

Gjennom Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) overvåkes smittsomme sykdommer i Norge. Denne rapporten oppsummerer antall tilfeller av utvalgte sykdommer sammenlignet med tidligere perioder i forbindelse med covid-19-epidemien. Formålet er fortløpende å overvåke og dokumentere endringer i forekomsten av tilfeller for andre sykdommer enn covid-19 under pandemien. Rapporten er publisert to ganger per måned.

## Oppsummering

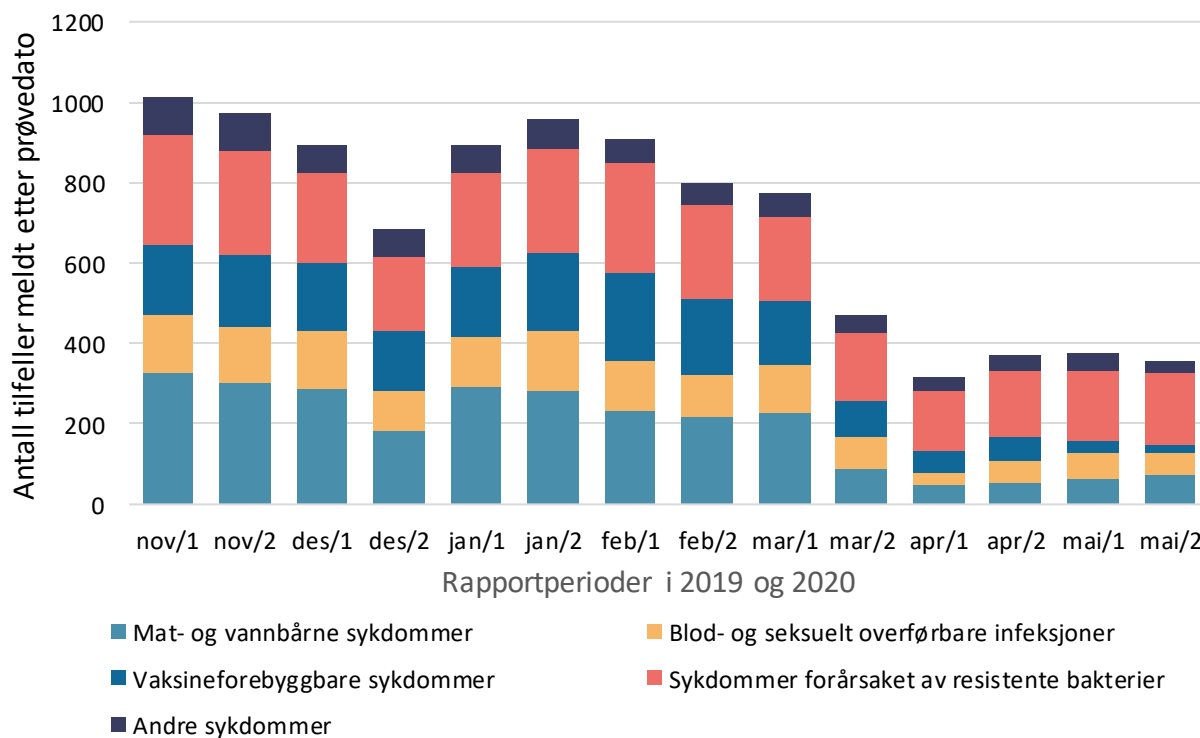
Mellom 16. og 31. mai ble 354 tilfeller av smittsomme sykdommer andre enn covid-19, meldt til MSIS. Det var 57 % færre enn i tilsvarende periode i 2019.

Vi ser en nedgang for alle sykdomsgrupper, særlig etter innføring av tiltak for sosial distansering i begynnelsen av mars. Rapporteringen av vaksineforebyggbare sykdommer ble mest påvirket, mens rapportering av antibiotika resistente infeksjoner ble noe mindre påvirket.

Rapporteringsforsinkelsen gikk jevnt ned siden midten av 2019, noe som kan knyttes til langsiktig forbedring av systemet for innrapportering av laboratoriedata.

## MSIS rapportering sammenlignet med tidligere perioder

Mellom 16. og 31. mai ble 354 tilfeller av smittsomme sykdommer andre enn covid-19, meldt til MSIS. Antall rapporterte tilfeller samlet for alle sykdomsgrupper har gått ned med mer enn halvparten, sammenlignet med de tidligere rapporteringsperiodene (figur 1).



