

Revidert utgave av rapporten:

Oppdatering av PrEP-implementeringen i Norge

Rapportens tittel: Evalueringsrapport: Oppdatering av PrEP-implementeringen i Norge

Utgitt: 2019

Ansvarlig utgiver: Nasjonal kompetansetjeneste for seksuelt overførbare infeksjoner
(NKSOI) og Olafiaklinikken, Oslo Universitetssykehus

Redaksjonsgruppe: Michelle Hanlon, Julia MacLeod,

Frank O. Pettersen, Jorge Johansen, Signe Ragnhild Haave Kaste, Åse
Haugstvedt.

INNHold:

Forord: Formålet med rapporten

1. Sammendrag
2. Bakgrunn
3. Utrulling av PrEP i Norge per februar 2019
4. Vurdering av PrEP-tilbudet i Norge
5. Konklusjon

Forord:

Utrulling av PrEP-tilbudet i Norge har fortsatt i 2018. Vi har innhentet informasjon fra helseforetakene i Norge og presenterer her en oversikt over PrEP-tilbudet i Norge i 2018 basert på de svarene vi har fått inn. Spørreskjemaet som ble sendt ut til postmottak ved de enkelte HF'ene og ev. personlig til avdelingsledere der disse var kjent, er inkludert i rapporten punkt 3.1, sammen med en liste over hvilke HF som har svart på henvendelsen og hvilke som ikke har svart. Vi viser også til rapporten som ble innlevert i 2018 for situasjonen i 2017 da PrEP-tilbudet ble offisielt tilgjengelig i Norge for utfyllende opplysninger og bakgrunn for PrEP.

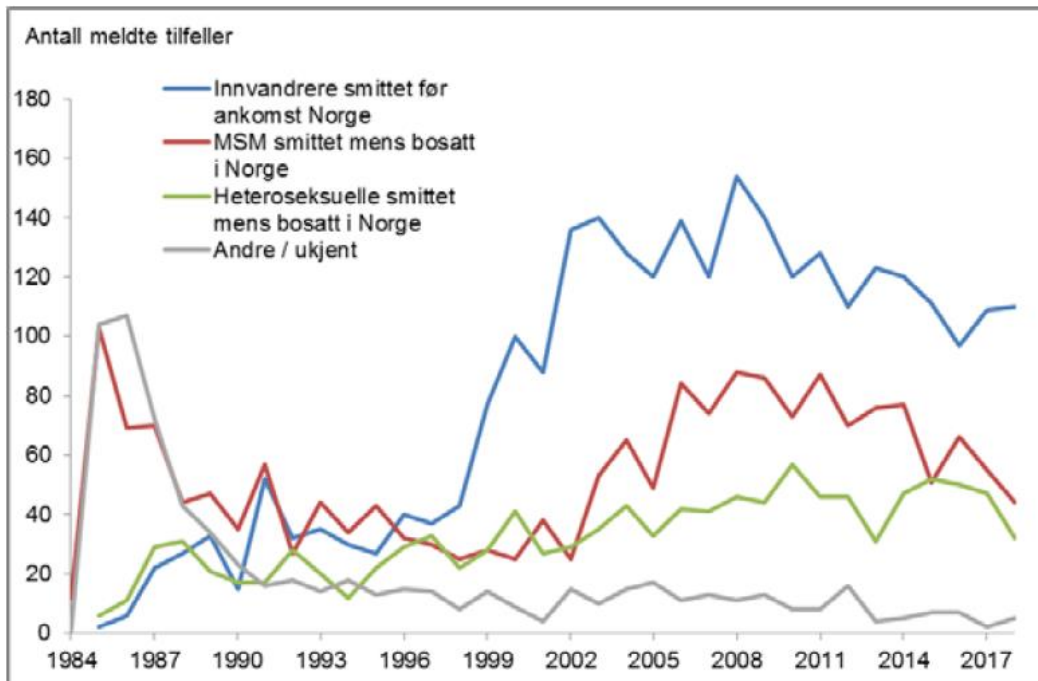
PrEP-implementeringsstudien pågår fortsatt, og endelige resultater fra denne om hvem som får PrEP og effekten av PrEP på seksualvaner, livskvalitet og generell helse, vil først bli klart når denne er avsluttet. Bare Olafiaklinikken, OUS, Infeksjonsavdelingen, Ullevål, OUS, Stavanger universitetssykehus og Haukeland universitetssykehus har inkludert pasienter i PrEP-studien, mens denne rapporten inkluderer tall fra de fleste HF'ene i Norge som tilbyr PrEP.

