

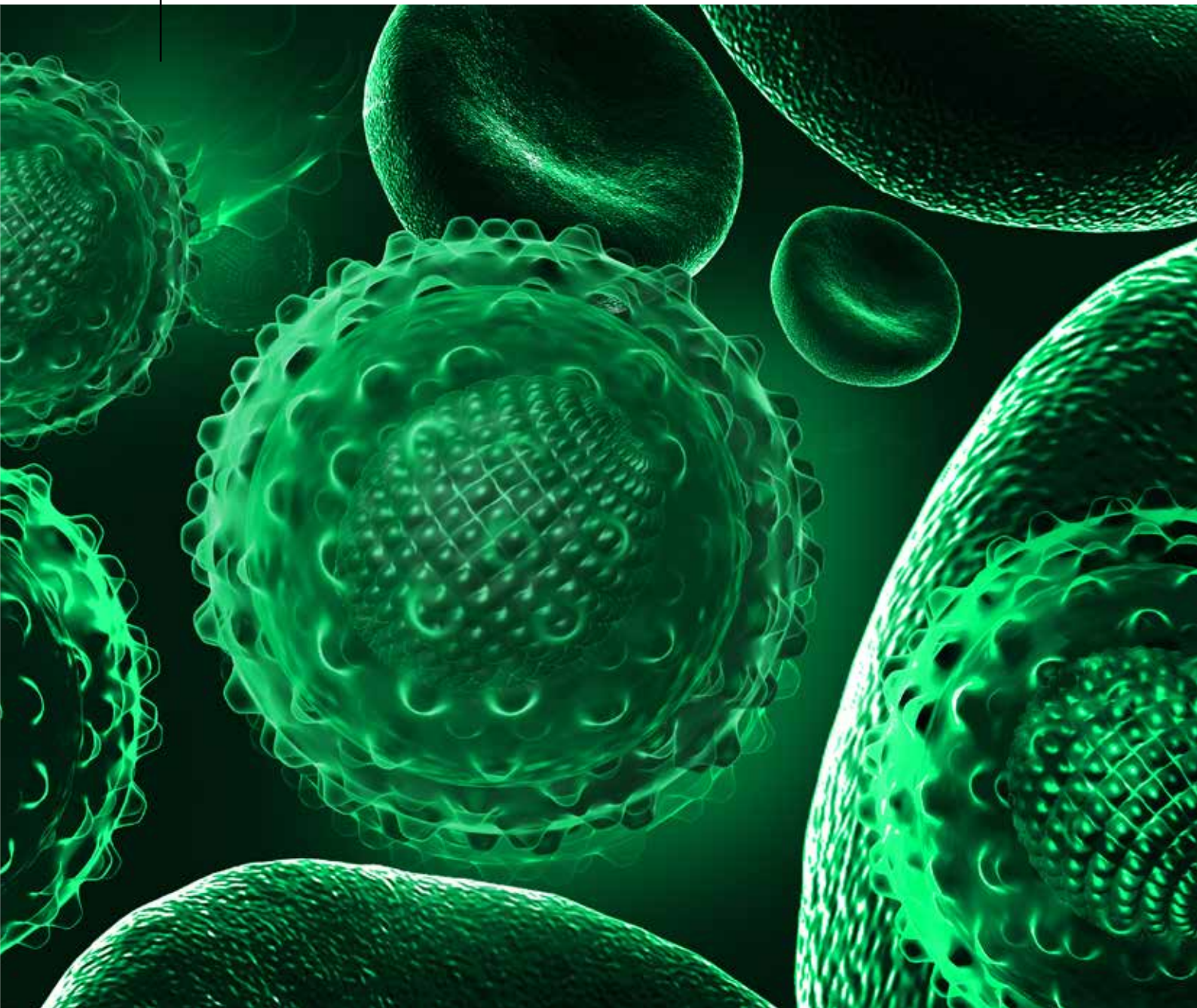


Helse- og
omsorgsdepartementet

Strategi

Nasjonalt strategi mot hepatitter

2018–2023



Innhold

1	Innledning	3
2	Status for oppfølging av tiltaksområdene (2016–2018)	4
2.1	Kunnskap om omfanget av hepatitter i befolkningen og i utsatte grupper	4
	Insidensovervåkning gjennom MSIS	4
	Prevalensstudier blant personer som tar stoff med sprøyter	4
	Estimert insidens, prevalens og sykdomsbyrde av hepatitt C blant personer som tar stoff med sprøyter	4
	Studie på effekt av behandling	4
2.2	Tiltak	5
	Utdeling av rent brukerstyr til personer som tar stoff med sprøyter	5
	Informasjonsarbeid rettet mot rusavhengige	5
	Økt testaktivitet for å avdekke infeksjon med hepatitt B og C	5
2.3	Økt forekomst av hepatitt C og B blant innvandrere	6
2.4	Seksuell overføring	6
2.5	Hepatitt B-screening av gravide	6
2.6	Innføring av hepatitt B-vaksine i barnevaksinasjonsprogrammet	6
2.7	Nye legemidler	6
3	Utfordringsbildet høsten 2018	7
3.1	Behandling	7
3.2	Forebygging	8
3.3	Overvåkning	9
4	Mål og overordnede prioriteringer for perioden 2018 – 2023, med fokus på hepatitt C	10
4.1	Mål	10
5	Tiltak for å redusere smitten av hepatitt C blant personer som tar stoff med sprøyter	11
5.1	Ansvarsfordeling	11

1 Innledning

Virale hepatitter er en samlebetegnelse på flere forskjellige sykdommer forårsaket av hepatittvirusene A, B, C, D og E. Fellesnevneren er at alle virusene hovedsakelig angriper leveren. Symptomene har mange likhetspunkter, men virusene har svært ulike egenskaper. Smittemåte og klinisk forløp er forskjellig. Leverbetennelse som følge av hepatittinfeksjon er et globalt helseproblem. WHO's visjon for hepatittområdet er: «En verden der det ikke skjer smitte av hepatitt og alle har tilgang til trygg og effektiv behandling».¹ Som ledd i det globale arbeidet vedtok Verdens helseforsamling (WHA) i 2014 en resolusjon som oppfordrer alle land til å utarbeide nasjonale strategier for å bekjempe hepatitt. I 2017, under «World Hepatitis Summit» hvor også Norge deltok, vedtok man «Sao Paulo Declaration on Hepatitis» som ytterligere forsterker landenes forpliktelser til å eliminere hepatitter som en trussel mot folkehelsen.

