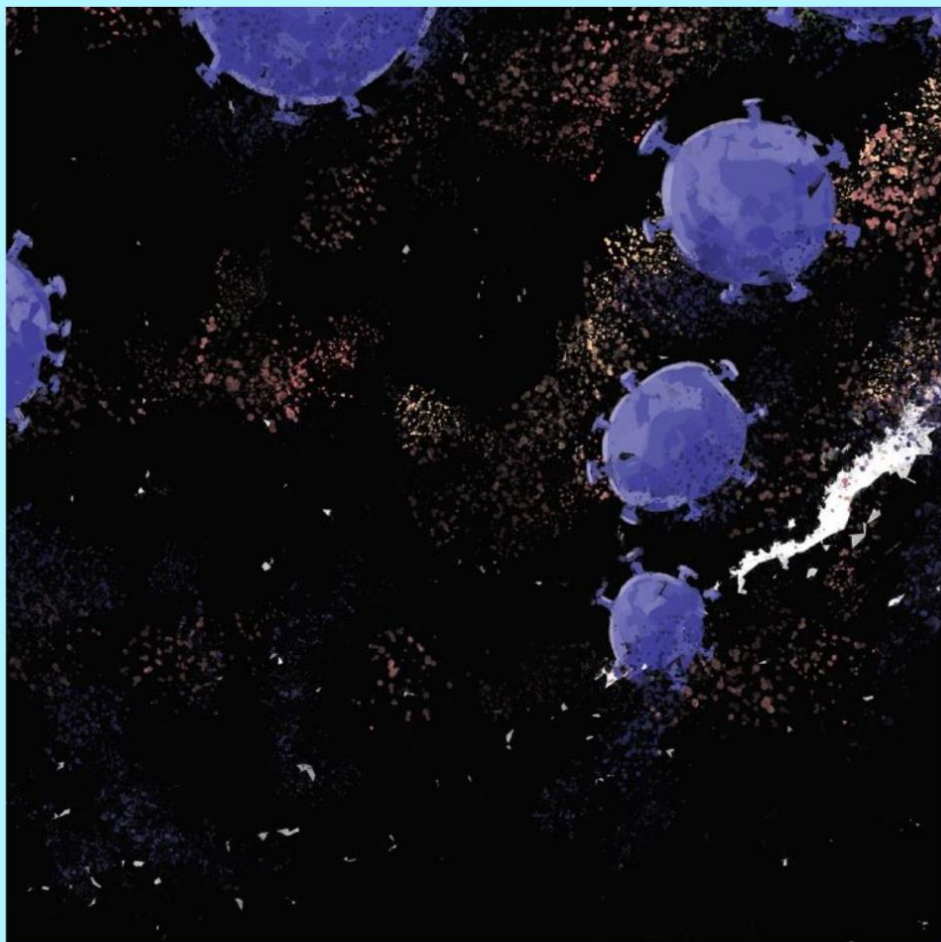




Oslo

Velferdsetaten



Eliminasjon av hepatitt C

Rutiner for eliminasjon av rusrelatert
hepatitt C i Oslo 2019-2023

Dette dokumentet er utarbeidet av en faggruppe ledet av Velferdsetaten ved overlege Kjersti Ulstein. Dokumentet er arbeidsgruppens faglige anbefaling for å oppnå eliminering av hepatitt C blant personer med rusmiddelbruk. Arbeidsgruppen har bestått av:

Ane-Kristine Finbråten (lege ved Medisinsk klinikk, Lovisenberg Diakonale Sykehus)
Anne Beate Sætrang (Avdelingsleder for Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, OUS)
Bente Magny Bergersen (Seksjonsleder Infeksjonsmedisinsk poliklinikk, Ullevål sykehus)
Conrad Jacobsen (Foreningen for human narkotikapolitikk)
David Nilssen (overlege ved Senter for rus- og avhengighetsbehandling, Aker sykehus, OUS)
Gabrielle Katrine Welle-Strand (overlege, Seksjon RusForsk, OUS)
Grete Ødegård (Avdelingssykepleier Feltpleien I Urtegata, Frelsesarméens rusomsorg)
Hilde Kløvstad (Avdelingsdirektør Avdeling Tuberkulose, blod- og seksuell smitte, Folkehelseinstituttet)
Håvard Midgard (lege Gastromedisinsk avdeling, Ullevål sykehus, OUS)
Irene Teslo (Bydelsoverlege Bydel Gamle Oslo, Oslo kommune)
John Ingar Danielsen (Avdelingsdirektør Avdeling rustjenester og tilrettelagte boliger, Velferdsetaten, Oslo kommune)
Kenneth Arctander Johansen (RIO)
Kjersti Ulstein (overlege ved Hepatitt C-klinikken, Prindsen mottakssenter, Velferdsetaten, Oslo kommune)
Linda Elise Couessurel Wüsthoff (Etatsoverlege, Velferdsetaten, Oslo kommune)
Navida Hussain (overlege Avdeling rus og avhengighet (ARA), Akershus universitetssykehus)
Nina Wiggen (fastlege bydel Alna)
Ola Svantorp Tveiten (sykepleier Uteseksjonen, Velferdsetaten, Oslo kommune)
Olav Dalgard (professor og overlege ved infeksjonsmedisinsk avdeling, Akershus universitetssykehus)
Susan Veronica Eibakk (Avdelingssykepleier, Fengselshelsetjenesten, Oslo fengsel, Bydel Gamle Oslo)
Øystein Rolandsen Riise (vikarierende smittevernoverlege, Helseetaten, Oslo kommune)

Innhold

1	Innledning	5
2	Definisjoner.....	5
3	Bakgrunn.....	6
4	Visjon.....	7
5	Mål.....	7
5.1	Eliminasjon av hepatitt C som helseproblem blant personer med rusmiddelbruk i Oslo innen utgangen av 2023	7
5.2	Hepatitt C-relatert sykelighet og dødelighet reduseres med 80 % innen utgangen av 2023	7
6	Tiltaksområder	7
6.1	Tiltak 1: Monitorering og dokumentasjon.....	7
6.1.1	Monitorering av prevalens blant aktivt injiserende rusmiddelbrukere.....	8
6.1.2	Monitorering av prevalens og behandlingsopptak i TSB.....	8
6.1.3	Monitorering av prevalens i den generelle befolkningen	8
6.1.4	Monitorering av sykelighet og dødelighet	9
6.1.5	Monitorering av antall behandlinger	9
6.1.6	Dokumentasjon	9
6.2	Tiltak 2: Forebygging av nysmitte i rusmiljøer.....	9
6.2.1	Forebygging via behandling av allerede smittede	9
6.2.2	Forebygging ved å redusere antall injeksjoner.	10
6.2.3	Forebygging gjennom økt bruk av rent utstyr ved injeksjon av rusmidler:.....	10
6.3	Tiltak 3: Informasjonsarbeid.....	11
6.4	Tiltak 4: Testing og behandling av personer med risiko for kronisk hepatitt C-infeksjon gjennom tidligere eller pågående bruk av rusmidler	11
6.5	Tiltak 5: Diagnostisering av skrumplever og livslang oppfølging.....	18
7	Ressursbehov og finansiering.....	18
8	Fremdriftsplan	19
8.1	2019: Implementering	19

8.2	2020: Opptrapping	20
8.3	2021.....	21
8.4	2022.....	21
8.5	2023: Evaluering	22
9	Vedlegg.....	22
9.1	Flytskjema for forenklet behandlingsforløp utenfor sykehus	22

Rutiner for eliminasjon av rusrelatert hepatitt C i Oslo 2019-2023

1 Innledning

Hepatitt C-infeksjon er et betydelig helseproblem blant personer som tar stoff med sprøyte. Norge har forpliktet seg til Verdens helseorganisasjons mål om 80 % reduksjon i forekomst innen utgangen av 2030, og i 2018 har vi fått en revidert nasjonal strategi med et ambisiøst mål om 90 % reduksjon i antall nye tilfeller innen utgangen av 2023.

