. 3. Andel af nogle væsentlige kliniske isolater med alvorlig antimikrobiel resistens i Norden sammenlignet med Polen og Ungarn.

Fig. 3. Percent of some important clinical isolates with serious antimicrobial resistance in the Nordic countries compared to Poland and Hungary.

bakterier (28). Vi har funnet karbapenemresistente bakterier hos pasienter i Norge, Sverige, Danmark og Finland, de er i all hovedsak smittet i utlandet. Antallet er stadig økende, og NMD-1 varianten smitter nå videre til pasienter som ikke har vært ute og reist (20,32-34).

Hva må gjøres?

Nordiske strategier for antibiotikabruk og antibiotikaresistens hittil har vært vellykkede både i husdyrholdet og i helsevesenet. Faren for økende resistensproblemer er imidlertid til stede ved import av resistente bakterier fra andre land (32-34). Vi vet lite om tannhelseturister bringer med seg MRSA og andre farligere resistente bakterier fra utlandet, da tannhelse pasienter ikke har vært inkludert pålagte kontroller. Dette selv om det blir brukt forholdsvis mye profylaktisk antibiotika spesielt ved innsetting av implantater utført i utlandet. Det er grunn til bekymring å registrere at EUs rutinemålinger viser en forekomst

av MRSA ved helseinstitusjoner i Ungarn som er 10-20 ganger høyere enn i de nordiske land (35,26) (Fig. 3).

Men i et kommende forslag til ny norsk forskrift om smittevern i institusjoner, vil tannhelseklinikker bli inkludert og delvis likestilt med operasjonsstuer i sykehus. De samme reglene vil gjelde for obligatorisk kontroll av odontologiske helseturister som for pasienter fra internasjonale sykehus utenom Norden. Det er ønskelig med et felles Nordisk rammeverk for å opprettholde et forsvar mot antibiotikaresistens fra land med en antibiotikapraksis som har resultert i store resistensproblemer.

Vi må også kunne sette spørsmålsteget ved at EU/EØS avtaler gir muligheter for statlig støtte til å reise til lavkostland med høy forekomst av multiresistente bakterier for tannbehandling når det finnes nødvendig kapasitet og kompetanse innen Norden. Kostnadene ved å måtte bekjempe disse importerte antibiotikaresistente bakteriene kan bli store, både i kroner og tapt liv og helse. ♦

ABSTRACT (ENGLISH)

MEDICAL AND DENTAL TOURISM - CONSEQUENCES FOR PUBLIC HEALTH

Global healthcare enables patients to choose where they want their treatment and at what price. Treatment for life threatening diseases like cancer and open heart surgery can be found globally to prices low as 80 % of what is charged in their home country. Such health care can be combined with vacations and the designation «medical tourists» is often used. Dental treatment like oral surgery, implant, periodontology and cosmetic dentistry, can often be done at prices substantial lower than in their country of origin. But can this be carried out without consequences? First of all, local patients should not be deprived of health care due to the fact that medical tourists can pay more. And the medical services

should be of similar quality as in their home country. The increasing level of antibiotic resistance in bacteria is a major concern world-wide. Our capability to efficiently treat some infections with antibiotics is being reduced, year by year. The Nordic countries have for many years screened arriving patients and health care workers as carriers of specific resistant bacteria when arriving from other international hospitals. Therefore, it is important that patients seeking dental treatment outside the Nordic countries are aware of the possible danger and consequences of becoming infected or colonized by antimicrobial resistant superbugs.

The Nordic countries will also in the future seek to have similar strategies for combatting the increase of life threatening antibiotic resistant bacteria.

REFERANSER

1. WHO. Medical tourism. (Set 2018 oktober). Tilgjengelig fra: URL: <http://fliphtml5.com/sbxk/uppu/basic>
2. WIKIPEDIA. Medical tourism. (Set 2018 oktober). Tilgjengelig fra: URL: https://en.wikipedia.org/wiki/Medical_tourism
3. CAPELLA, A. The World's 8 best countries for dental tourism. (Set 2018 oktober). Tilgjengelig fra: URL: <https://www.liveandinvest-overseas.com/news/dental-tourism-destinations/>
4. PATIENTS BEYOND BORDERS. Medical tourism. Statistics & Facts. (Set 2018 oktober). Tilgjengelig fra: URL: <https://patients-beyondborders.com/medical-tourism-statistics-facts>
5. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Medical tourism. (Set 2018 oktober). Tilgjengelig fra: URL: <https://www.cdc.gov/features/medical-tourism/index.html>
6. Chen LH, Wilson ME. The globalization of healthcare: Implementations of medical tourism for the Infectious Disease Clinician. Clin Infect Dis 2013, 57: 1752-9
7. Arg A, Guez G. Dental tourism. Dental Implant Update 2011, 22: 45-7.
8. ECAB. Why is Hungary the main destination country in dental tourism? Why do patients choose Hungary for dental care? Hungarian Case Study on dental care and patient flow. Evaluating care across borders, European Union Cross Border Care Collaboration (ECAB). (Set 2018 oktober). Tilgjengelig fra: URL: http://semmelweis.hu/emk/files/2013/02/Final_case_study_web.pdf (Denne er en pdf-fil og ikke en besluttet nettside – er det korrekt?)
9. DENTALY.ORG. Visiting a dentist in Hungary for dental implants or other treatment. (Set 2018 oktober). Tilgjengelig fra: URL: <https://www.dentaly.org/en/dental-implants-hungary/>
10. HELFO. Rapportering vedrørende pasientrettighets direktivet

