



Helse-og omsorgsdepartementet

Dato	14.11.2008
Saksbehandler	Martin F. Olsen
Direkte telefon	
Vår referanse	2008/2916-6/008
Deres referanse	
Klinikk/Avdeling	Helsefag, samhandling, kvalitet

Svar på høring av utkast til endringer av forskrift om tuberkulosekontroll, MSIS- og Tuberkuloseregisterforskriften og blåreseptforskriften

Høringsdokumentene er gjort kjent for fagmiljøene innen smittevern, lungemedisin og spesielt innen området tuberkulosebehandling. Tilbakemelding fra sykehuset er at hovedinntrykket av de foreslåtte endringene virker fornuftige og hensiktsmessige i forhold til å forenkle og målrette tuberkulosekontroll og – behandling. Forskriftens §1-2 og §4-5 pålegger Nasjonalt Folkehelseinstitutt å utgi faglige anbefalinger, og nye diagnoseverktøy og behandlingsformer vil lettere kunne implementeres i fremtiden. Sykehuset finner det nødvendig å komme med følgende kommentarer:

Betalingsordninger. Tuberkuloseforskrift.

§ 4-9 med merknader har på en god måte ryddet opp i tidligere usikkerhet rundt utgiftsfordeling mellom helseforetak, kommuner og folketrygden. Vi forstår det nå slik at helseforetaket dekker utgifter til røntgenundersøkelser og IGRA tester av presumptivt friske personer, dvs som ledd i tuberkulosekontrollen i kommunehelsetjenesten, § 3-1 nr 1. Pasienter som da henvises til poliklinisk utredning i spesialisthelsetjenesten vil da ha positiv IGRA test og således mistanke om tuberkulose (inkluderer latent sykdom jf §1-2). Dermed blir det langt færre henvisninger og de polikliniske konsultasjonene dekkes av folketrygden. Det representerer en forenkling i utgiftsfordelingen og en inntektsøkning for helseforetaket.

Stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler. Tuberkulose – og blåreseptforskrift.

Det er beklagelig at utgifter til behandling av bivirkninger og annet som følger av tuberkulosebehandlingen fortsatt foreslås belastet pasientene jf tuberkuloseforskrift til § 4-9 og blåreseptforskriften §4, når intensjonen er at gratis tuberkulosebehandling uten egenandeler for den enkelte skal forhindre behandlingsavvik og resistensutvikling. Eksempler er bandasjemateriell, kvalmestillende, kløestillende etc. For pasienter med langvarige og kompliserte behandlingsforløp blir det erfaringsvis store økonomiske utgifter som belastes pasientene samtidig som bivirkningene øker i omfang og motivasjonen til videre behandling svinner. I merknad til § 3-3 står det at:

"Forskriften oppstiller derfor et krav om en behandlingsplan som de involverte parter blir enige om. Planen er tenkt å skulle forebygge at pasienten ikke tar behandlingen som foreskrevet. Direkte observert behandling sikrer at alle dosene inntas og at eventuelle avvik oppdages og kan korrigeres. Grunnlaget for utvikling av resistente bakterier under behandlingen skulle derved være redusert til et minimum"

Hele behandlingsapparatet gjør i slike tilfeller en enorm innsats for å motivere pasienten til videre behandling, da iverksettelse av tvangstiltak er uønsket. I andre land "betales" pasientene med for eksempel en matpakke for å motivere til fortsatt behandling.

Behandlingsmiljøet erfarer at mange tuberkulosepasienter i Norge har ikke økonomiske midler til å betale ekstrautgifter som behandlingen påfører dem, selv om legen kan søke om etterskuddsvis dekning av utgifter til viktige legemidler som ikke omfattes av § 9 i blåreseptforskriften. Flere tuberkulosekoordinatorene har erfart at slike søknader får avslag.

Hvis forskriften ikke endres på dette området, undergraves helt de gode intensjonene som forskriften ellers vektlegger i forhold til tuberkulosebehandling Norge.