Velferdsetaten i Oslo kommune har i samarbeid med Akershus Universitetssykehus siden 2013 tilbudt hepatitt C-behandling tilpasset personer med rusproblemer. Byrådsavdelingen for eldre, helse og arbeid har i tildelingsbrevet for 2018 bedt Velferdsetaten om å styrke hepatitt C-arbeidet ved å lage rutiner for samarbeid mellom bydeler, etater og spesialisthelsetjeneste for bekjempelse av hepatitt C blant personer med rusproblemer i Oslo.

Velferdsetaten har invitert til en arbeidsgruppe bestående av brukerrepresentanter, fengselshelsetjeneste, ideelle aktører, gastro-/infeksjonsspesialister, spesialister i rus- og avhengighetsmedisin og fastleger og utviklet rutiner for eliminasjon av hepatitt C som folkehelseproblem i Oslo. Arbeidsgruppen har, i tråd med nasjonal strategi, satt et mål om 90 % reduksjon av prevalens innen utgangen av 2023. Målet er mer ambisiøst enn WHO's mål, men vi har tro på at det vil være mindre ressurskrevende og mer effektivt å gjøre tiltaksperioden kort og intensiv. Vi foreslår i dette dokumentet ulike samarbeidsformer og rutiner som er tilpasset pasientens livssituasjon og som kraftig forenkler det tradisjonelle utrednings- og behandlingsforløpet for hepatitt C. Rutinene skal sikre at alle med risiko for hepatitt C-infeksjon blir testet og at alle med kronisk infeksjon får behandling slik at man gjennom intensivt og systematisk innsats får slått tilbake epidemien og utryddet hepatitt C som et helseproblem blant personer i Oslo med rusproblemer.

2 Definisjoner

Cirrhose: Skrumplever. En tilstand der betennelse i lever har skapt en viss mengde arrvev med betydelig økt risiko for leversvikt og utvikling av leverkreft (hepatocellulært carcinom). Diagnostiseres ved biopsi eller, hyppigere i dag, ved skan av lever med leverelastitetsmåling (for eksempel Fibroscan)

FHI: Folkehelseinstituttet.

HCV: Hepatitt C virus, brukes også som kortform på kronisk hepatitt C-infeksjon.

Hepatocellulært carcinom (HCC): Den vanligste typen primære leverkreft og forekommer primært hos pasienter med cirrhose.

Insidens av hepatitt C diagnose: Antall nye tilfeller av hepatitt C diagnoser (definert som laboratoriepåvisning av HCV nukleinsyre (HCV-RNA) eller HCV core antigen) per tidsenhet i en definert populasjon. Begrepet blir her brukt om antall nye hepatitt C diagnoser i Oslo per år.

Insidens av hepatitt C infeksjon: Antall nye tilfeller av hepatitt C infeksjon per tidsenhet i en definert populasjon. Begrepet blir her brukt som antall nye tilfeller av hepatitt C i Oslo per år.

Kronisk hepatitt C-infeksjon: Av de som smittes av hepatitt C vil rundt 20 % kvitte seg spontant med viruset ild de første månedene. Hos resten utvikles det en kronisk infeksjon der medikamentell behandling må til for å fjerne viruset.

MSIS: Meldingssystem for smittsomme sykdommer. Gjennom fortløpende og systematisk innsamling av laboratoriedata og informasjon fra MSIS-meldingsskjemaet, bidrar meldingssystemet til overvåkingen av smittsomme sykdommer i Norge

OUS: Oslo universitetssykehus

Prevalens av hepatitt C infeksjon: Antall HCV-smittede på et gitt tidspunkt i en definert populasjon. Her brukt som andel med hepatitt C diagnose blant personer som tar stoff med sprøyte i Oslo.

TSB: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling: Omfatter all rusbehandling i spesialisthelsetjenesten, inkludert LAR, poliklinisk behandling, avrusning og døgnbasert rehabilitering.

3 Bakgrunn

Om lag 2000 personer i Oslo lever i dag med kronisk hepatitt C. De fleste av disse er smittet gjennom deling av sprøyter i forbindelse med bruk av rusmidler og nær halvparten av personer som tar stoff med sprøyte har kronisk hepatitt C-infeksjon. Disse står i fare for å utvikle leversvikt og hepatocellulært carcinom.

Sykdommens utbredelse har vært begrenset noe gjennom blant annet god tilgang til rent utstyr til injisering og legemiddelassistert rehabilitering (LAR), men det er kun behandling av et tilstrekkelig antall av de som er smittet som effektivt kan snu utviklingen og eliminere hepatitt C som helseproblem.

Effektiv behandling har vært tilgjengelig siden 2014 og i mars 2018 ble alle restriksjoner for forskrivning av nye medikamenter fjernet. Behandlingen innebærer en 8-12 ukers tablettkur, som så å si uten bivirkninger gjør 95 % varig virusfri. Da den nye HCV behandlingen ble introdusert

hadde ca 3000 personer i Oslo hepatitt C. Siden den gang har halvdelen fått behandling og blitt virusfri, men mange unge rusmiddelbrukere har samtidig blitt smittet.

Dersom vi skal nå målet om 90 % reduksjon av hepatitt C-prevalens i Oslo innen utgangen av 2023 må det forebyggende arbeidet styrkes samtidig som nye behandlingsmodeller tilpasset denne pasientgruppens behov tas i bruk. Epidemiens utvikling må overvåkes tett slik at kursen kan justeres og tiltakene kan intensiveres underveis dersom det er behov for dette.

4 Visjon

Eliminasjon av hepatitt C som helseproblem blant personer med rusmiddelbruk i Oslo innen utgangen av 2023

Oslo kommune har som visjon at alle innbyggere som er eller har vært i risiko for hepatitt C-infeksjon gjennom rusmiddelbruk skal ha tilgang til testing, forebygging og behandling ved påvist smitte. Hepatitt C skal innen utgangen av 2023 ikke utgjøre et helseproblem blant personer i Oslo med tidligere eller pågående rusmiddelbruk.

5 Mål

5.1 Eliminasjon av hepatitt C som helseproblem blant personer med rusmiddelbruk i Oslo innen utgangen av 2023

Kunnskapen om utbredelse av hepatitt C-infeksjon i Oslo er først og fremst hentet fra jevnlig helseundersøkelser foretatt ved sprøyteluka siden 2002. Prevalensen har i perioden frem til 2015 vært stabil på 40-45 %. Vi setter som mål at prevalensen målt ved helseundersøkelsen i 2023 skal være under 5 %.

5.2 Hepatitt C-relatert sykелighet og dødelighet reduseres med 80 % innen utgangen av 2023

Hepatitt C-infeksjon utgjør et helseproblem først og fremst via utvikling av skrumplever som gir økt risiko for hepatocellulært carinom og for leversvikt, begge tilstander med betydelig økt risiko for død. Vi har som mål at disse følgetilstandene samt dødelighet reduseres med 80 % innen utgangen av 2023.

6 Tiltaksområder

6.1 Tiltak 1: Monitorering og dokumentasjon

En plan for eliminasjon av hepatitt C i Oslo vil kreve en tettere monitorering av epidemien enn det vi har hatt til nå. Monitoreringen underveis er avgjørende for å evaluere effekt av tiltakene som er satt inn og identifisere grupper som er vanskelige å nå. Eliminasjon av hepatitt C i en storby vil være et medisinsk gjennombrudd som krever dokumentasjon og er en erfaring som bør deles i internasjonale tidsskrifter.

Noe av monitoreringen må organiseres på kommunalt nivå, men mye bør skje nasjonalt i regi av Folkehelseinstituttet (FHI). FHI har siden 2008 registrert alle diagnostiserte tilfeller av hepatitt C i Meldingssystem for Smittsomme Sykdommer (MSIS). I tillegg administrerer FHI Dødsårsaksregisteret og Reseptregisteret hvor alle forskrivninger av medisiner til behandling utenfor sykehus registreres. Årlige koblinger av MSIS, Reseptregisteret, Dødsårsaksregisteret og Kreftregisteret vil gi et godt bilde av hepatitt C-epidemien både nasjonalt og lokalt ved å bryte ned dataene på fylkesnivå.

