

Flyktninger og resistente mikrober

Vi viser til e-post av 21.10.2015 og takker for muligheten til å kommentere utkastet til råd om håndtering av multiresistente bakterier hos asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente utlendinger.

Omfang

Vi synes rådene bør dreie seg om MRSA. ESBL-bakterier og VRE er det per i dag ikke noen aktuell problemstilling å screene for verken hos asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente utlendinger eller hos helsepersonell. Dette bør ikke endres i denne situasjonen. Ved de to bakteriegruppene er jo også problemstillingene annerledes ved at det ikke finnes saneringsmuligheter. Kort sagt: ESBL-bakterier og VRE bør ingen pasienter eller ansatte screenes for nå som følge av asylsøkersituasjonen.

Polikliniske konsultasjoner

Vi er enige om at sykehusene ikke skal kreve screening for MRSA, ESBL-bakterier eller VRE før poliklinisk konsultasjon ved sykehus. Dette er særlig aktuelt for blodprøvetaking (for blant annet IGRA-test) og for røntgenbilder (for blant annet tuberkulosescreening). Om det også bør gjelde dagkirurgi, kan diskuteres.

Det er bra at Folkehelseinstituttet kommer med et autoritativt råd på dette området. Flere steder i landet har det utviklet seg en praksis der alle asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente utlendinger må testes for MRSA før de får tatt røntgen thorax eller IGRA-test ved sykehusets poliklinikker. Dette medfører mye ekstraarbeid for kommunehelsetjenesten. I tillegg hender det jo at man faktisk finner MRSA hos enkelte. Da følger mye arbeid med forsøk på sanering. I tillegg blir det uro og frykt og krav om testing hos personellet i flyktningeomsorgen. Alt dette uten gode holdepunkter for at man faktisk gjør noe nyttig for kampen mot antibiotikaresistens i landet.

Videre fører MRSA-testingen til tendenser til stigmatisering av asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente utlendinger. Dette ser vi blant annet ved øyeblikkelig hjelp-innleggelse av pasienter i disse gruppene. Da etterspørres fra sykehuspersonellet tidligere MRSA-testsvar og pasientene behandles med strengt smittevernregime. Dette har ført til at enkelte kommuneoverleger faktisk har vurdert en slags forebyggende MRSA-testing av alle asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente utlendinger slik at de har klart et prøvesvar *i tilfelle* de en gang må legges inn i sykehus tiltrengende øyeblikkelig hjelp.

Dermed ser vi at det langt på vei, uten at det er gitt noe råd om dette fra Folkehelseinstituttet, er innført et screeningprogram for MRSA av alle asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente utlendinger. Dette er ressurskrevende for kommunehelsetjenesten, det kan ha uheldige følger for de screenede, og bevisene for nytte er små. Videre er tiltakene i sykehus mot MRSA langsomt i ferd med å bre seg ut i kommunene ved at personell i barnehager, krisesentre, bofellesskap for asylsøkere og andre steder krever MRSA-testing av klienter og smitteoppsporing.



Vi tror at det på sikt bør skje en omlegging fra mikrospesifikke tiltak til mer vekt på basale smittevernrutiner. Denne omleggingen gjorde helsetjenesten for blodbårne agens etter HIV-epidemien på 1980-tallet, og på et tidspunkt må den trolig gjøres også for multiresistente bakterier som bæres som del av normalfloraen.

Testing av personell

Vi er enig i at helsepersonell må kunne jobbe i asylsøkeromsorgen uten at det skal kreves testing.

Informert samtykke og betaling

Vi savner at utkastet omtaler behovet for informasjon til og samtykke fra den som skal testes, samt betalingsordninger. Er det for eksempel full refusjon etter § 4 i legehjelpsforskriften for personer som screenes for MRSA bare fordi de er utlendinger?

Videre bør det omtales hjemmel for eventuelt å kunne kreve testing der pasienten ikke ønsker testingen.

På disse områdene kan det være forskjeller mellom MRSA, der bæring og infeksjon er definert som allmennfarlig smittsom sykdom, og de to andre bakteriegruppene.

Terminologi

Vi foreslår at man benytter begrepene asylsøkere, flyktninger (dvs overføringsflyktninger) og familiegjenforente dersom man mener alle tre gruppene. De menneskene som nå kommer til landet og huses i akuttovernatningsplasser, er jo asylsøkere.

Videre foreslår vi begrepet «ESBL-bakterier» eller «bakterier med ESBL». ESBL er jo bare navnet på et enzym.

Revidering

Vi forstår at Folkehelseinstituttet har behov for raskt å komme med råd i dagens situasjon, og vi støtter altså presiseringen om polikliniske konsultasjoner. Likevel mener vi det vil være nyttig at man samtidig starter en større prosess for revidering av smitteverntiltakene mot MRSA, ESBL-bakterier og VRE. I den prosessen er det viktig at kommunehelsetjenesten, ikke bare sykehusene, blir involvert.

Vennlig hilsen



Preben Aavitsland
Leder