1. Sammendrag (per februar 2019):

- **Omtrent 1150 personer har fått PrEP i Norge**
- **Ca. 98% av PrEP-brukere i Norge er msm**
- **Ingen av PrEP-brukerne har fått hiv**
- **PrEP tilbys i alle regionale helseforetak**
- **Det er stor geografisk variasjon i etterspørsel for PrEP**
 - **Vel 40% av PrEP-brukerne i Norge følges på Olafiaklinikken i Oslo der også ventetiden for PrEP er suverent lengst (1 år)**
- **Det er utfordrende å nå små, men spesielt sårbare grupper med høy hiv-risiko**
- **H-reseptordningen er til hinder for en delvis overføring av PrEP-tilbudet til primærhelsetjenesten**
- **Både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten opplever en konflikt mellom å prioritere syke personer eller unge, friske potensielle PrEP-brukere**

2. Bakgrunn

2.1 Hiv-situasjonen i Norge



Figur 1: Hiv-situasjonen i Norge fra 1984-2018. (Hentet fra *Hivsituasjonen i Norge per 31. desember 2018*, FHI 05.03.19)

De norske hivtallene falt ytterligere i 2018 til totalt 191 nydiagnostiserte hivtilfeller. Fallet var størst blant msm med 73 nydiagnostiserte og heteroseksuelt smittede mens bosatt i Norge med 32 nydiagnostiserte. For tidligere år har vi sett at smittepresset er svært høyt blant enkelte grupper av msm, noe som har vært hovedargumentet for å tilby PrEP til msm med høy risiko for hivsmitte. Folkehelseinstituttet (FHI) mener nedgangen i nye hivtilfeller skyldes en kombinasjon av kondombruk, tidlig diagnostikk, rask igangsatt behandling (TasP), og forebyggende hivbehandling i form av PrEP. Nedgangen er størst blant norskfødte msm, men også antallet msm med innvandrerbakgrunn smittet etter ankomst Norge viste en forsiktig nedgang i 2018. Nysmittede msm med innvandrerbakgrunn utgjorde 62% av alle nysmittede msm i 2018.

Smittesituasjonen blant msm bosatt i Norge preges fortsatt av at mange smittes ved tilfeldig eller anonym sex i Norge eller utlandet. I 2018 oppga 23 nydiagnostiserte hivpositive bosatt i Norge at de hadde blitt smittet i utlandet. Ytterligere 29 var smittet i utlandet før ankomst Norge og dermed upåvirkelig av PrEP-forskrivningspraksis her. Kun 21 av totalt 73 nysmittede msm ble smittet i Norge. Antall nysmittede msm i Oslo har falt fra maks rundt 50 i årene 2008-2011, via mellom 22 og 27 i årene 2015-2017 og til kun 12 i 2018. 90% av de meldte hivtilfellene blant msm oppgav at de ble smittet av en tilfeldig partner.

2.2 Hva er PrEP

Preeksoneringsprofylakse (PrEP) innebærer at hiv-negative personer bruker antiretrovirale legemidler for å forebygge hivsmitte. PrEP er aktuelt for personer som har spesielt høy risiko for å bli smittet. Per i dag er det kun medikamenter som inneholder virkestoffene emtricitabin og tenofovir disoproxil som er godkjent til bruk for PrEP. PrEP har blitt billigere etter LIS-anbudsordningen trådte i kraft, men også umulig å forskrive for fastleger eller andre leger utenfor HF'ene.

PrEP kan brukes på to måter: Behandlingen kan gis kontinuerlig, med en tablett daglig ved hyppig eksponering for hivsmitte eller ved behov ved lavere frekvens av hivesponering.