Både institusjoner innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern med døgnbehandling og fengsler mottar mange pasienter med kronisk hepatitt C, og er en viktig arena for monitorering av epidemien både på nasjonalt og på lokalt plan. Dette arbeidet bør organiseres på nasjonalt plan.

Arbeidet med monitorering og dokumentasjon vil være såpass omfattende i prosjektperioden at vi foreslår at det avsettes midler til å ansette en helsefagutdannet person med kompetanse innen infeksjonsepidemiologi for hele perioden (2020-2023).

6.1.1 Monitorering av prevalens blant aktivt injiserende rusmiddelbrukere

Majoriteten av de som smittes med hepatitt C smittes gjennom injiserende rusmiddelbruk. Vi anbefaler derfor at det gjøres gjentatte tverrsnittsundersøkelser i dette miljøet. Dette ble gjennomført årlig i tiden 2002-2012, og hvert tredje år fra 2015. Siste helseundersøkelse ble gjennomført i 2018. Vi foreslår at undersøkelsen gjentas årlig i perioden 2020-2023.

6.1.2 Monitorering av prevalens og behandlingsopptak i TSB

Alle pasienter i TSB bør kartlegges årlig med tanke på risiko for Hepatitt C, testing og eventuell behandling. Det anbefales at det settes av ressurser i TSB til en koordinator som overser implementering av rutiner for dette. Slike rutiner skal være på plass som en del av pakkeforløpene for somatisk helse og levevaner og bør settes i sammenheng med implementeringen av dette arbeidet.

Alle pasienter i LAR gjennomgår en årlig statusundersøkelse der man spør om hepatitt C-status. Dette gir en unik mulighet til å følge hepatitt C-prevalens i LAR-populasjonen. Hittil har man imidlertid kun egenrapportert anti-HCV-status. Det anbefales at dette endres eller at det legges til nye spørsmål som gjør at statusrapporten kan fungere som et pålitelig monitoreringsverktøy.

6.1.3 Monitorering av prevalens i den generelle befolkningen

Det er ressurskrevende å gjøre prevalensstudier i den generelle befolkningen. Dette ble gjort i Helseundersøkelsen i Oslo 2000 hvor 0,7 % av voksne bosatt i Oslo ble funnet å ha anti-HCV. Høyest var forekomsten blant personer født 1955-1960 der 1.5 % hadde vært smittet. Vi anbefaler at en ny befolkningsundersøkelse med tanke på hepatitt C gjennomføres, men kun hvis det kan gjøres som ledd i en større helseundersøkelse med flere mål. Vi kjenner ikke til at noe

slikt er under planlegging per dags dato og vil derfor foreløpig ikke foreslå at det settes av ressurser til et slikt arbeid nå.

6.1.4 Monitorering av sykkelighet og dødelighet

Sykdomsbyrden av hepatitt C utgjøres av leversvikt og hepatocellulært carcinom samt av død som følge av disse. Dødsårsaksregisteret fanger ofte ikke opp leverrelaterte dødsfall og kan derfor ikke brukes som mål på hepatitt C-relatert dødelighet. Norsk Pasientregister (NPR) har heller ikke gode data på leversvikt. Tilfeller av hepatocellulært carcinom registreres pålitelig av Kreftregisteret og dataene kan kobles til MSIS for monitorering av endringer i forekomst av hepatitt C-relatert hepatocellulært carcinom. Dette arbeidet bør gjøres i nasjonal regi.

Ved OUS Ullevål gjøres det nå et arbeid hvor alle tilfeller av leversvikt og deres årsak registreres. Dette arbeidet bør gjentas i 2023 og vi anbefaler at det gjøres som en del av Oslos prosjekt for eliminasjon av hepatitt C.

6.1.5 Monitorering av antall behandlinger

Så godt som alle som gjennomgår behandling med nye HCV-legemidler blir varig virusfri. Hver gjennomførte kur kan derfor registreres som en helbredelse. I dette dokumentet foreslår vi mål for hvor mange behandlinger som bør gis per år for å oppnå eliminasjon. Opplysninger om antall behandlinger kan innhentes fra Reseptregisteret og dataene kan kobles til MSIS for monitorering av antall behandlet for hepatitt C blant hepatitt C-diagnostiserte. Reseptregisteret gir anledning til å analysere behandlingsopptaket blant pasienter i LAR gjennom kobling av LAR- og hepatitt C-medikamenter. Velferdsetatens journalsystem HK Velferd identifiserer personer med alvorlige rusproblemer i Oslo. En kobling av HK Velferd og Reseptregisteret vil gi en god oversikt over behandlingsopptaket i den gruppen som har en særlig høy forekomst av hepatitt C: Vi foreslår at det avsettes midler til å gjøre slike koblinger og analysere dataene regelmessig som en del av eliminasjonsprosjektet.

6.1.6 Dokumentasjon

En eliminasjon av hepatitt C i en storby vil være unikt også i verdensmålestokk. Oslo har et godt helsetilbud til personer med rusproblemer og unike fødselsnumre gir oss anledning til å følge populasjonen over tid og dermed dokumentere eliminasjon av hepatitt C i befolkningen generelt og blant personer med rusproblemer spesielt. Vi foreslår at det settes av midler til å dokumentere resultatet av dette prosjektet for eliminasjon av hepatitt C både i nasjonal presse og i internasjonale vitenskapelige tidsskrifter.

6.2 Tiltak 2: Forebygging av nysmitte i rusmiljøer

Forebygging av hepatitt C-smitte foregår gjennom tre hovedakser:

6.2.1 Forebygging via behandling av allerede smittede

Videre omtalt under tiltak 4.

6.2.2 Forebygging ved å redusere antall injeksjoner.

Det har vært vist at LAR-behandling halverer risikoen for hepatitt C-smitte. Økt opptak i LAR er derfor et viktig tiltak mot hepatitt C. Med hensyn til dette har Oslo kommune og OUS siden 2010 jobbet aktivt for å nå flere marginaliserte brukere ved et samarbeid om lavterskel behandling med Suboxone eller Buprenorfin i LASSO på Dalsbergstien Hus. Dette tilbudet utvides i 2019 med en hel overlegestilling i tillegg til flere sykepleiere. LASSO vil fortsatt tilby lavterskel substitusjonslegemidler utenom LAR, og i tillegg vil pasientene kunne få tilbud om pakkeforløp TSB med mulighet for flere substitusjonslegemidler som bl.a. metadon og buprenorfindepot. LASSO ønsker med dette å nå flere pasienter.

Skifte i inntaksmetode av heroin fra injisering til røyking er et annet tiltak som vil forebygge HCV-smitte. Switch-kampanjen, som kommunen støtter promoterer dette og vil bli intensivert ved endring i Sprøyteromsloven fra 2019 som muliggjør utvidet bruk av dagens sprøyterom på Prindsen mottakssenter til både å kunne innta flere stoffer enn heroin og også å få opplæring i tryggere administrasjonsformer slik som røyking av heroin. Som en del av dette arbeidet deles det også ut røykefolie til bruk ved inhalering av heroin de stedene man deler ut annet brukerutstyr.

Oslo kommune har i samarbeid med Oslo universitetssykehus søkt om å inngå i utprøving av heroinassistert behandling som ledd i substitusjonsbehandlingen i LAR. Målet vil blant annet være å undersøke om tilbud av heroin som en del av valgmulighetene i LAR vil fange opp pasienter som ikke har hatt nytte av tidligere tilbudte medikamenter i LAR og i dermed forhåpentligvis bidra til reduksjon i antall injeksjoner med påfølgende redusert risiko for blant annet hepatitt C-smitte. SERAF har fått i oppdrag av Helsedirektoratet å utrede et slikt behandlingstilbud.

6.2.3 Forebygging gjennom økt bruk av rent utstyr ved injeksjon av rusmidler:

Det har også vært vist at god tilgang på rene sprøyter reduserer risikoen for smitte. I tråd med dette presiserer Helsedirektoratet og Nasjonal hepatittstrategi at alle kommuner skal dele ut brukerutstyr som ledd i smittevernsarbeidet. Begge instanser anbefaler at det deles ut komplett utstyrspakke, det vil si at det i tillegg til kanyler og sprøyter også deles ut sterilt saltvann, desinfeksjonstørk, filter, kokekar og askorbinsyre da smitteoverføring også forekommer ved deling av dette utstyret.