Helse- og omsorgsdepartementet lanserte i juni 2016 en nasjonal strategi mot virale hepatitter. Hovedbudskapet var at hepatittforekomsten i den generelle befolkningen i Norge er lav og mulighetene for forebygging og behandling er gode. Basert på sterke kunnskapsmiljøer og godt utbygde meldesystemer har vi god beredskap for å håndtere smitteutbrudd. Dette har ikke endret seg. Strategien var likevel tydelig på at det var utfordringer i utsatte grupper og at det derfor var nødvendig å iverksette tiltak på ulike områder.

For flere av tiltaksområdene i strategien har det skjedd mye. For eksempel er vaksine mot hepatitt B innført i barnevaksinasjonsprogrammet og alle gravide skal fra juni 2018 tilbys testing for hepatitt B-virus. En nærmere beskrivelse av status for hvert av tiltaksområdene følger under kapittel 2.

Situasjonsbildet for hepatitt A, B, D og E er i liten grad endret siden 2016 og det synes ikke å være behov for å endre strategien på disse områdene. Siden strategien ble lagt frem i 2016, har imidlertid behandlingstilbudet for dem som er smittet med hepatitt C endret seg betydelig. Markedsgodkjenning av flere nye legemidler og anbuds konkurranser for innkjøp av hepatitt C-legemidler i de regionale helseforetakene har ført til en vesentlig reduksjon i pris på behandling av hepatitt C-infeksjon. Dette har gjort at stadig flere personer smittet med hepatitt C får tilbud om ny, effektiv behandling som fører til at 95 prosent blir helbredet etter 12 uker. Fra 1. februar 2018 fikk alle med hepatitt C-infeksjon tilgang til denne behandlingen. Dette har endret rammebetingelsene for strategien og danner grunnlaget for revisjonen.

¹ For mer informasjon om WHO's arbeid med hepatitter se: <http://who.int/topics/hepatitis/en/>

2 Status for oppfølging av tiltaksområdene (2016–2018)

2.1 Kunnskap om omfanget av hepatitter i befolkningen og i utsatte grupper

Insidensovervåking gjennom MSIS

I Norge overvåkes forekomsten av hepatitt B og C gjennom meldesystemet for smittsomme sykdommer (MSIS). Det er flere forhold som fører til at den rapporterte forekomsten av nye tilfeller (kalles insidens) av hepatitt C- og B-infeksjon ikke alltid er et uttrykk for den reelle forekomsten. Sykdommen har et langvarig forløp, tilbudet om testing når ikke alle aktuelle, laboratorie-testen skiller ikke mellom nysmitte og smitte som har skjedd for mange år siden og meldedekningen blant klinikere har vært synkende i de senere år osv.

