

# Tuberkulosekontroll blant innvandrere, rusmisbrukere og hjemløse

Nederland har ikke diagnosestasjoner for tuberkulose ved sykehusene som i Norge, og dette arbeidet er lagt til kommunene. Storkommuner har egne tuberkuloseavdelinger som en del av sine helseavdelinger, mens mindre kommuner har interkommunale ordninger. Screening gjøres blant asylsøkere, innvandrere, hjemløse, rusmisbrukere, fengselsinnsatte og sjøfolk, som er befolkningsgrupper med særlig høy tuberkuloseinsidens. Norge kan ha mye å lære av Nederland om tuberkulosekontroll.

Nederland har utmerket seg i internasjonalt tuberkulosearbeid. Vi var interessert i hvordan Nederland selv gjennomfører screeningundersøkelser og tuberkulosebehandling, og i slutten av januar dro et par norske smittevernleger og en helsesøster til Nederland for å lære. Vi besøkte kommunehelsetjenesten i Amsterdam og Rotterdam samt en spesialavdeling for tuberkulosebehandling i nærheten av Groningen.

Forekomsten av tuberkulose var jevnt fallende i Nederland frem mot slutten av 1980-tallet. Etter det har forekomsten vært ganske stabil, men andelen pasienter med innvandrerbakgrunn er økende. I 2001 var insidensen av tuberkulose 9 per 100 000 innbyggere, og 62% av pasientene var innvandrere. Insidensen i storbyene er omtrent dobbelt så høy som landsgjennom-

snittet. Dette skyldes både stor innvandrerbefolkning og mange hjemløse og rusmisbrukere. Mindre enn 1% av pasientene har multiresistent tuberkulose.

Nederland har ikke diagnosestasjoner ved sykehusene som i Norge, og dette arbeidet er lagt til kommunene. Storkommuner har egne tuberkuloseavdelinger som en del av sine helseavdelinger, mens mindre kommuner har interkommunale ordninger. Rotterdam, med 600 000 innbyggere og ytterligere 700 000 i nabokommunene, har en tuberkuloseavdeling med fem leger og fem sykepleiere. I tillegg kommer annet hjelpepersonell. Legene er i hovedsak samfunnsmedisinere med et halvt års spesialutdanning i tuberkulose. De kommunale avdelingene har ansvaret for all screening, med unntak av asylsøkernescreening, som er en statlig



oppgave. Røntgenbildene av asylsøkerne blir tydet i de kommunale avdelingene.

Screening for tuberkulose i Nederland er antakelig noe mer målrettet enn i Norge. Man screener risikogrupper definert som befolkningsgrupper med en tuberkuloseinsidens på mer enn 50 per 100 000 personer. For tiden er dette asylsøkere, innvandrere, hjemløse, rusmisbrukere, fengselsinnsatte og sjøfolk. Screening tar først og fremst sikte på å finne personer med smitteførende lungetuberkulose. Tuberkulintesting (Mantoux) gjøres bare på barn under 12 år som ikke har BCG-arr. Dersom barnet har synlig arr og er eldre enn ett år, gjøres røntgenundersøkelse. Det er ingen screening av helsearbeidere, lærere og barnehagepersonell. Unntaket er helsearbeidere i «høyrisikosoner» som kommunale tuberkuloseavdelinger og lungeavdelinger på sykehus. Disse screenes halvårlig med Mantoux med formål å påvise eventuell smitte fra pasienter. Nederland har ikke rutinemessig BCG-vaksinasjon, noe som gjør tolking av positive reaksjoner enklere.

Screening blir i hovedsak gjort i tuberkuloseavdelingene, men mobile busser er også tilgjengelige for bruk på steder som asylmottak, utenfor overnattingssteder for hjemløse og utdelingssteder for metadon. Vi besøkte en slik buss. Den var svært moderne og hadde blant annet digitalt røntgenutstyr.

For asylsøkere og innvandrere er screening obligatorisk. Høyt fremmøte blant innvandrere sikres ved at gjennomgått screening er nødvendig for oppholdstillatelse. Etter førstegangsundersøkelsen tilbys



Metadonbrukere utenfor tuberkulosebussen i Rotterdam. Alle foto T.W. Steen



Overlege Richard van Altena ved inngangen til lungeavdelingen i Beatrixoord



Pasienter i røykekroken på Beatrixoord

disse gruppene ytterligere fire halvårlige undersøkelser med frivillig fremmøte. Oppslutningen faller etter hvert, og i siste runde, altså den femte, er fremmøtet under 50%. Det ble sagt at nytten av alle disse screeningene er omdiskutert, og at det antakelig går mot en ordning med bare tre screeningrunder.

I storbyene er målsettingen å screene rusmisbrukere og hjemløse hvert halvår. Disse gruppene har en meget høy insidens av tuberkulose. For eksempel hadde Rotterdam i 2001 en samlet insidens på 511 per 100 000 personer blant disse gruppene. 19 av 23 pasienter ble funnet ved screening. Insidensen blant rusmisbrukere i Amsterdam har vært om lag 300 per 100 000 årlig de siste årene. Både Amsterdam og Rotterdam har ordninger som sikrer god oppslutning, særlig blant hjemløse. For å få soveplass på herberger og liknende må man fremlegge bevis på at man er blitt røntgenfotografert siste halvår!