Sprøyter og kanyler deles allerede ut i Oslo ved Sprøyteluka og ved kommunale lavterskelinstitusjoner og dette arbeidet er under opptrapping; Byrådet har bevilget midler til full utstyrspakke og påfølgende stillinger i to bydeler. I tillegg har øvrige bydeler fra 2019 fått midler til desentraliserte tiltak. Et forsøksprosjekt med utdeling av utstyr ved 24sju, Værestedet og Fyrlyset/Feltpleien i Urtegata og Rus-FACT Sagene er igangsatt i regi av Prindsen Mottakssenter. Finansiering av brukerutstyr har vært en utfordring og Oslo kommune har derfor tatt initiativ overfor Helse- og omsorgsdepartementet om en nasjonal finansiering og innkjøpsordning for smittevernutstyr som vil kunne bidra til reduksjon i pris og mulighet for å

dele ut flere, komplette og kvalitetssikrede utstyrspakker. Foreningen for human narkotikapolitikk har i en periode delt ut fargekodet utstyr slik at forveksling av utstyr mellom brukere unngås. Det anbefales at man vurderer å også inkludere dette i utstyrspakkene ved utdeling av smittevernutstyr.

6.3 Tiltak 3: Informasjonsarbeid

Det er behov for informasjonskampanjer rettet både mot personer med risiko for smitte, helsepersonell og andre som arbeider tett med personer i risiko for HCV-infeksjon. Noen deler av informasjonsarbeidet vil være hensiktsmessig å utarbeide for landet under ett. Helse- og omsorgsdepartementet har gjennom Nasjonal hepatittstrategi gitt Helsedirektoratet i oppgave å utarbeide en implementeringsplan i løpet av våren 2019. Oslo kommune vil spille inn et behov for nasjonale informasjonskampanjer rettet mot befolkningen og mot fastleger, samt utarbeiding av en felles logo og materiell som kan brukes for eksempel under kampanjeuker og i rusfeltet generelt.

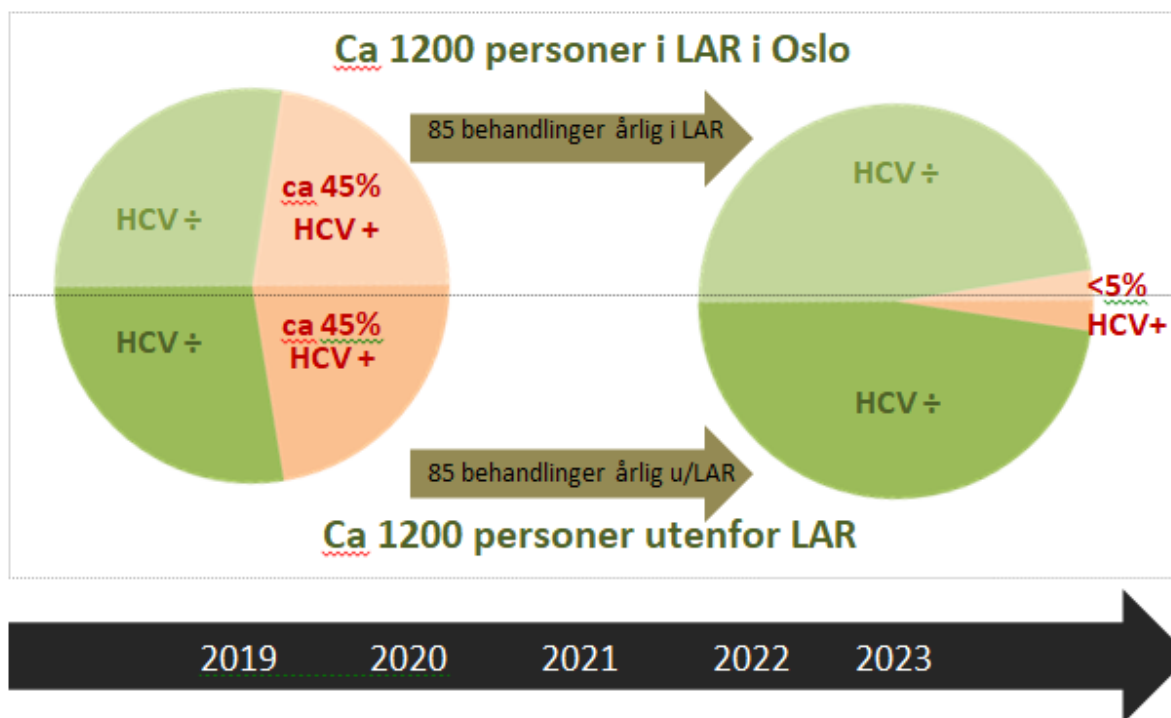
Spesifikt for Oslo vil informasjonsarbeidet omfatte:

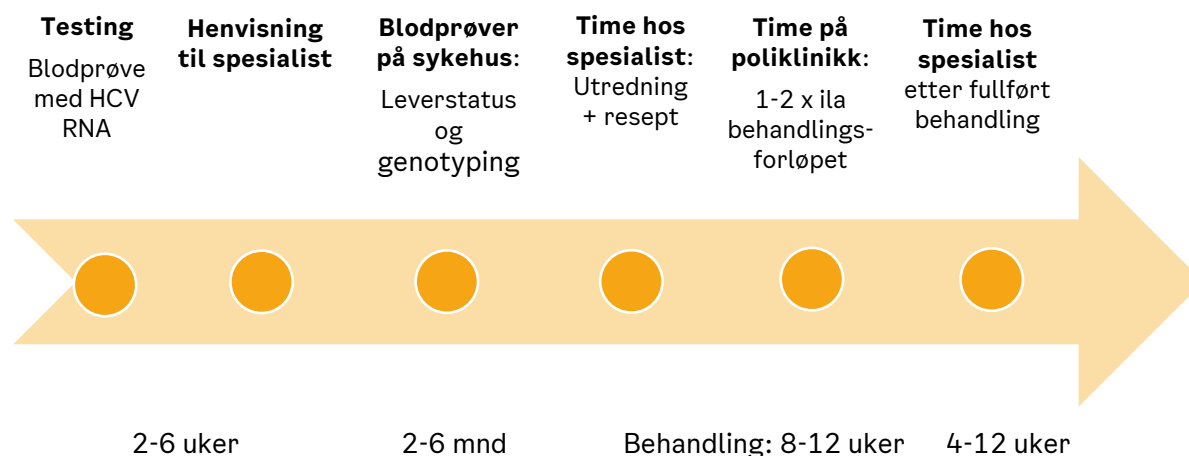
- Brosjyrer og plakater tilpasset ansatte og brukere av kommunale og ideelle rustiltak samt brukere av de åpne rusmiljøene. Brosjyrene skal inneholde informasjon om hepatitt C og hvor man kan henvende seg for testing og behandling.
- Informasjonsskriv til fastleger med oppfordring og henvisning av alle pasienter med kronisk hepatitt C-infeksjon samt kontaktinformasjon til lavterskel hepatitt C-klinikk dersom de tror pasienten har behov for et slikt tilbud.
- Informasjonsplakater om hepatitt C på venterom hos fastleger og på helsestasjoner.
- Årlige informasjons- og testuker.
- Fortsatt arbeid med tilstedeværelse og informasjonsarbeid i arenaer der personer som jobber tett på personer i aktiv rus møtes (konferanser, fagmøter, samhandlingsfora etc).
- Spredning av informasjonsmateriell med kontaktinformasjon via Legevakten, brukerorganisasjoner, helsestasjon for ungdom, politiets gatepatruljer med flere.

6.4 Tiltak 4: Testing og behandling av personer med risiko for kronisk hepatitt C-infeksjon gjennom tidligere eller pågående bruk av rusmidler

Hvor mange må vi behandle for å oppnå målene?

