

## Referat fra møte i tuberkulosenettverket 23.10.14.

HSH kl. 12.00 til kl. 15.00

**Til stede:** Fagansvarlig helsesøster i Karmøy Gunvor Tyse, ledende helsesøster i Etne Margaret Bull-Tornøe, ledende helsesøster i Bømlo Anne Marit Hylland, ledende helsesøster i Tysvær Rita Bårdsen Førland, smittevernlege i Vindafjord Knut Omdal, helsesøster i Haugesund Ruvejda Trkulja, fagansvarlig sykepleier i Haugesund Laila A Larsen, helsesøster på Stord Marit Vikøren, tuberkulosekoordinator i Helse Fonna Ann Iren Muren Olsen, overlege i med. klinikk, Helse Fonna Eva Karin Schmidt, overlege i Helse Fonna/FOUSAM-rådgiver Knut Skaug (leder)

**Forfall:** Bengt Kallevik, Etne, Gunn Marit Bakken, HSH, Heiko Bratke, barneavdelingen Helse Fonna, Sigrunn Helland, Stord.

1. Knut Skaug ønsket velkommen, og skisserte forankringen av nettverket i samhandlingsavtalene. I vårt område er enhet for forskning og utvikling i samhandlingen (FOUSAM) fått i oppdrag av samhandlingsutvalget (SU) å danne dette nettverket på vegne av de tre institusjoner som har ansvaret: kommunene i Helse Fonna området, Høgskolen Stord/Haugesund, og Helse Fonna. (Kfr. Powerpointpresentasjon).
2. Tuberkulosekoordinator Ann Iren Muren Olsen gjennomgikk flyten i screening av pasienter til og med behandling. Kfr, også her egen PP-presentasjon. Det er kommet nye retningslinjer fra Folkehelseinstituttet m.h.t. hvem som skal henvises til screening. Hun tok også fram en artikkel om screening i Norge, sterkt relatert til vårt arbeid her.
3. Under denne gjennomgangen kom det opp flere momenter som belyser de utfordringer man står ovenfor i dette arbeidet.

-Helseopplysninger fra transittmottak kommer meget sent, og ikke sjelden 2 måneder etter pasienten

Retningslinjer tilsier at TBC screening skal utføres innen 14 dager for asylsøkere og flyktninger og snarest og senest innen 4 uker for andre grupper. Disse tidsfristene klarer ikke kommunene å *overholde på grunn av forsinkelsene fra politiet. Nå går det (som nevnt) ofte 2 måneder.*

-Knut Omdal påpekte betydningen av å ha skriftlige rutiner som er forankret i tuberkulosekontrollprogrammet

-Det praktiske arbeidet knyttet til TBC screening kan delegeres til helsesøstre (kfr Tuberkuloseveilder kap 2.1) se fotnote I.

Arbeidet er tidkrevende og krever ekstra ressurser ut over dagens bemanning. Hvordan finansiere dette ekstraarbeidet i kommunene? Iflg. kommunelege Knut Omdal er det muligheter til å bruke en del av integreringstilskuddet til dette.

Helsesøster er delegert viktige praktiske oppgaver i det tuberkuloseforebyggende arbeidet. Oppgavene er blant annet knyttet til opplysningsvirksomhet rettet mot spesielle deler av befolkningen. Helsesøster tar tuberkulinprøver og vaksinerer mot tuberkulose. Helsesøster bistår også i arbeidet med smitteoppsporing og oppfølging av kommunens kontrollrutiner i tuberkulosearbeidet. Det er vanlig at helsesøster er delegert ansvaret for henvisning til lungerøntgen, IGRA-test og spesialisthelsetjenesten.

-Et godt dataverktøy er avgjørende for kvalitetssikringen av arbeidet som utføres. Det må ha funksjoner som gjør det mulig å ta ut statistikk og følge de ulike operasjonene som er tilknyttet TBC screening og oppfølging. Bør ha en «reminder» funksjon

-Det er en felles oppfatning blant de fremmøtte at det er ingen/liten kontroll på TBC screening av asylsøker som bosetter seg privat (de såkalte 'private'); Kommunene opplever også manglende informasjon fra politiet når det gjelder familiegjenforening, for eksempel når norske gifter seg med utenlandske fra høyinsidensland, og når arbeidsgivere tar inn arbeidere fra høyinsidensland for kortere eller lengre opphold. Dette siste er spesielt et problem fra Baltikum og Romania. Med disse arbeiderne følger ofte familie som ikke er kontrollerte for tbc. Omfanget av problemet er ikke kjent, men det er for eksempel i Vindafjord ca 2000 – 3000 arbeidsinnvandrere årlig.

