


National handlingsplan
til forebyggelse af hepatitis C
blandt stofmisbrugere

2007



**National handlingsplan til forebyggelse
af hepatitis C blandt stofmisbrugere**

Sundhedsstyrelsen

Islands brygge 67
2300 København S
sst@sst.dk
URL: <http://www.sst.dk>

Redaktion: Jan Fouchard, Center for Forebyggelse,
Sundhedsstyrelsen.

Layout og tryk: Schultz Grafisk/559400

Oplag: 5000 ex.

Elektronisk ISBN: 978-87-7676-518-7

ISBN trykt udgave: 978-87-7676-520-0

Kategori: Anbefaling.

Emneord: Hepatitis C, stofmisbrugere,
forebyggelse, virussygdomme.

Sprog: Dansk.

Udgivet af Sundhedsstyrelsen. August 2007

A. Baggrund

Kronisk leverbetændelse (hepatitis) forårsaget af hepatitis C virus (HCV) er særdeles udbredt blandt danske stofmisbrugere. Smitte sker via blod, d.v.s. på grund af dårlig hygiejne i forbindelse med genbrug af injektionsudstyr, herunder deling af vat, kogekar, filter, vand og skeer samt urene hænder. Infektionen kan over en årrække medføre udvikling af skrumpeliver og leverkræft.

Yngre, nytilkomne og andre ikke-smittede misbrugere, der injicerer stoffer, er således overalt i landet i nærliggende risiko for hurtigt at pådrage sig en særdeles smitsom og potentiel alvorlig sygdom.

Med indgåelse af satspuljeaftalen for 2006, som skal ses som en opfølgning på satspuljeaftalen for 2004, besluttede regeringen og satspuljepartierne, at der skulle tages en række initiativer, som fastholder og udbygger den eksisterende indsats mod narkotikamisbruget. Intensiveringen af indsatsen sker over en bred kam med en ambition om i endnu højere grad at begrænse stofmisbruget og de alvorlige skader, som misbruget påfører stofmisbrugerne selv, deres nærmeste og det omgivende samfund. Det blev bl.a. besluttet, at indsatsen mod hepatitis C blandt stofmisbrugere skulle øges på landsplan. Denne handlingsplan gennemgår den aktuelle forebyggelsesindsats mod hepatitis C blandt stofmisbrugere og peger på nye konkrete initiativer, hvormed indsatsen kan styrkes.

Udbredelse, smitteveje og smitterisiko for hepatitis C

Omkring 90% af intravenøse stofmisbrugere i Danmark regnes for smittet med hepatitis C. Ca. ¾ af de akutte tilfælde er uden symptomer og opdages (og anmeldes) derved sjældent. HCV-infektionen bliver kronisk i op til 65-80% af tilfældene, hvorved evnen til videre-smitte bliver livslang.

Hos de, der ikke bliver kronisk inficerede, er det vigtigt at vide, at tilstedeværelsen af anti-stoffer (anti-HCV) ikke giver anledning til immunitet, således at gensmitte kan forekomme ved ny eksposition for hepatitis C virus.

Flere end 200 tilfælde af kroniske HCV er anmeldt årligt de seneste år. Heraf var ca. 90% stofmisbrugere blandt de anmeldte personer, hvor smittevejen var kendt. Det vurderes, at der i Danmark i dag findes minimum 15.000 smittede personer, som hovedsagelig er smittet gennem intravenøst stofmisbrug (1). Mange er formentlige smittet for mere end 20 år siden. Der anmeldes tilfælde fra alle egne af landet, dog især fra Sjælland og Århus, men flest fra Hovedstadsområdet.

I modsætning til hvad gælder for hiv og hepatitis B virus smittes stofmisbrugere tidligt

i deres karriere med HCV. Undersøgelser viser, at 50-80% er smittede 6-12 måneder efter deres intravenøse stofdebut. Groft regnet er HCV ved stikuheld ca. ti gange mere smitsomt end hiv.

Virus (HCV-RNA) er påvist i blod, spyt, tårevæske, sæd og andre kropsvæsker, men på trods af dette synes der ikke at være en udbredt smitteoverførsel via andet end blod og blodprodukter. Der er set transmission via blodforurening af slimhinder.

