

Tiltak overfor sårbare grupper er avgjørende for å utrydde tuberkulose i Europa

Sammendrag

Tuberkulose (TB) er en alvorlig smittsom sykdom som kan behandles, men som likevel kan være dødelig. I 2014 ble det rapportert om lag 58 000 tilfeller av tuberkulose i Den europeiske union/Det europeiske økonomiske samarbeidsområde (EU/EØS). Antallet nye tuberkulosestilfeller faller med ca. 5 prosent i året, men med dette tempoet vil sykdommen ikke bli utryddet i nærmeste framtid. En av utfordringene i dette arbeidet er at det finnes lommer av tuberkulose i samfunnet, konsentrert blant de mest sårbare, som hjemløse, narkotikabrukere, alkoholikere og enkelte migrantbefolkninger, som gjerne har økt risiko for eksponering, har vanskelige levekår eller ikke har tilgang til helsetjenester.

Hvis man ikke klarer å få bukt med tuberkulosen i disse sårbare gruppene, vil sykdommen aldri bli utryddet. Dessuten er det risiko for at sykdommen vil spre seg videre i befolkningen, og at antallet tilfeller av legemiddelresistent tuberkulose vil øke, med andre ord at man vil få flere alvorlige og til og med uheldelige tilfeller, med høye kostnader for helsesystemene og samfunnet.

Derfor er det av avgjørende betydning å sikre at alle tilfellene i sårbare grupper diagnostiseres, og at alle som er smittet, fullfører behandlingen. Ettersom helsevesenets standardiserte modeller for forebygging og kontroll ikke

har særlig effekt når det gjelder tuberkulose i disse gruppene, må skreddersydde tiltak tas i bruk. ECDC har identifisert en rekke alternativer som effektivt forbedrer tidlig diagnostisering og fullføring av behandling. Folkehelsemyndighetene kan tilpasse dem til sine behov og implementere dem ut fra sine særtrekk og ressurser.

Utfordringen

Tuberkulose er fortsatt en utfordring for sårbare grupper som ikke kjenner igjen symptomene på sykdommen, har dårlig tilgang til helsetjenester eller har problemer med å gjennomføre behandlingen.

Folkehelsemyndighetene må være klar over at personer med symptomer i disse gruppene ikke nødvendigvis vil søke legehjelp og heller ikke alltid etterleve behandlingen når diagnosen først er satt. Derfor trengs det særskilte tiltak for å overkomme disse utfordringene.

Hva kan gjøres?

Skreddersydde tiltak som legger til rette for tidlig diagnose, fullføring av behandling og oppfølging av tilfeller er de viktigste elementene i en effektiv strategi for forebygging av og kontroll med tuberkulose.

Konkrete tiltak for forebygging og kontroll av tuberkulose i sårbare grupper kan være:

1. Oppsøkende team og mobile enheter

Oppsøkende team som kan komme direkte til pasientene, på sykehus, på hospitser eller på gaten kan være en rasjonell og kostnadseffektiv strategi for å identifisere og behandle tuberkulosepasienter i sårbare grupper.

Mobile lungerøntgenapparater kan bidra til raskere påvisning av tuberkulose i sårbare grupper. Dette er kostnadseffektivt og vil redusere smitten.

2. Stimuleringstiltak

Stimuleringstiltak kan benyttes for å motivere folk, særlig hjemløse, til å være med på screening og for å følge opp behandlingen deres ved diagnostisert tuberkulose. Stimuleringstiltakene kan være av pengemessig eller materiell art, for eksempel billetter til offentlig transport, matkuponger, forhåndsbetalte telefonkort, klær og midlertidig husrom.

Slike stimuleringstiltak er en god investering ettersom man med bedre diagnostisering og behandlingsutfall, særlig når det gjelder å forebygge utviklingen av antibiotikaresistent tuberkulose, unngår de høye kostnadene som mislykket behandling gjerne fører til.