Det mangler nøyaktige tall for antall personer i Oslo kommune som har hepatitt C, men basert på meldinger til MSIS dreier det seg om cirka 2000 personer ved utgangen av 2018. Vi anslår at 600 av disse er i LAR, 600 tar stoff med sprøyte uten å være i LAR og 800 er personer med tidligere rusproblemer eller er personer som er smittet på annen måte, ofte utenfor Norge. Matematiske framskrivninger har vist at ved å behandle cirka 50 per 1000 personer i rusmiljøet (i eller utenfor LAR) hvert år fram til 2026 vil prevalensen i miljøet falle til under 10 %. Vi har ingen formelle utregninger av antallet som må behandles for å oppnå en prevalens under 5 % og dermed en 90 % reduksjon av prevalens i løpet av 2023 som er målet i denne prosjektperioden. Vi anslår likevel at vi må behandle 70/1000 personer i rusmiljøet hvert år. Videre anslår vi at det finnes 1200 personer i LAR i Oslo og 1200 som tar stoff med sprøyte utenfor LAR. Vi må dermed behandle 170 (0,7x2400) pasienter for hepatitt C-infeksjon hvert år fram til 2023 for å oppnå eliminasjon i rusmiljøet. Halvdelen av de pasientene som må behandles årlig, 85 pasienter, vil være i LAR og halvdelen utenfor LAR. Til sammenligning behandlet Hepatitt C-klinikken i Oslo i overkant av 90 personer i 2018.



Tradisjonelt behandlingsforløp

Det tradisjonelle test- og behandlingsforløpet som involverer fastlege med henvisning til og flere avtaler på sykehuspoliklinikker er i liten grad tilpasset livssituasjonen til personer med rusproblemer. Forløpet vil ofte gå over flere måneder før man har nådd oppstart av behandling og mange faller fra underveis. Det er bred enighet om at nøkkelen til epidemibekjempelse ligger i å forenkle dette behandlingsforløpet.

Forenklet behandlingsforløp

For å nå flere med behandling er det behov for forenkling av behandlingsforløpet og for tilpassede tjenester for de som har behov for det.

Hepatitt C-infeksjon kan gi alvorlig leverskade med behov for oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Selve behandlingen er imidlertid forbundet med lite risiko, og dersom det er gjort en forsvarlig identifisering og det sikres at pasienter som har utviklet cirrhose henvises til spesialist er det ansett som trygt å gjennomføre hepatitt C-behandling i førstelinjetjenesten. Forskrivningen av hepatitt C-medisiner er imidlertid bundet til spesialisthelsetjenesten gjennom H-reseptordningen, og det er derfor behov for å tenke nytt med tanke på organisering av behandlingsforløpet.

En mulig løsning på utfordringen med at forskrivningen er bundet til spesialisthelsetjenesten kan være å opprette et hepatitt C-team etter administrativ modell fra FACT-teamene der man har ansatte både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen med tilgang til de ulike nivåenes dokumentasjonssystem. Dette ville kunne løst en del av samhandlingsutfordringene mellom de ulike tjenestene, det kunne muliggjort forskrivning av H-resept i teamet og kunne muligens muliggjøre inntjening i form av innsatsstyrt finansiering (ISF). Velferdsetaten vil i 2019 utrede

mulighetene for opprettelse av et slikt samhandlingsteam. Frem til dette er undersøkt vil man jobbe som skissert under.

Spesialister i infeksjons- og gastromedisin fra flere av Oslo-sykehusene har gått sammen og laget et flytskjema (se vedlegg) til bruk for helsepersonell uten spesifikk HCV-kompetanse. Den gir mulighet for utskrivelse av resept over telefon gjennom en mal for utredning og en algoritme som identifiserer pasienter i ulike risikogrupper med tanke på alvorlig leversykdom:

- A. Pasienter med lav risiko kan få behandling i primærhelsetjenesten ved å ringe spesialist for resept.
- B. Pasienter med intermediær risiko diskuteres over telefon med spesialist og kan dersom spesialisten anser det som forsvarlig få resept over telefon.
- C. Pasienter med høy risiko henvises til spesialist for videre utredning og behandling.

Pasienter fra alle risikokategorier kan henvises til ambulant hepatitt C-klinikk dersom det er behov for tilrettelagte utrednings- og behandlingsforløp.

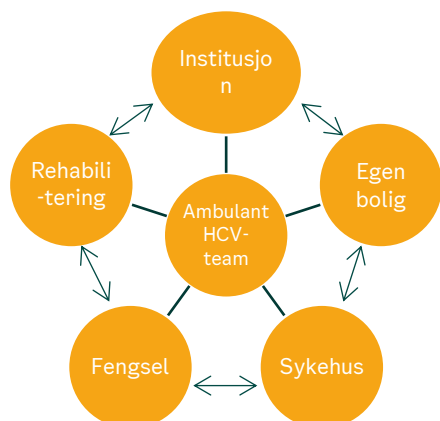
Flytskjemaet tenkes i første omgang å implementeres blant leger og sykepleiere i kommunale og ideelle rustiltak, fengselshelsetjenesten og blant TSB-leger med spesiell interesse for hepatitt C-infeksjon. Telefonkonsultasjoner vil gå til spesifikke leger ved Oslo-sykehusene som har samtykket i å ha en slik vakttelefonfunksjon. Ordningen vil så evalueres etter et år og det vil vurderes å utvide den til å gjelde flere TSB-leger, spesialister i psykisk helsevern og fastleger.

Pasientgrupper med behov for ulik grad av oppfølging

Vi har delt gruppen av pasienter med rusrelatert hepatitt C-infeksjon inn i tre grupper ut i fra hvilke instanser de primært har kontakt med og hvilken grad av oppfølging de har behov for. Punktene under beskriver hvordan man vil arbeide for å sikre økt testing og behandling i hver enkelt gruppe.

A Personer med etablert kontakt med kommunale og ideelle rustiltak, unge rusbrukere og personer i fengsel

Denne gruppen pasienter har ofte hyppige skifter i livssituasjon og ytre rammer som bolig og har behov for høy grad av tilpasning av tjenesten. Hepatitt C-klinikken på Prindsen mottakssenter har opparbeidet seg god erfaring med oppfølging av denne pasientgruppen. Erfaringen tilsier at individuelt tilpassede tjenester der man arbeider ambulant og nettverksbasert med stor grad av fleksibilitet gjør at man når og greier å få de fleste gjennom et behandlingsforløp. Disse arbeidsmetodene vil videreføres i prosjektperioden.



KARAKTERISTIKA VED ARBEIDSMETODEN

Ambulant: Tjenesten følger pasienten, sørger for kontinuitet ved endring av rammer i pasientens liv

Individuelt tilpassede behandlingsforløp

Nettverksbasert: Tett samarbeid med eksisterende støttespillere i pasientens hverdag

• **Personer med tilknytning til kommunale og ideelle rustiltak**

Personene i denne gruppen nås i stor grad ved dagens Hepatitt C-klinikk gjennom kombinasjonen av ambulant tjeneste og drop-in klinikk på Prindsen mottakssenter. Modellen beholdes, men utvides for systematisk å screene og behandle alle som har tilknytning til kommunale og ideelle hjelpeapparat ved utarbeidelse av årshjul der man besøker alle tiltak med gitte mellomrom. Leger og sykepleiere i andre lavterskeltiltak som 24sju, Feltpleien i Urtegata og Gatehospitalet vil få opplæring i utredning og behandling og vil kunne benytte seg av flytskjemaet som vist over.

• **De åpne rusmiljøene og unge**

Det er grunn til å tro at en stor andel av HCV nysmitte skjer blant unge rusmiddelbrukere uten god kontakt med behandlingsapparatet. Uteseksjonen, Sykepleie på hjul og ruskonsulenter i bydelene er behandlere som når dette miljøet og det anbefales at Hepatitt C-klinikken har en stilling dedikert til samarbeid med hjelpeapparatet til rusmiddelbrukere uten etablert tilknytning til annet hjelpeapparat.. Det vil våren 2019 utføres en pilotundersøkelse med tilbud om ambulant hurtigtest («point of care»-testing) og direkte utskriving av resept uten videre utredning («test-and-treat»-metodikk) for selekterte pasienter. Undersøkelsen vil utføres av Sykepleie på hjul i samarbeid med Hepatitt C-klinikken, Akershus universitetssykehus og leverandør av hurtigtestapparatet og vil rettes primært mot unge personer i de åpne rusmiljøene. Dersom undersøkelsen viser at dette er et effektivt tiltak for å nå unge personer vil vi anbefale at dette etableres som et permanent tilbud.