Både seksuel transmission og transmission fra mor til barn i forbindelse med fødslen forekommer sjældent (< 5 %), dog lidt hyppigere, hvis moderen samtidig er smittet med hiv. Piercing og tatovering er sandsynlige kilder til smitte, men undersøgelser har endnu ikke med sikkerhed kunne dokumentere dette.

Sygdomsforløb og behandling

Inkubationstid fra smitte til evt. symptomdebut ved akut hepatitis C er i gennemsnit 7 uger. Den akutte infektion forårsager kun kliniske symptomer i form af kvalme, ubehag i maven, opkast og evt. gulsot i ca. 20% af tilfældene.

De fleste smittede (65-80%) udvikler kronisk infektion, der defineres som påviselig HCV-RNA i blodet i mere end 6 måneder. Hvis der først udvikles kronisk infektion, ser man sjældent spontan helbredelse. Flertallet af patienterne med kronisk hepatitis C infektion har ingen symptomer, før de evt. udvikler skrumpelever (cirrose). Ca. 20% af de, der har udviklet kronisk infektion, udvikler cirrose over en 20-årig periode. Efterfølgende er der risiko for udvikling af leverkræft (hepatocellulært carcinom) hos 1-4% årligt hos patienter med cirrose.

Infektion med hiv, hepatitis A eller B kan forværre helbredstilstanden, hvis man er smittet med HCV.

Behandlingsmulighederne er blevet forbedret og behandlingstiden forkortet. I dag er der op til 80% chance for at blive helbredt for HCV afhængigt af, hvilken genotype af virus, man er smittet med.

Alle patienter der er fundet anti-HCV og/eller HCV-RNA positive bør henvises til specialafdeling for yderligere diagnostik, rådgivning og vurdering med henblik på løbende kontrol eller behandling.

Alle personer, der har fået diagnosticeret hepatitis C infektion kan gratis blive vaccineret mod hepatitis A og B (2).

Principper for forebyggelse

1) Primær forebyggelse

- Der findes i dag ingen vaccine mod HCV.
- Smitteveje brydes ved at undgå blodbåren kontakt, dvs. undgå deling af forurenede kanyler, sprøjter mv.
- Kondom ved seksuel kontakt til en fast partner med kronisk hepatitis C anbefales generelt ikke. Dog anbefales det, at man ikke har ubeskyttet sex i forbindelse med menstruation, udbrud af genital herpes eller ved anal sex. Screening af faste partnere til patienter med kronisk hepatitis C eller specielle forholdsregler i forhold til husstanden anbefales ikke.
- Smittede gravide anbefales ikke kejsersnit, og amning frarådes ikke (3).

2) Sekundær forebyggelse

- Med de stærkt forbedrede behandlingsmuligheder er det væsentligt, at så mange smittede som muligt bliver identificeret, og vurderet mhp evt behandling.
- Vaccination mod hepatitis A og B (2,3), da disse infektioner kan forværre helbredstilstanden, hvis man er smittet med HCV.

B. Oversigt over den gældende forebyggende indsats

1) Potentielle, fremtidige stofmisbrugere

I de senere år har flere undersøgelser blandt unge vist, at det eksperimenterende brug af stoffer er stagneret, men på et relativt højt niveau. Mest udbredt er misbruget af hash. Det at prøve stoffer er typisk et ungdomsfænomen, og de fleste fortsætter ikke brugen. De fleste, der prøver stoffer, har således et eksperimenterende brug i en kortere periode i de unge år. Nogle unge fortsætter dog brugen og en andel heraf bliver egentlig afhængige og fortsætter til et intravenøst misbrug med brug af redskaber, der overfører virus fx HCV og hiv.

Da det ikke vides, hvem der bliver stofmisbrugere er der iværksat almen forebyggelse af stofmisbrug til alle på tværs af de miljøer, hvor unge færdes, og hvor rammerne for deres brug af rusmidler grundlægges. Dette arbejde udføres af pædagoger, SSP-medarbejdere, misbrugskonsulenter og sundhedsprofessionelle i et tværgående samarbejde. Opgaven er at hindre tilgangen af nye stofmisbrugere. De unge er den primære målgruppe for den forebyggende indsats. Dernæst er forældre og voksne, der arbejder med unge vigtige målgrupper, idet det nære miljø spiller en væsentlig rolle for unges holdninger og adfærd.