Figur 1. Antall tilfeller av smittsomme sykdommer (annet enn covid-19) rapportert til MSIS, per sykdomsgruppe, 1. november 2019 – 31. mai 2020.

Tabellen nedenfor viser antall tilfeller av utvalgte sykdommer meldt til MSIS i perioden 16.–31. mai sammenlignet med tilsvarende periode i 2019. Det var 57 % færre enn i tilsvarende periode i 2019. Rapporteringen av vaksineforebyggbare sykdommer ble mest påvirket, mens rapportering av antibiotika resistente infeksjoner ble mindre påvirket (tabell 1).

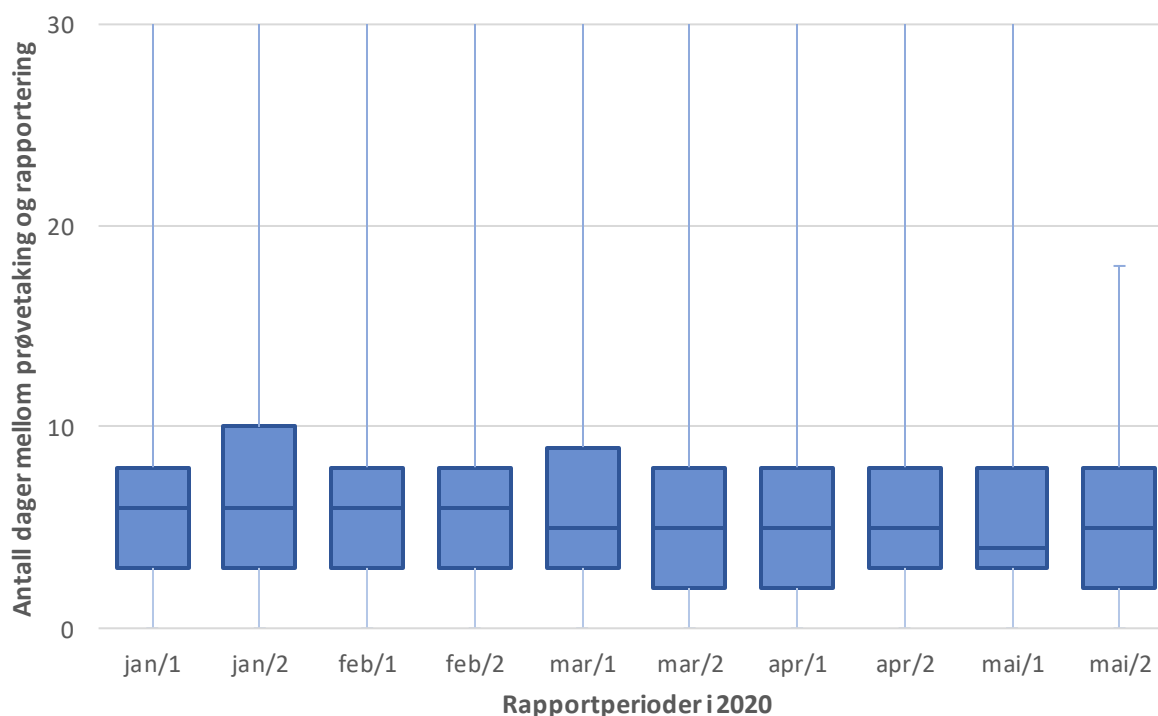
Tabell 1. Antall tilfeller meldt til MSIS 16.–31. mai i 2020 sammenlignet med 16.–31. mai i 2019

Diagnose	Prøve tatt 16–31 mai 2020	Prøve tatt 16–31 mai 2019	% endring
<b>Mat- og vannbårne sykdommer</b>	<b>75</b>	<b>218</b>	<b>-66 %</b>
Campylobacteriose	39	116	-66 %
Tarmpatogene E. coli	13	40	-68 %
Salmonellose	6	23	-74 %
<b>Blod- og seksuelt overførbare infeksjoner</b>	<b>55</b>	<b>144</b>	<b>-62 %</b>
Gonoré	36	85	-58 %
<b>Vaksineforebyggbare sykdommer</b>	<b>17</b>	<b>176</b>	<b>-90 %</b>
Kikhoste	9	111	-92 %
Pneumokokksykdom, systemisk	0	33	-100 %
Rotavirussykdom	8	25	-68 %
<b>Sykdommer forårsaket av resistente bakterier</b>	<b>178</b>	<b>239</b>	<b>-26 %</b>
Clostridium difficile	113	122	-7 %
MRSA	62	102	-39 %
<b>Andre sykdommer</b>	<b>29</b>	<b>53</b>	<b>-45 %</b>
Lyme borreliose	7	11	-36 %
Streptokokk gruppe B-sykdom, systemisk	8	11	-27 %
Virale infeksjoner i sentralnervesystemet	10	8	25 %
<b>Totalt meldte tilfeller</b>	<b>354</b>	<b>830</b>	<b>-57 %</b>

