



Marginaliseringens biologi

FRA REDAKTØREN

KETIL SLAGSTAD

Ketil Slagstad (f. 1983) er lege og medisinsk redaktør i Tidsskriftet.

Regjeringen må ta initiativ til en handlingsplan for å utrydde hepatitt C.



Foto: Sturlason

Hjemløse, personer med rus- og avhengighetslidelser, innsatte og sexarbeidere blir stigmatisert og marginalisert over hele verden. Flere overlappende risikofaktorer og negative livshendelser forsterker sosiale eksklusjonsmekanismer og gjør at gruppene også i høyinntektsland har ekstremt høy sykkelighet og dødelighet (1). Kvinner er spesielt utsatt. Sosial eksklusjon dreper.

Hepatitt er blant de største problemene (2). Injiserende rusbrukere har særlig høy risiko, og etter få år vil de aller fleste bli eksponert for smitte. Hjemløshet, fengsling og sexarbeid øker smitterisikoen. I Norge er hiv et lite problem blant injiserende rusbrukere, mens hepatitt C er vanlig. I en studie av 327 brukere av sprøyteutdelingsprogrammet i Oslo hadde halvparten kronisk hepatitt C. Tre av fire hadde delt sprøyter, like mange hadde vært fengslet, og halvparten av de som injiserte under soning, hadde delt sprøyter (3). I Norge har anslagsvis 20–30 000 personer vært smittet med hepatitt C-virus. 70–80 % utvikler kronisk hepatitt, som kan føre til cirrhose, leversvikt og hepatocellulært karsinom. Anslagsvis 9 000 ruserfarne personer lever med ubehandlet kronisk hepatitt C (4).

Globalt er fengsler arnested for hiv- og hepatittsmitte (5). Innsatte har dårligere helse, dårligere tilgang til forebyggende helsetiltak og høyere smitterisiko enn resten av befolkningen. I Norge får innsatte rens brukerstyr med klor, men har ikke tilgang til rene sprøyter (som gir mye bedre smittebeskyttelse) (6). Løslatelse og integrering tilbake i samfunnet er særlig sårbare perioder hvor risikoen for smitte er økt. Risikoen for overdose og å bli tvunget til sexarbeid er også økt (5). Vi vet nærmest ingenting om helsetilstanden til sexarbeidere i Norge.

Hepatitt C smitter primært via blod (7). Seksuell smitte er mye sjeldnere, men i europeiske storbyer har det vært utbrudd blant menn som har sex med menn, særlig knyttet til sex under påvirkning av rusmidler («chemsex») (7, 8).

Hva må gjøres? Hepatitt C er et komplekst sosialmedisinsk problem som må møtes med integrerte sosiale og medisinske tiltak. En sosial boligpolitikk må kombineres med substitusjonsbehandling med opioider (LAR) til flere og smitteforebyggende tiltak, som utdeling av brukerutstyr. Mange mindre kommuner deler ikke ut sprøyter. Antallet enkeltbrukere i disse kommunene utgjør en stor gruppe (9). Kun et fåtall kommuner distribuerer rene filtre og kokekar, selv om det å dele slikt brukerutstyr trolig øker smitterisikoen (10).

Forebygging og behandling må tenkes samlet: Nye direktevirkende antivirale legemidler mot hepatitt C ble tilgjengelige i 2014 (7). De har ubetydelige bivirkninger, og etter en 8–12 ukers tablettkur vil så å si alle bli varig virusfri. Prisen på legemidlene har vært urimelig høy, men fra 1. februar 2018 gjelder avtaler som gir rimeligere priser. Helseforetakene, som betaler for legemidlene, har derfor fjernet behandlingsrestriksjoner, og pasienter i alle aldre og med alle stadier av sykdommen kan nå få behandling. Behandling er ikke bare et gode for den enkelte, men også et middel til epidemibekjempelse: De nye legemidlene gir håp om å utrydde hepatitt C (11).

