

Kommentarer til «Forslag til endring av anbefaling for tuberkulosescreening»

Vi viser til Folkehelseinstituttets e-brev av 30.9.2016 med oppfordring om å kommentere instituttets dokument med forslag til endrede målgrupper for tuberkuloseundersøkelse av nyankomne utlendinger¹. *Smittevernlegene* representerer kommuneleger med smittevernansvar i en rekke av landets kommuner. Vi er interessert i dette temaet og har tidligere [spilt inn](#) til Prioriteringsrådets drøfting av temaet og bidrar nå gjerne til denne «høringen» med følgende kommentarer. Et utkast til dette brevet har vært til uttalelse hos alle våre medlemmer.

Innledende kommentarer

Vi er glad for at Folkehelseinstituttet kritisk gjennomgår dagens regler for tuberkuloseundersøkelser av utlendinger. Gjennomføringen utgjør en stor andel av kommunenes smittevernarbeid. Erfaringene fra særlig høsten 2015, men også tidligere år, er at dagens system fungerer langt fra optimalt. Vi hadde derfor kanskje forventet en bredere drøfting av hele tuberkulosearbeidet knyttet til utlendinger og ikke bare en justering av målgruppene for tuberkuloseundersøkelsene.

Vårt hovedsyn er at det foreliggende forslaget er en forbedring, men utilstrekkelig begrunnet. Vi vil derfor fremme et alternativt forslag.

Dokumentets formålsbeskrivelse

Vi savner i dokumentet en innledende redegjørelse og drøfting av landets tuberkulosestrategi. Hva er det vi ønsker å oppnå? Full eliminasjon av tuberkulose i Norge? Tuberkuloseundersøkelsen av utlendinger skal være ett av flere virkemidler i denne strategien, men innretningen av disse undersøkelsene må jo avhenge av hva man vil oppnå. Da kan man også enklere vurdere om andre alternative eller supplerende virkemidler.

Vi savner også en tydelig redegjørelse for formålet med selve undersøkelsene, altså røntgenbildet av lungene og IGRA-testingen. Skal undersøkelsene tas av hensyn til utlendingen selv, av hensyn til samfunnet (altså smittevern) eller av begge hensyn? Hvem har altså nytte av undersøkelsene, og hvor godt begrunnet er den nytten?

Disse forbedringene av dokumentet kan være nyttige for dem som skal gjennomføre smittevernet mot tuberkulose ute i kommunene, men som ikke har samme innsikt i smittevernet mot tuberkulose som det instituttets tuberkuloseeksperter har.

¹ Vi benytter for enkelthets skyld betegnelsen «utlendinger» i dette brevet og mener da asylsøkere, kvoteflyktninger og familiegjenforente.

Bedre grunnlagsdata

Dokumentets bakgrunnskapittel redegjør for noe av tuberkuloseepidemiologien i Norge. Vi savner en gjennomgang av resultatene av de pålagte tuberkuloseundersøkelsene av utlendinger de siste årene, ja, kanskje til og med en full evaluering av systemet med redegjørelse for nytte og kostnader. Norge har, ved siden av Nederland og UK, kanskje det mest omfattende programmet for tuberkuloseundersøkelse av utlendinger. Programmet fortjener en kritisk gjennomgang, med spørsmål som:

- Hvor mange utlendinger med lungetuberkulose er funnet ved den pålagte røntgenundersøkelsen? Hva var deres alder og fødeland? Og hvor stor andel av utlendingene hadde positivt røntgenbilde?
- Hvor mange utlendinger med latent tuberkulose er funnet ved den pålagte IGRA-undersøkelsen? Hva var deres alder og fødeland? Og hvor stor andel av utlendingene hadde positiv IGRA-test?
- Hva er oppnådd ved den omfattende IGRA-testingen? Og hva har det kostet?
- Hvor stor andel av de IGRA-positive utlendingene er tilbudt forebyggende behandling?
- Hos hvor mange utlendinger ble lungetuberkulose oppdaget ved røntgen thorax ved ankomst?
- Hos de utlendinger som fikk diagnostisert lungetuberkulose etter noe tid i Norge, hva viste deres tidligere IGRA-test og hvordan hadde denne blitt fulgt opp? Hvor lenge hadde de vært i Norge? Altså, kunne noe ha vært gjort annerledes for å hindre disse tilfellene av sykdom?

Vårt poeng er: Folkehelseinstituttet bør kritisk evaluere dagens system, identifisere hvor det eventuelt svikter og drøfte målrettede tiltak mot dagens epidemi samtidig som man vurderer å fjerne tiltak som har liten eller ingen betydning.

