

Respons

Uganda: Behandlingstilbud for hepatitt C

Problemstilling/spørsmål:

- Finnes det et behandlingstilbud for hepatitt C i Uganda?
- Hvis det finnes et slikt behandlingstilbud, er det allment tilgjengelig i hele landet?
- Hva er kostnaden for behandling, og er den økonomisk tilgjengelig for allmennheten?

Om hepatitt C

Folkehelseinstituttet (FHI) gir følgende opplysninger om hepatitt C:

Hepatitt C er en sykdom forårsaket av hepatitt C-virus (HCV) som er et virus i familien flaviviridae. Sykdommen kan hos 70-80 % av de smittede få et kronisk forløp der en del utvikler en kronisk aktiv hepatitt med risiko for utvikling av levercirrhose og leverkreft.

[...]

Forekomsten av hepatitt C varierer i ulike deler av verden og er ofte knyttet til nosokomiale og iatrogene risikosituasjoner. Høyest forekomst er rapportert fra Sørøst-Asia, Nord- og Sentral-Afrika (særlig Egypt) og Brasil.[...]

Verdens helseorganisasjon har estimert at ca. 3 % av verdens befolkning er smittet av HCV og at ca 130-170 millioner mennesker lever med en kronisk infeksjon. Anslagsvis dør det 350 000 personer årlig som følge av hepatitt C-relatert leversykdom. Hepatocellulært karsinom (leverkreft) er en av de ti vanligste kreftformene i verden, og man regner med at 78 % av disse karsinomene skyldes hepatitt B og C. [...]

Minst seks ulike genotyper og ca. 30 subtyper av viruset er identifisert. Ulike genotyper dominerer i ulike deler av verden. Ca. 50 % av tilfellene i Norge er genotype 3 og ca. 40 % er genotype 1, samt enkelte tilfeller av genotype 2, 4, 5 og 6. Genotype har stor betydning for effekt av behandling. Globalt dominerer genotype 1.

20-30 % av de smittede vil spontant kvitte seg med viruset innen et år etter smitte. De som utvikler kronisk infeksjon, vil ha ulik grad av leverfibroseutvikling. Etter 20 år har færre enn 20 % av de smittede utviklet leversykdom i form av kronisk hepatitt,

levercirrhose eller leverkreft. Prognosen er verre hos personer med stort alkoholforbruk, diabetes eller ved koinfeksjoner med hepatitt B virus eller hiv. Barn og unge kvinner synes å ha en langsommere progresjon. Genotype har ikke betydning for sykdomsforløpet. I Norge foretas årlig 4-5 levertransplantasjoner hvor hepatitt C er den bakenforliggende årsak.

Målet med medikamentell behandling av kronisk HCV-infeksjon er å hindre utvikling av leverkreft og levercirrhose. Hepatitt C behandles med interferon i kombinasjon med ribavirin. I tillegg kan proteasehemmere benyttes for å øke effekten av behandling av genotype 1. Respons på behandling og valg av behandlingsregime varierer med HCV-genotype og genotype skal utføres før oppstart av behandling. Behandlingstid er vanligvis 3-12 måneder avhengig av genotype. Behandlingseffekten varierer med genotype. Ca. 80 % av pasienter med genotype 2 og 3 blir varig virusfrie etter behandling, mens 40-50 % av pasienter med genotype 1 blir virusfrie etter behandling.

Kontraindikasjon for behandling kan være bl.a. høy alder, alvorlig psykiatrisk- eller hjertekar-sykdom, graviditet og pågående injiserende rusmisbruk.

Alle som får HCV-behandling, må regne med bivirkninger. Kun 1-2 % av pasientene får alvorlige bivirkninger, men 10-15 % avslutter behandlingen tidlig pga. bivirkninger. Bivirkninger kan bl.a. være influensaliknende plager, anemi, utslett, håravfall, irritabilitet og hudlidelser, autoimmune fenomener og alvorlig depresjon. Etter vellykket behandling vil antistofftesten fortsatt være positiv som uttrykk for gjennomgått infeksjon. Pasienten har ingen beskyttende immunitet og reinfeksjon kan forekomme. Hos barn kan behandling gi vekstforstyrrelser og barn behandles derfor sjelden i de mest vekstintensive periodene før tre års alder og under puberteten (FHI 2012).