Det har vært for liten oppmerksomhet rundt negative helsemessige konsekvenser av kriminalisering av sexkjøp, som hiv- og hepatittsmitte (12). Smittearbeid i fengsler – sprøytetilgang, informasjonsarbeid, smitteoppsporing og hepatittbehandling – er trolig en neglisjert mulighet. Dårligere tilgang til smitteverntiltak enn resten av befolkningen må ikke brukes som tilleggsstraff (6). Nå som Stortinget har signalisert et skifte i ruspolitikken fra straff til behandling, må de som ønsker hjelp, og som står i fare for å utvikle avhengighet, få hjelp fra helsevesenet.

Hos hvilken annen gruppe ville vi tolerert en såpass høy forekomst av smitte? Rusbrukere er særlig utsatt for å falle mellom alle stoler i et stadig mer subspecialisert helsevesen. Men er også noe av grunnen at hepatitt C har vært en «stille epidemi» blant injiserende rusbrukere, og aldri er blitt noen stor smittetrussel mot den øvrige befolkningen?

Vi trenger akutt en koordinert innsats utarbeidet i samråd med brukerorganisasjonene. Man må analysere de kunnskapshullene vi har om smittesituasjonen i Norge for å styre forskningen. Man må se på strukturelle problemer i tilgangen til helsetjenester for marginaliserte grupper. Ikke minst må man se forebygging og behandling under ett. Regjeringen må snarest ta initiativ til en handlingsplan mot hepatitt C. Det er ingen grunn til ikke å handle.

LITTERATUR:

1. Aldridge RW, Story A, Hwang SW et al. Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2017; S0140-6736(17)31869-X. [PubMed][CrossRef]
2. Degenhardt L, Peacock A, Colledge S et al. Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review. *Lancet Glob Health* 2017; 5: e1192 - 207. [PubMed][CrossRef]
3. Dalgard O, Egeland A, Ervik R et al. Risikofaktorer for hepatitt C-smitte blant sprøytemisbrukere. *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129: 101 - 4. [PubMed][CrossRef]
4. Meijerink H, White RA, Løvlie A et al. Modelling the burden of hepatitis C infection among people who inject drugs in Norway, 1973-2030. *BMC Infect Dis* 2017; 17: 541. [PubMed][CrossRef]
5. Kamarulzaman A, Reid SE, Schwitters A et al. Prevention of transmission of HIV, hepatitis B virus, hepatitis C virus, and tuberculosis in prisoners. *Lancet* 2016; 388: 1115 - 26. [PubMed][CrossRef]
6. Norges offentlige utredninger. Om kjærlighet og kjøletårn – Strafferettslige spørsmål ved alvorlige smittsomme sykdommer. NOU 2012. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2012-17/id704855/> (15.1.2018).
7. Webster DP, Klenerman P, Dusheiko GM. Hepatitis C. *Lancet* 2015; 385: 1124 - 35. [PubMed][CrossRef]

8. Page EE, Nelson M. Hepatitis C and sex. *Clin Med (Lond)* 2016; 16: 189 - 92. [PubMed][CrossRef]
9. Hustvedt IB, Nesvåg S. Utdeling av utstyr for skadereduksjon ved rusmiddelbruk. Kommuneundersøkelse 2016. KORFOR-rapport 2017/01. <https://helse-stavanger.no/seksjon/KORFOR/Documents/Rapporter/publrapport%20Utstysunders%C3%84kelse%202016.pdf> (15.1.2017).
10. Palmateer NE, Hutchinson SJ, Innes H et al. Review and meta-analysis of the association between self-reported sharing of needles/syringes and hepatitis C virus prevalence and incidence among people who inject drugs in Europe. *Int J Drug Policy* 2013; 24: 85 - 100. [PubMed][CrossRef]
11. Fraser H, Martin NK, Brummer-Korvenkontio H et al. Model projections on the impact of HCV treatment in the prevention of HCV transmission among people who inject drugs in Europe. *J Hepatol* 2018; S0168-8278(17)32387-5. [PubMed][CrossRef]
12. Iversen J, Page K, Madden A et al. HIV, HCV, and health-related harms among women who inject drugs: implications for prevention and treatment. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2015; 69 (suppl 2): S176 - 81. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 22. januar 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0056
© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no