I 2017 ble det meldt 453 tilfeller av hepatitt B. Av disse var 16 tilfeller meldt som akutt hepatitt B til meldesystemet for smittsomme sykdommer (MSIS) og 437 som kronisk hepatitt B.

Hepatitt C har vært meldingspliktig til MSIS siden 1990. Etter 1990 er det meldt ca. 20 000 tilfeller. I perioden 1992-2008 var det bare tilfeller med symptomer på akutt sykdom som var meldingspliktige. I 2016 ble meldingskriteriene på nytt endret slik at bare de som er HCV-RNA-positive (pågående, kronisk infeksjon) blir meldt til MSIS. Det har vært en nedgang i antall årlige meldte tilfeller siden 2008. I 2017 ble det meldt 643 tilfeller av hepatitt C-infeksjon til MSIS. Majoriteten av dem som smittes med hepatitt C i Norge blir smittet gjennom å ta stoff med sprøyter.

Prevalensstudier blant personer som tar stoff med sprøyter

Helseundersøkelsen blant personer som tar stoff med sprøyter i Oslo er gjennomført regelmessig i perioden 2001- 2015 ved såkalte prevalensstudier. Prevalens sier noe om hvor mange som på et gitt tidspunkt lever med en sykdom eller en tilstand. Prevalensen av kronisk hepatitt C har vært stabil mellom 40-50 prosent, mens prevalensen av hepatitt B har variert fra 4 prosent i starten av perioden til 0,8 prosent i slutten av perioden hos personer som tar stoff med sprøyte.

I 2017 ble det gjennomført en prevalensstudie blant personer som tar stoff med sprøyter i et utvalg døgninstitusjoner (TSB) i østlandsområdet. Prevalensen av kronisk hepatitt C i dette utvalget var 41 prosent (95 prosent CI 29-53) (upublisererte data).

Estimert insidens, prevalens og sykdomsbyrde av hepatitt C blant personer som tar stoff med sprøyter

Folkehelseinstituttet har, i samarbeid med ulike aktører, med matematisk modellering beregnet insidensen, prevalensen og sykdomsbyrden av hepatitt C blant personer som tar stoff med sprøyter i Norge for perioden 1973-2030². Modellen beregner antall med kronisk hepatitt C blant personer som tar eller har tatt stoff med sprøyter til å være i overkant av 7000. Antall nysmittet årlig er beregnet til ca. 400, ca. 1400 med levercirrhose, 30-40 med leverkreft og 40 dødsfall relatert til hepatitt C-infeksjon.

Studie på effekt av behandling

Gjennom Forskningsrådets program for klinisk forskning, BEHANDLING, ble det i 2017 tildelt 16,7 millioner kroner til Helse Bergen for å gjennomføre et prosjekt rettet mot hepatitt C og personer som tar stoff med sprøyter. Prosjektet vil undersøke behandling av kronisk hepatitt C sammen med LAR-behandling og sammenligne dette med standardbehandling. Dette vil de gjøre gjennom en randomisert kontrollert klinisk studie parallelt med at det utvikles et regionalt helseregister og biobank for dem i LAR. Prosjektet vil være et regionalt samarbeid mellom Bergen, Stavanger og Sandnes med både primær- og spesialisthelsetjeneste samt tett involvering av brukerorganisasjoner.

² Meijerink H, White RA, Lovlie A, de Blasio BF, Dalgard O, Amundsen EJ, et al. Modelling the burden of hepatitis C infection among people who inject drugs in Norway, 1973-2030. BMC infectious diseases. 2017;17(1):541.

2.2 Tiltak

Kommunene har hovedansvaret for det forebyggende arbeidet mot hepatitter. Flere kommuner jobber nå aktivt for å eliminere hepatitt C blant personer som tar stoff med sprøyter. Bergen kommune har definert klare målsetninger og innledet et forpliktende samarbeid med Helse Bergen, der målet er å eliminere hepatitt C blant personer som tar stoff med sprøyter innen 2026. Et tilsvarende arbeid er nå påbegynt i Oslo kommune.

De viktigste konkrete tiltakene for å forebygge smitte er:

Utdeling av rent brukerstyr til personer som tar stoff med sprøyter

De siste årene er det årlig blitt distribuert i underkant av 3 millioner sprøyter og sprøyteutstyr gjennom ulike lavterskeltilbud i norske kommuner. I 2016 ble det distribuert 1,4 millioner sprøyter/brukerstyr i Oslo. Norge er blant de land i Europa med høyest antall sprøyter utdelt per sprøytebruker.