2.3 Oppdaterte nasjonale retningslinjer for bruk av PrEP

PrEP ble først inkludert i *Nasjonale faglige retningslinjer for behandling av hiv* i 2016. Denne ble sist oppdatert januar 2019 uten endring i indikasjonen for PrEP (www.hivfag.no).

Disse er i tråd med blant annet WHO og UNAIDs anbefalinger, og det er i stor grad internasjonal konsensus om inklusjonskriterier og indikasjoner for behandling med PrEP, selv om noen land, som f.eks. USA, ikke har godkjent emtricitabin + tenofovir for intermitterende PrEP.

I følge gjeldende nasjonale retningslinjer skal PrEP først og fremst vurderes hos:

«... *msm og transpersoner som har (hatt)*

- *Ubeskyttet analt samleie med flere partnere siste 6 måneder*
- *Selvrapportert høy risiko for gjentakelse*

Følgende tilleggsfaktorer styrker indikasjonen for PrEP hos msm og transpersoner:

- *Seksuelt overførbar infeksjon (SOI) eller bruk av post-eksposisjonsprofylakse (PEP) siste 12 mnd*
- *Sex under ruspåvirkning*
- *Minoritetsbakgrunn*

For heteroseksuelle er nytten av PrEP dårligere dokumentert, og det må gjøres en individuell risikovurdering.

PrEP er ikke indisert hos den hiv-negative i et sero-diskordant par (uansett risikogruppe) hvor den hivpositive er virussupprimer, dvs. har virustall i blod <50 kopier/ml.

PrEP kan være indisert for den hivnegative hvis den hivpositive har virustall > 50 kopier/ml, men behandling av den hivpositive for å hindre smitteoverføring foretrekkes.

Bruk av PrEP bør inngå i en helhetlig forebyggingstrategi hvor også rådgivning om sikrere sex og hyppig testing for hiv og andre SOI inngår. Sårbarhetsfaktorer som rus og psykisk helse bør kartlegges, og brukeren må tilbys behandling ved behov. ”

Forskrivningspraksis

Blåreseptforskriften sier at «Det ytes stønad til antiinfektive legemidler til forebygging av allmennfarlige smittsomme sykdommer hos personer som etter en faglig vurdering antas å være i særlig fare for å bli smittet i Norge». PrEP faller inn under dette, og ble skrevet ut på §4 inntil finansieringsansvaret for legemidler mot hiv ble overført fra folketrygden til de regionale helseforetakene fra og med 1. januar 2018 med såkalt H-resept. Innføringen av H-reseptordningen har i praksis stengt muligheten for andre leger enn sykehusspesialister til å forskrive PrEP, noe som har gjort det vanskeligere å overføre oppfølging av personer på PrEP til fastleger som for øvrig har reagert sterkt på enda å få overført flere oppgaver fra spesialisthelsetjenesten, i alle fall i Oslo der også kapasiteten er mest presset.

PrEP forskrives for maksimalt tre måneder av gangen (tre esker a 30 tabletter) uten reiterasjon, og ny negativ hivtest må dokumenteres før fornying. Diagnosekode Z29.2 påføres resepten og «Forebygger infeksjon» angis som indikasjon i feltet «Bruksområde».

2.4 Innføring av PrEP i Norge

PrEP ble fra 2016 skrevet ut av enkelte norske infeksjonsmedisinere i tråd med nasjonale faglige retningslinjer for hivbehandling. Helsedirektoratet anbefalte PrEP som en del av hivforebyggingen i Norge høsten 2016, og PrEP ble deretter offisielt tilgjengelig på §4 i blåreseptordningen inntil H-resept-ordningen ble innført.

2.5 Olafiaklinikken og NKSOI (Nasjonal kompetansetjeneste for seksuelt overførbare infeksjoner) som forankringspunkt

Olafiaklinikken er en del av spesialisthelsetjenesten og tilhører Oslo universitetssykehus. Klinikken har landets største lavterskeltilbud for diagnostikk, behandling, forebygging og oppfølging av seksuelt overførbare infeksjoner (SOI). Ifølge FHI behandlet Olafiaklinikken ca 43% (705/1658) av gonoré og 40% (93/231) av syfilis tilfellene meldt til MSIS i 2018. Klinikken har i årevis hatt særlig fokus på msm og ligger i Oslo hvor behovet har vært størst. NKSOI er en kompetansetjeneste som skal bidra til å øke kunnskap om testing, behandling og forebygging av SOI og er ikke en *behandlingstjeneste*. Tjenesten sin rolle i PrEP-arbeidet er derfor utarbeiding av veiledere for helsepersonell/pasientinformasjoner, forskning og kurs/foredragsvirksomhet. PrEP-teamet er derfor delvis ansatt av Olafiaklinikken som behandlere, og delvis av NKSOI for å spre kompetanse om PrEP.