3. Involvering av nøkkelpartnere

Å involvere nøkkelpartnere, for eksempel andre personer fra samme miljø som pasienten, eller helse- og sosialarbeidere, kan gjøre det lettere å nå ut til personer som potensielt kan være smittet, men som kan ha motforestillinger mot å la seg teste. Nøkkelpartnere kan også bidra i oppfølgingen av behandlingen og er viktige i arbeidet med å identifisere hvem den enkelte tuberkulosepasient kan ha vært i kontakt med. Smitteoppsporing er avgjørende for å stanse smitteoverføringen.

4. Direkte observert behandling (DOT)

Direkte observert behandling er å yte støtte til pasienter som tar medikamenter. DOT går ut på at pasientene tar medisiner sine under oppsyn av helsepersonell. Mer fleksible alternativer som DOT utenfor helseinstitusjon eller i regi av ikke-medisinsk personell, eller videoobservert behandling (VOT) er alternativer som også kan vurderes.

Når VOT koples sammen med stimuleringstiltak som matkuponger eller telefon- og datapakker øker sjansen for at pasientene fullfører behandlingen, og man unngår potensielt kostbare komplikasjoner som utvikling av antibiotikaresistent tuberkulose.

5. Påminnelser

Bruk av påminnelser (telefonoppringninger, tekstmeldinger) kan bidra til at pasientene møter opp til avtalte legetimer og til at de tar medisinen sin.

6. Samhandlende tjenester

Nært samarbeid mellom tuberkulosestjenester og eksisterende tjenester for sårbare grupper, for eksempel tiltak for hjemløse, rusmiddeltiltak, sosialarbeidere, oppsøkende team og fagfolk i helse- og sosialomsorgen, kan bedre tidlig diagnostisering og øke antallet som kommer i behandling. I tillegg kan samhandlende tjenester bidra til å ta tak i og finne en løsning på de ulike faktorene som gjør at enkelte står fare for bli smittet.

7. Økt bevisstgjøring og opplæring

Bevisstgjøring om tuberkulose i sårbare grupper kan gjøre det lettere å håndtere stigma og fordommer. Bevisstgjøringskampanjer kan også rettes mot helse- og sosialarbeidere i førstelinjetjenesten som arbeider med disse gruppene for å bedre interaksjonen mellom dem og sårbare grupper.

Representanter for grupper som berøres av tuberkulose, også tidligere pasienter, kan trekkes inn i utarbeidelsen og spredningen av informasjonen.

Eksempler på effektive intervensjoner

Eksempelene under viser hvordan noen av intervensjonene fungerer i praksis og resultatene¹ som er oppnådd.

Videoobservert behandling i Storbritannia

For å gi pasientene mer fleksibilitet slik at de ikke trenger å oppsøke en helseinstitusjon for å ta medisiner sine under tilsyn, har Find&Treat-teamet i London tatt i bruk videoobservert behandling (VOT) i stedet for direkte observert behandling (DOT). Som et stimuleringstiltak får enkelte pasienter utdelt en smarttelefon. Pasientene bruker telefonen til å filme seg selv mens de tar medisiner, og helsepersonell følger med og sørger for oppfølging dersom pasientene har behov for ytterligere støtte.

Fordelene ved VOT sammenlignet med DOT er:

For pasienten: tiltaket gir mer fleksibilitet med hensyn til hvor og når de kan ta medisinen, det er tidsbesparende, gir økt konfidensialitet og pasienten har en mer aktiv rolle i behandlingen.

For helseinstitusjoner: tiltaket er kostnadsbesparende (reisekostnader og lønn til ansatte), øker produktiviteten (de ansatte kan håndtere mer enn 25 pasienter per dag mot gjennomsnittlig 5 per dag med DOT) og reduserer helsepersonellens eksponering for tuberkulose.

Dermed er det flere pasienter som fullfører behandlingen med VOT sammenlignet med standard behandling uten tilsyn eller med DOT.

¹ Antall og prosentandeler er oppgitt av organisasjonene som har ansvar for intervensjonene

Oppsøkende team og samhandlende tjenester i Frankrike

Det oppsøkende teamet Equipe Mobile de Lutte contre la Tuberculose (EMLT) oppsøker og hjelper tuberkulosepasienter med å fullføre behandlingen. Teamet sikrer grundig oppfølging av pasientene der de befinner seg, enten det er på sykehus, hospits eller på gaten.

