

Det kongelige Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Deres ref:
22/1427

Vår ref:
22/01483

Dato:
1.04.2022

Folkehelseinstituttets høringsvar – Midlertidig endring av forskrift om tuberkuloseundersøkelse

Folkehelseinstituttet (FHI) viser til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) høring om midlertidig endring av forskrift om tuberkuloseundersøkelse – frist for gjennomføring av undersøkelse datert 28. mars 2022. FHI ønsker å adressere kapittel 3, 4, 5 og 6 i departementets høringsnotat og takker for anledningen til å komme med høringsvar.

Folkehelseinstituttets vurdering

FHI støtter forslaget om en midlertidig lemping på tidskravet til tuberkuloseundersøkelse av flyktninger og asylsøkere, men mener denne bør settes til 4 uker i stedet for dagens krav om 2 uker.

Oppsummering av Folkehelseinstituttets innspill

- Screening for tuberkulose ved ankomst gjøres av hensyn både til samfunnet og den enkelte.
- Av smittevern hensyn er det særlig viktig med tidlig lungerøntgen av voksne som skal bo nært med mange andre, for eksempel i mottak.
- Barn er mindre smittsomme enn voksne. Den smittevernmessige konsekvensen er derfor mindre av å utsette undersøkelsen for barn. Det er aktuelt å endre innholdet i den pliktige tuberkuloseundersøkelsen for barn for å sikre forholdsmessighet.
- Dersom det ikke er mulig å få gjort undersøkelsen innen 2 uker, eller ikke mulig å få tildelt D-nummer før det har gått 2 uker, støtter FHI en tidsavgrenset justering av tidsfristen for flytninger og asylsøkere for å minske kapasitetsutfordringer og for å bedre informasjonsflyten ved at D-nummer foreligger først.
- Av smittevern hensyn er det mer å vinne på å ha et screeningsystem og et informasjonssystem som fungerer, enn å fastholde en absolutt tidsfrist på to uker.
- FHI mener ordlyden i § 3-2 andre ledd bør være: Flyktninger og asylsøkere skal undersøkes så snart som mulig og senest innen fire uker etter innreise.

Kommentarer til smittevernfaglige utgangspunkter, kapittel 3

Plikten til tuberkuloseundersøkelse er angitt i tuberkuloseforskriften med hjemmel i smittevernloven. Av høringsnotatet fremgår det at insidensen av tuberkulose i Ukraina er rundt 73 per 100 000 per år. Det fremgår derimot ikke at det er en betydelig alders og kjønnsvariasjon. Oppdaterte og stratifiserte tall fra WHO viser at forekomsten hos kvinner og barn er hhv 50 og 20 per 100 000.

Overordnet utgjør barn under 15 år en svært liten andel av tuberkulose tilfellene. Det samme ses i tall fra Norge, hvor kun 22 av 530 (4%) tuberkulose tilfeller i perioden 2018-2020 var i aldersgruppen 0-14

år. Av de 22 ble 10 oppdaget ved pliktig undersøkelse for tuberkulose, mens de resterende 12 ble oppdaget enten på grunn av symptomer eller på grunn av smittesporing.

Hvis man legger WHO sin alders- og kjønnsstratifiserte incidens til grunn, og antar at det kommer 35 000 personer fra Ukraina, hvorav 50 % er kvinner og 50 % er barn, vil dette svare til 9 tilfeller hos kvinner og 3-4 tilfeller hos barn i løpet av et år. I absolutte tall er det altså snakk om relativt små tall. Dette er WHO's estimer for tuberkuloseinsidens i den ukrainske befolkningen inndelt i kvinner, menn og barn:

Estimated number of incident TB cases disaggregated by age and sex



Population group	Estimated incident TB cases	UN Population estimates	Estimated incidence
All adults (15+)	30,700	36,552,255	0.08%
Male (15+)	21,200	16,585,318	0.13%
Female (15+)	9,500	19,966,937	0.05%
Children (0-14)	1,300	6,914,567	0.02%
Male (25-54)	15,200	9,376,161	0.16%
Male 65+	1,600	2,523,541	0.06%

➤ **Females, children and male over 60 are eligible for crossing the Ukrainian border**

Source: WHO Global TB estimates

Av høringsnotatet fremgår det videre at små barn har høyere risiko for sykdomsutvikling og for alvorlige former av tuberkulose enn voksne. Det fremgår derimot ikke at barn sjelden anses som smitteførende fordi de sjelden har kaverner, sjeldnere utskiller tuberkulosebakterier, at de har mindre hostekraft. Tuberkuloseundersøkelse av barn under 15 år vil derfor primært være av hensyn til barnets helse, og ikke primært av hensyn til smittevernet, og måten undersøkelsen gjennomføres på (hvor inngripende den er) må avspeile dette.