3. Utrulling av PrEP i Norge per februar 2019

Spørreskjemaet på neste side ble sendt ut til HF'ene i Norge for å få en oversikt over PrEP-forskrivningen i Norge og hvem som tilbyr PrEP, hvor mange som får PrEP, venteliste, samarbeid med primærhelsetjenesten, SOI-oppfølging, henvisningspraksis og ressursbehov/utfordringer med PrEP-tilbudet.

3.1 Spørreskjema til HF som tilbyr PrEP i Norge

Helseforetak/Sykehus/avdeling:

Hvilke spesialitet(er):

PrEP-tilbud siden:

1. Hvor mange PrEP-brukere har dere hatt per 11.02.19?
2. Hva er ca.-fordeling mellom intermitterende/kontinuerlig PrEP (i prosent)?
3. Har dere andre grupper enn MSM som får/har fått PrEP? F.eks. kvinner som selger sex, menn som har sex med kvinner og reiser til land med høy forekomst av hiv? Ev. hvilke og hvor mange?
4. Hva er cirka-tid fra forespørsel om PrEP til time for PrEP-vurdering. Har noen pasienter blitt smittet med hiv, mens de ventet på time hos dere?
5. Foregår hele PrEP-oppfølging hos dere, eller samarbeider dere med fastlege eller andre spesialister med H-resept-forskrivning og/eller SOI-oppfølging hos dere?
6. Har noen hiv-serokonvertert? I så fall, var det relatert til dårlig etterlevelse, eller var vedkommende i omslagsfasen ved oppstart
7. Kan pasienten/klienten henvide seg selv eller kreves henvisning?
8. Hvor mange leger/sykepleier er engasjerte i PrEP-tilbudet? Jobber sykepleieren selvstendig?
9. Utfordringer dere har støtt på (ressurser, organisering, etterlevelse, bivirkninger, økende forekomst av SOI, annet?). Ev. Andre kommentarer til implementeringen av PrEP-tilbudet i Norge:

Svarfristen ble satt til 01.03.19, og tall fram til og med 11.02.19 kunne inkluderes.

3.2 Resultat av spørreundersøkelsen

Spørreskjemaene ble sendt til felles postmottak i alle regionale helseforetak med ønske om at RHF videresendte til sine eventuelle infeksjonsmedisinske, hud og venerologiske avdelinger. RHF-Helse Sør-Øst svarte at vi måtte finne de aktuelle avdelingene selv. Siden det ikke finnes noen nasjonal oversikt gikk vi gjennom alle sykehus vi kunne komme på i hele Norge, og henvendte oss til de enkelte HF'ene, samt avdelingsledere/sentrale personer på de fleste avdelingene (infeksjon, hud og venerologi) som vi kjente til.

Vi har mottatt svar fra følgende avdelinger/HF:

Helse Nord RHF:

- Helgelandssykehuset Sandnessjøen
- Nordlandssykehuset, Bodø, HF
- Sykehuset Finmark
- Universitetssykehuset Nord-Norge, Infeksjonsmedisinsk avd., Tromsø

Helse Midt RHF:

- Helse Nord-Trøndelag HF, avd. Levanger og Namsos
- Møre og Romsdal HF, Ålesund og Volda
- St. Olavs Hospital, Hudavdelingen
- St. Olavs Hospital, Infeksjonsavdelingen

Helse Vest RHF:

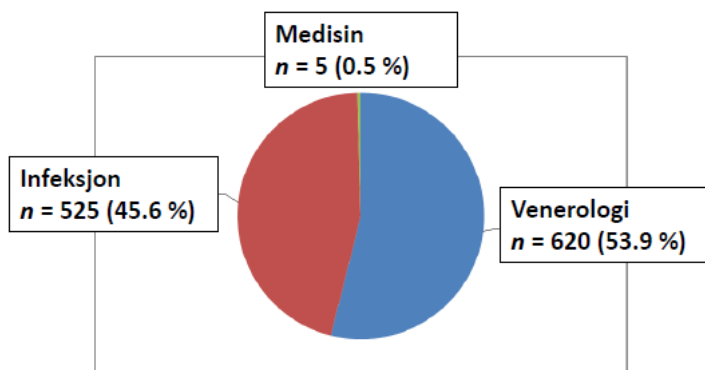
- Helse Bergen/Haukeland universitetssykehus
- Helse Fonna Haugesund
- Helse Førde HF
- Stavanger universitetssykehus HF, Hudavdelingen

Helse Sør-Øst RHF:

- Akershus universitetssykehus HF
- Kalnes sykehus, Sykehuset i Østfold HF
- Oslo universitetssykehus, Infeksjonsavdelingen, Ullevål
- Oslo universitetssykehus, Olafiaklinikken
- Sykehuset Innlandet HF (Lillehammer, Hamar og Gjøvik)
- Sykehuset i Vestfold HF, Tønsberg
- Sørlandssykehuset HF, Kristiansand
- Vestre Viken HF, Bærum
- Vestre Viken HF, Drammen
-

Vi har ikke fått svar fra Vestre viken HF avd. Ringerike og Kongsberg, Sørlandssykehuset, avd. Arendal og Flekkefjord, Sykehuset i Telemark, Helse Møre og Romsdal HF, avd. Molde og Kristiansund, og Sykehuset Innlandet HF, Kongsvinger og Tynset.

Figur 2: Fordeling av PrEP-tilbud mellom ulike avdelinger



19 sentra har et tilbud om PrEP hvorav 14 infeksjonsmedisinske avdelinger, 2 medisinske avdeling og 3 dermatovenerologiske avdelinger, men over halvparten av pasientene er vurdert og følges opp ved dermatovenerologiske avdelinger (Olafiaklinikken, OUS, Venerologisk poliklinikk, SUS, og Hudavdelingen ved St. Olavs Hospital).

Noen av svarene er angitt med cirka-tall som forklaring på at tallene i det følgende er angitt som omtrentlige og ikke eksakte tall.

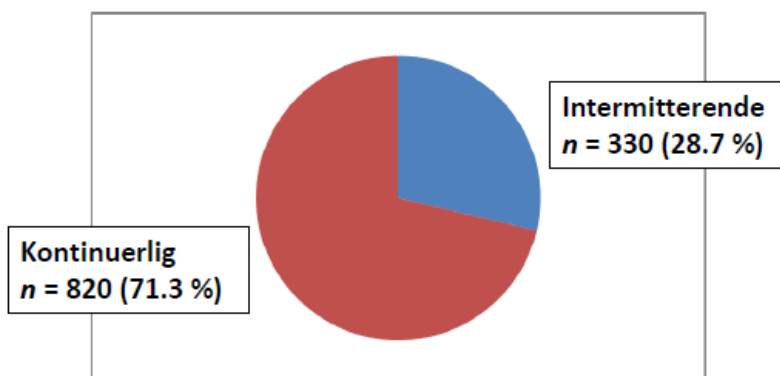
3.2.1 Antall PrEP-brukere

Totalt har HF'ene rapportert at ca. 1150 personer står på PrEP, hvorav Olafiaklinikken har ca. 500 (ca. 43%) i sin portefølje. De største sentraene utenom Olafiaklinikken er Akershus universitetssykehus med 217 PrEP-brukere, Haukeland universitetssykehus med 157, og Stavanger universitetssykehus og St. Olav Hospital med ca. 60 hver. Hvis vi går ut i fra at antallet som må behandles for å kunne forebygge ett hivtilfelle («number needed to treat»/NNT) er som i de publiserte studiene på effekten av PrEP, dvs. 14, har man anslagsvis forhindret ($1150 / 14 =$) ca 80 nye hivtilfeller etter oppstart PrEP-behandling i Norge 01.01.2017. De personlige konsekvensene og kostnadene og de samfunnsmessige kostnadene av å skulle ta hånd om og behandle 80 personer for hiv resten av deres levetid er ikke beregnet her.