Som et eksempel på en målrettet indsats kan nævnes modelkommuneprojektet "Narkoen ud af byen", hvor 14 kommuner havde engageret alle lokale kræfter i et forpligtende samarbejde med det formål at nedbringe udbredelsen af narkotika i lokalsamfundet.

Forebyggelse omfatter også en specifik indsats, der retter sig mod børn og unge i særlig risiko fx børn i misbrugsfamilier og unge uden for uddannelsessystemet.

2) Stofmisbrugere uden for behandlingssystemet

En stor andel af stofmisbrugerne er ukendte i narkobehandlingssystemet, men har sporadisk kontakt til sundhedsvæsenet via egen læge, skadestuer, hospitaler og behandlere i kriminalforsorgens institutioner. Denne målgruppe er svær at nå og har mange andre og større problemer end bekymring for mulig virusmitte. Motivation og medvirken til undersøgelses- og behandlingsforløb kræver en tæt og længerevarende kontakt.

Det vigtigste forebyggelseselement til denne gruppe er promovning af bedre hygiejne omkring stofindtagelse gennem lokale programmer for udlevering af rent værktøj (inkl vandampuller i sprøjte- og kanylesæt) samt retursystemer til indsamling af brugt udstyr.

Det er vigtigt, at oplysning og rådgivning understreger, at smitte kan ske gennem alle de utensilier, der anvendes ved indtagelse af stoffer, så der ikke kun fokuseres på risikoen ved sprøjter og kanyler. I fx Københavns Kommune har man med succes oplyst om smitteveje,

stoftilberedning og fixe hygiejne gennem dels oplysningskort (såkaldte J-key cards) sammen med sættene (4) og pjecer.

Visse steder har man haft gode erfaringer med gadeplansprojekter med etablering af opsøgende sundhedspleje, der forsøger at sluse denne gruppe ind i "systemet" via hurtig henvisning til egen læge og videre til substitutionsbehandling og blodprøvescreening. Et projekt, som også udspringer af satspuljeaftalen for 2006, støtter således indførelsen af et målrettet sundhedsfagligt tilbud til de hårdest belastede stofmisbrugere ved etablering af opsøgende, henvisende teams, der faciliterer samarbejde i systemet og bl.a. omfatter diagnosticering, behandling og opfølgning af forskellige lidelser såsom hiv og hepatitis samt oplyse om sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse.

Nogle steder tilbydes udlevering af gratis kondomer til gruppen, hvilket vil begrænse seksuelt overført hiv og hepatitis B, som kan forværre helbredet for personer, der allerede er smittet med HCV.

Forebyggende foranstaltninger for at undgå fængsel vil begrænse udbredelsen af virussygdomme, hvis det antages at fængsler er steder, hvor stofkarrieren kan starte eller eskalere. Omsorg for gadeprostituerede vil have samme effekt.

Den generelle udvikling blandt nye misbrugere, hvor stoffer i mindre omfang end før injiceres til fordel for alternative administrationsruter vil i sig selv begrænse udbredelsen af blodbåren virusssmitte.

Sundhedsrum – dvs. rum, hvor man på et og samme sted kombinerer relevante sundhedsfaglige tilbud med socialfaglig rådgivning og værestedsfunktion mv., således som der på forsøgsbasis er lagt op til på Vesterbro i København – kan vise sig også at være et velegnet forum for aktiviteter, der tager sigte på at begrænse spredningen af hepatitis C.

3) Stofmisbrugere i fængsel

I fængsler forekommer brug af ulovlige stoffer, herunder et skjult intravenøst stofmisbrug. I fængsler findes ikke de samme skadesreducerende ordninger som uden for i det omgivende samfund, hvorfor værktøjet genbruges med dertil knyttet risiko for smitteoverførsel.