Kommunens tuberkulosekontroll skal inneholde rutiner for blant annet:

1. oversendelse av følgende opplysninger til kommunelegen i ny bopelskommune når personer nevnt i § 3-1 bokstav a) flytter
2. resultat av tuberkuloseundersøkelsen og journal, dersom det foreligger funn som gir grunn til videre oppfølging
3. opplysninger om at tuberkuloseundersøkelsen eventuelt ikke har blitt gjennomført for nyankomne asylsøkere som flytter fra transittmottak: resultat av ankomstundersøkelsen og journal.

Dette er et punkt der det er avdekket svikt. Dersom en kommune ikke mottar «flyttemelding» må helseopplysninger etterspørres. Smittevernkontoret i Bergen har innført en rutine der de sender en skriftlig anmodning der helseopplysning etterspørres og dersom de ikke mottar opplysningene innen en gitt tid, sender de avviksmelding til kommunelegen i den kommunen personen flyttet fra.

-Hva gjør vi når de som skal screenes ikke møter? Hva gjør politiet når de mottar melding om at personen ikke har møtt til TBC screening? Trekkes oppholdstillatelsen? Dr Omdal ønsker at vi sender en forespørsel til på politiet i fht denne problemstillingen.

-Utredningsmetodene i de nye TBC flytskjemaene skiller mellom midlertidig ( fra 3 mnd. til 2 år) og permanente opphold. Disse trådte i kraft 15.10.14

-M.h.t.arbeidsgivere ble det nevnt et standardbrev til disse. Vi drøftet hvorvidt noen kjenner til om det finnes et slikt standardbrev, og er takknemlige dersom vi i så fall kan få en tilbakemelding om det.

-Tuberkuloseprogrammet i en kommune må vise hvem som er ansvarlige for de enkelte oppgaver. Et problem er at helsesøster på sitt helsepersonellnummer ikke kunne få svar på for eksempel blodprøver. Det betyr at blodprøver og røntgen må bestilles i legens navn og legen får svarene. Dette gjør informasjonsflyten uoversiktlig.

-Knut Omdal: De har i Vindafjord utviklet et elektronisk dataprogram, system X som er tatt i bruk. Etne kommune tar dette i bruk fra desember. Prøvesvarene kommer pr i dag ikke inn elektronisk. Det ble nevnt som et problem at man må ha en egen enhet i

Helsenett. Referenten er takknemlig om de/den som har kunnskap om dette kunne redegjøre litt mer på dette punktet.

Programmet vil bli gjort kommersielt tilgjengelig.

Knut Omdal kom med følgende kommentar til det første referatet: «Jeg har følgende kommentarer til referatet: Mht dataprogram og helsenett: Helsestasjonene ligger i dag som en enhet under kommunen. De har tilknytning opp mot Sysvak, men er ikke på helsenett. For å komme på helsenett, må helsestasjonene registreres som egen enhet i helsenett. Dette medfører en del arbeid, men er av rent formalistisk natur. Fremtiden – også for helsestasjonsprogram – er digital kommunikasjon. Dette arbeidet må derfor gjøres på et eller annet tidspunkt»

-Ruveida har foreslått for FHI at vaksinasjonsprogrammet SYSVAKS også bør kunne utvikles og brukes som en base hvor man kan registrere TBC screenings resultat. Da vil data på en enkelt måte bli tilgjengelig uavhengig av hvor i landet personen befinner seg.

Kommentar fra Omdal: « Ad Ruveidas forslag om Sysvak og Tbc screening  
Jeg anførte på møtet, og gjentar dette nå: Et slikt åpent system, strider mot datatilsynets regelverk.»

-Ann Iren understreket fastlegens rolle. Fastlegen har en veldig viktig rolle, Det er nytt at kopi av TBC henvisning fra kommunehelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten skal sendes fastlegen. Andel IGRA positive på den enkelte fastleges liste vil i stor grad avspeile forekomsten i listepasientenes fødeland.