Som oppfølging av Nasjonal overdosestrategi (2014–2017) har forskningsinstituttet KORFOR i Helse Vest fått et fireårig oppdrag for å kartlegge utdelingen av brukerstyr til rusmiddelbrukere i norske kommuner. KORFOR leverte første rapport i november 2017. Svarene er koblet med data fra Brukerplan og overdosedata fra Dødsårsaksregisteret. Av kartleggingen går det fram at en firedel av kjente sprøytebrukere i landet bor i kommuner der det ikke er tilgang på sterilt brukerstyr. Helsedirektoratet sendte på denne bakgrunn, i april 2018, et brev til alle landets kommuner der det ble minnet om at kommunene skal ha ordninger som gjør brukerstyr for injeksjon enkelt tilgjengelig for alle injiserende stoffmisbrukere som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Helsedirektoratet anbefalte i brevet også at det deles ut kokekar, filtre, våtservietter med desinfeksjonssprit («swabs»), sterilt vann og askorbinsyre. Direktoratet har videre bedt fylkesmennene om å følge med på om utdeling av nødvendig brukerstyr er en del av planen for kommunens helse- og omsorgstjeneste, og at det er etablert tiltak som gjør brukerstyr enkelt og gratis tilgjengelig.

Informasjonsarbeid rettet mot rusavhengige

I 2018 ga Helsedirektoratet 300 000 kroner i tilskudd til Pro LAR Nett og Fagrådets Hepatittbuss. Formålet med tilskuddet er å bidra til et nasjonalt informasjons- og screeningprosjekt. Prosjektets formål er å informere og screene pasienter i døgninstitusjoner innenfor Tverrfaglig Spesialisert Behandling (TSB). Prosjektet skal ikke starte behandling av pasienter ved påvist smitte. Det å bli virusfri (HCV-fri) samtidig som en arbeider med sin avhengighet har, av flere forskere på feltet, blitt ansett som svært positivt for videre fremgang. Helsedirektoratet har også gitt støtte i 2015 og 2018 til helseundersøkelsen av personer som tar stoff med sprøyter. Hepatitter er en del av denne undersøkelsen. For 2018 var støtten 200 000 kroner.

Økt testaktivitet for å avdekke infeksjon med hepatitt B og C

Folkehelseinstituttet og mange andre instanser i Norge har siden 2013 deltatt i den årlige europeiske testkampanjen for økt hiv-testing. Siden 2015 har kampanjen også inkludert hepatitt B- og C-testing. Kampanjen skal bevisstgjøre befolkningen og samtidig minne leger på at det er viktig å tilby hiv- og hepatitt-tester til personer som har vært i en risikosituasjon eller som har symptom på sykdom. For å målrette hepatitt-testing blant innvandrere har Folkehelseinstituttet siden 2016 publisert oppdaterte lister over land med høy forekomst av hepatitt B og C. Asylsøkere og andre nyankomne innvandrere som kommer fra disse landene bør tilbys undersøkelse. ProLAR Nett har i sin informasjonsvirksomhet lagt vekt på hepatitt C-testing og har også i en periode tilbudt hepatitt C-hurtigtester. Økt oppmerksomhet på hepatitt C-testing blant menn som har sex med menn er vektlagt i Folkehelseinstituttets veiledere og i arbeidet som utføres av Olafiaklinikken og Helseutvalget.

2.3 Økt forekomst av hepatitt C og B blant innvandrere

Data fra MSIS viser at ca. 25 prosent av personer meldt med hepatitt C er født utenfor Norge. 51 prosent av disse er født i Europa eller Nord-Amerika (vestlige innvandrere). De vanligste fødelandene er Sverige, Polen, Russland og Litauen. 39 prosent er ikke-vestlige innvandrere. De vanligste fødeland for denne gruppen er Pakistan, Vietnam, Somalia, Iran, Thailand og Eritrea. Ca. 10 prosent er født i utlandet, men med ukjent fødeland. De aller fleste av innvandrerne er antatt smittet med hepatitt C ved sprøytebruk, men mange er også smittet i helseinstitusjoner eller ved blodtransfusjoner i utlandet.

Flyktingestrømmen i 2015 gjorde at antallet i Norge med hepatitt B økte. Dette ble håndtert innenfor det løpende smittevernarbeidet i kommunene i samarbeid med spesialist-helsetjenesten. Det er nå innført mer målrettet tilbud om testing av nyankomne flyktinger og asylsøkere. Informasjonsbrosjyrer om hepatitt beregnet på asylsøkere er utarbeidet på fem språk av Folkehelseinstituttet.

2.4 Seksuell overføring

Regjeringens politikk mot seksuell overføring av infeksjoner er forankret i strategi for seksuell helse som ble lagt frem i 2016. Arbeidet mot seksuell overføring av hepatitter inngår som del av tilskuddsordningen for arbeid innen hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner som forvaltes av Helsedirektoratet.

