

Nasjonal strategi mot virale hepatitter

Vi viser til e-post av 12.10.2015 og takker for muligheten til å kommentere utkastet til nasjonal strategi for arbeidet mot virale hepatitter. *Smittevernlegene* har hatt et medlem i arbeidsgruppa som har laget utkastet. Vi har derfor bare få utdypende kommentarer.

Generelt

Smittevernlegene støtter arbeidet med en helhetlig tilnærming til arbeidet mot hepatitter. WHO har en visjon om ingen smitte og trygg og effektiv behandling til alle; dette må selvsagt være visjon også for Norge. Mange viktige aspekter er adressert og godt dekket i utkastet. Vi vil nedenfor fremheve noen poenger om hovedmålene og komme med enkelte andre kommentarer som vi håper kan forbedre planen.

Hovedmålet «God kunnskap om forekomst av hepatitt»

Vi støtter hovedmålet om bedre kunnskap om forekomst og sykdomsbyrde av virale hepatitter i Norge og om risikoferd.

Meldingsdekningen i MSIS er for lav. Noe kan skyldes at klinikere ikke melder som de skal. Dette kan i stor grad skyldes at systemet er tungvint, og at melding ikke kan skje elektronisk. Vi mener at arbeidet med forbedring av MSIS og integrering i journalsystemer bør prioriteres. For hepatitt C er det imidlertid viktig å ha en realistisk innstilling til hva MSIS kan gi. Så lenge smitte med hepatitt C-virus normalt skjer uten akutte symptomer, vil ikke tilfellene fanges opp raskt, og dermed kan MSIS ikke gi insidenstall, selv om man skulle ha gode data om testaktivitet.

Derfor er prevalensstudier for hepatitt B og C blant personer som tar stoff med sprøyter viktig. Slike studier bør gjennomføres på lavterskeltilbud for stoffmisbrukere i landets ti største kommuner. Studiene må komme inn i et fast system med sikker finansiering.

Sykdomsbyrdeanalyser for hepatitt B, C og E i Norge vil gi viktig informasjon for å prioritere tiltak. Det er bra at arbeidet med dette er igangsatt på Folkehelseinstituttet.

Hovedmålet «Færre personer blir smittet med hepatitt i Norge»

En koordinert innsats for å informere om kronisk hepatitt støttes. Her bør også inkluderes utenlandssmitte som følge av økt helseturisme og det bør vektlegges behovet for informasjon til befolkningen mht risiko ved slike reiser.

Forebygging ved innføring av vaksine mot hepatitt B i barnevaksinasjons-programmet bør vektlegges sterkt. Dagens risikobaserte vurderinger av hvem som skal få vaksinen er utilfredsstillende. Utvelgelse kan bli ufullstendig og stigmatiserende samt at økt innvandring og reiseaktivitet gjør at

større deler av befolkningen er risikoutsatt. Det støttes også at innhentingsvaksine for eldre kull i 11-15-års alder bør prioriteres. Likeledes støttes at en utvider mulighet for gratis vaksine til helsepersonell under utdanning da det blir gjerne sent å få vaksinen fra arbeidsgiver. Vi viser for øvrig til vår høringsuttalelse til Helse- og omsorgsdepartementet om innføring av hepatitt B-vaksine i barnevaksinasjonsprogrammet (se www.smittevernlegene.no).

Vi mener at forebyggende arbeid blant personer som tar stoff med sprøyter er sentralt. Årlig tilbud om testing for hepatitt C og oppfølging bør ivaretas på regionale TBS eller lavterskel hepatittklinikker som ikke forbeholdes personer registrert i vertskommunen. Det samme kan gjelde for hepatitt A- og B-vaksinering. Statlige innkjøpsordninger av helhetlig brukerutstyr for utdeling i kommunene støttes også.

Fengselsinnsatte bør få tilgang til rent brukerutstyr, eventuelt i egne sprøyterom. Risiko for alle parter er større ved urent utstyr i omløp.

Det er bra at blodforskriften og Veileder for transfusjonstjenesten i Norge nå pålegger antigenesting av blodgiver ved hver tapping og ikke bare antistoffmåling.

Vi er enige i at alle gravide bør screenes for hepatitt B og at gravide i risikogrupper også bør screenes for hepatitt C. Anonyme data fra et slikt screeningtilbud til gravide kan også bli et nyttig supplement i overvåkingen av infeksjonenes utbredelse. Programmet må organiseres skikkelig og fastlegene må få god informasjon om programmet. Informasjonen til de gravide må være åpen på hensikten med screeningen og fordelene og eventuelle ulemper for mor og barn.

