

Nasjonalt råd for prioritering i helse- og omsorgstjenesten  
[post@kvalitetogprioritering.no](mailto:post@kvalitetogprioritering.no)

Kristiansand, 27.1.2016

## «Helsesjekk av flyktninger og asylsøkere»

*Smittevernlegene*, som organiserer de kommunale smittevernleger i rundt 70 av landets kommuner, som har om lag halvparten av landets befolkning, har merket seg at Rådet i sitt møte den 29. januar skal drøfte [denne saken](#) og er invitert til å anbefale når en slik «helsesjekk» skal gjennomføres og hva den skal inneholde.

### Bakgrunn

Vi merker oss at Rådets sakspapirer inkluderer innspill fra sekretariatet og fire andre statlige etater, men ikke noe fra dem som har ansvaret for å gjennomføre eventuelle helseundersøkelser, nemlig kommunene, og heller ingen som kan representere pasientene. Dette finner vi ganske påfallende, og vi stiller spørsmål ved om Rådet med dette har godt nok kunnskapsgrunnlag for sin diskusjon. Man kunne for eksempel ha bedt om innspill fra Norsk samfunnsmedisinsk forening, som organiserer de fleste av landets kommuneoverleger, og fra de allmennt medisinske og samfunnsmedisinske instituttene ved universitetene.

*Smittevernlegene* har, siden våre medlemmer har ansvar for helsetjenester for asylsøkerne der de bor, [engasjert seg](#) i smittevernet for asylsøkere, herunder eventuelle undersøkelser for smittsomme sykdommer. Vi viser her til følgende brevveksling:

- [Brev](#) fra *Smittevernlegene* til Folkehelseinstituttet om smittevern og asylsøkere, 27.11.2015
- Folkehelseinstituttets [svar](#) til *Smittevernlegene*, 7.12.2015
- Nytt [brev](#) fra *Smittevernlegene* til Folkehelseinstituttet om smittevern og asylsøkere, 7.12.2015

Vi ønsker derfor å bidra til Rådets drøfting med dette innspillet og ber om at dette brevet inkluderes i Rådets sakspapirer. Våre kommentarer er begrenset til undersøkelser for smittsomme sykdommer. Mange av de generelle kommentarene er imidlertid overførbare også til undersøkelser for andre sykdommer. Vi går i våre kommentarer ikke inn på vaksinasjon selv om også dette er et viktig tema ettersom vaksinerings kan kombineres med helseundersøkelser.

## Hensikten med undersøkelse for smittsomme sykdommer

### Generelt

Undersøkelse for smittsom sykdom kan ha tre indikasjoner:

- 1) **Klinisk testing** skjer med bakgrunn i pasientens symptomer og tegn på sykdom, som regel etter at pasienten har oppsøkt helsetjenesten. Dette anses ukontroversielt og omtales ikke videre her.

- 2) **Screening** kan vi definere som «en systematisk undersøkelse av en presumptivt frisk befolkningsgruppe for å finne individer med risikofaktorer for sykdom eller tidlige stadier av sykdom, før sykdommen gir symptomer»<sup>1</sup>. **Hensikten er** å forebygge at sykdommen utvikler seg videre til stadier der behandlingen er mer ubehagelig eller mindre effektiv, der symptomene er verre eller der helseskaden blir permanent. Screening kan skje i befolkningen generelt eller være styrt av antagelser om forhøyet prevalens i visse grupper, knyttet for eksempel til deres alder, kjønn, yrke, bosted, atferd eller annen eksponering. Hovedpremisset for screening er at det finnes en behandling som kan forbedre pasientens prognose, altså at det er en fordel *for pasienten* å få påvist infeksjonen nå sammenliknet med å få påvist infeksjonen seinere eller aldri. Dermed er det en rekke forutsetninger: Vi må ha god kunnskap om sykdommens utbredelse og naturlige forløp, om testens egenskaper, kostnader og bivirkninger og om behandlingens effekter, kostnader og bivirkninger. Denne kunnskapen må deles med personene som skal utsettes for screening. Ideelt sett bør personenes nytte være demonstrert i en randomisert studie.
- 3) **Smitteoppsporing** kan vi definere som testing av personer *av hensyn til smittevernet*, der målet er å finne potensielle smittekilder og enten sanere smitten eller få til mindre smittefarlig atferd hos dem eller deres potensielle smitemottakere. Hovedpremisset for smitteoppsporing er at smittesaning er mulig eller at atferdsendring er mulig og ønskelig, altså at personen eller kontaktene kan og vil endre atferd. En viktig forutsetning er dermed at personen faktisk er informert om hvorfor testingen gjøres og at utfallet for personen selv kan være positivt, nøytralt eller negativt. Det er altså *ikke gitt* at smitteoppsporing er noe positivt for dem som testes. Forutsetningene for screening (se over) har betydning, men teller mindre ved smitteoppsporing fordi begrunnelsen nå er smittevern, ikke personens egen nytte. (Det beste er selvfølgelig om smitteoppsporingen også gir fordeler for den testede og sånn sett også er screening, men det er ikke alltid tilfelle.) Derimot bør vi kunne kreve en god dokumentasjon for at smitteoppsporingen virkelig gir bedre smittevern, gjerne fra randomiserte studier.

