

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Dykkar ref:
200803603-/HN

Vår ref:
2008/4534

Saksbehandler
Stig Harthug, tlf. 55976149

Bergen,
18.11.2008

Høring av utkast til endringer av forskrift om tuberkulosekontroll, MSIS- og Tuberkuloseregisterforskriften og blåreseptforskriften

Forskrift om tuberkulosekontroll, MSIS- og tuberkuloseforskriften og blåreseptforskriften er viktige for å sikre tjenelig helsehjelp for tuberkulose og for å kunne gjennomføre hensiktsmessig smitteforebyggende tiltak. Uhensiktsmessige tiltak kan ha betydelige konsekvenser for den enkelte, men også for samfunnet. Det er derfor viktig at dette regelverket er oppdatert gjenspeiler faglig forsvarlig praksis i en ramme som legger til rette for optimalisering av ressursbruken. Vi mener at de foreslåtte endringene som også angår behandling av MRSA langt på vei er tjenelige. Vi har forelagt utkastet for Lungeavdelingen, Medisinsk avdeling (infeksjonsmedisinsk seksjon), Senter for smittevern og Avdeling for mikrobiologi og immunologi. Kommentarene fra de enkelte fagansvarlige er inntatt i dette brevet i sin helhet da de er relativt detaljorienterte.

Lungeavdelingen ved avdelingsdirektør Kahtan Al-azawy og overlege Odd Mørkve har gitt følgende tilbakemelding:

Vi synes dette er et godt dokument. Vi har noen få kommentarer:

- 1) På side 1 i forskriften under §1-2 Definisjoner heter det "...avgjøre om en person har tuberkulose. I merknadene står det: "Med uttrykket "har tuberkulose" menes i denne sammenheng både personer som er syke med tuberkulose og/eller personer med latent tuberkulose". En tror man i forskriftene bør skille klart mellom latent og aktiv tuberkulose og bruke disse termene konsekvent, og unngå uttrykket "har tuberkulose". I folks bevissthet (både "vanlige" folk og hos helsepersonell) er "har tuberkulose" ensbetydende med å være syk av tuberkulose. En er redd at dette uttrykket vil bidra til å øke forvirringen. Vår erfaring er at vi bruker mye tid også overfor helsepersonell på å avdramatisere det å være smittet av tb, siden mange tror at da er de syke. En mer bevisst bruk av "latent tuberkulose" vil være oppdragende.
- 2) I den pene tabellen i "Anbefaling om innhold i tuberkuloseundersøkelse..." kunne det godt være en kolonne som angir på hvilket nivå i helsetjenesten de forskjellige undersøkelsene/testene skal gjøres.

3) § 3 - 1 nr. 1 Familegjenforente og studenter:

Skal alle studenter som henvises videre ta QFT blodprøve? Hvilken konsekvens vil det ha for dem, hvis de kun er her for en kortere periode?

Seksjonsovelege Nina Langeland ved Medisinsk avdeling, Infeksjonsseksjonen har følgende kommentarer:

1. Side 3 siste avsnitt: her bør det avklares hvem som betaler prøverørene i forbindelse med blodprøvetaking.
2. Side 6, andre avsnitt: det er ikke nødvendigvis korrekt at andre mykobakterier ikke kan smitte mellom mennesker, de vil ikke smitte ved luftsmitte, men kan smitte ved kontaktsmitte. Denne presiseringen har imidlertid ikke konsekvenser for konklusjonen i avsnittet.
3. Side 6 tredje avsnitt: Her gis som argument for endringene at samhandlingen mellom de som arbeider med HIV og tuberkulose skal styrkes. Her må det bemerkes at i hele Norge er det kun infeksjonsmedisinere som behandler tuberkulose hos HIV infiserte personer, så det er de samme behandlerne for begge sykdommene, argumentet er derfor ikke nødvendigvis valid.
4. Side 8, tredje siste avsnitt: Det angis en besparelse for helseforetakene på samlet 26 millioner kroner. Denne besparelsen kommer imidlertid kun ved poliklinikkene som kontrollerer tuberkulose, laboratoriene som får oppgaven med de nye IGRA testene får en markert utgiftsøkning, og helseforetakene må gjøres oppmerksom på at det må gjøres budsjetttilpasninger mellom avdelingene.

Smittevernoverlege Per Espen Akselsen Har gitt følgende kommentarer:

Det er gjennomgående endringer som medfører forenklinger, og at en tilpasser seg den aktuelle epidemiologiske situasjonen for tuberkulose og gjeldende praksis i dag. Vi har ikke vesentlige innvendinger til de foreslåtte endringer som anses positive. Det er imidlertid noen kommentarer og forslag til klargjøringer/presiseringer.