3.2.2 Fordeling mellom kontinuerlig og ved behovs-forskrivning

De fleste som har svart på skjemaet, har angitt et cirka-tall for hvor mange som bruker PrEP ved behov (intermitterende). Til sammen får ca. 330 brukere PrEP intermitterende. Dette utgjør ca 30% av det totale antallet brukere i Norge.

Figur 3: Fordeling mellom kontinuerlig og intermitterende PrEP



Alternativet for disse som bruker PrEP intermitterende, hadde vært daglig PrEP eller ingen PrEP. Enkelte nasjonale retningslinjer anbefaler kun daglig PrEP, mens de fleste land med et PrEP-tilbud anbefaler enten intermitterende eller kontinuerlig PrEP. Daglig PrEP til alle hadde økt kostnaden og vært unødvendig hos personer som kun trenger ekstra beskyttelse mot hiv av og til, mens ingen PrEP hadde medført høyere risiko for hivsmitte. Vi synes det er

rimelig å ha et tilbud om intermitterende PrEP siden behovet tydeligvis er til stede for en såpass stor andel av PrEP-brukerne. En del av PrEP-brukerne bytter mellom intermitterende og kontinuerlig PrEP da livssituasjonen og behovet for PrEP endrer seg over tid.

3.2.3 Forskrivning til andre enn msm

10 av 19 sentra oppgir at de har forskrevet PrEP til andre risikogrupper enn menn som har sex med menn eller transpersoner med penis. Dette dreier seg om enkelttilfeller av hivnegative partnere til nydiagnostiserte hivpositive som ennå ikke er virussupprimert, heterofile menn på reise som har sex med kvinner i høyendemiske områder for hiv og enkelte transpersoner. Ingen (cis-)kvinner rapporteres å ha fått PrEP, dvs. inkl. (cis-)kvinner som selger sex til menn.

3.2.4 Ventetid

Olafiaklinikken sin kapasitet for PrEP-vurdering ble sprengt umiddelbart etter at tilbudet ble åpnet, og ventetid er fortsatt på 52 uker. For resterende sentra er gjennomsnittlig ventetid 6 uker (spredning 1-12 uker). Utenom enkelttilfeller av nysmitte med hiv blant personer på venteliste for PrEP ved Olafiaklinikken, oppgir ingen andre behandlingssentra om nysmitte blant personer som venter på vurdering for PrEP.

3.2.5 Samarbeid med primærhelsetjenesten

8 av 19 sentra oppgir en eller annen slags form for samarbeid med fastleger for PrEP-oppfølgning og/eller SOI-sjekk. Dette er organisert på ulike vis avhengig av lokale og geografiske forhold, eks. lang reisevei til spesialisthelsetjeneste. Ett allmennlegesenter i Oslo, har inntil 50 personer i sin portefølje som de følger for hele PrEP-behandlingen med avtale med Olafiaklinikken for H-reseptforkrivning. Ytterligere utrulling av oppfølging av flere PrEP-brukere til fastleger i Oslo ble startet i januar 2019, men ble møtt med stor motstand fra enkelte fastlegesentra og ble derfor delvis stoppet. Andre fastleger, derimot, har ikke reagert noe på at oppfølgingen av PrEP-brukere har blitt overført til dem. Noe av motstanden har bunnet i at de allerede hadde mange til oppfølging på PrEP, mens andre har sagt nei til å ta over det som oppfattes som spesialisthelsejobb gitt H-reseptordningen. Dette er også i hovedsak en gruppe friske unge menn som tidligere sjelden gikk til fastlege, men som nå må prioriteres framfør syke personer. Om fastleger også kunne ha forlenget allerede spesialisthelsetjenesteforskrevet H-reseptbelagt medikament, ville det ha forenklet overføringen til fastlegene. Kapasiteten ved Olafiaklinikken er fullstendig sprengt og vil fortsette å være det så lenge ikke klinikken får tilført flere ressurser i form av personell eller overført flere stabile brukere til primærhelsetjenesten.