EMLT har et stort nettverk av partnere og organisasjoner å støtte seg på, innen helse og sosial, rettsvesen og innvandringssektoren, og kan dermed hjelpe pasientene med mer enn bare å behandle sykdommen, ved å dekke deres grunnleggende behov for mat, klær og tak over hodet. Dette bidrar til å bedre livssituasjonen for pasientene og reduserer risikoen for at de skal få tuberkulose igjen.

Før EMLT kom i gang, falt over 50 prosent av hjemløse og papirløse migranter med tuberkulose ut av behandlingen etter utskrivning fra akuttstusykehus i Paris. Siden EMLT startet opp i 2000, har antallet pasienter som faller ut av behandlingen, sunket til under 10 prosent.

Involvering av nøkkelpartnere i Slovakia

Det har vært mange tilfeller av tuberkulose i rombefolkningen, som bor under kummerlige forhold i Øst-Slovakia og den sørlige delen av Midt-Slovakia. I 2014 sto romfolk for 25 prosent av alle tuberkulosestilfeller i Slovakia og 84 prosent av alle tuberkulosestilfeller hos barn.

Roma Health Assistants er et program som kom i stand for å få et bedre samarbeid med rombefolkningen og identifisere nøkkelpersoner i gruppen som kunne fungere som mellommenn. De som er ansatt i programmet, bor i nabolaget de dekker. De følger opp pasientenes behandling, utfører smitteoppsporing, følger pasienter til legeavtaler, sørger for at pasientene får legemidler mot tuberkulose og registrerer alle aktiviteter og intervensjoner.

Takket være dette programmet har over 80 prosent av alle voksne romer med tuberkulose i Slovakia fullført behandlingen. I tillegg har nye utbrudd av tuberkulose raskt blitt identifisert og stoppet, og alle indekstilfeller blant barn med tuberkulose er blitt identifisert.

Hva viser studiene?

1. Tuberkulose forårsaker den nest største sykdomsbyrden av alle smittsomme sykdommer

Måling av sykdomsbyrde i befolkningen, helsetapsjusterte leveår (DALY) per 100 000 innbyggere i EU/EØS, årsmedian 2009–2013