Av tuberkuloseforskriften § 3-2 første ledd fremgår at for personer omfattet av forskriften § 3-1, skal undersøkelse «gjennomføres så snart som mulig.» Av bestemmelsens andre ledd fremgår at flyktninger og asylsøkere skal «undersøkes innen fjorten dager etter innreise.»

Begrunnelsen for å skille mellom personer etter første og andre ledd er dels at mange flyktninger og asylsøkere oppholder seg i flyktning- og asylmottak hvor faren for smittespredning antas å være større enn andre steder, dels at de kan komme fra land hvor smitterisikoen for tuberkulose er forholdsvis høy, og dels at det er forhold ved langvarig flukt som øker risikoen for å erverve tuberkulose eller reaktivere latent tuberkulose. For nyankomne fra Ukraina nå er skillet mellom asylsøkere og flyktninger og andre grupper nyankomne mindre relevant enn det er for nyankomne fra andre land.

Kommentarer til Departementets vurderinger og forslag, kapittel 4

Departementet vurderer at det ikke er aktuelt å gjøre unntak fra kravet om tuberkuloseundersøkelse for noen av gruppene som per i dag faller inn under forskriftens krav til slik undersøkelse, hverken generelt eller spesielt knyttet til flyktninger som kommer fra Ukraina. Samtidig er det kapasitetsmessige utfordringer knyttet til fristen på 14 dager, særlig på røntgensiden, og særlig fordi det i praksis er vanskelig å tildele D-nummer raskt nok. Derfor foreslås en midlertidig lemping på tidskravet for flyktninger og asylsøkere, slik at tuberkuloseundersøkelsen skal gjennomføres «så snart som mulig» for denne gruppen.

FHI anser en slik midlertidig lemping av tidsfristen for flyktninger og asylsøkere som hensiktsmessig i den nåværende situasjonen, både når det gjelder krav til undersøkelse av voksne og barn under 15 år. Det bør likevel settes en konkret tidsfrist for i størst mulig grad å forhindre smitte og påfølgende omfattende smittesporingsarbeid.

FHI foreslår 4 uker som en avveining av hensynet til at D- nummer bør være på plass og hensynet til smittevern i mottakssituasjonen.

En forutsetning for lemping av tidskravet er at flyktninger og asylsøkere har reell og enkel tilgang til akutt helsehjelp, slik at de med kjent eller mistenkt tuberkulose sykdom kan få igangsatt eller videreført sin behandling uten avbrudd.

Tuberkuloseundersøkelse av voksne

FHI støtter forslaget om en midlertidig lemping på tidskravet til tuberkuloseundersøkelse av voksne flyktninger og asylsøkere, og mener denne bør settes til 4 uker i stedet for dagens krav om 2 uker. FHI anser det som avgjørende for informasjonsflyten at D-nummer foreligger før tuberkuloseundersøkelsen. Under flyktningsituasjonen i 2015/2016 så vi at det var store problemer med å videreformidle svar fra tuberkuloseundersøkelsen tatt ved ankomst hos personer uten en unik identifikator (D- eller personnummer). Dette førte både til at mange undersøkelser ble gjentatt uten at det var et reelt behov, og at undersøkelsen ikke alltid ble gjennomført.

Foreløpig har konflikten i Ukraina vært relativt kortvarig. Det vil derfor være rimelig å anta at flyktninger og asylsøkere som kommer til Norge fra Ukraina, og som har plikt til tuberkuloseundersøkelse etter forskriftens § 3-2 andre ledd, i mindre grad skiller seg fra personer som etter første ledd har plikt til undersøkelse. Det antas også at flere vil bosette seg privat hos familie og venner i Norge fremfor å bo på flyktning- og asylmottak der mange bor tett sammen og flere vil kunne utsettes for smitte. Forekomsten av tuberkulose er også lavere i Ukraina enn Afrika og Asia, hvor majoriteten av flyktninger og asylsøkere vanligvis kommer fra.

Lungerøntgen bør allikevel gjennomføres så raskt som mulig fordi nærmere halvparten av voksne med smittsom tuberkulose kan være uten symptomer. Forsinket diagnostikk kan føre til mer alvorlig sykdom for pasienten.