Utfordringer

Dokumentet nevner fire svakheter med dagens modell og mulige løsninger. Vi er enige i problembeskrivelsene, men ser at det er vanskelig å vurdere hvor gode de foreslåtte løsningene er så lenge gode grunnlagsdata ikke presenteres:

For det første, problemet med videresending av IGRA-prøvesvar fra ankomstsenter til asylmottakskommunen og etterfølgende dobbelttesting kan reduseres, men forsvinner jo ikke ved at færre skal IGRA-testes. Grunnproblemet består: Den lege som rekvirerer testen, vil aldri se pasienten igjen og kan derfor ikke følge opp et eventuelt positivt funn.

For det andre, vi er enig i at oppfølgingen av IGRA-positive utlendinger kan synes noe tilfeldig i dag. De aller fleste blir nok henvist til sykehuset, men bare en mindre andel av dem får tilbud om forebyggende behandling. Noen pasienter blir kalt inn til sykehuset noen ganger til med 6-12 måneders mellomrom. Og noen pasienter overlates til primærhelsetjenesten etter én konsultasjon ved sykehuset.

Dette bør det ryddes i. Vi forstår at det kanskje er en fordel for pasienten og dens fastlege å vite om en latent tuberkulose som ikke behandles, men vi mener likevel det fortjener en etisk drøfting å screene for latent tuberkulose uten intensjon om å følge opp et positivt funn med forebyggende behandling. Problemet reduseres, men fjernes ikke ved at færre skal IGRA-testes.

Vi merker oss at WHO's anbefaling² er betinget og har lavt eller veldig lavt kunnskapsgrunnlag:

Systematic testing and treatment of LTBI should be considered for prisoners, health workers, immigrants from high TB burden countries, homeless persons and illicit drug users. Either IGRA or TST should be used to test for LTBI. (Conditional recommendation, low to very low quality of evidence)

Vi merker oss videre at WHO anbefaler en samtale og eventuelt klinisk undersøkelse før IGRA-testing:

Individuals should be asked about symptoms of TB before being tested for LTBI. [...] Any symptoms of TB include any one of: cough, haemoptysis, fever, night sweats, weight loss, chest pain, shortness of breath, fatigue.

Videre merker vi oss følgende formulering i en helt fersk oversiktsartikkel³ om tuberkulose:

[...] LTBI screening should be performed only if it is supported by a serious intent to follow-up with therapy if the test is positive.

For det tredje, vi er enig i at det er problematisk å gi en smittevernbe grunnelse for lovpålagt IGRA-testing så lenge latent tuberkulose ikke er smittsomt. Problemet reduseres, men forsvinner ikke ved at færre skal IGRA-testes.

For det fjerde, vi forstår utfordringene med spedbarn. Hvis IGRA er en dårlig undersøkelse for dem, bør de tilbys tidlig legeundersøkelse og deretter tidlig oppfølging, også med legeundersøkelse, på helsestasjonen.

Samvirke med andre undersøkelser

Vi forstår at temaet for dette dokumentet er tuberkuloseundersøkelsen, som er den eneste lovpålagte testingen av utlendinger. Vi tror likevel at undersøkelsen med fordel kunne ses i sammenheng med andre undersøkelser som fra ulikt hold anbefales gjennomført, om ikke annet for å lette den praktiske gjennomføringen i kommunene.

Det henvises noen steder til den av Helsedirektoratet anbefalte helseundersøkelsen innen tre måneder. Utfordringen her er at den i varierende grad gjennomføres, og at den ikke ble anbefalt av Prioriteringsrådet. Det er også noe uklart for oss om spørsmålene om tuberkulose (og eventuelt etterfølgende IGRA-testing) i denne helseundersøkelsen kommer i tillegg til ankomstscreening.

Logistikk

Målgrupper for tuberkuloseundersøkelsen må naturlig nok vurderes separat fra spørsmålet om hvor og når undersøkelsen skal utføres. Likevel synes vi dokumentet bør drøfte den praktiske gjennomføringen av undersøkelsen i de tre hovedgruppene asylsøkere, overføringsflyktninger og

² WHO. Guidelines on the management of latent tuberculosis infection. Geneva: WHO; 2015.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136471/1/9789241548908_eng.pdf?ua=1&ua=1

³ Pai M, et al. Tuberculosis. Nature Rev Dis Primers 2016; 2: 16076.
<http://www.nature.com/articles/nrdp201676>

familiegjenforente. De praktiske mulighetene er jo avgjørende for hvor godt anbefalingene kan følges opp.

