

# Kommentarer til faglige anbefalinger om innholdet i tuberkuloseundersøkelse jf forskrift om tuberkulosekontroll § 3-1.

Nasjonalt folkehelseinstitutt gir faglige anbefalinger om innholdet i tuberkuloseundersøkelse for ulike grupper etter tuberkuloseforskriften jf § 4-5, slik forskriften lyder etter endringen av **XXXX**.

## ***Bakgrunn for anbefalingene***

Intensjonen med tuberkuloseundersøkelse jf § 3-1 er todelt; (1) å identifisere syke for behandling og unngå videre smitte og (2) å identifisere smittede, men friske personer for forebyggende behandling.

### *Endret innvandringsmønster*

Innvandringsmønsteret i Norge er endret fra flyktningsinnvandring til mer arbeidsinnvandring, og arbeidssøkende utgjorde i 2007 42 % av nyankomne innvandrere med plikt til tuberkuloseundersøkelse etter forskriftens § 3-1 nr 1. I 2007 kom det ca 17 000 arbeidsinnvandrere fra land med høy forekomst av tuberkulose og antallet er forventet å øke til 18 000 i 2008. Det er store problemer knyttet til gjennomføring og oppfølging av tuberkuloseundersøkelse for denne gruppen av flere grunner:

- usikker varighet av oppholdet,
- gjentatte kortere opphold,
- arbeidere ankommer i en kommune men arbeider et helt annet sted,
- firmaer bruker underleverandører og
- det er generelt vanskelig å ha oversikt over gruppen

Erfaringen er at arbeidsinnvandrere sjelden er aktuelle for forebyggende behandling fordi varigheten av oppholdet er tidsbegrenset. Innholdet i tuberkuloseundersøkelsen bør derfor begrenses til utelukkelse av aktiv sykdom. Det er kun personer med sykdom i lungene som potensielt kan smitte andre. I Folkehelseinstituttets utkast til faglige anbefalinger er det derfor lagt opp til at tuberkuloseundersøkelse kun skal omfatte lungerøntgen for denne gruppen.

For øvrige grupper opprettholdes anbefalingen om utredning både for latent infeksjon og sykdom.

### *Ny diagnostikk*

Det er utviklet nye immunologiske blodtester for diagnostikk av tuberkulose. Blodtestene (Interferon-gamma release assays, IGRA) er basert på antigener spesifikke for *M. tuberculosis*-komplekset og er således mer presise for påvisning av tuberkulose enn tuberkulintesten som er i bruk i dag. Det er i dag to ulike tester kommersielt tilgjengelige, QuantiFERON® TB Gold og T-spot-TB. De er basert på de samme antigener men skiller seg fra hverandre i testprinsipp. Egenskapene ved QFT gjør testen best egnet til rutinemessig undersøkelse av store grupper. T-spot-TB testen er bedre egnet til selektiv testing hos spesielt sårbare personer. QFT er nyttig som en første IGRA-test brukt i screening, eventuelt etterfulgt av T-spot-TB testen for personer med ikke-konklusivt QFT-resultat eller immunsvikt. I første omgang vil det være hensiktsmessig å sentralisere utførelse av T-spot-TB testen, og det vil etableres et slikt tilbud ved Folkehelseinstituttet.

Grunnlaget for de norske anbefalingene bygger på britiske og amerikanske anbefalinger, europeisk konsensus om testene (Vilnius, 2006) og gjennomgang av relevant, publisert litteratur på feltet. For ytterligere informasjon om testene henvises det til rapporten ”Anbefalinger for bruk av Interferon-gamma Release Assays (IGRA) ved diagnostikk av tuberkulose i Norge” som er tilgjengelig på Folkehelseinstituttets nettsider: <http://www.fhi.no/dav/cecea2b2f2.pdf>.

## **Gjennomføring og oppfølging**

Håndtering av QFT-testingen krever spesielt tappeutstyr med begrenset holdbarhet og at testene inkuberes i ett døgn, sentrifugeres og holdes nedkjølt før ELISA-analyse. Helse- og omsorgsdepartementet anser blodtestingen som en spesialisttjeneste på linje med røntgenbilder og har derfor lagt opp til at gjennomføringen og utgiftene knyttet til testen legges til spesialisthelsetjenesten. I anbefalingene fra Folkehelseinstituttet er gruppene som skal ta lungerøntgen/skjermbilde og QFT-test i stor grad sammenfallende. Blodtest kan derfor skje i spesialisthelsetjenesten samtidig som det tas lungerøntgen.

I enkelte regioner kan det være hensiktsmessig å gjennomføre blodprøvetaking på kommunenivå. Rutiner for praktisk samarbeid mellom helseforetak og kommuner kan i så fall inngå som en del av tuberkulosekontrollprogrammene. Ansvar og betalingsansvaret forblir i spesialisthelsetjenesten.

For at innføring av IGRA tester skal gi bedre seleksjon og færre henviste til spesialisttjenesten er det avgjørende at resultatet av blodprøven foreligger som grunnlag for og før henvisning til spesialisthelsetjenesten, slik det i dag praktiseres for resultat av røntgenundersøkelse. Kommunene må derfor sørge for at resultat av testen er en del av henvisningsgrunnlaget. Folkehelseinstituttet har utarbeidet flytskjemaer for ulike grupper for å gjøre henvisningsrutinene enklere i kommunehelsetjenesten.

## **Omfang**

I de foreslåtte endringene er det både anbefalt at færre grupper skal testes og at undersøkelsens innhold skal differensieres for ulike grupper. De foreslåtte endringene anses samlet å gi betydelige besparelser for helsetjenesten og endringen anses å styrke smittevernet mot tuberkulose. De økonomiske og administrative konsekvensene av endringen fremgår av departementets høringsbrev.

Basert på informasjon fra UDI, fra helsetjenesten og fra meldinger om omfang av smitteoppsporinger for tuberkulose meldt til Folkehelseinstituttet, var det ca 46 000 personer som var omfattet av plikt til tuberkuloseundersøkelse i Norge basert på tall fra 2007. Av disse anbefales det at arbeidsinnvandrere, ca 17000 personer, kun undersøkes med henblikk på lungetuberkulose. Av de resterende 29000 personer som skal undersøkes for latent infeksjon vil om lag 45 % ha behov for supplerende QFT-test.