Dette kan oppsummeres slik:

Indikasjon	Hensikt	Hovedpremiss	Forutsetninger
<b>1. Klinisk testing</b>	Finne årsaken til sykdomsbildet og behandle pasienten.	Behandling helbreder pasienten eller i det minste reduserer lidelse eller forebygger helsetap.	Det finnes kunnskap om testen og behandlingen.
<b>2. Screening</b>	Forebygge at sykdommen utvikler seg videre til stadier der behandlingen er mer ubehagelig eller mindre effektiv, der symptomene er verre eller der helseskaden blir permanent.	Behandling forbedrer pasientens prognose.	Det finnes kunnskap om sykdommen, testen, behandlingen, kostnadene og bivirkningene. Informert samtykke
<b>3. Smitteoppsporing</b>	Forebygge videre smitte ved å finne potensielle	Smittesaning er mulig, eller	Informert samtykke.

<sup>1</sup> Helsedirektoratet. Styringsstruktur og strategi for nasjonale screeningprogrammer (høringsutkast). Oslo: Helsedirektoratet, 2014.

smittekilder og enten sanere smitten eller få til mindre smittefarlig atferd hos dem eller deres potensielle smittemottakere.	atferdsendring er mulig og villet.
---	------------------------------------

Hovedskillet mellom de tre begrunnelsene er hvem som har fordel av testingen. Klinisk testing og screening er av hensyn til pasienten. Smitteoppsporing er av hensyn til samfunnet, og kan faktisk i noen tilfeller være negativt for den som testes. Og så kan selvfølgelig en undersøkelse ha flere indikasjoner og dermed være av hensyn til både pasienten og samfunnet.

Det er også viktig å merke seg at hovedpremisset under alle tre begrunnelsene er at det finnes tiltak som kan tilbys pasienten for å bedre prognosen (klinisk testing og screening) eller for å forebygge mer smitte (smitteoppsporing).

## **Hensikten med undersøkelse av asylsøkere og flyktninger for visse smittsomme sykdommer**

Det synes viktig at helsetjenesten er klar over hvorfor asylsøkere og flyktninger anbefales undersøkt for visse smittsomme sykdommer, altså indikasjonen og hensikten. Vi gjør her et forsøk på å vurdere om hovedpremisset for de to indikasjonene screening og smitteoppsporing er oppfylt for de mest aktuelle sykdommene. (Vi vurderer ikke indikasjonen klinisk testing ettersom den er ukontroversiell, men ikke så ofte aktuell.)

<b>Smittsom sykdom</b> (aktuell første test)	<b>2) Screening</b> <i>Finnes behandling som forbedrer pasientens prognose?</i>	<b>3) Smitteoppsporing</b> <i>Er smittesaning mulig, eller er atferdsendring mulig og villet?</i>	<b>Smittefare ved ikke erkjent infeksjon</b> <i>Vil en uvitende smittet person smitte andre?</i>
<b>Lungetuberkulose</b> (Røntgen thorax)	Ja. Helbredende behandling er tilgjengelig.	Ja. Smittesaning er mulig. Isolering de første ukene er mulig, om nødvendig med tvang.	Betydelig fare.
<b>Tuberkulose i andre organer</b> (IGRA-test)	Ja. Helbredende behandling er tilgjengelig.	Ikke relevant. Sykdommen er ikke smittsom.	Ingen fare
<b>Latent tuberkulose</b> (IGRA-test)	Tja. Behandling kan redusere den allerede lave risikoen for sykdommen seinere i livet, iallfall hos yngre.	Mindre relevant. Sykdommen er ikke smittsom, men kan på sikt utvikles til lungetuberkulose hos en liten andel av pasientene. Behandling kan hos en del redusere risikoen for seinere lungetuberkulose.	Svært liten fare (knyttet til de få som får lungetuberkulose etter hvert)
<b>HIV-infeksjon</b> (HIV-antistofftest)	Ja. Behandling er livsforlengende.	Tja. De fleste, men ikke alle, pasienter kan motiveres til endret	Liten fare