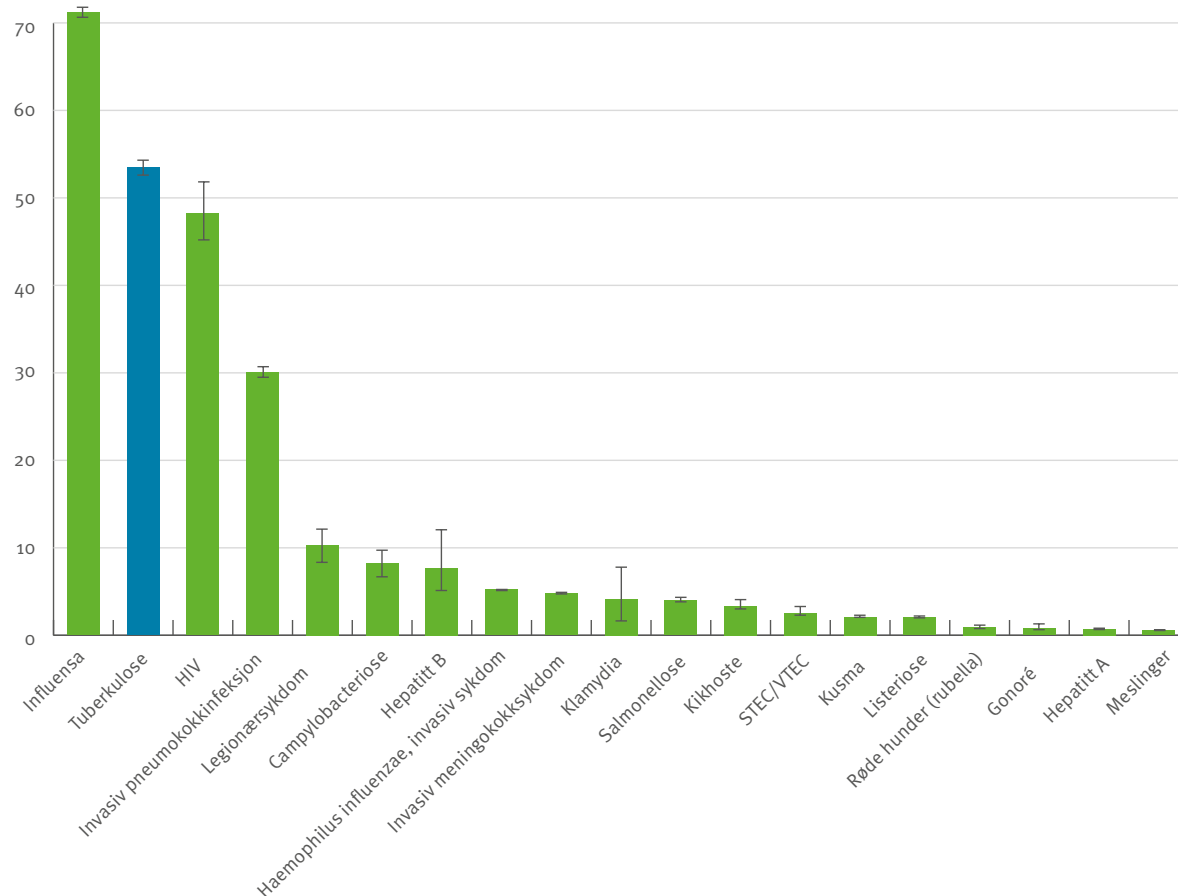


Diagram basert på en studie utført av ECDC: Byrden av smittsomme sykdommer i Europa 2015 (upublisert studie) (kilde 4).

2. Sårbare grupper er mer utsatt for tuberkulose enn resten av befolkningen

Tuberkulose tilfeller per 100 000 innbyggere

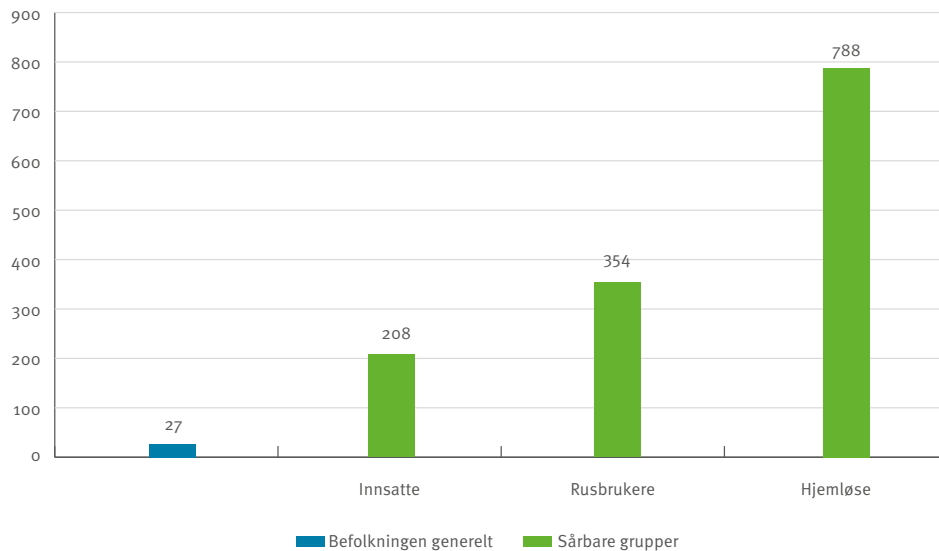


Diagram basert på data fra en studie utført i 2011 på befolkningen i London (kilde 3).