Anbefaling om innhold i tuberkuloseundersøkelsen jfr kap 3-1 fra Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Om IGRA-testene innføres som anbefalt vil dette medføre en kvalitetsforbedring av tuberkulosekontrollen og gi færre henviste til spesialisthelsetjenesten. Samtidig vil det kreve en enorm kapasitetsøkning i de regionale helseforetakene i å tilby analyse av disse testene.

§ 3-1 nr 1. Bra at arbeidsinnvandrere kun screenes ved lungerøntgen, men at de som skal arbeide som au pair fortsatt har krav om tuberkulinprøve og IGRA.

§ 3-1 nr 2. Begrepet "barneomsorg" bør defineres nærmere. Inkluderer det for eksempel ansatte i barnehager?

§3-1 nr 2. Fornuftig at det kun er lungerøntgen som skal kreves *før tiltredelse* av arbeidsgiver.

Vaksinasjon. Tuberkuloseforskrift.

§2-2. Vi bifaller at departement og Nasjonalt folkehelseinstitutt skal fastsette gjeldende anbefalinger og målgrupper for vaksinasjon, som i praksis vil si bortfall av BCG vaksinasjon og tuberkulintesting i ungdomsskolen. Vi oppfordrer til å innføre nye rutiner som sikrer informasjon og adekvat tilbud om BCG vaksine for eksempel ved studieopphold, langvarige utenlandsreiser og lignende.

Til § 2-4 – overskriften er glemt på s 3 i merknadene. Det er viktig at *helseforetakene* pålegges å ha rutiner for å sikre at nyfødte i innvandrerfamilier får tilbudt BCG – vaksine på fødeavdelingen pga antatt høyere smittepress og unngå avvik ved flytting.

Videresendelse av informasjon og problem med at pasientene ikke møter. Tuberkuloseforskrift.

§2-3. Fornuftig å begrense kommunelegens plikt til å sende opplysninger til ny bopelskommune, men jeg er usikker på om det er gjennomførbart for kommunelegene å følge det opp. Det er et stort problem at pasienter ikke møter til innkalte kontroller eller forsvinner/flytter uten å gi beskjed til helsevesenet, både på kommune- og helseforetaksnivå. Endret navn eller personnummer kan også gjøre det vanskelig å følge pasientene.

Opplysninger om hiv-status i tuberkuloseregistret. Msis og Tuberkuloseregisterforskrift.

Tuberkulose er en almenfarlig smittsom sykdom som det er viktig å diagnostisere og behandle så tidlig som mulig, slik at unødvendig smittespredning unngås. Det kan stilles spørsmålstegn ved om pasienten tør oppsøke helsevesenet når de har mistanke om at de kan ha tabubelagte sykdommer som tuberkulose eller hiv. I merknad til § 1-7 i Msis og Tuberkuloseregisterforskriften står det at:

”Tuberkuloseregistret *kan* inneholde opplysninger om hiv-status hos pasienter med tuberkuløs sykdom.”

Det er liten tvil om at det er viktig for legen å kjenne til hiv-status når tuberkulosemistanken utredes. Det kan allikevel være fornuftig ikke å pålegge legen et *bør* eller *skal* når det gjelder å gi opplysninger om hiv-status til tuberkuloseregistret.

Distribusjon av tuberkulostatika ved sykehusapotek og melding til tuberkulosekoordinator.

Det er viktig med god dialog med tuberkulosekoordinator, for å sikre at behandlingen er initiert av spesialist og følger gjeldende behandlingsanbefalninger, deriblant DOT.

Det vil forenkle rekvirering og logistikk hvis sykehusapotekene overtar distribusjonen av legemidler til behandling av tuberkulose.

Registrerer at tuberkulosekoordinator og kommunelege skal ha melding *samme dag* som tuberkulose er *oppdaget eller mistenkt* jf merknad til §2-1 i Msis og Tuberkuloseregisterforskriften. Der er det et forbedringspotensiale i praksis.

Vi ønsker for øvrig lykke til med det videre arbeid.

Med vennlig hilsen


Marit Lund Hamkoll
administrerende direktør


Martin F. Olsen
helsefaglig direktør