		seksualatferd.	
<b>Kronisk HBV-infeksjon</b> (Test for HBsAg)	Tja. Behandling kan trolig redusere risikoen for seinere leversykdom.	Tja. De fleste, men ikke alle, pasienter kan motiveres til endret seksualatferd. Partnere kan vaksineres.	Liten fare
<b>Kronisk HCV-infeksjon</b> (Test for HCV-RNA)	Ja. Behandling kan hos nesten alle redusere risikoen for seinere leversykdom.	Ja. Behandling kan hos nesten alle fjerne smittsomheten. De fleste, men ikke alle, kan motiveres til endret sprøyteledingsatferd der dette er aktuelt.	Svært liten fare
<b>Syfilis</b> (Test for IgM og IgG treponemale antistoffer)	Ja. Helbredende behandling er tilgjengelig.	Ja. Smittesaning er mulig.	Liten fare
<b>Resistente bakterier - MRSA</b> (Dyrkning av prøver fra nese, hals, hud)	Nei. Det finnes ikke evidens for at sanering av MRSA-bærerskap hos friske personer reduserer risikoen for seinere sykdom.	Ja. Sanering av bærerskap er mulig. Ved sykehusbehandling kan isolering redusere smittespredning.	Fare knyttet til sykehusbehandling

## Nytte for pasienten?

Vi ser altså at for de fleste av disse sykdommene er en viktig forutsetning for screening til stede, nemlig at det finnes behandling som kan bedre pasientens prognose. For latent tuberkulose kan dette diskuteres, iallfall for eldre. For MRSA-bærerskap er det vanskelig å hevde at testing er til noen fordel for pasienten.

## Nytte for samfunnet?

Nytten for samfunnet avhenger av i særlig grad av følgende faktorer:

- **Prevalens** av disse sykdommene hos asylsøkere og flyktninger. Denne vil variere betydelig med opprinnelsesland, alder og kjønn. Prevalensen kan sammenliknes med tilsvarende for norskfødte, der vi ikke har organiserte screeningprogram. For eksempel har det europeiske smitteverninstituttet [pekt på](#) at prevalensen av enkelte sykdommer i enkelte av de store opprinnelseslandene for asylsøkere og flyktninger til Europa ikke er særlig høyere enn i Norge. Trolig er det imidlertid ønskelig å ha et i hovedsak fast undersøkelsestilbud for alle asylsøkere og flyktninger slik at tilbyderer ikke må vurdere opprinnelsesland.
- **Smittefaren** fra personer som har de aktuelle sykdommene uten å vite om det.
  - o For lungetuberkulose er denne faren opplagt.
  - o For sykdommene som smitter ved sex, blod eller begge deler avhenger faren av deres atferd i Norge knyttet særlig til sex og injiserende stoffmisbruk. Her er det viktig å merke seg at asylsøkerne og flyktningene med disse infeksjonene sannsynligvis i liten grad selv

er smittet ved sex eller stoffmisbruk, men heller ved fødsel (HBV, HIV) eller iatrogen (HCV, HIV). Folkehelseinstituttet må kunne gi erfaringsdata om hvor ofte asylsøkere eller flyktninger er smittekilde for andre i Norge.

- **Oppslutning** om undersøkelsen.
- **Etterlevelse** blant de test-positive av den smittesanering eller atferdsendring som skal til for å redusere smittefaren.

## Ressursbruk og prioritering

Undersøkelsene for smittsomme sykdommer medfører betydelig ressursbruk for kommunene som har asylmottak. Det er liten sammenheng mellom kommunestørrelse og mottaksstørrelse; småkommuner kan få store asylmottak. Arbeidet med helseundersøkelsene kan være i konkurranse med annet arbeid med denne eller andre grupper, som for eksempel vaksinasjon og psykososial støtte. Mindre kommuner har ikke så mye personell de kan omdisponere.

Derfor er det viktig at nytten av helseundersøkelsene vurderes kritisk. Vi legger merke til at den antatte gevinsten for samfunnet ved testing for latent tuberkulose, syfilis, HIV-infeksjon, HBV-infeksjon og HCV-infeksjon trolig er liten. Det er primært pasientene selv som nyter godt av å kjenne sin status for disse infeksjonene.