3.2.6 Behandlingssvikt

Det er påvist to nye hivtilfeller ved screeningundersøkelsen før PrEP-oppstart. Disse ble da henvist videre til behandling, men ingen har vært i omslagsfasen ved oppstart PrEP, dvs.

vært negative ved oppstart, men positive ved kontrollen i uke 4. Det er ingen som har serokonvertert til å bli hivpositive på PrEP, og dermed heller ingen som har utviklet resistens mot noen av innholdstoffene i PrEP-medikamentene.

3.2.7 Henvisningspraksis

8 av 19 sentra har akseptert egen-henvisning til PrEP-vurdering, dvs. at man ikke trenger henvisning fra fastlege eller annen lege. 6 av 19 sentra krever henvisning fra lege, mens de resterende 5 sentra ikke har besvart dette spørsmålet.

3.2.8 Tverrfaglig samarbeid

9 av 19 sentra oppgir at PrEP-vurdering/-oppfølging gjøres i samarbeid mellom lege og sykepleier. 4 sentra har organisert tilbudet med selvstendige sykepleier-konsultasjoner.

4 Vurdering av PrEP-tilbudet i Norge

Forebyggende hiv-behandling har vært en suksess i det at det har fylt et behov for ytterligere et verktøy i arbeidet med å forebygge hivsmitte blant høyrisikogrupper, spesielt blant msm. Antallet nysmittede msm falt i 2018, og det er sannsynlig at PrEP er en viktig bidragende faktor i dette. PrEP er effektivt og har få bivirkninger. Ingen har blitt smittet med hiv mens de har brukt PrEP i Norge. PrEP tilbys nå av de fleste HF i Norge, men behovet varierer betydelig rundt omkring i landet.

4.1 Utfordringer

4.1.1 Omfanget

Interessen for PrEP har vært større enn antatt og er geografisk skjevfordelt. Spesielt Olafiaklinikken som har over 40% av alle PrEP-brukere i sin portefølje, har utfordringer med å kunne gi et tilbud om vurdering for PrEP innen eksisterende rammer.

Flere sentra oppgir å ha utfordringer med å finne tid og rom for en frisk gruppe blant alle syke som trenger undersøkelse og behandling.

4.1.2 Spesielt sårbare grupper

Msm med minoritetsbakgrunn og sexarbeidere, spesielt menn og transpersoner som selger sex til menn, er en gruppe det er vanskelig å nå med informasjon om PrEP. Denne gruppen bør tilbys rask time uten henvisning eller desentraliserte ordninger for igangsetting og oppfølging av PrEP.

Behovet for PrEP for kvinner som selger sex til menn er vanskelig å vurdere, for heterofile menn som kjøper sex av kvinner har antakelig lavere hivforekomst enn menn som kjøper sex av menn eller transpersoner. En del av kvinnene som selger sex, derimot, kommer fra høyendemiske områder for hiv og bør tilbys hivtesting og behandling. Uten god hivomsorg

for disse kvinnene, vil menn som kjøper sex av kvinner være en potensiell risikogruppe for hiv og slik sett i behov av PrEP.

Noen HF har sagt nei til å tilby vurdering for PrEP under dekke av at personene ikke har rett på helsehjelp i Norge. Dette er betenkelig og etter vår mening, i strid med intensjonen i lovteksten om rett til helsehjelp hvis det kan sannsynliggjøres at man har høy risiko for å bli smittet av en allmennfarlig smittsom sykdom mens man oppholder seg i Norge. Vi imøteser gjerne at Helsedirektoratet gir en presisering av hvem som har eller ikke har rett til å få forskrevet PrEP i Norge.

4.1.3 Uheldig konsekvens av H-resept-forskrivning av hivmedisiner

Vi mener H-reseptforskrivningen hindrer en effektiv utrulling av PrEP. Dilemmaet her bunner delvis i at disse medikamentene ikke bare brukes til behandling av hiv i regi av spesialisthelsetjenesten, men også til forebygging av hiv. Det burde være uproblematisk å la fastleger fortsette forskrivning av et medikament som er initiert fra legespesialister i HF, noe de også faktisk gjorde i hele 2017 før H-reseptordningen ble innført og plutselig ikke lenger kunne gjøre det fom. 01.01.2018.