2.5 Hepatitt B-screening av gravide

Tilbud om testing av gravide for hepatitt B, på linje med testing for hiv og syfilis, er vesentlig for å kunne gi tilbud om behandling og profylakse for å hindre smitte ved fødsel. Bestillerforum for de regionale helseforetakene besluttet 20. november 2017 at det bør innføres masseundersøkelse for hepatitt B-screening av gravide. Basert på beslutningen har Helsedirektoratet tatt dette inn i de reviderte retningslinjene for svangerskapsomsorg av juni 2018.

2.6 Innføring av hepatitt B-vaksine i barnevaksinasjonsprogrammet

Hepatitt B-vaksine ble fra 2017 del av barnevaksinasjonsprogrammet. Denne vaksinen beskytter meget effektivt mot hepatitt B-smitte. Foreløpige undersøkelser har vist at innføringen av hepatitt B-vaksinasjonen til alle barn er blitt godt mottatt i befolkningen.

2.7 Nye legemidler

Fra 2014 har flere nye, direktevirkende antivirale legemidler til behandling av hepatitt C-infeksjon fått markedsføringstillatelse og er blitt tatt i bruk i Norge. Behandlingen går vanligvis over 12 uker, og gjør 95 prosent av pasienter som er smittet med hepatitt C varig virusfrie og uten særlige bivirkninger. Legemidlene har imidlertid vært høyt priset, med kostnader opp mot 500 000 kroner per behandling. Flere konkurrerende produkter fra ulike firma har etter hvert kommet på markedet. Dette har gjort at Sykehusinnkjøp divisjon legemidler har sikret lavere innkjøpspriser de siste årene.

Status i dag er derfor at alle som er smittet med hepatitt C, uansett grad av leverskade, kan få tilbud om de nye, effektive legemidlene.

Det er de regionale helseforetakene som har finansieringsansvaret for legemidler mot hepatitt B og C. Lege ved medisinsk poliklinikk/infeksjonspoliklinikk starter behandlingen før primærhelsetjenesten og LAR-klinikkene følger opp pasienten videre.

3 Utfordringsbildet høsten 2018

Utfordringsbildet for alle de fem hepatittvirusene har i all hovedsak ikke endret seg siden den opprinnelige strategien ble lagt fram i 2016: Forekomsten av hepatittinfeksjoner i den generelle befolkningen er lav. Smitte og infeksjon av hepatitt A, D og E håndteres godt som en del av det generelle smittevernarbeidet. For hepatitt B kan vi forvente at innføringen av hepatitt B-vaksine i barnevaksinasjonsprogrammet, og det at alle gravide nå skal testes for hepatitt B-smitte, på sikt gjør at færre blir smittet og vil trenge behandling for hepatitt B. Årlig meldes det 400-500 nye tilfeller med kronisk hepatitt B, primært innvandrere smittet før ankomst til Norge. Dette vil fortsatt representere en behandlingsmessig utfordring.

For hepatitt C er fortsatt hovedutfordringen det høye antall smittede blant personer som tar stoff med sprøyter. Et bedre behandlingstilbud til en lavere pris har derimot gjort det mulig målsette eliminasjon av hepatitt C blant denne gruppen. Hovedutfordringen i 2018 er derfor hvordan vi gjennom forebygging, behandling og overvåkning på best mulig måte kan eliminere hepatitt C-viruset i denne gruppen.

3.1 Behandling

Det er kun spesialister i de regionale helseforetakene som kan skrive ut resept på de nye legemidlene. Fra disse ble tilgjengelige i perioden 2014 til juni 2018 har om lag 5000 pasienter fått behandling. Tall fra Akershus Universitetssykehus tyder på at de som har fått behandling i hovedsak har vært personer som er smittet gjennom rusmiddelbruk, men som ikke lenger tar stoff med sprøyte, og personer som er smittet før de migrerte til Norge. De som fortsatt tar stoff med sprøyte, nyttiggjør seg i liten grad av behandlingstilbudet. Dette er en utfordring.

Målet om eliminasjon kan neppe nås uten at spesialisthelsetjenesten tilpasser sitt tilbud slik at det effektivt når alle rusmiddelbrukere med hepatitt C.

I Bergen skjer denne tilpasningen ved at utredningen og behandling av hepatitt C skjer i LAR-klinikkene, mens behandlingen forskrives av spesialist i infeksjonsmedisin ved Haukeland Universitetssykehus. I Oslo, hvor LAR-behandling er mindre sentralisert, er det utviklet en modell hvor kommunalt ansatte sykepleiere og en allmennlege hepatitt C-tester brukere av et allerede eksisterende lavterskel helsetilbud i Oslo sentrum. En spesialist i infeksjonsmedisin ved Akershus Universitetssykehus skriver ut resept på hepatitt C-legemidlene. Tilbudet har eksistert siden 2013 og mer enn 500 personer er testet, 334 er identifisert med kronisk hepatitt C og 161 har mottatt behandling.