Aktuel indsats mod smitteoverførsel består i forsøg på højnelse af hygiejnen gennem tilbud om klorinrensning af udstyr. I Danmark foretages ikke blodprøvescreening som en integreret del af indskrivningsrutiner ved frihedsberøvede personers indsættelse i fængsel, da personers frihedsberøvelse kun omfatter en meget lille del af samme personers misbrugskontrol og -behandling i livsforløbene. Indsatte kontrolleres dog for forekomst af hepatitis C som led i udredning af konstaterede sygdomme. Som led i de indsatte information om mulighed for, at stofmisbrugere på konkret anmodning kan modtage vaccination mod hepatitis A og B gives også rådgivning om hepatitis C smitte og dertil relaterede forhold ved fængslets sundhedspersonalepersonale.

Satspuljeaftalen for 2006 vil styrke behandlingsindsatsen over for stofmisbrugere i fængslerne, så den sociale behandlingsgaranti for stofmisbrugere også kommer til at omfatte indsatte i kriminalforsorgens institutioner. Initiativet skal ses som led i den samlede indsats for, at fængslerne holdes fri for ulovlige stoffer.

4) Stofmisbrugere i behandlingssystemet

Antallet af stofmisbrugere i behandling på landets behandlingsinstitutioner har været støt stigende siden 1996. Stigningen ser dog nu ud til at være fladet ud efter, at der fra 2003 blev indført en behandlingsgaranti for den sociale behandling for stofmisbrug.

Det mest udbredte hovedstof for personer, der tidligere har modtaget behandling, er fortsat heroin. Blandt nye klienter er det mest anvendte hovedstof imidlertid hash. Der var ca. 6.300 personer i substitutionsbehandling i 2004.

Tilbud om substitutionsbehandling, hvor intravenøs injektion med opiatier erstattes med oralt indtaget metadon eller buprenorphin er en meget veldokumenteret og væsentlig ordning til nedsættelse af risikoen for overførsel af blodbåren smitte.

Blodprøvescreening for virussygdomme foregår i dag ujævnt og mange stofmisbrugere i behandlingssystemet går rundt med ukendt smittestatus. En systematisk indsats besværliggøres bl.a. af problemer med at få taget blodprøver i behandlingsinstitutionerne, ligesom der traditionelt er vanskeligheder med, hvilke analyser der skal tages samt tolkning af blodprøvesvarene. Hertil kommer, at stofmisbrugere ved dårlig organisering af tilbuddet vægrer sig mod blodprøvetagning samt i visse tilfælde møder for uregelmæssigt frem til at kunne følge en vaccinationsserie mod hepatitis A og B. Fra amt til amt er der forskellig praksis om udlevering af rent værktøj.

Særligt udsatte grupper har adgang til gratis vaccination mod hepatitis A og B. Det gælder bl.a. injektionsnarkomaner samt personer diagnosticeret med HCV. Betalingsforhold fremgår af bekendtgørelsen (2).

C. Nye initiativer som følge af handlingsplanen

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at indsatsen mod hepatitis C blandt stofmisbrugere på landsplan øges ved, at kommunerne iværksætter følgende to nye lokale initiativer:

- 1) Sikring af en systematisk gennemførelse af de forebyggende foranstaltninger, som allerede bør indgå i indsatsen mod narkotikamisbrug, jf. pkt. A-D nedenfor – eksempelvis af en særligt udpeget tovholder.
- 2) Monitorering af og opfølgning på forebyggelsesindsatsen, jf. pkt. E nedenfor.

Kommunerne skal sikre, at arbejdet organiseres således, at målgruppen systematisk tilbydes forebyggende foranstaltninger i form af:

- A. Oplysning og rådgivning om forebyggelse af blodbåren smitte til stofmisbrugere, hvad enten de findes smittede eller ej.
- B. Screening for hepatitis A, B og C samt HIV.
- C. Vaccination mod hepatitis A og B.
- D. Henvisning til behandling.
- E. Monitorering og opfølgning.

Målgruppen er alle indskrevne i.v. stofmisbrugere. Det gælder også personer, der kun en enkelt gang har injiceret sig og dermed måske ikke opfatter sig som egentlig i.v. stofmisbrugere. Tilbuddet er ikke relevant for rene hashmisbrugere, men kunne være det for personer, der har haft blodkontakt med andre gennem fx deling af snifferør.