Etter vår mening burde fastleger gis adgang til å både starte og videreføre forebyggende hivbehandling da forebygging av infeksjonssykdommer også må sies å være en del av primærhelsetjenestens oppgave når det gjelder hiv som ved alle andre forebyggbare infeksjoner og tilstander. H-resept-kravet kunne enkelt lempes på for indikasjonen PrEP.

4.1.4 Samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten

Det er velkjent at både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten får stadig flere arbeidsoppgaver, jf. «Fastlegeopprøret» nylig, og det foreligger få føringer for hvilke oppgaver som bør prioriteres foran andre. Dette dilemmaet oppleves reelt nok for den overlegen som skal vurdere henvisningene som kommer inn til sin hudpoliklinikk. Skal henvisningen med spørsmål om vurdering av en mistenkelig føflekk få så rask vurdering som den fortjener, må nødvendigvis noe annet vente, og da vil flere velge å la en frisk person i behov av PrEP vente. Rett eller galt, slik er virkeligheten. Nye oppgaver må enten føre til nedprioritering av gamle eller lengre ventelister hvis kapasiteten for øvrig er sprengt. Er det snakk om bare 5 personer, lar det seg ofte ordne, men det sier seg selv at 500 personer som skal kontrolleres 4 ganger i året + 200 til på venteliste, genererer en helt annen arbeidsmengde. Olafiaklinikken har innført tiltak for å redusere ventelisten med f.eks. telefonkonsultasjoner. I tillegg burde en del av disse kunne fint blitt fulgt opp i primærhelsetjenesten. De fleste fastleger har ikke flere enn maks en håndfull PrEP-brukere på listen sin, mens legesentra med en msm-vennlig profil som dermed har mange potensielle PrEP-brukere på listen sin, vil kunne få en økt arbeidsmengde - slik vi har sett i Oslo.

5 Konklusjon

PrEP brukes av minst 1150 personer i Norge, men potensialet er enda større gitt antallet personer på venteliste og et uvisst antall personer i marginaliserte grupper som det er vanskelig å nå. PrEP bør brukes av dem med risiko for hivsmitte for å forhindre smitte av en kronisk infeksjon som krever livslang oppfølging og behandling. Behovet var større enn antatt, og kapasiteten er sprengt på Olafiaklinkken; den største klinikken for behandling og forebygging av SOI i Norge med den største potensielle brukergruppen.

Vi mener begrensningene i H-reseptordningen burde kunne lempes på for å gi fastleger tilgang til å forskrive forebyggende hivbehandling, og vi tror de fleste fastleger vil kunne håndtere oppfølgingen av noen få PrEP-brukere – slik det gjøres flere steder i landet allerede. Ved å inkludere praksiskonsulenter i HF'ene i diskusjonen kan vi kanskje bidra til en smidigere overgang fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten.

Antallet SOI har vært kraftig stigende i Norge over flere år – også før implementeringen av PrEP. Regelmessig screening for andre SOI hos PrEP-brukere, burde øke sjansen for å diagnostisere asymptomatiske tilfeller av f.eks. syfilis og gonoré. Flere får dermed adekvat og raskere behandling for gonoré og syfilis, mens antallet tilfeller øker. På den andre siden vil dette redusere tiden den enkelte er smitteførende og antallet smitteførende personer. Det totale smittepresset av disse seksuelt overførbare infeksjonene i utsatte befolkningsgrupper kan på sikt dermed gå ned, heller enn å stige pga. PrEP - som noen er bekymret for.

PrEP-implementeringsstudien vil forhåpentligvis kunne gi utfyllende svar på hvordan PrEP påvirker brukernes seksuelle og psykiske helse, inkludert forekomst av andre SOI og bevisstgjøring rundt egen seksualpraksis.

Oslo, 21.05.19

Jorge Johansen

Signe Ragnhild Haave Kaste

Julia C. MacLeod

Michelle Hanlon

Frank O. Pettersen

Åse Haugstvedt