Avdekking av lungetuberkulose hos en asylsøker eller flyktninger er utvilsomt til nytte for samfunnet

Avdekking av MRSA-bærerskap er, påstås det, til nytte for sykehuset ved innlegging og poliklinisk behandling.

## Informert samtykke eller lovpålegg

Uansett indikasjon for undersøkelsen er det viktig at de som skal undersøkes, forstår hva de er med på. Særlig er det viktig der hensikten primært er smitteoppsporing – til fordel for samfunnet – og i mindre grad screening – til fordel for den undersøkte. Dette kan gjelde latent tuberkulose, kronisk HBV-infeksjon og MRSA-bærerskap. De undersøkte må være klar over at de selv kanskje ikke har så store fordeler av testingen.

Videre er det viktig at de undersøkte forstår at helsepersonellet har taushetsplikt, og at resultatet av undersøkelsen aldri kan få negativ innvirkning på deres asylsøknad.

Informasjonsformidlingen er utfordrende. Den skal skje på kort tid og ved hjelp av tolk, og mottakeren har kanskje få forhåndskunnskaper. For eksempel, hvordan forklarer man en 16 år gammel analfabet fra Afghanistan hva hepatitt B er, og hvilke konsekvenser et positivt resultat får? Muligens kan et kort standardskriv om disse undersøkelsene på de undersøktes språk være til nytte.

I noen tilfeller kan det være grunn til å mistenke at samtykket ikke er optimalt, dels fordi den undersøkte ikke forstår informasjonen, og dels fordi den undersøkte ikke ønsker å protestere av frykt for negative konsekvenser for oppholdet i Norge.

Vi ser bare én sykdom der undersøkelsen bør være lovpålagt, nemlig røntgenundersøkelse for lungetuberkulose. Vi kan ikke se at det er mulig å begrunne IGRA-testing for latent tuberkulose i smittevernenssyn i så stor grad at den må være lovpålagt.

## Organisatoriske forhold

### Viktige hensyn

Når det er avgjort hvilke undersøkelser asylsøkerne og flyktingene skal tilbys, kommer spørsmålet om *situasjonen for helseundersøkelsen*, altså hvem som skal tilby undersøkelsene, av hvem og hvor og når dette skal skje. Vi mener spørsmålet kan vurderes utifra følgende kriterier:

- **Oppslutning:** I hvilken situasjon kan man oppnå høy oppslutning om tilbudet, med informert samtykke?
- **Kvalitet:** I hvilken situasjon kan tilbudet gjennomføres med høy kvalitet i alle ledd. Informasjon, prøvetaking, analyse, formidling av svar til rekvirent, informasjon om svar til pasient, oppfølging av pasient. Et svært viktig hensyn er selvsagt at helsetjenesten i den gitte situasjonen har mulighet til å tilby den behandling eller veiledning som skal til for å oppnå hensikten med testingen, enten dette var screening eller smitteoppsporing. Et annet spørsmål er om kommunen skal tilby tjenestene i en egen særtjeneste («flyktingehelsetjeneste») eller i fastlegetjenesten.
- **Kostnad:** I hvilken situasjon kan tilbudet gjennomføres med minst bruk av ressurser uten å svekke oppslutning og kvalitet?
- **Hensynet til pasienten:** I hvilken situasjon vil pasientene foretrekke å få tilbudet?
- **Etikk:** Det er etisk problematisk dersom en test-positiv person ikke kan tilbys den oppfølging som er nødvendig for å realisere gevinsten for personen og eventuelt også samfunnet.

Høsten 2015 var det, som følge av stor tilstrømming av asylsøkere en periode, et par viktige utfordringer i gjennomføringen av helseundersøkelsen:

### Forlenget transittfase

Utlendingsdirektoratet måtte forlenge transittfasen betydelig for mange asylsøkere gjennom å sende dem til «avlastingstransittmottak» eller «akuttinnkvartering» i stedet for raskt å sende dem til ordinære asylmottak der de skulle være i mange måneder eller til og med år. Dermed oppsto to nye problemer:

For det første måtte resultatet av tuberkuloseundersøkelsen i transittmottak eller ankomstsenter sendes først til kommunen for akuttinnkvartering og derfra videre til ordinært asylmottak. Det har vist seg svært vanskelig å få dette til å fungere bra. Konsekvensen er at resultatene fra tuberkuloseundersøkelsen kommer seint eller aldri til den kommunen der asylsøkeren skal bo i ordinært asylmottak i lang tid.