Ad A. Oplysning/rådgivning

Alle i målgruppen skal have tilbud om rådgivning om smitteveje og forebyggelse, bl.a. vaccination, herunder oplysning om, at hepatitis A, B, C og HIV er meget smitsomme og udbredt blandt stofmisbrugere, hvorfor forebyggelse er ekstrem vigtig.

Alle stofmisbrugere, der er smittede med hepatitis A, B og C og/eller HIV skal grundigt instrueres i, hvordan de undgår at smitte andre. Denne information skal gives af den læge, der diagnosticerer eller behandler stofmisbrugeren. *Se bilag 1: Huskeliste til rådgivning af stofmisbrugere ved smitteoverførsel og forholdsregler ved hepatitis B og C samt HIV.*

Der bør som led i behandlingen for stofmisbrug foregå en systematisk og individuel præ- og post test rådgivning om risiko for virale infektioner og deres forebyggelse.

Smitteoplysningen bør gøres så konkret som overhovedet muligt. Der bør eksempelvis orienteres om, at der ikke kun er smitterisiko ved at dele sprøjter og kanyler, men også ved fællesbrug af kogekear, skyllevand, skeer, vattotter/filtre og snifferør.

Ad B. Screening for hepatitis A, B og C samt HIV

Arbejdet skal tilrettelægges, så der er sørget for nem og hurtig adgang til blodprøvetagning på nyindskrevne. Enten udført lokalt ved læge/laborant eller ved henvisning til laboratorium – evt med personalestøtte for at sikre gennemførelsen.

Kommunerne skal sikre, at den behandlende læge søger for, at:

- Alle stofmisbrugere ved indskrivning i behandling tilbydes blodprøve-udredning for hepatitis A, B og C samt HIV.
- Stofmisbrugeren i behandling afhængig af smitte- og vaccinationsstatus tilbydes relevant blodprøvescreening 1 x årligt.

Formålet med screeningsprogrammer for hepatitis (og HIV) hos stofmisbrugere er at afgøre, om stofmisbrugeren er smittet og om der i så fald er tale om en overstået eller kronisk infektion for derefter at handle ud fra de givne fund. Det er i bilag 2 angivet hvilke blodprøver, der bør tages, og hvordan resultaterne skal tolkes.

Ad C. Vaccination mod hepatitis A og B

Afhængig af den fundne smittestatus hos den enkelte stofmisbruger skal det afgøres, om der er indikation for vaccination mod hepatitis A/B (Se bilag 2)

Arbejdet skal tilrettelægges, så der er sørget for nem og hurtig adgang til vaccination hos dem, hvor det er fundet indiceret.

Hvilke vacciner, der skal gives hvornår, angives i bilag 2.

Ad D. Henvisning til behandling

Arbejdet skal tilrettelægges, så der er indgået aftaler om et samarbejde mellem infektionsmedicinske afdelinger og stofmisbrugsbehandlingsinstitutioner, så hepatitis C-smittede hurtigt kan henvises til specialafdeling for yderligere diagnostik, rådgivning og vurdering med henblik på løbende kontrol og/eller behandling. Henvisning til behandling og kontrol kan evt suppleres med støtte- eller følgeordninger for at sikre gennemførelsen.

Ad E. Monitorering og opfølgning

Kommunerne skal sikre, at der for hvert af de af kommunen benyttede behandlingssteder første gang med udgangen af 2007 udarbejdes en status for den faktiske implementering af handlingsplanen, så den forebyggelses-, undersøgelses- og behandlingsmæssige indsats kan vurderes.

Kommunernes skal herudover sikre, at følgende ydelser og oplysninger ved udgangen af hvert år dokumenteres:

- Antal nyindskrevne i.v.misbrugere i løbet af året samt antallet af disse, der er tilbudt serologisk udredning og antallet heraf, der har fået udført serologisk udredning og resultatet heraf.
- Antal af årets nyindskrevne i.v.misbrugere, der har modtaget mundtlig rådgivning om smitteveje for blodoverførte og seksuelle virusinfektioner.