Finnes det et behandlingstilbud for hepatitt C i Uganda?

Forekomsten av hepatitt C i Uganda er usikker, da studier har gitt sprikende resultater (O'Reilly et al. 2011). Studier i forskjellige grupper av befolkningen¹ har vist en forekomst fra 0,6 til 10,8 prosent (O'Reilly et al. 2011; Rizzardini et al. 2000). I den nyeste studien viste tester at mellom 2,6 og 3,2 prosent var smittet av hepatitt C, med omtrent samme forekomst blant hivpositive som blant hivnegative (O'Reilly et al. 2011). Forskerne peker videre på at alle studiene har vist store avvik mellom den første («initial») testen og den bekreftende («confirmatory») testen.

I Uganda finnes det ingen nasjonale retningslinjer for behandling av hepatitt C (O'Reilly et al. 2011). Til tross for at det er dårlig tilgang på helsetjenester generelt i landet, mener Landinfo imidlertid at det er overveiende sannsynlig at det finnes et behandlingstilbud for kronisk hepatitt C. Det er ingen grunn til å tro at medisinske fagpersoner i Uganda skulle være ukjente med diagnostisering og behandling av sykdommen.

¹ Hivsmittede, blodgivere, personer med sigdcelleanemi, gravide og sykehuspasienter.

Hvis det finnes et slikt behandlingstilbud, er det allment tilgjengelig i hele landet?

Som nevnt ovenfor, består behandlingstilbudet for kronisk hepatitt C av medikamentell behandling. Statens legemiddelverk (2004) har publisert informasjonsmaterieil om anbefalt behandling av hepatitt C.

Det avgjørende vil dermed være tilgangen på primærhelsetjeneste som kan ta blodprøver for å avgjøre om en pasient er smittet, og eventuelt hvilken undertype av hepatitt C-viruset pasienten er smittet med. Det må også være tilgang på laboratorier som kan analysere slike blodprøver, og medikamenter.

Uganda er et fattig land, med begrensede ressurser til rådighet i det offentlige helsevesenet. Landet ligger på plass 161 (av 172) på UNDPs Human Development Report 2013 (s. 15). Verdens helseorganisasjon gir følgende opplysninger for Uganda og Norge i siste utgave av sin årlige statistiske rapport (WHO 2013):

	Leger pr. 10 000 innbyggere	Sykepleiere og jordmødre pr. 10 000 innbyggere	Sykehussenger pr. 10 000 innbyggere
Uganda	1,2	13,1	5
Norge	41,6	319,3	33

	Offentlige midler brukt på helse pr. innbygger ²	BNP pr. innbygger	Andel av befolkningen som lever på under USD 1 pr. dag
Uganda	27 USD	1310 USD	37,7 prosent
Norge	4610 USD	61 460 USD	-

Som det går fram av tallene, er det store kontraster mellom Uganda og Norge. Men det er viktig å understreke at helsetilbudet i fattige land også gjennomgående er betydelig skjevare fordelt geografisk enn i Norge. Helsetilbudet i byene, og særlig hovedsteder og storbyer, er dermed betydelig bedre enn det en finner på landsbygda. I den grad det finnes et privat helsetilbud, er det nærmest utelukkende å finne i de store byene. Videre er tilgangen på medisiner betydelig bedre i byer enn på landsbygda, fordi et større, mer kjøpekraftig marked gir større etterspørsel til dem som selger medisiner. (Merk at det er sjelden medisiner selges av personer med fagutdannelse i land i Afrika.³)

Ut fra disse opplysningene, er det sannsynlig at det finnes et behandlingstilbud for personer med hepatitt C i hovedstaden Kampala i Uganda. Det generelt dårlige helsetilbudet på landsbygda i landet gjør at det vil være vanskeligere for folk der å få slik behandling.