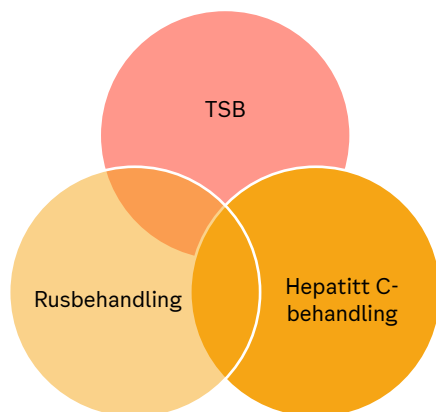
Det vil også jobbes aktivt med spredning av informasjonsmateriell med kontakthinformasjon via andre kanaler som Legevakten, brukerorganisasjoner, helsestasjon for ungdom, politiets gatepatroljer med flere.

• **Personer i fengsel**

Fengselshelsetjenesten i Oslo fengsel og Bredtvedt fengsel vil teste alle med risiko for hepatitt C og benytte seg av flytskjemaet som vist i vedlegg. Ved behov for fibroscan vil Hepatitt C-

klinikken bidra med ambulant fibroscanapparat. Ved løslatelse under behandling sikrer Fengselshelsetjenesten videre oppfølging for eksempel hos spesialisthelsetjeneste, fastlege eller lavterskel hepatitt C-klinikk.

B Pasienter i rusbehandling på spesialisthelsetjenestenivå (TSB)



KARAKTERISTIKA VED ARBEIDSMETODEN

Integrert tjeneste: Hepatitt C-testing og -behandling integreres i TSBs andre tjenester og tilbys på samme sted som andre tjenester

TSB ved OUS har i flere år hatt et sterkere fokus på hepatitt C-infeksjon og har gitt opplæring til sine ansatte i testing, utredning og behandling. Dette arbeidet blir fra 2019 solid forankret ved innføring av Pakkeforløp TSB som beskriver TSB sitt ansvar for å kartlegge hepatitt C hos sine pasienter og gir detaljert beskrivelse av hvordan man utreder og henviser til hepatitt C-behandling. (<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rusbehandling-tsb-pakkeforlop>, <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/somatisk-helse-og-levevaner-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus>). TSB vil intensivere arbeidet ved å innføre bruk av flytskjemaet over der leger med opplæring kan utrede og ringe infeksjonsmedisiner for utskriving av resept hos pasienter med lav risiko for skrumplever.

Ved døgnbehandling i TSB er det institusjonens ansvar å ivareta også somatisk helse. Ved poliklinisk behandling har TSB ansvar for å avklare med fastlege/annen spesialisthelsetjeneste hvem som tar ansvar for de ulike delene av pasientens helsebehov, herunder hepatitt C-behandling.

- **LAR-pasienter/polikliniske pasienter og fastlegens rolle:**

Hos fastlege: LAR-tiltakene i Norge er ulikt organisert. Ved AHUS har de fleste LAR-pasienter sin hovedoppfølging inkludert forskrivning av substitusjonslegemiddel hos sin fastlege. Ved Oslo Universitetssykehus har pasientene oppfølging ved MAR-tiltak, fastlege eller LAR-poliklinikken. Alle pasienter ved OUS har en behandler og en kontaktlege i LAR, uavhengig av hvor pasienten har sin hovedoppfølging. For LAR-pasienter som har oppfølging ved fastlege vil det være mest naturlig at fastlege også tar seg av hepatitt C-utredning.

Det er behov for å øke testaktivitet og henvisning til spesialist hos fastleger og lett tilgjengelig målrettet informasjonsmateriale bør utarbeides. Som ledd i dette arbeidet vil fastleger få informasjon og oppfordring om testing av blant annet LAR-pasienter via bydelsoverleger og samhandlingsarenaer som Møteplass Oslo. Norsk elektronisk legehåndbok (NEL) er det hyppigst brukte oppslagsverket for fastleger og vi vil spille inn til Helsedirektoratet at det bør jobbes for å oppdatere informasjonen som ligger i NEL.

Poliklinisk oppfølging i TSB: Pasienter som har poliklinisk oppfølging i TSB vil bli testet og utredet av TSB-lege. TSB-leger som har fått opplæring vil ha mulighet til å benytte seg av flytskjemaet nevnt over, og vil dermed kunne tilby et forenklet forløp med resept over telefon for pasienter uten risiko for leverskade. LAR og andre TSB-klinikker vil utarbeide forenklede rutiner for henvisning til spesialist og fibroscanundersøkelse der dette er nødvendig. Ved Ullevål foregår dette i dag ved at man har et drop-in-lignende system en dag i uken som gir pasienten større fleksibilitet og som heller ikke utløser regning ved uteblivelse til avtale.

Både fastleger og TSB-leger vil bli bedt om å sette pasienten i kontakt med Hepatitt C-klinikken dersom utredning og behandling er vanskelig gjennomførbart.

Hvordan sikre at alle blir testet? LAR har kontakt med alle pasienter, også de som følges av fastlege, minimum en gang årlig. Kontakten skjer hovedsakelig i form av ansvarsgruppemøte eller over telefon ved skriving av årlig statusrapport. Hepatitt C er allerede et fast punkt i denne statusrapporten. Denne årlige kontakten vil brukes aktivt for å dokumentere om pasienten har blitt testet og eventuelt fått behandling. Med til samtalen hører en kartlegging av pasientens muligheter til å benytte seg av det ordinære behandlingsapparatet og der dette er vanskelig gjennomførbart, skal pasienten ved samtykke settes i kontakt med Hepatitt C-klinikken.

Videre vil alle pasienter som henvises TSB og er i risikogruppen, få tilbud om utredning og behandling av hepatitt C.

- **Pasienter i døgnbehandling i TSB:**

Alle pasienter innlagt i TSB skal testes for hepatitt C-infeksjon dersom dette ikke er gjort siste halvåret. I de tilfeller det ikke er kjent om det nylig er utført testing, skal man enten innhente tidligere resultater eller teste på nytt. Ved påvisning av eller kjent hepatitt C-infeksjon kan flytskjema for utredning og behandling av hepatitt C (se vedlegg) benyttes og etter konferering med spesialist på sektorsykehus skal behandling starte snarest mulig. Man skal sammen med pasienten avgjøre om det er behov for tilpasset oppfølging fra hepatitt C-klinikken gjennom behandlingen og i så tilfelle sette pasienten i kontakt med klinikken innen utskrivelse.

C Personer som tidligere har tatt stoff med sprøyte

Denne gruppen nås primært gjennom generelle informasjonskampanjer som nevnt i kapittel 6.3 med oppfordring om å oppsøke fastlege for testing og eventuell henvisning til behandling. Oslo

kommune vil spille inn til Helsedirektoratet at det i implementeringsplanen for revidert nasjonal hepatittstrategi bør ligge en plan for en nasjonal informasjonskampanje rettet mot befolkningen generelt samt tilpasset informasjon til fastleger og plakater/brosjyrer til fastlegenes venterom. I Oslo kommune vil alle fastleger, som ledd i dette prosjektet, få informasjon om at alle med tidligere sprøytebruk bør testes for hepatitt C. Det vil ved evaluering av flytskjemaet (se vedlegg) vurderes å gi enkelte fastleger adgang til å bruke samme skjema for konferering og bestilling av resept over telefon.

6.5 Tiltak 5: Diagnostisering av skrumplever og livslang oppfølging

Pasienter som har utviklet skrumplever har betydelig økt risiko for leversvikt og hepatocellulært carcinom og skal etter nasjonale retningslinjer følges minimum halvårig for å screene for hepatocellulært carcinom og håndtering av eventuell leversvikt. Denne oppfølgingen settes automatisk opp hos alle pasienter som følges i spesialisthelsetjenesten.