Utlendinger i den første gruppa, altså asylsøkere, ankommer kommunene etter noen dager i ankomstsenter/transittmottak, er hjemmehørende i et asylmottak og skal bli i kommunen i uavklart tid (alt fra 1 til 1000 dager) før de reiser til en annen kommune, forsvinner eller blir sendt ut av landet. Disse utlendingene må antas å kunne smitte mange dersom de skulle ha lungetuberkulose ettersom de bor tett med mange i asylmottak.

Utlendinger i de to andre gruppene ankommer kommunene direkte fra flyplassen, er hjemmehørende i en privat bolig og skal i utgangspunktet bli i kommunen «resten av livet». Disse utlendingene må antas å kunne smitte få dersom de skulle ha lungetuberkulose ettersom de bor i et privat hjem, alene eller med ektefelle og eventuelle barn.

Det er klart at disse forholdene kan ha betydning for hvordan tuberkuloseundersøkelsen og eventuelle andre helseundersøkelser kan gjennomføres best mulig. Asylsøkere har man mulighet til å undersøke i ankomstsenter/transittmottak mens overføringsflyktninger og familiegjenforente kan undersøkes hos kommunelegen eller fastlegen. Det siste alternativet kan være gunstig hvis man raskt ønsker å etablere et langvarig fastlege-pasient-forhold.

Man bør vurdere å innføre som et prinsipp at undersøkelser bare skal utføres dersom den undersøkte er på samme sted og kan få oppfølging på samme sted når svaret forventes. **Det vil bety at IGRA-testing i et transittmottak (eller annet asylmottak) kan skje bare dersom asylsøkeren kan vente til svaret kommer og få eventuell oppfølging av lege på mottaket.** (Slik er det jo i helsetjenesten ellers. Ingen fastlege vil starte utredning av en symptomfri pasient for potensielt alvorlig sykdom dersom pasienten skal reise videre neste dag.) I praksis vil nok et slikt prinsipp innebære at IGRA-testing av asylsøkere utsettes til de er kommet til et asylmottak der de skal være lenge eller til de er bosatt og får en fastlege.

Ressurser i kommunene

Hovedforslaget er 1) at IGRA-testing for latent tuberkulose av 15-35 år gamle utlendinger ved ankomst begrenses til personer fra visse land med særlig høy tuberkuloseforekomst, og 2) at kommunene skal henvise til sykehuset bare de som antas å ha indikasjon for forebyggende behandling og selv følge opp de andre. Forslaget reduserer målgruppene for IGRA-testingen litt.

Det blir dermed færre pasienter å følge opp for kommunehelsetjenesten. På den annen side får kommunehelsetjenesten en mer omfattende oppgave med å vurdere hver enkelt IGRA-positive pasient for enten henvisning til behandling eller oppfølging uten behandling. Denne vurderingen flyttes altså fra sykehusene til kommunene. Det er ikke gitt at alle kommunene uten videre har kompetanse og ressurser til å ta over denne oppgaven.

Alternativt forslag

Vi hadde gjerne sett en redegjørelse for andre forslag som har vært diskutert eller som kunne diskuteres. **Et nærliggende forslag fra vår side er å kutte ut den obligatoriske IGRA-testingen, som altså er en screening for latent tuberkulose, av voksne asylsøkere ved ankomst, altså slik som i Danmark, Finland, Tyskland og Nederland.**

I stedet kunne man lage en ordning der den legen som en utlending velger som fastlege, får et brev fra statlige myndigheter (samarbeid mellom UDI, HELFO og Folkehelseinstituttet) om å kalle inn vedkommende til helseundersøkelse og en risikobasert IGRA-testing. Dermed slipper man problemet med at IGRA-resultater ikke følger asylsøkerne fra ankomstsenteret eller transittmottaket. Videre får utlendingen, som nå er i en bostedsmessig stabil situasjon, en lege som kan formidle resultatet og forklare betydningen av det og eventuelt følge opp med halvårlige kontroller. Legen kan kartlegge risikofaktorer allerede ved første konsultasjon slik at det ikke trengs noen nye konsultasjon for å lage henvisningen til sykehuset.

Vi ser gjerne at Folkehelseinstituttet utreder mulige effekter av dette forslaget på epidemien. Videre kan kostnader og logistikk utredes nærmere.

Konklusjon

Vi ønsker Folkehelseinstituttets forsøk på forbedring av tuberkuloseundersøkelsen av utlendinger velkommen. Vi er enig i beskrivelsen av utfordringene. Vi etterlyser bedre grunnlagsdata for å vurdere effektene av de endringene som foreslås. De foreslåtte endringene går i riktig retning, men løser bare delvis dagens utfordringer. Vi lanserer derfor et alternativt forslag og oppfordrer Folkehelseinstituttet til å utrede også dette.

Vennlig hilsen



Preben Aavitsland
Leder