- Antallet af dem, der har fået foretaget serologiske udredning, hvor der er indikation for vaccination.
- Antal blandt disse, hvor der er gennemførte vaccinationer.
- Antal af øvrige ikke-nyindskrevne i.v.misbrugere, som i løbet af året har fået tilbudt årlig serologisk udredning samt antal af disse som har fået udført serologisk udredning samt resultatet heraf.
- Antal anti-HCV og/eller HCV-RNA positive, der er henvist til specialafdeling samt hvor mange af disse, der er påbegyndt antiviral behandling.

Kommunerne vil få udmeldt, hvorledes disse data skal indberettes.

Udover at den centrale opgørelse monitorerer den samlede indsats (og følger smitteudviklingen), vil hver enkelt institution og hver kommune kunne bruge ydelsesdokumentationen i deres kvalitetssikring.

Tilsigtet effekt

1) Primær forebyggelse

- Screening og rådgivning bevidstgør ikke-smittede om det hensigtsmæssige i en fremtid adfærd, der undgår risiko for at blive smittet.
- Screening og rådgivning bevidstgør smittede om det hensigtsmæssige i en fremtid adfærd, der undgår at smitte andre.
- Clearing af virus i kroppen ved behandling af smittede vil reducere smittetrykket og dermed sætte andre i mindre risiko for at blive smittet.

2) Sekundær forebyggelse

- Iværksættelse af relevante behandlinger til evt fundne HCV-smittede med behov.
- Vaccination mod hepatitis A og B vil beskytte helbredstilstanden, hvis man er smittet med HCV.

Referencer

1. Weis NM, Christensen PB, Laursen AL. Ugeskrift Læger 2005; 168/12: 1221.
2. Bekendtgørelse nr 746 af 29. juni 2006 om gratis hepatitisvaccination til særligt udsatte grupper.
3. Vejledning om forebyggelse af viral hepatitis, Sundhedsstyrelsen, juni 2002.
4. http://www.eli.dk/Publikationer/Region4/Kbh_Frb_Kommuner/Publikationer/J_Key_haefte.pdf.

Bilag

Bilag 1. Huskeliste til rådgivning af stofmisbrugere ved smitteoverførsel og forholdsregler ved hepatitis B og C samt HIV.

Bilag 2. Screeningsprogrammer for hepatitis A, B og C.

Bilag 1:

Huskeliste til rådgivning af stofmisbrugere ved smitteoverførsel og forholdsregler ved hepatitis B og C samt HIV. Enhver stofmisbruger skal modtage denne information mundtligt, og gerne også skriftligt.

	HBV	HCV	HIV
Undgå smitte ved altid kun at bruge sit eget, rene værktøj. Dvs. ved altid at anvende sterile kanyler og sprøjter. Brug kun egne skeer, filtre, skyllevand, snifferør m.m., og del aldrig med andre.	+	+	+
Oplys om helt konkrete muligheder for adgang til rene kanyler, sprøjter og skyllevand samt håndtering og afskaffelse af brugt værktøj.	+	+	+
Sikre kendskab til utilstrækkelig effekt af klorrensning af kanyler/sprøjter.	+	+	+
Undgå at dele tandbørste og barbermaskine/skraber med andre, da smitte kan foregå ved små mængder blod.	+	+	+
Undgå smitte ved seksualpraktikker, der inderbærer kontakt mellem slimhinder og sæd/blod.	+	(+)	+
Anbefal kondom ved enhver seksuel omgang.	+	(-) Dog anbefales det, at man ikke har ubeskyttet sex i forbindelse med menstruation, udbrud af genital herpes eller ved anal sex.	+
Undersøgelse af seksualpartnere og husstand.	+	-	-
	Ved kronisk hep. B Gratis vaccination		

	HBV	HCV	HIV
Specielle restriktioner for omgang i familien i forhold til hygiejniske foranstaltninger.	-	-	-
Stofmisbrugere må ikke være bloddonorer.	+	+	+
Smitteoverførsel fra mor til barn.	+	+	+
	Rutinemæssig screening ved 1. graviditetsundersøgelse mhp. vaccination og passiv immunisering af det nyfødte barn.		Varetagelse af HIV-smittede kvinder i forbindelse med graviditet/fødsel/amning er en specialistopgave (infektionsmedicinske, obstetriske og pædiatriske afdelinger).

