

---

# Tuberkulosescreening av ny- ankomne innvandrere fra høy- insidensland – fungerer det?

---

## KOMMENTAR

INGER JOHANNE KJØRVEN SKARPAAS

Høgdaaveien 2  
1397 Nesøya

---

Smittevernloven og fremmedloven pålegger utlendinger fra land med høy insidens av tuberkulose å gjennomgå tuberkulinprøving og skjermbildeundersøkelse innen 14 dager etter ankomst til Norge. Et stadig økende antall tuberkulosetilfeller i Norge diagnostiseres hos personer som kommer fra slike høyinsidensland, i 1999 66 %. For tuberkulosebekjempelsen er det derfor vesentlig at denne kontrollen fungerer på en god måte. Fra diagnosestasjonen for Oslo og Akershus er det gjentatte ganger etter at fremmedloven kom i 1987 rettet henvendelse til myndighetene og påpekt at en altfor lav andel av dem som er innvilget oppholdstillatelse i Oslo møter til denne lovpålagte kontrollen. Etter styrking av arbeidet med innkalling og purring av dem som ikke møter, er fremmøteandelen bedret fra 25 – 30 % til ca. 50 % i 1999. Det varierer imidlertid ganske mye fra nasjonalitet til nasjonalitet, og blant personer fra enkelte land med meget høy tuberkuloseforekomst er fremmøteandelen helt nede i 25 %.

Asylsøkere og flyktninger som kommer via Oslo Lufthavn, blir undersøkt på Røde Kors' asylmottak på Tanum. Der fikk de i 1987 et eget skjermbildeapparat, og alle personer over 15 år blir skjermbildeundersøkt ved ankomst, samtidig som de blir tuberkulintestet. I perioder med stor pågang blir dessverre ofte tuberkulinprøven ikke avlest og resultatet heller ikke videreformidlet til oppfølgende instans. Skjermbildene blir så undersøkt ved Statens helseundersøkelser, og ved funn som gir mistanke om sykdom i lungene, blir det anbefalt etterundersøkelse. Under arbeidet på diagnosestasjonen for Oslo og Akershus har jeg ofte merket hvor vanskelig det er å gjennomføre en adekvat oppfølgingsundersøkelse, fordi flyktninger og asylsøkere flytter raskt, særlig i perioder med stor pågang.

I 1996 gjorde jeg derfor en oppfølgingsundersøkelse av tuberkuloseforekomsten hos asylsøkere ved ankomst, og av hvor mange som møtte til etterundersøkelse.

I 1993 ble det tatt i alt 6 986 skjermbilder, blant disse ble det funnet tre tilfeller av tuberkulose, noe som gir en forekomst på 43/100 000. På den tiden var forekomsten i Norge 5,3/100 000. I 1994 var det langt færre asylsøkere, og det ble tatt i alt 1 424 skjermbilder. Det ble funnet to tilfeller av tuberkulose, dette gir derfor en høy forekomst: 140/100 000. Det viser seg imidlertid at etterundersøkelse ikke var gjennomført hos på langt nær alle asylsøkere som kom til landet. I 1996 manglet det resultater av etterundersøkelser hos i alt 32 % av dem som ankom i 1993. Det ble sendt forespørsler om dem som i 1996 fortsatt bodde i Norge og stod i folkeregisteret, slik at det innløp ytterligere resultater, men fortsatt manglet resultat hos i alt 20 %. Fra 1994 er etterundersøkelsesandelen like dårlig, av 40 anbefalte etterundersøkelser ble det bare gjort 20. Sju personer var utvist fra landet ganske raskt, men de øvrige 13 har vi ingen resultater på.

42 av de etterundersøkte pasientene fikk diagnosen lungetuberkulose. 26 av dem oppgav at de aldri hadde fått noen behandling. Det er for tiden ikke noe system for selektiv oppfølging av en slik høyrisikogruppe i Norge. Asylsøkere har ikke personnummer, bare et ID-nummer, og det finnes ikke noe system som kan "plukke ut" en slik høyrisikogruppe og sørge for at de møter til regelmessig kontroll.

Det er to problemer med oppfølgingen av denne gruppen: Den raske flyttingen mellom forskjellige asylmottak vanskeliggjør i betydelig grad oppfølgingen. Det ville være hensiktsmessig om asylsøkere med funn på skjermbildet ble holdt tilbake på mottaket til tilstanden var avklart. Hvis det er indikasjon for behandling, bør denne skje på samme sted til behandlingen er fullført. Behandling av pasienter med fremmedkulturell bakgrunn krever etter hvert betydelig erfaring og ekspertise. Ikke minst er det viktig med et etablert godt tillitsforhold mellom pasient og behandler. Det er svært uheldig om behandlingen foregår på flere steder i behandlingsperioden.

Det er ikke lenger noen sentral instans som er ansvarlig for oppfølging og kontroll av risikogrupper. Denne oppfølging og kontroll er plassert i kommunehelsetjenesten. Det er derfor svært viktig at informasjonsformidlingen er rask, effektiv og pålitelig. Slik det er nå, svikter ofte informasjonsformidlingen mellom de ansvarlige instanser.

Ut fra oppfølgingsundersøkelsen som ble gjort i 1996 konkluderer jeg med at skjermbildescreening av asylsøkere ved ankomst er en nyttig undersøkelse. Den viser også at det er behov for å forbedre initialkontrollen av innvandrere fra høyinsidensland som kommer på annen måte til landet.

Informasjonsformidlingen mellom ansvarlige instanser er for dårlig! Det er et stort behov for en nasjonal plan for tuberkulosekontroll med systemer for oppfølging og kontroll av risikogrupper.

---

Publisert: 10. januar 2001. Tidsskr Nor Legeforen.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2025 Lastet ned fra tidsskriftet.no 28. desember 2025.