Den livslange halvårige oppfølgingen er en stor utfordring for pasienter som har vanskelig for å benytte seg av spesialisthelsetjenesten. For de pasientene man ikke finner løsninger som sikrer at de får hjelp til å komme seg til avtaler på sykehus kan de følges videre ved Hepatitt C-klinikken med henvisning til halvårige blodprøver, henvisning til halvårig ultralyd og eventuelt konsultasjon hos lege.

7 Ressursbehov og finansiering

De ovennevnte tiltakene vil bli utført av vidt ulike instanser med egne budsjetter og finansieringsmetoder. Deler av arbeidet vil bli utført som del av pågående arbeid og er således allerede finansiert. Det er derfor ikke gjort noe forsøk på et samlet kostnadsestimat. Noen av de foreslåtte tiltakene anses imidlertid som avgjørende for å oppnå eliminasjon av hepatitt C-epidemien i Oslo kommune og vil kreve finansiering utover dagens budsjettplaner for å kunne gjennomføres. Dette gjelder særlig koordinering, monitorering, utvidelse av lavterskel hepatitt C-klinikk og utarbeidelse av informasjonsmateriell. Vi har gjort et forsøk på å summere opp disse ressursbehovene under.

Mulige finansieringskilder må utredes i 2019. Aktuelle finansieringskilder vil være Oslo kommune, Helse SørØst, samhandlingsmidler Oslo kommune/helse Sør Øst, statlige midler som eventuelt følger implementeringsplan for nasjonal hepatittstrategi, midler fra ulike andre statlige tilskuddsordninger, forskningsmidler og midler fra private aktører.

Årlige personellutgifter:

- Koordinator med ansvar for å holde oversikt over alle tiltaksområder i rutinene for eliminasjon.
- Monitorering:
 - Monitoreringsansvarlig, helst infeksjonsepidemiolog ved FHI, til å utføre registerkoblinger, analysere data fra Helseundersøkelsen etc.

- Helseundersøkelsen: Personalkostnader til gjennomføring av testuker
- Forskerassistent tilknyttet HCV-klinikk
- Utvidelse av lavterskel Hepatitt C-klinikk (eventuelt som samhandlingsteam spesialisthelsetjeneste/kommune):
 - Merkantil/Helsesekretær
 - 1 sykepleier til å dekke åpne russcener/unge + samarbeide tett mot bydeler
 - 1 sykepleier til å dekke fengsler + drop-in-tilbud på Prindsen + bistå spesialistpoliklinikker og primærhelsetjenesten når pasienten trenger forsterket oppfølging
- TSB: Koordinator for å holde oversikt over test- og behandlingsfrekvens samt implementering av pakkeforløp TSB

Utstyr:

1 mobilt Fibroscan-apparat, 1 point of care-testmaskin (HCV RNA-hurtigtest)

Informasjonsarbeid

- Brosjyrer og plakater til samarbeidspartnere
- Årlig kampanje koblet til overdosesatsningen

8 Fremdriftsplan

8.1 2019: Implementering

Tiltak 1: Forebygging

- Utvidelse av behandlingstilbud ved LASSO
- RusFACT Sagene starter utdeling av smittevernsutstyr.
- Flere bydeler starter utdeling av smittevernsutstyr.
- Årlige Switch-kampanjer i forbindelse med satsningsuker.

Tiltak 2: Monitorering

- Jobbe mot SERAF for tillegg av spørsmål vedrørende hepatitt C-testing og behandling i LARs årlige statusrapport.
- Jobbe for å få ansatt en infeksjonsepidemiolog med oppstart 2020 for å jobbe med monitorering og dokumentasjon/evaluering av arbeidet.
- Lage prosjektprotokoll og søke om tillatelse hos personvernombud for å gjennomføre vitenskapelig evaluering av prosjektet.
- Søke om å få koble data fra Kreftregisteret, MSIS og Dødsårsaksregisteret for å monitorere utviklingen av antall tilfeller av hepatocellulært carcinom som følge av hepatitt C.

- Fullføre kobling av Velferdsetatens journalsystem HK Velferd mot MSIS og Reseptregisteret for å monitorere utviklingen av behandlingsopptak hos personer med alvorlige rusproblemer i Oslo.
- Prevalensstudie i TSB institusjoner med døgnbehandling.

Tiltak 3: Informasjonsarbeid

- Utarbeide «Oslostandard for håndtering av rusrelatert hepatitt C-infeksjon»
- Utarbeide og distribuere brosjyrer og informasjonsskriv til pasienter og samarbeidspartnere:
- Samfunnsmedisinsk forum (bydelsoverleger), fastleger, ruskonsulenter, kommunale/ideelle rustiltak, Politiet, psykisk helsevern.
- Integrere hepatitt C-kampanje i Velferdsetatens årlige satsningsuker for overdoseforebygging.

Tiltak 4: Testing og behandling

- Fastleger og andre aktører får informasjon via informasjonskampanje om viktigheten av oppfølging hos spesialist
- Utprøving av flytskjemaet for helsepersonell i lavterskel rustiltak, fengsler og hos et begrenset antall leger i TSB
- Pilotundersøkelse med bruk av hurtigtest og «test-and-treat»-metodikk i samarbeid med Sykepleie på hjul.

Administrativt:

- Avklaring av om det følger tilskuddsmidler med nasjonal hepatittstrategi
- April: Søknad om samhandlingsmidler Oslo kommune/Helse SørØst til:
- Ressurser i TSB for dokumentasjon sikre at alle pasienter blir testet og får behandling
- Utrede mulighet for opprettelse av et hepatitt C-samhandlingsteam etter FACT-modell

8.2 2020: Opptrapping

Tiltak 1: Forebygging

- Mulig start for forsøksprosjekt med heroinassistert behandling.
- Årlige Switch-kampanjer i forbindelse med satsningsuker.

Tiltak 2: Monitorering

- Gjennomføring av helseundersøkelsen
- Koblinger av MSIS, Reseptregisteret Dødsårsaksregisteret og Kreftregisteret.
- Prevalensstudie i TSB institusjoner med døgnbehandling.
- Opprettelse av infeksjonsepidmiologfunksjon

- Opprettelse av koordinatorfunksjon

Tiltak 3: Informasjonsarbeid

- Hepatitt C-kampanje uke 19 og 35 i samarbeid med satsningsuker for overdoseforebygging.

Tiltak 4: Testing og behandling

- Utvidelse av Hepatitt C-klinikken
- Systematisk screening ved alle kommunale/ideelle rusinstitusjoner
- Opprettelse av systematisk og kontinuerlig samarbeid med Uteseksjonen (+ evt sykepleie på hjul) og ruskonsulenter i alle bydeler
- Utvidelse til bruk av flytskjemaet også for alle TSB-leger og eventuelle utvalgte fastleger som har kontakt med mange pasienter med rusproblemer

8.3 2021

Tiltak 1: Forebygging

- Årlige Switch-kampanjer i forbindelse med satsningsuker.

Tiltak 2: Monitorering

- Gjennomføring av Helseundersøkelsen
- Koblinger av MSIS, Reseptregisteret Dødsårsaksregisteret og Kreftregisteret.
- Prevalensstudie i TSB institusjoner med døgnbehandling.

Tiltak 3: Informasjonsarbeid

- Hepatitt C-kampanje uke 19 og 35 i samarbeid med satsningsuker for overdoseforebygging.

8.4 2022

Tiltak 1: Forebygging

- Årlige Switch-kampanjer i forbindelse med satsningsuker.

Tiltak 2: Monitorering

- Gjennomføring av Helseundersøkelsen
- Koblinger av MSIS, Reseptregisteret Dødsårsaksregisteret og Kreftregisteret.
- Prevalensstudie i TSB institusjoner med døgnbehandling.

Tiltak 3: Informasjonsarbeid

Hepatitt C-kampanje uke 19 og 35 i samarbeid med satsningsuker for overdoseforebygging.