Fastlegen bør:

- vite om IGRA-positive personer på sin liste.
- være oppmerksom på typiske symptomer på tuberkulose hos IGRA-positive personer (langvarig hoste, nattesvette, lymfeknutesvulst, vekttap, nedsatt allmenntilstand).
- være oppmerksom på risikofaktorer for utvikling av tuberkulose hos IGRA-positive personer (se listen over) og eventuelt vurdere å henvise med tanke på oppstart av forebyggende behandling

forsikre seg om at IGRA-positive personer forstår hva dette innebærer; at de er friske og ikke kan smitte andre, men at de har økt risiko for å utvikle tuberkulose og må kontakte lege ved vedvarende symptomer over 3 uker.

TB nettverket bør være i dialog med fastleger for å få innspill fra denne gruppen.

Laila har arbeidet i hjemmesykepleien i 4 år, og delte erfaringer med tbc-behandlingen DOT ("direct observed treatment"). Ofte går det greit, men en del ganger møter man problemer der en ikke hadde ventet det. Noen ganger hadde det vært ønskelig med tolk. Det ble ellers vist til eksempel fra Stavanger, der de bruker Skype i observasjonen av tablettinntaket.

- Det er vanskelig å få fastlege til å møte på behandlingsmøtene da det ofte er korte frister på innkallingen (selv om det er takst 14). Det er dessuten ofte en del ventetid for å få avsatt tid hos fastlegen. Smittevernlegene møter opp i varierende grad når det gjelder forebyggende behandling, men møter alltid ved behandlingsmøter ved aktiv TB sykdom

-Videre er det et problem at pasientene ikke får fastlege før de har fått personnummer, og en er da avhengige av politi og folkeregister, hvor det ofte er forsinkelser. Dermed blir det også vanskelig å 'få koblet inn' fastlegen når pas. på behandling for eksempel får bivirkninger, eller andre plager som trenger legetilsyn. Hyppige skifte av legevikarer er et annet problem. I Sauda legesenter har det for eksempel vært 23 legevikarer i det foregående år (men situasjonen er bedre nå).

-Eva Schmidt redegjorde for sitt arbeid i behandlingsskjeden, dvs. på lungepoliklinikken. Det er viktig at henvisningene som kommer til vurdering er fullstendige, og inneholder alle opplysninger om Quantiferontest, røntgen u.s. og behovet for tolk; om det er påkrevet eller ikke, og evt. hvilket språk. Det oppfordres til at alle bruker det nye henvisningsskjema som ligger i tuberkuloseveilederen. Kommunene må implementere henvisningsskjema i sine datasystem. Det er tilgjengelig både i Word og PDF utgave

Hvem har ansvar for studenter? Nå kommer de første kullene som ikke har hatt obligatorisk BCG vaksine.

Alle som skal begynne i arbeid for eksempel i Helse Fonna, anbefales BCG vaksiner, og arbeidsgiver plikter altså å beskytte arbeidstakere for skadelige agens, også mikrobiologiske.

Arbeidsgiver skal i henhold til Forskrift om vern av arbeidstakerne mot farer ved arbeid med biologiske faktorer (Direktoratet for arbeidstilsynet, 2002) som er gitt med hjemmel i arbeidsmiljøloven, sørge for at arbeidstakerne tilbys sikker og effektiv vaksinasjon mot biologiske faktorer de kan bli eksponert for. Tuberkulosebakterien (*Mycobacterium tuberculosis*) er i forskriften definert som en biologisk faktor. Det vises for øvrig til Arbeidstilsynets veileder til forskriften. Risikovurdering er arbeidsgivers/utdanningsinstitusjonens ansvar. Arbeidsgiver skal dekke utgiftene ved BCG-vaksinasjon av smitteutsatte arbeidstakere.