For rusmisbrukerne har tuberkuloseavdelingene alliert seg med metadonprogrammene. Terskelen for å få metadon er lav i Nederland, og i Amsterdam står for eksempel mer enn 1 200 av antatt 5 000 misbrukere på metadon. Alle deltakerne i metadonprogrammet må screenes halvårlig for tuberkulose; derimot blir man ikke screenet for sidemisbruk. Det gode samarbeidet mellom metadon- og tuberkuloseprogrammene kom også frem ved at metadonbrukere med tuberkulose fikk sine tuberkulosemedikamenter utdelt fra metadonprogrammet. Rusmisbrukere som ikke brukte metadon, falt imidlertid utenfor screeningen, med mindre de var hjemløse. De kommunale tuberkuloseavdelingene har selv ansvaret for å behandle og følge opp pasienter de oppdager, mens pasienter som diagnostiseres på sykehus i hovedsak blir behandlet og fulgt opp av sykehusene. Stort sett møter pasientene frem på tuberkuloseavdelingene for å få medisin, men sykepleierne reiser også ut for å «finne» pasienter som ikke møter. Bare helt unntaksvis blir hjemmesykepleien benyttet i behandlingen.

Direkte observert behandling (DOT) blir benyttet selektivt ved at man starter med

DOT-behandling i en del tilfeller, med overgang til eksempelvis ukentlig utdeling av tabletter etter hvert, dersom pasienten samarbeider greit. Personalet mente at obligatorisk DOT-behandling vil bli for ressurskrevende, og at det kan bli oppfattet som unødvendig formynderi av mange.

I det hele tatt ble det lagt vekt på fleksibilitet i behandlingsopplegget. Det blir ikke ansett viktig å gi medisinerne fastende; man mente at det bare gir teoretiske fordeler, og at det viktigste er å ha et opplegg som er praktisk for pasientene. For «vanskelige» pasienter er det mulig å gi incentiver for å få god compliance: Oftest mat, men også tobakk og penger ble brukt. Med dette opplegget fullførte 80% av pasientene i Rotterdam behandlingen i 2000, 6% døde og 5% forsvant. Det er ikke ulikt norske resultater. Forebyggende behandling gis stort sett bare til omslagere som blir funnet ved miljøundersøkelser.

Hva så med pasienter som ikke følger opplegget? Noen av dem havner i Beatrixoord. Beatrixoord er et rehabiliteringssykehus i nærheten av Groningen, med en 28 sengers tuberkuloseavdeling. Avdelingen mottar pasienter fra hele landet, først og fremst pasienter som har problemer med å følge behandlingsopplegget, særlig rusmisbrukere, bostedsløse og innvandrere. De fleste er frivillig innlagt, men med mulighet for tvangsinnleggelse som et risikospillet. Da vi besøkte avdelingen, var det tre tvangsinnlagte pasienter. Kriteriene for tvangsinnleggelse er omtrent som i Norge, det vil si at pasienten er smitteførende og at alle muligheter for frivillighet er forsøkt. Formalitetene omkring tvangsinnleggelsen likner imidlertid mest på tvangsinnleggelse i norsk psykiatri. Vedtak om tvangsinnleggelse treffes av kommunal tuberkuloselege i samråd med spesialist ved Beatrixoord. En dommer besøker sykehuset etter innleggelsen for å vurdere om kriteriene er til stede og for å påse at formelle regler er fulgt. Pasienten har rett til advokat. En kuriositet, sett med våre øyne, er at ordføreren i pasientens hjemkommune personlig må underskrive innleggelsesbegjæringen! Dette kan kanskje være med

på å synliggjøre problemet overfor politikere?

Da vi besøkte avdelingen, var det politivakt døgnet rundt for å passe på de tvangsinnlagte. Men ellers er avdelingen preget av liberale holdninger, blant annet er det lov å røyke på fellesrommet. Avdelingen har tilknyttet sosialarbeider, fysioterapeut og dietetiker.

Hva har så vi i Norge å lære av nederlandske tuberkuloseomsorg? Vi synes det er merkelig at norske justis- og helsemyndigheter ikke kan få til en ordning som sikrer screening av alle innvandrere, når et liberalt land som Nederland får det til. Norge bør vurdere organisert screening av andre høyrisikogrupper enn flyktninger og innvandrere, når vi ser den høye andelen tuberkulosesmittede blant rusmisbrukere og hjemløse som ble funnet ved screening i Rotterdam. Norge har kuttet ut obligatorisk screening av sjøfolk, men i likhet med nederlenderne har også Norge mange sjøfolk fra land med høy insidens av tuberkulose.

Skjermbildebussenes fremtid i Norge skal være usikker. Det er verdt å tenke over at et land som Nederland, med sine svært små avstander, bruker busser som et supplement i tuberkulosekontrollen for oppsøkende virksomhet. Den nederlandske modellen med kommunale og interkommunale tuberkuloseavdelinger er interessant, men neppe aktuell for Norge med våre store avstander og spredte befolkning. Diagnostikk og behandling av lungetuberkulose kan utmerket gjøres av samfunnsmedisinere med noe tilleggsutdanning. Større norske byer kan sikkert ha fordeler av å sentralisere tuberkulosebehandling til kommunale tuberkuloseteam fremfor å spre ansvaret på en rekke helsesøstre og hjemmetjenester.

Studiereisen til Nederland ble arrangert av Landsforeningen for hjerte- og lungesyke

**Tore W. Steen**

tore.steen@helsevernetaten.oslo.kommune.no  
Maridalsveien 3  
0178 Oslo

**Øystein Søbstad**

C. Sundtsgate 51  
5004 Bergen