8.5 2023: Evaluering

Tiltak 1: Forebygging

- Evaluering av pågående forebyggende tiltak og effekten av disse.
- Årlige Switch-kampanjer i forbindelse med satsningsuker. Dette arbeidet vil fortsette etter utgangen av prosjektperioden.

Tiltak 2: Monitorering

- Gjennomføring av Helseundersøkelsen.
- Gjenta arbeidet ved OUS Ullevål for å registrere alle tilfeller av leversvikt og deres årsak.
- Koblinger av MSIS, Reseptregisteret Dødsårsaksregisteret og Kreftregisteret.
- Prevalensstudie i TSB institusjoner med døgnbehandling.
- Skrive artikler og publisere.
- Gjøre opp status for prosjektets måloppnåelse.
- Tiltak 3: Informasjonsarbeid
- Hepatitt C-kampanje uke 19 og 35 i samarbeid med satsningsuker for overdoseforebygging. Dette arbeidet vil fortsette etter utgangen av prosjektperioden.
- Revidere Oslostandard for håndtering av hepatitt C blant personer med rusproblemer.

Tiltak 4: Testing og behandling

- Gjøre opp status for videre behov for lavterskel hepatitt C-klinikk og hvilken form denne skal ha.
- Gjøre opp status for implementeringen av hepatitt C-arbeid i TSB, hos fastleger og lavterskel rustjenester. Vurdere behov for ytterligere tiltak for at dette arbeidet skal bli videreført etter prosjektperioden.

9 Vedlegg

9.1 Flytskjema for forenklet behandlingsforløp utenfor sykehus

Flytskjema for håndtering av hepatitt C i primærhelsetjeneste/TSB

Skjemaet identifiserer pasienter med lav risiko for levercirrhose som kan motta HCV-behandling uten nærmere vurdering hos spesialist. Forenklet pasientnær diagnostikk med HCV RNA hurtigtest og FibroScan anses som forsvarlig.

Utfylt skjema og signert samtykke sendes i brevpost til Olav Dalgard, Akershus Universitetssykehus.

Pasientens navn:

F.nr:

Adresse:

Tlf:

Medikamenter:

Andre sykdommer:

Tidligere HCV-behandling: ☐ Nei ☐ Ja, spesifiser:

Injisert rusmidler noen gang: ☐ Nei ☐ Ja, spesifiser alder ved sprøyte debut:

Injisert rusmidler siste 3 mnd: ☐ Nei ☐ Ja, dominerende rusmiddel: ☐ Opiater ☐ Amfetamin ☐ Annet

Etablert i LAR: ☐ Nei ☐ Ja, spesifiser legemiddel: ☐ Metadon ☐ Subutex ☐ Subuxone ☐ Annet

Skadelig alkoholkonsum: ☐ Nei ☐ Ja (>14 enheter/uke for menn og >10 enheter/uke for kvinner)

Boligstatus: ☐ Egen bolig ☐ Kommunal bolig ☐ Institusjon ☐ Fengsel ☐ Uten fast bopel ☐ Annet

Arbeid/inntekt: ☐ Fast arbeid ☐ Trygdeytelser ☐ Sosialstønad ☐ Annet

Blodprøver

ASAT:

HCV genotype:

ALAT:

HIV:

INR:

HBsAg:

Bilirubin:

Trombocytter:

GFR:

FibroScan:

Minst 2 timers faste: ☐ Nei ☐ Ja

<12 kPa: Lav sannsynlighet for cirrhose

>15 kPa: Høy sannsynlighet for cirrhose

APRI-score:

(ASAT/ASAT øvre normal) / trombocytter x 100

APRI <1.0: Lav sannsynlighet for cirrhose

APRI >1.5: Høy sannsynlighet for cirrhose

Lokalt helsepersonell:

Tlf:

Ansvarlig for H-resept:

Dato:

Ring HCV vakttelefon:

LAV RISIKO

Alder <35 år og fravær av skadelig alkoholkonsum eller diabetes 2

eller

FibroScan <12 kPa / APRI <1.0

Forespør resept

INTERMEDIÆR RISIKO

FibroScan 12-15 kPa / APRI 1.0-1.5

Forespør resept og avtal oppfølging etter behandling

HØY RISIKO

FibroScan >15 kPa / APRI >1.5

Utfall i INR eller bilirubin

HIV eller HBV koinfeksjon

Forespør resept og avtal rask spesialistvurdering

Valgt behandlingsregime:

Planlagt oppfølging/bistand under behandling:

☐ Lavterskel ☐ Lokalsykehus ☐ Fastlege ☐ Ingen (adm selv)

Planlagt oppfølging etter behandling:

☐ Leverkreft/HCC (ultral lyd) ☐ Reinfeksjon (HCV RNA) ☐ Ingen

Sjekkliste for lokalt helsepersonell i primærhelsetjeneste/TSB:

- ☐ Skriftlig informert samtykke innhentes fra alle pasienter
- ☐ Utfylt skjema og signert samtykke for alle pasienter sendes i brevpost til Olav Dalgard, Infeksjonsmedisinsk avdeling, Akershus Universitetssykehus, 1478 Lørenskog
- ☐ Behovet for oppfølging og bistand underveis i behandlingen vurderes individuelt, men alle pasienter anbefales kontroll av HCV RNA når kuren avsluttes
- ☐ FibroScan er ikke nødvendig ved alder < 35 år og fravær av skadelig alkoholkonsum eller diabetes type 2
- ☐ APRI-score er et godt alternativ hvis FibroScan ikke er tilgjengelig
- ☐ FibroScan bør utføres etter minst 2 timers faste da man kan få falskt forhøyet verdi etter måltid
- ☐ Ved mistanke om levercirrhose (FibroScan >12 kPa) skal det avtales time hos spesialist for HCC-overvåkning etter gjennomført behandling
- ☐ Ved mistanke om avansert levercirrhose (svært høy FibroScan eller tegn til leversvikt) eller ved koinfeksjon med HIV eller HBV skal det avtales time hos spesialist så raskt som mulig
- ☐ Pasienter med risikoatferd for reinfeksjon bør oppfordres til årlig kontroll av HCV RNA etter behandling

Generelle råd til legen som skriver H-resept:

- ✓ Utredning må ikke utgjøre en barriere for oppstart av behandling - vi bør derfor legge til rette for rask oppstart også når komplett diagnostikk ikke foreligger
- ✓ Forenklet pasientnær diagnostikk med hurtigtest og FibroScan er effektivt og forsvarlig, og er et anbefalt alternativ i europeiske og norske retningslinjer
- ✓ Pangenotypisk behandling (Epclusa eller Maviret) er førstevalg når genotype ikke foreligger

Spesielle forhold ved mistanke om levercirrhose (FibroScan >12 kPa):

- ✓ Pasienten bør gjennomføre HCC-overvåkning etter behandling
- ✓ Pasienter med mistanke om avansert leversykdom eller koinfeksjon må vurderes av spesialist, men dette bør ikke forsinke oppstart av behandling
- ✓ Proteasehemmere er kontraindisert ved dekompensert cirrhose (Child Pugh B/C)
- ✓ Ved kronisk nyresykdom stadium 4-5 (GFR <30 ml/min) bør sofosbuvir-holdige regimer ikke brukes, men dette har vist seg trygt hos pasienter i dialyse (NB off-label)
- ✓ Ved HBV-koinfeksjon (HBsAg-positiv) må det samtidig gis behandling med nukleosidanalogue for å forebygge HBV-reakivering
- ✓ Interaksjoner må sjekkes før oppstart (www.hep-druginteractions.org)
- ✓ H-resept bør reiteres med merknad "kun en pakke kan tas ut av gangen"
- ✓ H-resept skal ledsages av et kort journalnotat i DIPS hvor evt avvik fra gjeldende LIS-anbefaling begrunnes (pangenotypisk behandling)
- ✓ Kopi av skjemaet vil bli sendt i brevpost fra Olav Dalgard og skal scannes inn i DIPS



Oslo

Velferdsetaten, Avdeling for rus og
tilrettelagte boliger
Storgata 51, 0182 Oslo