En særlig utfordring ser ut til å være å få testet rusmiddelbrukere for hepatitt C og raskt få henvist dem som er smittet til spesialisthelsetjenesten. Fastlegene har en sentral rolle i å fange opp dem som er smittet, men ikke er henvist. Andre arenaer med potensial for mer testing er fengsler og institusjoner som tilbyr døgnbasert tverrfaglig spesialisert behandling (TSB). Disse institusjonene mottar antagelig 500-1000 hepatitt C-pasienter årlig og kan derfor være særlig egnede arenaer for å nå personer som ellers har lite kontakt med helsevesenet.

Hepatitt C-legemidler forskrives på H-resept. Det er helseforetakene som avgjør hvem som kan skrive ut H-resepter. På sikt bør det vurderes om også allmennleger kan få rett til å forskrive hepatitt C-behandling.

Erfaringer fra andre land viser at det er krevende å eliminere hepatitt C fra gruppen av personer som tar stoff med sprøyter gjennom behandling (se faktaboks). Blant dem som har en kronisk hepatitt C-infeksjon, er den største delene i aktiv rus, mens gruppene i LAR, personer som tidligere har tatt stoff med sprøyter og dem som aldri har tatt stoff med sprøyte, går ned. Gruppen i aktiv rus kan være spesielt vanskelig å nå da de sjelden søker aktiv helsehjelp.

Erfaringer knyttet til eliminasjon av hepatitt C i andre land

Mange land har startet arbeidet med å eliminere hepatitt C. Under World Hepatitis Summit i Brasil i november 2017 ble fire land i WHO's Europaregion vurdert å være i rute i gjennomføringen av en slik strategi. Disse er Nederland, Tyskland, Island og Georgia. I tillegg regnes Australia å være langt fremme i arbeidet. Andre land som er vel i gang med en slik strategi er Sveits, Spania og Portugal.

Det er beregnet at man må behandle minst 7 prosent av det totale antall hepatitt C-smittede årlig og at alle bør tilbys behandling uavhengig av sykdomsutvikling. Erfaringer fra landene har til nå vist at ved siden av legemiddelbehandling er det to viktige forutsetninger for å lykkes:

- Intensivere skadeforebyggende tiltak som sprøytetilgjengelighet for aktive rusmiddelbrukere
- Intensivere tiltak for å finne de udiagnostiserte tilfellene. Enkelte land har gjort dette ved å innføre en mer generell screening for hepatitt C ved sykehusinnleggelses, besøk på skade- og legevakter og lignende.

Fra januar 2016 har alle personer med hepatitt C-infeksjon på Island fått tilbud om behandling med de nye hepatitt C-legemidlene. Dette har vært knyttet til en forsterket innsats for å få flere til å teste seg. Personer som injiserer stoff, fanger og pasienter med avansert leversykdom har vært prioriterte grupper. De første resultatene fra oppfølgingsstudier tyder på at forekomsten av hepatitt C-virus i blodet hos personer som injiserer stoff er i ferd med å gå ned. Legemiddelfirmaet som leverer legemidlene dekker alle utgifter til legemidler de første tre årene av prosjektet.

Utfordringer:

- Identifisere dem som har hepatitt C, men som ikke er kjent med at de har sykdommen
- Knytte pasienter som er diagnostisert med kronisk hepatitt C til behandler
- Sikre at alle pasienter med hepatitt C får behandling
- Sikre trygg og effektiv behandling overfor pasientgruppen
- Tettere samarbeid med primærhelsetjenesten

3.2 Forebygging

Tilgang til rent brukerstyr sammen med informasjon regnes som de beste forebyggende tiltakene mot hepatitt C-smitte.

Rapporten fra KORUS viser blant annet at en firedel av kjente sprøytebrukere bor i kommuner som ikke deler ut brukerstyr, og at 19 større kommuner med en relativt omfattende rusproblematikk ikke deler ut brukerstyr. Det går videre fram av rapporten at det er svært varierende hva slags brukerstyr som deles ut.

Kommunene har etter lov om vern mot smittsomme sykdommer plikt til å arbeide forebyggende og å gi informasjon. Dette kan effektivt skje ved å etablere lavterskel tiltak, som for eksempel utdeling av kondomer og rent brukerstyr, tilbud om informasjon, gratis undersøkelser og vaksine mot hepatitt A og B.