For det andre oppsto da spørsmålet for kommunene om hensiktsmessigheten i å undersøke pasienter for smittsomme sykdommer (ut over lungetuberkulose) i denne fasen. Vi anså det som lite fornuftig å undersøke for en kronisk sykdom som for eksempel HCV-infeksjon, som ville kreve langvarig oppfølging i spesialisthelsetjenesten, og der den umiddelbare smittefaren ved normal atferd var mikroskopisk. Utfordringen ble forverret av Helsedirektoratets nokså rigide insistering på at helseundersøkelsen skulle gjøres innen tre måneder etter ankomst til landet. Denne tremånedersfristen ble for mange asylsøkere nådd mens de var i akuttinnkvartering.

### Overbelastede ankomstsentre

Utlendingsdirektoratet besluttet å opprette to ankomstsentre, ett i Sør-Varanger og ett i Råde kommune, for å ta imot asylsøkerne. Her var politi (statlig) og UDI (statlig) selv til stede med sitt personell for å ivareta sine oppgaver. Helsetjenesten i sentrene ble imidlertid overlatt til

kommunene. Dermed fikk kommunehelsetjenesten i to små kommuner nokså plutselig ansvar for blant annet helseundersøkelse av asylsøkerne. Systemet ble fort overbelastet, og man kunne etter hvert bare undersøke for lungetuberkulose, med god hjelp av røntgenavdelingene ved de lokale helseforetak.

I ettertid har det blitt store utfordringer med å viderefremde de skriftlige prøvesvarene til den kommunen der asylsøkerne befinner seg nå. Kanskje bør det etableres en nasjonal database over svar på røntgen thorax-undersøkelsene.

Det bør vurderes om ikke helsetjenesten i disse to ankomstsentrene bør defineres som et statlig ansvar. Det er i denne sammenheng interessant å merke seg at den svenske regjeringen nylig har gitt [pålegg](#) til Socialstyrelsen og Folkhälsomyndigheten (svarende til Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet) om å bistå de lokale myndighetene i Sverige i gjennomføring av helseundersøkelser. Kanskje bør et liknende pålegg vurderes også i Norge for å sikre at Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet setter av tilstrekkelige ressurser til å støtte kommunene. Et slikt pålegg må også inneholde krav om samarbeid slik at støtten kommer på de temaer og i den form den er etterspurt.

## Anbefalinger

Fra vårt ståsted vil vi anbefale følgende:

- 1) Undersøkelse av alle asylsøkere for lungetuberkulose ved hjelp av røntgen thorax bør være obligatorisk og gjennomføres i ankomstsenter innen et par dager etter ankomst i samband med en enkel helsesamtale for å avdekke andre umiddelbare helsebehov. Det bør ikke undersøkes for andre smittsomme sykdommer (utenom eventuell undersøkelse på klinisk indikasjon). Personer med mistanke om lungetuberkulose må ikke sendes videre så lenge det antas å være smittefare. Svaret på alle røntgenundersøkelsene bør være tilgjengelig i en nasjonal database med oppslagsmulighet for landets kommuneoverleger.
- 2) Helsetjenesten ved de to ankomstsentrene bør være en statlig oppgave.
- 3) Det bør vurderes om det i det hele tatt skal tilbys undersøkelser for andre smittsomme. Dersom det skal gjøres, bør det skje først nå asylsøkerne er kommet til et ordinært asylmottak der oppholdet forventes å være mange måneder, eller kanskje enda bedre ved bosetting i en kommune, slik det gjøres for kvoteflyktninger og familiegjenforente.
- 4) Folkehelseinstituttet bør skrive en kort tekst for asylsøkerne med orientering om de aktuelle undersøkelsene for smittsomme sykdommer. Teksten bør oversettes til de 20-30 mest aktuelle språk og være tilgjengelig for kommunene.
- 5) Helsetjenestene for asylsøkere høsten 2015 bør evalueres.
- 6) Det synes å være grunnlag for en større utredning av hele systemet for helsetjenester for utlendinger som kommer til Norge med tanke på varig opphold. Innholdet i tilbudet, kunnskapsgrunnlaget for det, og hvor, når, hvordan, til hvem og av hvem dette tilbudet skal gis, blir viktige temaer i en slik utredning. Økonomiske og juridiske forhold må vurderes.

8

Vennlig hilsen

A handwritten signature in blue ink, reading "Preben Aavitsland". The signature is written in a cursive style with a large initial 'P'.

**Preben Aavitsland**  
leder