

RADØY kommune  
v/rådmannen  
Krossvegen 8  
5936 Manger

Vår ref: 14/260-6/SMVA/BRWO

Dato: 26.06.14

## Endringer i anbefalingene for tuberkulosekontroll

Fra medio oktober 2014 kommer det to endringer i tuberkulosekontrollprogrammet som vil få betydning for kommunene. Disse endringene innebærer

- forenkling av tuberkuloseundersøkelsen. Det vil ikke lenger kreves en innledende Mantoux- test.
- flytting av BCG-vaksinasjon i det norske barnevaksinasjonsprogrammet fra fødeavdeling til helsestasjonen ved 6-ukersalder.

### Nærmere om forenkling av tuberkuloseundersøkelse

Mange undersøkes for tuberkulose sykdom og tuberkulosesmitte. Den største gruppen er innvandrere fra land der tuberkulose er vanlig. Også personer som har vært utsatt for smitte og helse- og omsorgspersonell som har vært på lengre utenlandsopphold skal undersøkes.

Røntgen av lungene er den viktigste undersøkelsen. Denne undersøkelsen kan påvise lungetuberkulose, som er den eneste smittsomme formen for tuberkulose.

I tillegg undersøkes de fleste for latent (sovende) tuberkulosesmitte. Det krever i dag to eller tre oppmøter å få påvist tuberkulosesmitte. Først settes tuberkulin hudtest (Mantoux) som skal avleses etter 72 timer. Deretter tas det en blodprøve til IGRA-testing av dem som har positiv Mantoux-test. De som har en positiv IGRA men ingen tegn til sykdom regnes som smittet av tuberkulose. Disse er ikke syke og kan ikke smitte andre, men har en livstidsrisiko på mellom 5 og 10 % på å få tuberkulose sykdom. Ca. en tredjedel av verdens befolkning er smittet. Andelen av smittede som blir syke, kan reduseres ved forebyggende behandling.

Flere kommuner har ønsket å benytte IGRA som eneste prøve i utredning av tuberkulosesmitte. Gjentatte oppmøter har ført til stort frafall i målgruppen og er arbeidskrevende for kommunehelsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet har nå åpnet for at Folkehelseinstituttet kan anbefale IGRA som eneste test for de kommunene som ønsker det.

### *Praktiske opplysninger*

IGRA er definert som en spesialisthelsetjeneste. Kommuner som ønsker å opprette nye prøvetakingsstasjoner for IGRA, må planlegge dette i samarbeide med det sykehuslaboratoriet som skal analysere prøvene for å sikre at prøvene kommer fram til laboratoriet med god kvalitet. Prøvetakingsutstyr og analyse betales av helseforetaket, mens utgifter til prøvetaking lokalt betales av kommunen.

Det er ingen endring med hensyn til ansvar for tuberkulosekontroll, oversikt over at nyankomne får informasjon og blir undersøkt. De kommunene som finner det hensiktsmessig å holde fast ved Mantoux-test som innledende prøve før IGRA, står fritt til å gjøre det.

### **Nærmere om flytting av BCG vaksinasjon**

Fra midten av oktober 2014 flyttes tidspunktet for BCG-vaksinasjon i barnevaksinasjonsprogrammet. Vaksinasjonen skal skje ved 6-ukersalder på helsestasjonen. Det er ingen endring i anbefalingen om hvem som skal få BCG-vaksine.

Spedbarn med foreldre fra land der tuberkulose er vanlig, har større risiko for å få tuberkulose enn andre norske barn, og tuberkulose i første leveår har ofte alvorlig forløp. Disse barna får derfor tilbud om BCG-vaksine i det norske barnevaksinasjonsprogrammet.

Hittil har det vært anbefalt at barn i risikogruppen skal få BCG-vaksine på barselavdelingen eller ved første besøk på helsestasjonen, som vanligvis er ved 14-dagersalder. Helse- og omsorgsdepartementet har nå besluttet å flytte BCG-vaksinasjon til 6-ukersalder. Denne vaksinen vil dermed gis på helsestasjonene.

### *Planlagt utvidet nyfødtscreening*

Det er anslått at det fødes 1–2 barn med alvorlig kombinert immunsvikt (SCID) i Norge hvert år. Disse barna skal ikke ha levende vaksiner, som BCG-vaksinen er. Det er mulig å gjøre en test for SCID i nyfødtscreeningen slik at svaret foreligger innen 2-ukersalder. Fra høsten 2014 planlegges det å sette i gang et pilotprosjekt med samtykkebasert SCID-screening i Oslo og Akershus, der en stor andel av de barna som BCG-vaksineres bor. På lengre sikt arbeides det for å få SCID-test inn i ordinær nyfødtscreening. BCG-vaksinasjon ved 6-ukersalder er resultat av en avveining mellom å beskytte spedbarna tidligst mulig og unngå å vaksinere barn med immunsvikt.

### *Opprettholde kompetanse*

Flyttingen av BCG-vaksinasjon kommer samtidig med at det åpnes for å gå bort fra Mantoux-testing ved screening for tuberkulose. Både BCG-vaksine og Mantoux-test settes intradermalt, en teknikk ikke alle behersker. Ved å flytte all BCG-vaksinasjon fra føde-/barselavdelingene til helsestasjonene nå, legges det til rette for at kommunehelsetjenesten opprettholder kompetansen på intradermal injeksjon.

### *Allerede praksis mange steder*

I dag er det om lag 17 % av barn født i Norge som får BCG-vaksine. Dette utgjør mer enn 10 000 barn i året. Med dagens korte liggetider på barselavdeling er det stadig flere barn som reiser hjem fra sykehuset før BCG-vaksine er gitt. Data fra det nasjonale vaksinasjonsregisteret (SYSVAK) viser at helsestasjonene nå utfører nesten 70 % av all BCG-vaksinasjon av spedbarn, men at det er variasjon mellom fylkene. Etablering av BCG-vaksinasjon ved 6-ukersalder vil sikre lik praksis over hele landet.

### *Praktisk informasjon*

Det er unødvendig å gjøre Mantoux-testing før vaksinasjon av spedbarn. Det er ikke farlig å BCG-vaksinere et barn som allerede er smittet med tuberkulose, men de har ingen nytte av vaksinen. BCG- vaksine kan settes samtidig med Rotavirusvaksine. Det er heller ikke noe minimumsintervall mellom de to vaksinene.

Vennlig hilsen

Brit Wolden  
avdelingsdir. vaksine

Karin Rønning  
avdelingsdir. infeksjonsovervåking

Brevet er elektronisk godkjent

Likelydende brev er sendt alle landets kommuner v/ Kommuneoverlege/bydelsoverlege  
Ledende helsesøster og Rådmann