Andre sykdommer meldt i perioden 16.-31. mai 2020: kryptosporidiose (n=5), giardiasis (n=4), hepatitt A (n=1), Hepatitt B kronisk (n=3), hepatitt C (n=14), hiv-infeksjon (n=1), listeriose (n=1), resistant enterokokk (n=3), syfilis (n=1), systemisk streptokokk gruppe A sykdom (n=4), vibrioinfeksjon (n=1), yersiniose (n=5).

## Evaluering av rapporteringsforsinkelse

For å se i hvilken grad nedgangen i antall meldte tilfeller skyldes forsinkelser i innmelding, beregnet vi rapporteringsforsinkelse (MSIS registreringsdato minus prøvetakingsdato). Presset på folkehelsearbeidet i løpet av intensive covid-19-beredskap og respons ser ikke så langt ut til å ha påvirket rapporteringshastigheten (figur 2).



Figur 2. Forsinkelse i rapportering av smittsomme sykdommer (annet enn covid-19) til MSIS, 1. januar – 31. mai 2020.

Tabellene nedenfor sammenligner periodene før og etter implementering av tiltak for sosiale distansering som kan ha påvirket rapportering. Rapporteringsforsinkelsen har blitt redusert i alle sykdomsgrupper (tabell 2). Vi så geografisk variasjon. I de fleste fylker har median- og gjennomsnittlig antall dager forsinkelse i rapportering blitt redusert etter 12. mars, spesielt i Innlandet, Troms og Finnmark og Trøndelag. (tabell 3).

Tabell 2. Sammenligning av rapporteringsforsinkelse etter sykdomsgruppe mellom to perioder - før implementering av tiltak for sosiale distansering (12. mars) og perioden etter 12. mars.

Sykdomsgruppe	Rapporteringsforsinkelse i dager 1. jan - 11. mar 2020		Rapporteringsforsinkelse i dager 12. mar - 31. mai 2020	
	Median (inter- kvartil rekkevidde)	Gjennomsnitt (standardavvik)	Median (inter- kvartil rekkevidde)	Gjennomsnitt (standardavvik)
Mat- og vannbårne sykdommer	5 (5)	6,86 (6,22)	5 (4)	5,67 (4,49)
Blod- og seksuelt overførbare infeksjoner	8 (7)	11,34 (11,63)	7 (5)	8,68 (7,87)
Vaksineforebyggbare sykdommer	4 (4)	5,66 (7,58)	3 (3)	4,51 (5,04)
Sykdommer forårsaket av resistente bakterier	6 (6)	7,51 (9,94)	4 (6)	5,8 (5,25)
Andre sykdommer	5 (7)	8,04 (9,32)	4 (7)	6,9 (7,53)
Alle tilfeller	6 (6)	7,51 (8,93)	5 (6)	6,15 (5,95)

Tabell 3. Sammenligning av rapporteringsforsinkelse mellom to perioder, etter fylke.

Sykdomsgruppe	Rapporteringsforsinkelse i dager 1. jan - 11. mar 2020		Rapporteringsforsinkelse i dager 12. mar - 31. mai 2020	
	Median (inter- kvartil rekkevidde)	Gjennomsnitt (standardavvik)	Median (inter- kvartil rekkevidde)	Gjennomsnitt (standardavvik)
Agder	4 (3)	6,94 (11,81)	4 (4)	5,83 (8,4)
Innlandet	10 (6)	10,93 (7,38)	5 (6)	6,68 (5,5)
Møre og Romsdal	5 (5)	8,76 (17,12)	6 (5,5)	7,19 (5,79)
Nordland	5 (4)	6,07 (7,88)	3 (4)	3,8 (3,55)
Oslo	7 (5)	8,09 (6,78)	6 (4)	7,18 (6,06)
Rogaland	11 (6)	12 (10,14)	11 (6)	10,94 (7,28)
Troms og Finnmark	6 (5)	7,94 (8,24)	4 (6)	5,26 (4,55)
Trøndelag	7 (8)	8,31 (6,86)	3 (2)	4,14 (4,66)
Vestfold og Telemark	4 (3)	5,18 (6,01)	4 (4)	4,16 (3,15)
Vestland	4 (5)	5,46 (7,08)	4 (5)	4,93 (4,26)
Viken	5 (5)	6,2 (9,44)	4 (5)	5,58 (5,85)

## Vurdering

### Overordnet kommentar

Den observerte reduksjonen i MSIS-rapportering kan reflektere både reelle trender i sykdomsforekomst, effekten av sosial distansering, lavere tilgang til helsetjenester og redusert diagnostikk. Denne rapporten har som hensikt å rette helsepersonells oppmerksomhet mot hvordan covid-19 situasjonen kan påvirke rapportering til MSIS for noen sykdomsgrupper mer enn andre.»