Følgerevet

I følgeret til de ulike endringene står det ”Det er imidlertid kun i sjeldne tilfeller aktuelt å behandle pasienter med sykdom forårsaket av meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA) med antiinfektiva ATC-kode J”. **Dette er ikke riktig.** De siste årene har det vært meldt til MSIS omtrent like mange tilfeller av henholdsvis klinisk infeksjon med MRSA og asymptomatisk bærerskap med MRSA. De fleste infeksjonene har vært hud- og bløtdelsinfeksjoner, og en del av disse trenger ikke behandling, men mange har fått behandling med antibiotika, dvs ATC-kode J. Disse har under det nåværende regelverket hatt rett til refusjon etter §4. De fleste av disse pasientene vil i tillegg ha behov for behandling og sanering av bærerskap med MRSA, men bare en liten andel av disse igjen vil ha behov for systemisk behandling for å bli kvitt bærerskapet, se under.

Blåreseptforskriften

Når det gjelder forslaget om endringer i virker dette litt uklart, og det er behov for presisering. Sykdom forårsaket av MRSA kommer inn under allmennfarlig smittsom sykdom, men bærerskap med MRSA er fortsatt ikke entydig definert som allmennfarlig smittsom sykdom.

Teksten bør endres slik at det ikke er noen tvil om dette.

I forslaget nå står det: ”Det ytes stønad til antiinfektive legemidler til behandling og sanering av bærerskap hos pasienter med MRSA i henholdt til faglige anbefalinger gitt av Folkehelseinstituttet”. **Det bør presiseres at antiinfektive legemidler til sanering ikke er begrenset til ATC-gruppe J, men også inkluderer legemidlene nevnt under. Dette er**

viktig fordi det ellers kan føre til misforståelse om at det kun gis stønad til systemisk behandling og dermed kanskje undødvendig antibiotikabruk.

Anbefalt framgangsmåte ved MRSA-sanering er i første omgang et såkalt overflateregime med mupirocinholdig nesesalve (Bactroban®) og helkroppsvask med klorheksidinglukonat (Hibiscrub®). Det har vært vanlig praksis i Norge at Bactroban® kan erstattes av Fusidinholdig salve (Fucidin®) dersom den aktuelle stammen er følsom for fusidin.

Bactroban® nesesalve er internasjonalt klassifisert til ATC-gruppe D (Dermatologiske midler) og R (Rhinologika), Hibiscrub® er ikke et antiinfektivum, men et antiseptikum ATC-gruppe D, og fusidin-salve er også ATC-gruppe D. Ved svikt av saneringsregime (1. eller 2. gangs svikt) kan det være aktuelt med systemisk behandling i tillegg til overflateregime. Førstevalg har da vært kombinasjonen rifampicin og doksycyklin.

Forslag til endret tekst: *”Det ytes stønad til antiinfekive og dermatologiske legemidler til behandling og sanering av bærerskap hos pasienter med MRSA i henhold til faglige anbefalinger gitt av Folkehelseinstituttet.”*

MSIS- og tuberkuloseregisterforskriften

Tuberkulosekontrollforskriften

BCG-vaksinasjon

Det er foreslått å ta BCG-vaksinasjon ut av barnevaksinasjonsprogrammet, men opprettholde tilbudet om BCG-vaksine til utvalgte grupper. Det bør klargjøres om en følger forslagene i Folkehelseinstituttets utredning om BCG-vaksinasjon (mai-2008) og tilbyr BCG-vaksine til alle helsefagstudenter i løpet av studiet, eller om en forventer at de først skal vaksineres når de begynner i arbeid med pasientkontakt.

Rifampicin - utleveringsbestemmelser

Vi støtter at utleveringen av rifampicin nå blir enklere (skal kunne utleveres fra alle sykehusapotek), men at utleveringen holdes under oppsikt med melding til Folkehelseinstituttet.

Avdelingsoverlege Elling Ulvestad ved avdeling for mikrobiologi og immunologi har ingen vesentlige kommentarer til høringsutkastet.

Ledelsen i Helse Bergen håper at våre innspill kan bidra til å oppklare eventuelle uklare sider ved utkastet og ser fram til et regelverk som blir godt tilpasset hverdagen vi kjenner.

Med vennlig hilsen

Stig Harthug
Kvalitetssjef