3.3 Overvåkning

For å kunne følge utviklingen av hepatitter brukes det ulike metoder i overvåkingen: insidensovervåking, regelmessige prevalensundersøkelse, matematisk modellering og gjentatte registerkoblinger, hver med sine styrker og svakheter.

Utfordringer for overvåkingen av hepatitter:

- MSIS gir ikke et komplett bilde av antall personer med hepatitt B og C i Norge
- Mangelfulle opplysninger om hepatitt B- og C-infeksjon knyttet til tilstand i ulike registre. For eksempel gir ikke Dødsårsaksregisteret et fullstendig bilde av hepatitt B og C som dødsårsak fordi slike dødsfall kodes på forskjellig måter og ikke nødvendigvis nevner hepatitt B- og C-infeksjon
- Manglende fødselsnummer i MSIS gir begrensninger i koblingsmuligheter (gjelder spesielt hepatitt B-infeksjoner fra tidligere årganger)
- For enkelte registre er det tidkrevende å få tilstrekkelige godkjenninger for koblinger av registre
- Arbeidet med koblinger og analyser er ressurskrevende

Ettersom insidensovervåking av en langvarig asymptomatisk infeksjon er krevende, vil regelmessige prevalensstudier i risikoutsatte grupper og den generelle befolkningen fortsatt være et nødvendig supplement til dagens infeksjonsovervåking, og det målet som enklest gir et bilde av forekomsten av hepatitt C blant personer som tar stoff med sprøyter over tid. Undersøkelsene bør også inneholde informasjon om risikoatferd.

Utfordringen med slike studier er at de kan være ressurskrevende å gjennomføre. Løsninger som blant annet innebærer bruk av døgninstitusjoner (TSB) og samarbeid med lavterskeltilbud i kommunene (som ved Helseundersøkelsen i Oslo og Bergen) bør vurderes. Det vil også være ønskelig å utnytte andre metoder som innsamlinger av blodprøver fra relevante grupper og fra den generelle befolkningen (eksempelvis blodgivere og gravide).

Informasjon om konsekvenser av hepatitt B- og C-infeksjon kan gjøres tilgjengelig ved å koble MSIS med sentrale helseregistre som Dødsårsaksregisteret, Kreftregisteret, Norsk Pasientregister, Reseptregisteret og Norsk Transplantasjonsregister.

Gjennom etablering av MSIS-databasen på FHI vil informasjon om antall testet for hepatitt B og C automatisk overføres fra landets laboratorier til en nasjonal lab-database. Dette vil gi et bedre grunnlag for å vurdere om endringer i den observerte insidensraten (meldte tilfeller til MSIS) skyldes endring i forekomst eller testaktivitet. Data fordelt på risikogrupper vil derimot ikke bli tilgjengelig. På sikt arbeides det mot opprettelse av et nasjonalt infeksjonsregister. Manuelle koblinger vil da ikke lenger være nødvendig.

4 Mål og overordnede prioriteringer for perioden 2018 – 2023, med fokus på hepatitt C

4.1 Mål

1. I tråd med WHO's målsetting redusere forekomsten av hepatitt C med 90 prosent i hele befolkningen
2. Ingen i Norge skal dø eller bli alvorlig syk forårsaket av hepatitt C-virus.

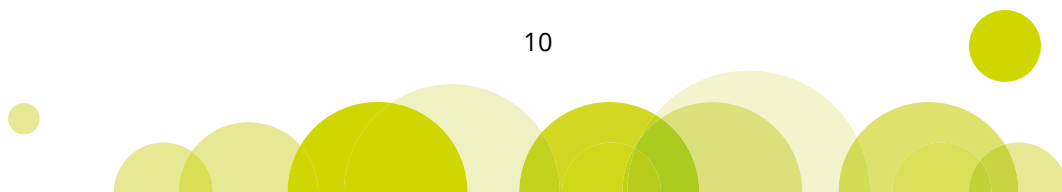
Studier fra andre land har vist at det finnes flere effektive tiltak for å redusere sykdomsbyrden av hepatitt C som økning i dekning av rent brukerutstyr, legemiddelassistert rehabilitering og økt behandling av personer med hepatitt C-infeksjon.

Analysen utført av Folkehelseinstituttet³ viser at både økt tilgang på rent brukerutstyr, mer bruk av legemiddelassistert rehabilitering og økt screening for og behandling av alle med hepatitt C-infeksjon hver for seg vil ha positiv innvirkning på nysmitte av hepatitt C og vil være kostnadseffektive tiltak. Kombinering av tiltakene vil imidlertid være enda bedre og kunne medføre så store reduksjoner i framtidige helsetjenestekostnader at disse mer enn oppveier kostnadene ved tiltakene. Analysene viste at ingen av tiltakene alene vil nå målsetting om 90 prosent reduksjon i nysmitte, men at dette langt på vei er mulig ved en kombinasjon av tiltak.

