

Helsedirektoratet
postmottak@helsedir.no

Kristiansand, 19.3.2019

Høringsuttalelse om implementeringsplan for "Nasjonal strategi mot hepatitter 2018-2023" (sak 19/2769)

Vi viser til direktoratets brev til landets kommuner om utkast til implementeringsplan for Helse- og omsorgsdepartementets Nasjonal strategi mot hepatitter 2018-2023. *Smittevernlegene* organiserer smittevernansvarlige kommuneoverleger for nær hundre kommuner. Implementeringsplanen kan bli nyttig for vårt arbeid, men vi mener den kan forbedres og ber direktoratet vurdere våre innspill. Vi beklager at disse kommer litt på overtid.

Behov for bedre dokumentasjon

Departementets strategi er ganske tynt på dokumentasjon for rådene som gis. Denne implementeringsplanen oppfordrer kommunene til en betydelig innsats og pasientene til å ta en behandling. Hepatitt C-feltet er utsatt for massiv påvirkning fra produsentene av legemidler mot hepatitt C, både gjennom opprettelse og finansiering av pasientorganisasjoner, finansiering av konferanser, finansiering av forskning og betaling til forskere og klinikere som opptrer som produsentenes «rådgivere». I denne situasjonen bør helsemyndighetene sikre at rådene bygger på solid, uhildet dokumentasjon.

Det vil derfor være nyttig om planen starter (for eksempel på side 3) med å dokumentere grunnlaget for strategien, for eksempel:

- Hva mener man med at kronisk HCV-smittede kan bli «kurert» med behandling? Betyr det bare at viruset ikke kan påvises i blodprøver? Eller betyr det at deres risiko for leversykdom blir den samme som for personer som aldri har vært HCV-smittet? Eller betyr det en redusert risiko for leversykdom, og isåfall hvor mye redusert?
- Hvor sikre er man på at vellykket behandlede kronisk HCV-smittede ikke lenger er smitteførende ved for eksempel sprøytedeling?
- Hva er risikoen for at kronisk HCV-smittede skal utvikle alvorlig leversykdom (cirrhose eller verre), for eksempel per år? Hvordan endrer denne risikoen seg over tid? Hvor sikre er disse anslagene, og hva bygger de på?
- Hvor sikre er man på at en *treatment as prevention*-strategi vil virke, altså at utstrakt behandling kan påvirke epidemiens gang? Har dette vært prøvd ut i noen samfunn? (Her kan det minnes om historien med klamydia der man til tross for behandling av hundretusener med en enkelt éndosebehandling gjennom et par tiår ennå ikke har klart å stoppe epidemien.) Se også kommentar nedenfor om reinfeksjon.

For fastlegene og annet førstelinjepersonell og pasientene selv trengs det trygge argumenter for at behandlingen gir nytte for pasienten selv og for smittevernet.

Smitteoppsporing

Planen anbefaler på side 11 smitteoppsporing, antakelig i betydningen innkalling, informasjon til og testtilbud til personer som har delt smittefarlig atferd med en kronisk HCV-smittet. Vi ser at dette i noen situasjoner kan ha noe for seg, for eksempel der den ene i et par får påvist kronisk HCV-infeksjon og har delt brukerutstyr med sin partner. For andre, trolig de fleste, situasjoner kan smittetidspunktet ligge langt tilbake i tid eller være helt ukjent, og antallet og identiteten til smittekontaktene er temmelig uklart. Da kan smitteoppsporing bli litt meningsløst. Ressursene vil være bedre anvendt på å tilby informasjon og testing til tilfeldige stoffmisbrukere siden prevalensen blant dem er såpass høy.

Behandlingsforløp

Det hadde vært en forløp dersom Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene kunne lage et enkelt pakkeforløp for kronisk HCV-smittede. Figuren på side 14 må kunne forenkles ved at «leverstatus og genotyping» (og HCV-kvantitering?) gjøres allerede på den første blodprøven. Fastlegene må altså kunne rekvirere en «hepatitt C-pakke» som inkluderer alle de prøver som er nødvendig for å fastslå om pasienten er kronisk HCV-smittet og som sykehuset vil trenge for å starte behandling under første konsultasjon. Da kan sykehuset starte behandling ved første konsultasjon. Opplegget som skisseres fra Oslo er nok ikke gjennomførbart i mindre kommuner.

I kommunene er vi helt avhengige av at sykehuset er offensive og forklarer hvordan de vil ha henvisninger og i tillegg tilrettelegger for raske konsultasjoner for denne gruppa, gjerne med ukonvensjonelle opplegg, som kveldsklinikker med «drop-in». Det kritiske punktet i forløpet er jo mellom diagnosen er stilt og behandlingen kan starte. Vi frykter at aktive stoffmisbrukere ikke vil stille opp til konsultasjonen på sykehuset. Fra Kristiansand kommune og Sørlandet sykehus finnes et eksempel på et ganske bra fungerende opplegg.

Reinfeksjon

Det opplyses at den årlige risikoen for reinfeksjon er 5 % hos dem som fortsetter å injisere, men dokumentasjonen for dette anslaget framgår ikke. Det refereres til Midgard H, et al (2016), men den studien omfattet bare en liten, nøye utvalgt gruppe av HCV-smittede som hadde vært stoff-frie i et halvt år før behandling. Det er fare for at hyppigheten av reinfeksjon blir betydelig høyere når aktive stoffmisbrukere behandles. Betydningen av dette for smittevernet, for muligheten til å nå planens mål og for pasientenes, kommunenes og sykehusenes entusiasme for programmet bør diskuteres.

Kombinasjon med andre tiltak

Slik planen er lagt opp, risikerer man å etablere et vertikalt én-sykdomsprogram for injiserende stoffmisbrukere. Slike programmer har vært kritisert for ikke å møte pasientenes samlede behov og for å være lite bærekraftige. Planen legger opp til integrering i LAR-programmer og annen rusbehandling. Det er positivt der det er mulig, men muligens bør man vurdere å integrere flere helsetiltak i et samlet, integrert program for stoffmisbrukere, så som tannbehandling og psykisk helsebehandling. Det kunne gjort opplegget mer attraktivt for brukerne.

Finansiering

Verken departementets strategi eller direktoratets implementeringsplan inneholder løfter om midler til kommunene for å få gjennomført de anbefalte tiltakene. Likevel vil strategien koste mange titalls eller kanskje hundretalls millioner kroner i legemiddelutgifter. Slik vi kjenner virkeligheten i den kommunale rusomsorgen og helsetjenesten blir det vanskelig å flytte store ressurser til å implementere denne planen i 2019 og 2020. Vi tror det er større sjanse for et godt kommunalt engasjement og dermed for bedre resultater av strategien dersom kommunene får eller kan søke på øremerkede midler til særlige tiltak som skissert i planen.

Andre, mindre merknader

Side 3, nederst: Henvisningen til WHO bør holde. En resolusjon fra en privat forening som er helfinansiert av produsentene av legemidlene mot hepatitt C, bør veie mindre.

Vennlig hilsen



Preben Aavitsland
leder