² Tallene det vises til i denne tabellen er angitt i internasjonale Purchasing Power Parity-dollar (PPP). Det vil si at hver USD angir lik kjøpekraftsverdi i begge land, slik at sammenlikningsgrunnlaget er reelt i praksis.

³ For mer informasjon om tilgang på legemidler i afrikanske land, se Landinfo 2007.

Hva er kostnaden for behandling, og er den økonomisk tilgjengelig for allmennheten?

Statens legemiddelverk (2004) anbefaler kombinasjonsbehandling med medikamentene peginterferon (peg-IFN) og ribavirin, i ulike kombinasjoner ut fra hvilken undertype av hepatitt C-viruset en pasient er smittet av.

Disse legemidlene er gjennomgående dyre. Priser (hentet fra Felleskatalogen 2013) på de ulike behandlingsalternativene følger her:⁴

Genotype 1 og 4, behandlingsalternativ 1, 48 ukers behandling:	Norsk pris for 48 ukers behandling
Pegasys (peginterferon alfa-2a)	180 µg à 48 uker: 83 060
Copegus (ribavirin)	1000 mg (5x200 mg) à 336 dager: 47 074 1200 mg (6x200 mg) à 336 dager: 56 682
Genotype 1 og 4, behandlingsalternativ 2, 48 ukers behandling:	Norsk pris for 48 ukers behandling
PegIntron (peginterferon alfa-2b)	1,5 µg/kg kroppsvekt/48 uker 100 µg/67 kg kroppsvekt/48 uker: 86 784 120 µg/80 kg kroppsvekt/48 uker: 102 230 150 µg/100 kg kroppsvekt/48 uker: 120 017
Rebetol (ribavirin)	800 mg (4x200 mg) à 336 dager: 35 808 1000 mg (5x200 mg) à 336 dager: 44 760 1200 mg (6x200 mg) à 336 dager: 53 712
Genotype 2 og 3, behandlingsalternativ 1, 24 ukers behandling:	
Pegasys (peginterferon alfa-2a)	180 µg à 24 uker: 41 530
Copegus (ribavirin)	800 mg (4x200 mg) à 168 dager: 18 830
Genotype 2 og 3, behandlingsalternativ 2, 24 ukers behandling:	
PegIntron (peginterferon alfa-2b)	1,5 µg/kg kroppsvekt/24 uker 100 µg/67 kg kroppsvekt/24 uker: 43 392 120 µg/80 kg kroppsvekt/24 uker: 51 115 150 µg/100 kg kroppsvekt/24 uker: 60 009
Rebetol (ribavirin)	800 mg à 168 dager: 17 904 1000 mg à 168 dager: 22 380 1200 mg à 168 dager: 26 856

⁴ Noen av medisinene har ulik dosering ut fra pasientens kroppsvekt, noe som gir utslag på kostnadene for noen av behandlingsalternativene.

Prisene i Felleskatalogen er maksimumspriser, norske apoteker har dermed anledning til å prise medisinene billigere enn prisene som er oppgitt her. Det finnes pr. i dag ikke generiske medikamenter med de samme virkestoffene.

Prisene i Uganda kan være noe lavere enn de norske, siden det er dyrere å drive forretningsvirksomhet i Norge enn i afrikanske land. Utgifter til medisinsk behandling i Uganda må imidlertid gjennomgående dekkes av pasientene selv, siden det offentlige helsebudsjettet i landet bare utgjør 27 USD pr. person i året. Selv om medisinene skulle være noe mindre dyre i Uganda enn i Norge, vil kostnadene til medikamentell behandling for hepatitt C likevel være så høye i Uganda at det store flertall av landets befolkning ikke vil ha råd til dem. (Alle de tilgjengelige medisinene koster betydelig mer for ett års behandling enn BNP pr. innbygger i landet.) Levertransplantasjon, som vil være eneste alternativ for noen pasienter, vil også innebære en umulig utgift for de aller fleste i Uganda.