De første årene etter innføring av nye legemidler var prisen høy og det ble satt begrensninger på hvem som kunne få behandling. Etter at staten forhandlet seg fram til rabatter på legemidlene, har antallet som blir behandlet økt betraktelig, selv om totalutgiftene til denne typen legemidler har gått ned. Folkehelseinstituttet har funnet at behandling med de nye dyre legemidlene er kostnadseffektive med dagens rabatter. Hvis alle ny-diagnostiserte får behandling, vil totalutgiftene for denne typen legemidler bli betydelig lavere enn den var i topp-året 2015⁴.

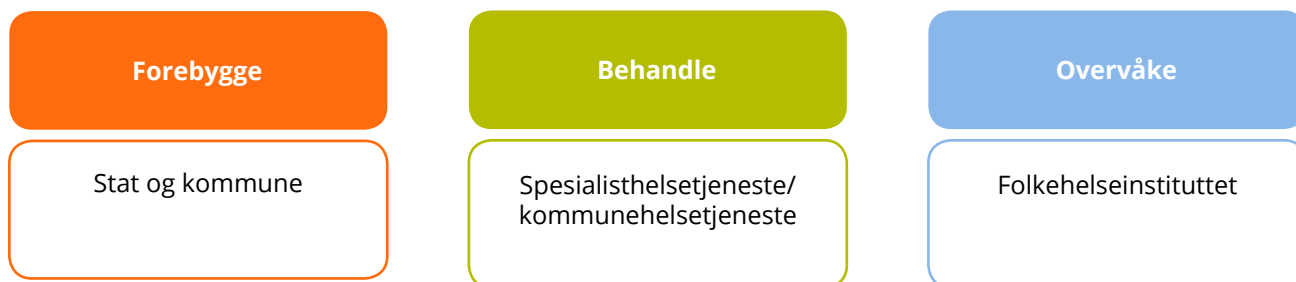
³ Meijerink H, White RA, Lovlie A, de Blasio BF, Dalgard O, Amundsen EJ, et al. Modelling the burden of hepatitis C infection among people who inject drugs in Norway, 1973-2030. BMC infectious diseases. 2017;17(1):541.

⁴ Wisløff 2018, Economic evaluation of... Pharmacoeconomics 36(5): 591-601.



5 Tiltak for å redusere smitten av hepatitt C blant personer som tar stoff med sprøyter

5.1 Ansvarsfordeling



Målsetningen om å redusere smitten av hepatitt C med 90 prosent, også blant personer som tar stoff med sprøyter, vil kreve tett samarbeid om forebygging, behandling og overvåkning.

For å få til en god samhandling vil Helse- og omsorgsdepartementet prioritere følgende tiltak:

- Helsedirektoratet skal innen utgangen mars 2019 lage en implementeringsplan for hvordan målene i den reviderte strategien skal nås. Dette inkluderer tiltak for forebygging, behandling og overvåkning.
- De regionale helseforetakene skal invitere kommunene i sin regionen til et felles samarbeid for sikre at flest mulig personer som injiserer stoff med sprøyter, og/eller er smittet med hepatitt C, testes for smitte og tilbys behandling.
- Folkehelseinstituttet skal styrke kunnskap om forekomst av hepatitt B og C i befolkningen, og spesielt blant personer som injiserer stoff med sprøyter, og vurdere effekten av de igangsatte tiltakene.

- Kommunene skal sørge for enkel tilgang til komplett brukertutstyr.

- Helse- og omsorgsdepartementet vil endre sprøyteromforskriften slik at det fremover vil være tillatt også å tilby opplæring i å røyke heroin på sprøyterom og ikke bare injisere. Dette vil også kunne bidra til å begrense smittespredningen av hepatitt B og C.

- Helsedirektoratet skal, i samarbeid med Folkehelseinstituttet, kommunene og helseforetakene, vurdere nye tiltak for å avdekke udiagnostiserte hepatitt C-smittede personer i andre settinger enn i rusmiljøer (f.eks. i forbindelse med legevaktbesøk, svangerskapskontroll osv).

Konkretisering av oppdragene vil bli gitt etatene i egne tildelingsbrev og til de regionale helseforetakene i oppdragsbrev.

Utgitt av:
Helse- og omsorgsdepartementet

Offentlige institusjoner kan bestille flere eksemplarer fra:
Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
Internett: www.publikasjoner.dep.no
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
Telefon: 222 40 000

Publikasjonskode: I-1185
Omslagsbilde: Colourbox

Trykk: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon 11/2018