3. Det er nesten 17 ganger dyrere å behandle legemiddelresistent tuberkulose enn tuberkulose som ikke er legemiddelresistent

Kostnader ved behandling av ett tuberkulose tilfelle (i euro)

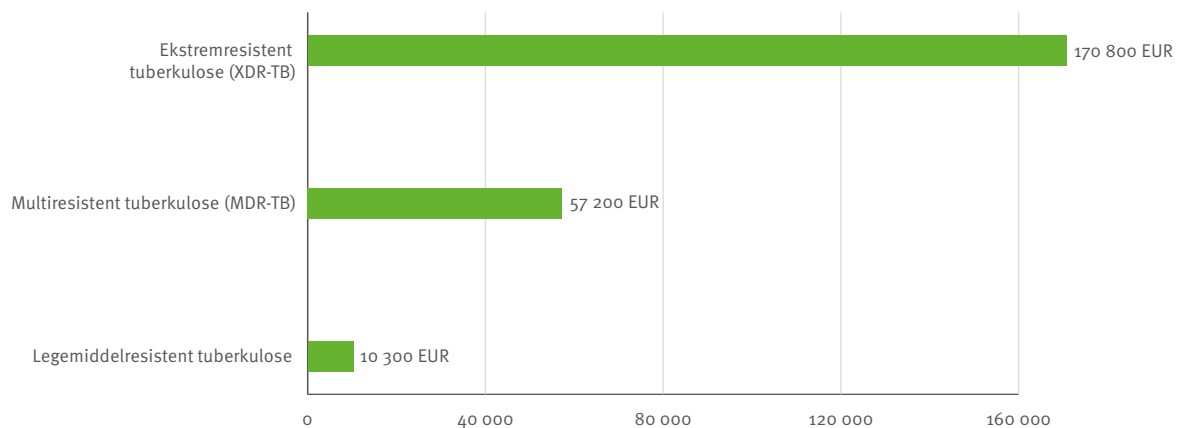


Diagram basert på en studie av kostnadene ved tuberkulose i EU (gjennomsnittlige kostnader i 2012, for 18 EU-land) (kilde 5)

Kostnadene ved folkehelse tiltak som spesifikt retter seg mot sårbare grupper, kan være høyere enn vanlige tiltak. Men å forebygge utviklingen av legemiddelresistent tuberkulose kan gi store kostnadsbesparelser i framtiden.

Kilder

Dette dokumentet baserer seg på følgende rapporter, artikler og litteratur:

1. Det europeiske senter for forebygging av og kontroll med sykdommer. Guidance on tuberculosis control in vulnerable and hard-to-reach populations. Stockholm: ECDC, 2016.
2. Det europeiske senter for forebygging av og kontroll med sykdommer. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2016. Stockholm: ECDC, 2016.
3. Jit M, Stagg H, Aldridge R, White P, Abubakar I. Dedicated outreach service for hard to reach patients with tuberculosis in London: observational study and economic evaluation. *BMJ* 2011; 343: d5376.
4. Det europeiske senter for forebygging av og kontroll med sykdommer. Burden of Communicable Disease in Europe (upublisert studie). 2015.
5. Diel R, Vandeputte J, de Vries G, Stillo J, Wanlin M, Nienhaus A. Costs of tuberculosis disease in the European Union: a systematic analysis and cost calculation. *Eur Respir J*. 2014 Feb;43(2):554-65.

ECDCs policy-orienteringer er artikler som setter søkelyset på et bestemt folkehelseproblem, med kunnskapsbaserte forslag til tiltak. De er beregnet på politikktutformere og andre med påvirkningskraft på europeisk, nasjonalt og regionalt plan.

Design-filene publiseres sammen med PDF-filen slik at dokumentet kan tilpasses for bruk nasjonalt, for eksempel ved oversettelse til andre språk.

Forsidebilde: Eric Bridiers, US Mission Geneva. Creative Commons (CC BY 2.0).

Det europeiske senter for forebygging av og kontroll med sykdommer. Interventions in vulnerable groups are the key to eliminating tuberculosis in Europe. Stockholm: ECDC, 2016.

Katalognummer: TQ-01-16-265-NO-N
ISBN: 978-92-9193-874-2
DOI: 10.2900/4633

© Det europeiske senter for forebygging av og kontroll med sykdommer, 2016. Gjengivelse er tillatt med kildeangivelse.