tivet – folketrygdloven §5-24a. 31.12.2017

11. Ortiz M. Dental tourism. Is the risk of «foreign» dental treatment worth the savings? (Set 2018 oktober). Tilgjengelig fra: URL: <https://www.rdhmag.com/articles/print/volume-31/issue-12/features/dental-tourism.html>
12. NPE. Erstatning ved behandling i utlandet. (Set 2018 oktober). Tilgjengelig fra: URL: <https://www.npe.no/no/Om-NPE/aktuelt/Erstatning-ved-behandling-i-utlandet/>
13. AFTONPOSTEN. Fikk ekstraregning på 250.000 etter tannbehandling i utlandet. (Set 2018 oktober). Tilgjengelig fra: URL: <https://www.aftenposten.no/norge/i/kj8bk/Fikk-ekstraregning-pa-250000-etter-tannbehandling-i-utlandet>
14. AFTONPOSTEN. En tannreise til Budapest i tre akter. (Set 2018 oktober). Tilgjengelig fra: URL: <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/d1ngq/En-tannreise-til-Budapest-i-tre-akter-Kristin-B-Martinsen>
15. BRADLEY, KK. Dental healthcare-associated transmission of Hepatitis C. Oklahoma State Department of Health. (Set 2018 oktober). Tilgjengelig fra: URL: https://www.ok.gov/health2/documents/Dental%20Healthcare_Final%20Report_2_17_15.pdf
16. CDC. Update: transmission of HIV infection during invasive dental procedures – Florida. MMWR Morb mortal wkly rep 1991;40:377-81.
17. KPBS. American head to Mexico for cheap dental care. (Set 2018 oktober). Tilgjengelig fra: URL: <http://www.kpbs.org/news/2011/feb/09/medical-maquila-insurers-are-following-americans-m/>
18. NGUYEN, DB, GAINES, J. Medical Tourism. (Set 2018 oktober). Tilgjengelig fra: URL: <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2018/the-pre-travel-consultation/medical-tourism>
19. Hill TL. The spread of antibiotic-resistant bacteria through medical tourism and transmission prevention under the international health regulations. Chicago J Int Law 2011;12: 273-308.
20. NORM/NORM-VET. Usage of antimicrobial agents and occurrence of antimicrobial resistance in Norway. (Set 2018 oktober). Tilgjengelig fra: URL: <https://unn.no/Documents/Kompetansetjenester,%20-sentre%20og%20fagråd/NORM%20-%20Norsk%20overvåkingssystem%20for%20antibiotikaresistens%20hos%20mikrober/Rapporter/NORM%20NORM-VET%202016.pdf>
21. Blomfeldt A, Larssen KW, Moghen A et al. Emerging multidrug-resistant Bengal bay clone ST772-MRSA-V in Norway: molecular epidemiology 2004-2014. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2017;36:1911-21.
22. Ostholm-Balkhed A, Tärnberg M, Nilsson M et al. Travel-associated faecal colonization with ESBL-producing Enterobacteriaceae: incidence and risk factors. J Antimicrob Chemother 2013;68(9):2144-2153.
23. Larsen T, Kierulf A, Petersen A et al. Tandlægebladet 2012;116: 952-7.
24. Martin MV, Hardy P. Two cases of oral infection by methicillin-resistant Staphylococcus aureus. Br Dent J 1991;170:63-64.
25. Stenhem M, Ørtqvist Å, Ringberg H et al. Imported methicillin-resistant Staphylococcus aureus, Sweden. Emerg Infect Dis 2010;16:189-96.
26. FOLKHÄLSOMYNDIGHETEN. Swedres-Svarm 2016. Consumption of antibiotics and occurrence of resistance in Sweden. (Set 2018 oktober). Tilgjengelig fra: URL: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/d118ac95c12d4c11b3e61d34ee6d2332/swedres-svarm-2016-16124.pdf>
27. Roberts MC, Soge OO, Horst JA et al. Methicillin-resistant Staphylococcus aureus from dental school clinic surfaces and students. Am J Infect Control 2011;39:628-32
28. Kumarasamy KK, Toleman MA, Walsh TR. Emergence of a new antibiotic resistance mechanism in India, Pakistan and the UK: a molecular, biological and epidemiological study. Lancet Infect Dis 2010: 597-602.
29. Kirby T, Walsh T. Introducing the world to NMD-1. Lancet Infect Dis 2012;12:189.
30. Kaul TK, Chhina DK. Medical tourism and New Delhi metallo beta-lactamase 1. A concern and threat. J Anaesthesiol Clin Pharmacol 2010;26:437-8.
31. Nordmann P, Naas T, Poirel L. Global spread of Carbapenemase-producing Enterobacteriaceae. Emerg Infect Dis 2011;17:1791-8.
32. Tangdén T, Cars O, Melhus Å et al. Foreign travel is a major risk factor for colonization with Escherichia coli producing CTX-M-type extended-spectrum beta-lactamase: a prospective study with Swedish volunteers. Antimicrob Agents Chemother 2010;54:3564-8.
33. Kantele A, Lääveri T, Mero S et al. Antimicrobials increase travelers' risk of colonization by extended-spectrum betalactamase-producing Enterobacteriaceae. J Clin Infect Dis 2015;60:837-46.
34. Lunt N, Horsfall D, Hanefeldt J. Medical tourism: A snapshot of evidence on treatment abroad. Maturitas 2016;88:37-44.
35. ECDC. European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net). (Set 2018 oktober). Tilgjengelig fra: URL: <https://ecdc.europa.eu/en/about-us/partnerships-and-networks/disease-and-laboratory-networks/ears-net>