

Respons

Burundi: Behandlingstilbud for hepatitt C

Problemstilling/spørsmål:

- Finnes det et behandlingstilbud for hepatitt C i Burundi?
- Hvis det finnes et slikt behandlingstilbud, er det allment tilgjengelig i hele landet?
- Hva er kostnaden for behandling, og er den økonomisk tilgjengelig for “folk flest”?

Om hepatitt C

Folkehelseinstituttet (FHI) gir følgende opplysninger om hepatitt C:

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

[...]

Minst seks ulike genotyper og ca. 30 subtyper av viruset er identifisert. Ulike genotyper dominerer i ulike deler av verden. Ca. 60% av tilfellene i Norge er genotype 2 og 3, og ca. 40% er genotype 1, samt enkelte tilfeller av genotype 4, 5 og 6. Genotype har stor betydning for effekt av behandling. Globalt dominerer genotype 1.

Serologiske undersøkelser har vist høyest hepatitt C- prevalens (5-10%) i Sørøst-Asia, Nord- og Sentral Afrika og Brasil. [...] Verdens helseorganisasjon har estimert at ca. 3% av verdens befolkning er smittet av HCV, og at mer enn 170 millioner kroniske bærere av HCV har økt risiko for å utvikle levercirrhose og leverkreft.

[...]

Infeksjonen kan gi kronisk hepatitt, levercirrhose og leverkreft, men det er usikkert hvor stor andel av pasientene som rammes og etter hvor lang tid. Om lag 20% av pasientene kvitter seg spontant med viruset innen ett år etter smitte. Etter 20 år har færre enn 20% av de smittede utviklet alvorlig leversykdom, og må følges opp og evt. tilbys behandling. Prognosen er verre hos personer med stort alkoholforbruk. 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.

[...]

Kronisk hepatitt C kan behandles med vanligvis interferon i kombinasjon med ribavarin. Over halvparten av de som får slik behandling blir varig virusfrie. HCV-genotyping skal alltid utføres før behandling. Behandlingstid er vanligvis 3-12 måneder avhengig av genotype. Behandlings-effekten varierer med genotype. Pasienter med genotype 2 og 3 blir ca 80% varig virusfrie etter behandling. Pasienter med genotype 1 blir 30-40% varig virusfrie etter behandling. Kontraindikasjon for behandling er bl.a. høy alder, alvorlig psykiatrisk- eller hjertekar-sykdom, graviditet og pågående rusmisbruk. Behandlingen kan gi hyppige og til dels alvorlige bivirkninger (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 2008).

Finnes det et behandlingstilbud for hepatitt C i Burundi?

I informasjon fra nettstedet Travel Medicine oppgis det at mer enn 11 % av befolkningen i Burundi er smittet av hepatitt C (Travel Medicine u.å.), noe som gjør landet til et hyperendemisk område.

Til tross for at det er svært dårlig tilgang på helsetjenester generelt i Burundi, mener Landinfo imidlertid at det er overveiende sannsynlig at det finnes et behandlingstilbud for kronisk hepatitt C i Burundi. Det er ingen grunn til å tro at medisinske fagpersoner i Burundi skulle være ukjente med diagnostisering og behandling av en sykdom som er svært utbredt i landet.

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 informasjonsmateriell 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.

Burundi er et svært fattig land, med veldig begrensede ressurser til rådighet i det offentlige helsevesenet. Verdens helseorganisasjon gir følgende opplysninger for Burundi og Norge i siste utgave av sin årlige statistiske rapport (WHO 2009):

	Leger pr. 10 000 innbyggere	Sykepleiere og jordmødre pr. 10 000 innbyggere	Sykehussenger pr. 10 000 innbyggere
Burundi	<1 ¹	2	7
Norge	38	162	40

	Offentlige midler brukt på helse pr. innbygger ²	BNP pr. innbygger	Andel av befolkningen som lever på under USD 1 pr. dag
Burundi	USD 3	USD 330	81,3 %
Norge	USD 3779	USD 53 320	-

Som det går fram av tallene, er det store kontraster mellom Burundi 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 de 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 Bujumbura i Burundi, men det generelt dårlige helsetilbudet på landsbygda i landet gjør at det vil være vanskeligere for folk der å få slik behandling.

Hva er kostnaden for behandling, og er den økonomisk tilgjengelig for “folk flest”?

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 2009) på de ulike behandlingalternativene følger her:⁴

Genotype 1 og 4, behandlingalternativ 1, 48 ukers behandling:	Norsk pris for 48 ukers behandling
Pegasys (peginterferon alfa-2a)	180 µg à 48 uker: 100 410
Copegus (ribavirin)	1000 mg (2x400 mg + 1x200 mg) à 336 dager: 64 683 1200 mg (3x400 mg) à 336 dager: 77 632

¹ Det vil si 200 leger, fordelt på en befolkning på 8 508 000.

² Definisjon i WHO 2009: “Per capita government expenditure on health (PPP int. \$).”

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

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

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: 92 184 120 µg/80 kg kroppsvekt/48 uker: 107 900 150 µg/100 kg kroppsvekt/48 uker: 136 673
Rebetol (ribavirin)	800 mg (4x200 mg) à 336 dager: 55 520 1000 mg (5x200 mg) à 336 dager: 69 400 1200 mg (6x200 mg) à 336 dager: 83 280
Genotype 2 og 3, behandlingsalternativ 1, 24 ukers behandling:	
Pegasys (peginterferon alfa-2a)	180 µg à 24 uker: 50 205
Copegus (ribavirin)	800 mg (2x400 mg) à 168 dager: 12 928
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/48 uker: 46 092 120 µg/80 kg kroppsvekt/48 uker: 53 950 150 µg/100 kg kroppsvekt/48 uker: 68 336
Rebetol (ribavirin)	800 mg à 168 dager: 27 760 1000 mg à 168 dager: 34 700 1200 mg à 168 dager: 41 640

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 Burundi 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 Burundi må imidlertid gjennomgående dekkes av pasientene selv, siden det offentlige helsebudsjettet i landet bare utgjør USD 3 pr. person i året. Selv om medisinene skulle være noe mindre dyre i Burundi enn i Norge, så vil kostnadene til medikamentell behandling for hepatitt C likevel være så høye i Burundi 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 Burundi.

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, men skal gi svar på de konkrete spørsmålene som er stilt, og ellers inneholde det som til enhver tid trengs av bakgrunnsinformasjon.

Referanser

- Felleskatalogen (2009, 3. april). *Felleskatalogen*. Oslo: Felleskatalogen. Tilgjengelig fra <http://www.felleskatalogen.no/> [lastet ned 7. juli 2009]
- FHI, dvs. Folkehelseinstituttet (2008, 19. mars). *Hepatitt C*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=55691> [lastet ned 7. juli 2009]
- 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 7. juli 2009]
- Statens legemiddelverk (2004). *Terapianbefaling: Behandling av hepatitt C hos voksne og barn*. Oslo: Statens legemiddelverk. Tilgjengelig fra <http://www.legemiddelverket.no/upload/16067/Hepatitt-C84.pdf> [lastet ned 7. juli 2009]
- Travel Medicine (u.å.). *Burundi*. Northampton, MA.: Travel Medicine, Inc. Tilgjengelig fra <http://www.travmed.com/guide/country.php?c=Burundi> [lastet ned 7. juli 2009]
- WHO, dvs. World Health Organization (2009, mai). *World health statistics 2009*. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra http://www.who.int/entity/whosis/whostat/EN_WHS09_Full.pdf [lastet ned 7. juli 2009]

© Landinfo 2009

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