- [Arbeidstilsynets veileder](#)  
Utdanningsinstitusjonen har ansvar for BCG-vaksinasjon av smitteutsatte helsefagstudenter. Dette kan gjøres i samarbeid med kommunehelsetjenesten for studiestedet eller hjemstedet.  
Andre smitteutsatte personer kan vaksineres av kommunehelsetjenesten.  
Vaksinasjon av tuberkulinnegative personer mot tuberkulose skal være gratis for den enkelte som er i målgruppe for vaksinasjon. Reiseutgifter i forbindelse med frammøte til tuberkuloseundersøkelse eller vaksinasjon skal dekkes for den enkelte (se merknad til Tuberkulosekontrollforskriften § 3-1, tredje ledd)

Utover målgruppene nevnt i dette kapitlet vil BCG ikke være en programvaksine, og den må derfor rekvireres av lege. Kostnadene til slik vaksinasjon må dekkes av den enkelte. Selve vaksinen vil være gratis.

Et annet problem er at de studenter som er på (kortvarige, ofte opp mot 3 mnd.) opphold i høyinsidens land må screenes etter hjemkomst.

Da bør QFT tas 8-10 uker etter hjemkomst - hvem passer på at dette skjer?

Skolen/utdanningsinstitusjonen har plikt til å tilby BCG vaksine (bla. Folkehøgskoler).

Skolen skal betale helsestasjonen for å vaksinere. Vaksinen er gratis for barn.

Arbeidsgiver har også plikt til å tilby vaksine.

### **Hvilke oppgaver skal tbc-nettverket begynne med?**

Vi drøftet problemområder, og behovet for en kartlegging. Det syntes å være enighet om at screening peker seg ut som et hovedområde for kartlegging m.h.t. tbc-kontroll.

Hvem har ansvaret for familiegjenforening, flyktninger og arbeidsinnvandrere?

A. Vi starter med en kartlegging av screening. Vi skal utarbeide et registreringsskjema.

Spørsmålsstillinger:

1. Hvor lang tid tar det fra pasienten kommer til kommunen til screeningen er gjennomført, dvs. til beslutning er tatt om at pasienten henvises til spesialist dette at dette ikke er nødvendig (i så fall er screening ferdig). Hvor lang tid tar de enkelte ledd underveis, som tid før melding blir mottatt fra politiet, tid før quantiferon og røntgen. thorax er tatt.

2. Hvor komplett er gjennomføringen av screening, dvs. er det noen (evt. mange?) av de som meldes kommunehelsetjenesten, som ikke fullføre (pga flytting eller andre årsaker?)

B. Tuberkuloseplan i kommunene. Vi oppfordrer alle kommuner til å sende inn oppdaterte planer for tuberkuloseomsorgen. Ved gjennomgang vil tbc-nettverket bidra til å kvalitetssikre disse, ikke minst i lys av nyere forskrifter.

### **Hvordan arbeider tbc-nettverket framover?**

Vi (Ann Iren Muren Olsen og Knut Skaug) skriver et referat som sendes til alle møtedeltakere for godkjenning. I tillegg utarbeider vi et registrerings skjema for screening. Dette planlegger vi å sende ut relativt snart. Det er ønskelig å registrere i 3 måneder.

Etter godkjenning i gruppen som var til stede på startmøtet, kan referatet og skjemaer sendes til smittevernlege og/eller helsesjefer i kommunene.

Det ble foreslått at neste møte holdes etter at vi har gjennomført en 3-måneders registrering av screening. Det er da aktuelt å be om at en repr. fra politiet kommer, for en kan drøfte hvordan samhandlingen kan bedres og forsinkelsen for meldingen fra politiet reduseres. Et annet spørsmål er hva kan en gjøre for å få tak i de som ikke møter til screening (etter innkalling). Hva med arbeids- og oppholdstillatelse for disse? Trekket tillatelsen? De kan visstnok søke om å få tillatelse innvilget for 4 år om gangen.

Et annet problem som ble løftet opp, spes. fra Karmøy og Haugesund, var barna spesielt til arbeidsinnvandrere, som kommer i barnehager og skoler uten å være screenet først. Dette må vi tydeligvis arbeide mer med, og vi får konkretisere det mer i neste møte.

Møte form: Vi drøftet muligheten for å ha elektroniske møter. Legene på Haugalandet har benyttet et system "GoToMeeting". På sykehuset har vi et system "Lync". Dette får vi undersøke nærmere. I den skrivende stund er vi ikke kommet lengre med dette.

Etter et års tid kan det være aktuelt med en fagdag om tuberkulose.

Vennlig hilsen

Knut Skaug  
Leder av tuberkulosenettverket