## Kommentarer fra sykdomsansvarlige ved FHI

- Reduksjonen i tid mellom prøvetaking og innmelding til MSIS gjenspeiler pågående forbedringer av meldingsflyten til MSIS fra laboratorier. I mars 2019 ble de seksuelt overførbare sykdommene; syfilis, gonoré og hiv gjort nominativ meldingspliktige. Disse har tidligere blitt meldt til FHI ved anonyme meldinger, som medførte en lang periode fra prøvetaking til registrering for å kvalitetssikre mot dobbeltmeldinger. I tillegg har gradvis økende antall laboratorier gått over til å melde elektronisk til MSIS, noe som reduserer forsinkelser. MSIS får da prøvesvaret oversendt samtidig som det går ut fra laboratoriene. Fra våren 2020 melder alle unntatt to laboratorier i landet elektronisk. Dette kan være en grunn til regionale forskjeller i rapporteringsforsinkelse.
- Det kan være flere årsaker til den observerte nedgangen i rapporterte tilfeller av vaksineforebyggbare sykdommer. Tilgang til testing, prioritering i laboratoriene, og mindre legesøkning kan ha betydning. Samtidig kan smitteverntiltak for COVID-19 medføre redusert forekomst, fordi mange av disse sykdommene overføres med dråpe-smitte gjennom luftveier eller ved kontakt med forurensede overflater. Andre overvåkingmetoder må derfor supplere den observerte nedgangen i MSIS. For kikhoste for eksempel vil antall innleggelser hos barn under 1 år være av betydning (parameter som er mindre sensitiv for endret testing).
- Systemisk pneumokokksykdom er alvorlig og krever oftest sykehusinnleggelse og innmelding til MSIS er basert på laboratorieresultater. Det er derfor grunn til å tro at pasientprøver tas og at tilfeller blir rapportert til MSIS. Nedgangen i antall tilfeller antas derfor å være reell. Det er vist tilsvarende nedgang i rapportering av systemisk pneumokokksykdom i de fleste europeiske land. Sosial distansering og redusert kontakt mellom besteforeldre og barnebarn antas å spille en viktig rolle.
- En betydelig andel av meldte tilfeller av MRSA har tidligere år vært assosiert med smitte i utlandet. Nedgang i meldte MRSA-infeksjoner og –bærerskap kan derfor delvis være et resultat av stengte grenser og redusert reisevirksomhet. Innenlandssmitte av MRSA skjer først og fremst innad i husstander og blant personer som har mye direkte kontakt. Avstandstiltak og økt håndhygiene kan ha redusert smitte mellom personer. Imidlertid kan også en reduksjon i antall personer som oppsøker fastleger og øvrig primærhelsetjenester ha ført til at færre personer smittet med MRSA blir oppdaget. Dette kan også omfatte personer med lettere hud- og sårinfeksjoner som er forårsaket av MRSA. Mange stafylokokkinfeksjoner i hud og sår er selvbegrensede, og slike infeksjoner forårsaket av MRSA vil ikke bli oppdaget og meldt til MSIS dersom pasienter ikke oppsøker lege.
- I perioden med Covid-19 har vi sett en betydelig nedgang i antall meldte tilfeller av mat- og vannbårne infeksjoner. Så langt er det ingenting som tyder på at nedgangen skyldes omprioriteringer når det gjelder diagnostikk. Referanselaboratoriet for enteropatogene bakterier ved FHI mottar fremdeles renkulturer fra laboratoriene i tillegg til at det er åpnet opp for mottak av blandingskulturer når det gjelder diagnostikk av enterohemoragisk E. coli (EHEC). Nedgangen kan skyldes mindre person-til-person smitte på grunn av redusert kontakthypighet og økt fokus på håndhygiene. Reiserestriksjonene kan ha bidratt til redusert import av mat- og vannbårne infeksjoner.