Et viktig tilleggsmoment som nevnes i høringsnotatet, er den relativt høye forekomsten av multiresistent tuberkulose i Ukraina (ca. en tredjedel av tuberkulose tilfellene). Konsekvensen av både sykdommen og av videre smitte er større ved multiresistent tuberkulose enn ved tuberkulose som ikke er resistent mot standardregimene for behandling.

Det er viktig å sikre tilstrekkelig kapasitet både for å ta røntgenbildene, og for å tolke dem. Det kan for eksempel være nødvendig med kursing i tolkning av lungerøntgen som screening for tuberkulose og å samarbeide på tvers av helseregioner. Dersom man ser at screeningkapasiteten for lungerøntgen er overbelastet med resulterende forsinkelser i screening og besvarelser på disse, er det behov for å raskt evaluere muligheter for å oppskalere kapasitet, (gjennom vurdering av å f.eks. leie inn personell, utsette andre undersøkelser med mindre grad av hast, bruk av private radiologiske tjenestetilbydere.)

Tuberkuloseundersøkelse av barn

Ettersom forekomsten av tuberkulose hos barn er lavere enn blant voksne, og ettersom barn er mindre smittsomme, vil den smittevernmessige konsekvensen av å lempe på tidskravet for tuberkuloseundersøkelsen av barn være liten. FHI støtter derfor forslaget om en lemping av tidskravet for barn, og mener denne, som for voksne, bør settes til 4 uker i stedet for dagens krav om 2 uker for flyktninger og asylsøkere.

Tuberkuloseundersøkelse av barn mellom 6 måneder og 15 år skjer i dag ved IGRA (Interferon-gamma Release Assay). Det er en blodprøve som tas med et spesielt kit som består av 4 glass, og som må analyseres i spesialisthelsetjenesten.

Tuberkulosekomiteen, som er FHIs rådgivende organ for tuberkulosearbeidet, og som består av representanter for alle involverte yrkesgrupper, har diskutert om undersøkelsen for barn over 6 måneder, bør endres slik at IGRA-blodprøve erstattes med en personlig konsultasjon med helsepersonell, liknende det som gjøres for barn under seks måneder. Dette fordi en slik undersøkelse anses som mindre inngripende og dermed riktigere fordi barn i mindre grad utgjør en fare for andre. Det kan bli aktuelt å endre det nåværende skillet på 15 år mellom barn og voksne i denne sammenhengen, slik at de eldste barna også skal undersøkes med røntgen.

En personlig konsultasjon vil kunne avdekke kjent eksponering for tuberkulosesmitte (barn smittes oftest av voksne nærkontakter) og symptomer på tuberkulosesykdom. Ved mistanke om enten sykdom eller smitte vil man da henvise videre til ytterligere undersøkelse, med IGRA-blodprøve og /eller røntgen.

Dersom undersøkelse med IGRA-blodprøve av barn erstattes av en slik personlig konsultasjon, vil dette medføre andre ressursbehov i helsetjenesten enn IGRA-blodprøve alene. Kapasitetspresset på spesialisthelsetjenesten vil kunne reduseres, samtidig som det vil stille økt krav til ressursbruk i primærhelsetjenesten / på mottaksnivå, inkl. tolketjenester. Samtidig vil en slik personlig konsultasjon kunne være en viktig mulighet for å kartlegge øvrige helsebehov, inkludert tilbud om vaksinerings.

FHI mener at man bør se på muligheten for å innlemme tuberkuloseundersøkelsen for barn i den generelle helseundersøkelsen for bedre utnyttelse av kliniske ressurser og tolke-tjenester, og da sikre at dette blir gjort innen 4 uker.

Kommentarer til økonomiske og administrative konsekvenser, kapittel 5

Ifølge høringsnotatet vil endringen i seg selv ikke ha økonomiske eller administrative konsekvenser av betydning.

FHI anser at begrunnelsen for en lemping fra to til fire uker nettopp er å få et system som fungerer bedre både fra et økonomisk og et administrativt perspektiv. Av smittevernhensyn er det mer å vinne

på å ha et screeningsystem og et informasjonssystem som fungerer enn å fastholde en absolutt tidsfrist på to uker.

Kommentarer til forslag til forskriftsendring, kapittel 6

FHI mener ordlyden i § 3-2 andre ledd bør være: Flyktninger og asylsøkere skal undersøkes så snart som mulig og senest innen fire uker etter innreise.

Oslo, den 1. april 2022

Vennlig hilsen

Folkehelseinstituttet

Karine Nordstrand

Lege, spesialist i samfunnsmedisin

Område for helsetjenester