Utlendingsforvaltningens fagenhet for landinformasjon (Landinfo) skal som faglig uavhengig enhet innhente og analysere informasjon om samfunnsforhold og menneskerettigheter i land som Utlendingsdirektoratet (UDI), Utlendingsnemnda (UNE) og Justis- og beredskapsdepartementet til enhver tid har behov for kunnskap om for å kunne løse sine oppgaver. Landinfos responser og temanotater er basert på opplysninger fra både offentlige og ikke-offentlige kilder. Opplysningene er innsamlet og behandlet i henhold til kildekritiske standarder. Kilder som av ulike grunner ikke ønsker å bli offentliggjort, er ikke nevnt ved navn.

En respons er et svar på konkrete spørsmål og problemstillinger som saksbehandlere i utlendingsforvaltningen har stilt Landinfo. Responser er ikke ment å være utfyllende redegjørelser for et tema eller et spørsmål, og kildegrunlaget vil ikke nødvendigvis være like bredt som i våre temanotater. Responser er utarbeidet innenfor begrensede tidsrammer og vil i liten grad inneholde bakgrunnsinformasjon.

Opplysningene som blir lagt fram i responsene, kan ikke tas til inntekt for et bestemt syn på hva praksis bør være i utlendingsforvaltningens behandling av søknader. Landinfos responser er heller ikke uttrykk for norske myndigheters syn på de forhold og land som responsene omhandler.

Referanser

- Felleskatalogen (2013, 1. mars). *Felleskatalogen*. Oslo: Felleskatalogen. Tilgjengelig fra <http://www.felleskatalogen.no> [lastet ned 23. september 2013]
- FHI, dvs. Folkehelseinstituttet (2013, 29. august). *Hepatitt C*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=82751> [lastet ned 20. september 2013]
- Landinfo (2007, 15. juni). *Helse – tilgang på legemidler. Afrika sør for Sahara, med unntak av Sør-Afrika*. Oslo: Landinfo. Tilgjengelig fra http://www.landinfo.no/asset/601/1/601_1.pdf [lastet ned 23. september 2013]
- O'Reilly, J.I., Ocama, P., Opio, C.K., Alfred, A., Paintsil, E., Seremba, E. & Sofair, A.N. (2011, 9. august). Risk Factors and Seroprevalence of Hepatitis C among Patients Hospitalized at Mulago Hospital, Uganda. *Journal of Tropical Medicine, 2011*. Tilgjengelig via <http://www.hindawi.com/journals/jtm/2011/598341/> [lastet ned 24. september 2013]
- Rizzardini, G., Ferrante, P., Fabiani, M., Lukwiya, M., Mancuso, R., Declich, S. & Clerici, M. (2000, juli). *HCV/HIV prevalence in women attending the Ante Natal Clinic of Lacor Hospital in northern Uganda*. Geneve: International AIDS Society (IAS). Tilgjengelig via <http://www1.aegis.org/conferences/iac/2000/MoPeC2407.html> [lastet ned 26. september 2013]
- Statens legemiddelverk (2004). *Terapianbefaling: Behandling av hepatitt C hos voksne og barn*. Oslo: Statens legemiddelverk.
 - Ikke lenger tilgjengelig elektronisk.

Respons Uganda: Behandlingstilbud for hepatitt C

- UNDP, dvs. United Nations Development Programme (2013, 14. mars). *Human Development Report 2013. The Rise of the South: human progress in a diverse world*. New York: UNDP. Tilgjengelig fra http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2013_EN_complete.pdf [lastet ned 24. september 2013]
- WHO, dvs. World Health Organization (2013, 15. mai). *World health statistics 2013*. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/en/ [lastet ned 25. september 2013]

© Landinfo 2013

Materialet i denne publikasjonen er omfattet av åndsverklovens bestemmelser. Uten særskilt avtale med Landinfo er enhver eksemplarfremstilling og tilgjengeliggjøring bare tillatt i den utstrekning det er hjemlet i lov.