Økt målrettet screening for å finne flere med kronisk infeksjon med hepatitt B- eller C-virus er bra, men bør begrunnes tydeligere. For eksempel bør tilbudet vurderes etter vanlige kriterier for screeningprogrammer, herunder en etisk vurdering.

Hovedmålet «Redusere sykdom forårsaket av hepatitt og hindre dødsfall av hepatitt i Norge»

Informasjon om behandlingsmuligheter er viktig både til befolkningen og fastleger. Vi mener at laboratoriesvar med funn av HBsAg eller HCV-RNA alltid bør påføres at pasienten skal tilbys spesialistvurdering. Trolig trengs også bedre veiledning – fra Folkehelseinstituttet og fra laboratoriene – til fastlegene og andre klinikere om hvilke tester som bør tas i ulike situasjoner og hva svarene betyr.

Behandling for hepatitt C er i dag svært effektiv, men også dyr. Behandlingen er direkte til fordel for pasientene, som i de fleste tilfeller blir virusfri og dermed (etter det vi vet i dag) slipper å bekymre seg mer for leversykdom, og indirekte for andre personer som ikke lenger kan bli smittet av den behandlede. Samlet sett kan utstrakt behandling ha positiv effekt på hele epidemien av hepatitt C, særlig hvis man samtidig forebygger reinfeksjon av de behandlede. Siden de samlede kostnadene ved behandling av *alle* hepatitt C-smittede kan bli svært store, er det viktig at anbefalingene begrunnes bedre enn planutkastet gjør nå. Folkehelseinstituttets økonomiske evaluering bør gi nyttig informasjon sammen med Legemiddelverkets vurderinger. Særlig viktig er det å ha solide data om det naturlige forløpet av hepatitt C-virusinfeksjon uten behandling. En systematisk oversikt over litteraturen bør området bør utføres. Slik kunnskap er jo viktig også for pasientene som skal velge *enten* behandling umiddelbart *eller* observasjon og behandling senere ved tegn på leversykdom.

Dersom helsetjenesten nå finner flere av pasientene med hepatitt C, blir det viktig med gode rutiner og ressurser – et program – for oppfølging av disse pasientene. Her er planutkastet lite konkret. Vi mener det bør lages et klinisk program som forklarer hvem som skal henvises til spesialisthelsetjenesten, hvilken utredning som skal gjøres av nydiagnostiserte, hvor denne skal gjøres, hvem som skal tilbys behandling umiddelbart og hvem som skal bare observeres, hva denne observasjonen skal bestå i, hvor ofte og hvordan pasienten skal kontrolleres, og hvilke indikasjoner som gjelder for behandling. Dersom et slikt system ikke står klart til å ta imot de nydiagnostiserte personene med hepatitt C, vil screeningen kunne anses som nesten uetisk, og man vil heller ikke nå den smitteverneeffekten som er ønskelig.

En nasjonal veileder for kronisk hepatitt B vil bidra til å samstemme og kvalitetssikre diagnostikk, oppfølging og behandling og vi er enige i at dette er et viktig arbeid.

Anbefalingene

Vi støtter de fire avsluttende hovedanbefalingene.

Mindre punkter

Side 9: Spissen i figuren bør forklares.

Side 10: Følgende utsagn framstår som et etablert faktum mens det egentlig er en intensjon: «Tidlig identifisering av kroniske bærere er viktig for å redusere risikoen for utvikling av alvorlig sykdom og død, og for å hindre smitte videre.»

Side 14: Her bør man ha med et anslag over antall personer som lever med hepatitt C.

Side 14: Påstanden om at en tredel av pasientene har eller i er i ferd med å utvikle cirrhose er uten god begrunnelse. Den refererte artikkelen er en undersøkelse av et skjevt utvalg med forventet høyere leversykkelighet, nemlig de døde.

Side 17: Det heter ikke «MSIS-registeret».

Side 22: *Center for Disease Analysis* er et kommersielt firma, ikke et forskningsinstitutt. Dersom deres data, som ifølge nettsiden bygger på anslag fra Olav Dalgard, skal med, bør man forklare metoden og hvem som var oppdragsgiver.

Side 40: Det framstår litt upassende å ha med en spekulasjon om at pasientene ikke tilbys behandling fordi de er stoffmisbrukere. Forklaringen er jo enklere: Behandlingen er svært dyr, den har inntil nylig også vært forbundet med sterke bivirkninger, og for de fleste pasientene er prognosen for ubehandlet hepatitt C god.

Vennlig hilsen



Preben Aavitsland

Leder

Sign

Bjørg T Dysthe
Styremedlem