Smitteopsporing

Når en person konstateres smittet med seksuelt overførbart sygdom, aktuelt her HIV og hepatitis B, skal lægen undersøge, om der er mulighed for smitteopsporing. Lægen skal sammen med patienten vurdere, dels hvem der kan være smitekilden, dels hvilke personer, der kan være blevet smittet og bør opfordres til at lade sig undersøge.

Patienten kan vælge selv at underrette sine partnere eller vælge at bede om assistance. Nogle vil nægte at opgive navne/nægte at medvirke. Når patienten gennem samtalen er informeret og forsøgt motiveret, må man respektere denne beslutning. Man bør i disse tilfælde senere tage en opfølgende samtale med patienten.

Der henvises i øvrigt til Sundhedsstyrelsens "Vejledning for diagnose og behandling af seksuelt overførbare sygdomme", maj 1999 samt Sundhedsstyrelsens "Sundhedsfremmende og smitteforebyggende rådgivning af mennesker, der findes HIV-smittede. Råd til sundhedspersonalet", september 2007.

Bilag 2.

Undersøgelingsprogrammer for hepatitis A, B og C og HIV.

Den serologiske udredning tilrettelægges efter nedenstående algoritmer:

Hepatitis A:

Følgende blodprøver ordineres: HAV-total.

Total HAV

Hvis negativ: Patienten har ikke /har haft hepatitis A.

Indikation for vaccination (Havrix eller Twinrix, afhængig af hepatitis B status).

Hvis positiv: IgM pos/IgG neg: Akut/nylig (3-6 mdr.) infektion.

IgM neg/IgG pos: Tidligere infektion eller immun.

Hepatitis B:

Følgende blodprøver ordineres: HBsAg, anti-HBs (HBs-antistof).

Anti-HBs

Hvis positiv: Enten tidligere hepatitis B infektion eller immuniseret (> 10 U/ml).

Hvis negativ:

- og samtidig HBsAg positiv : Akut eller kronisk infektion.
- og samtidig HBsAg negativ: Patienten har ikke haft hepatitis B infektion.
Indikation for vaccination.

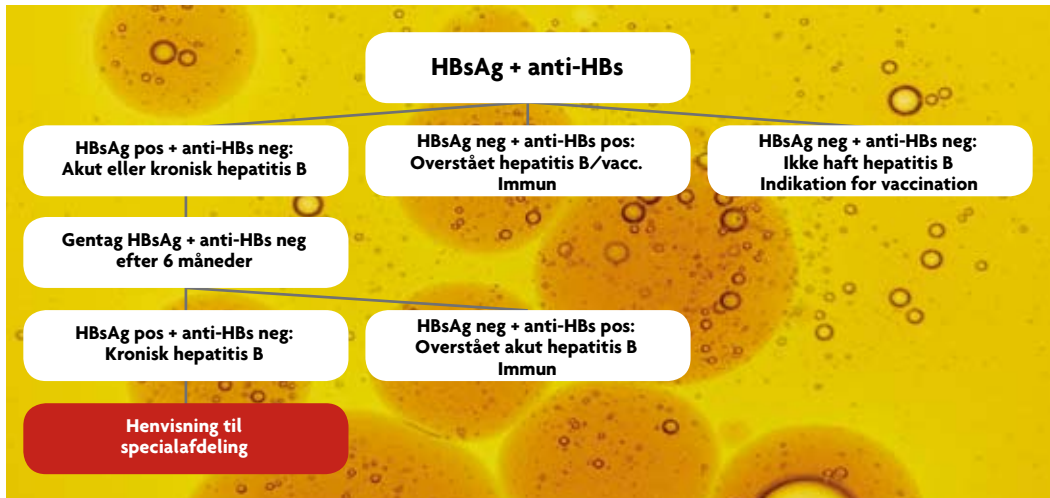
HBsAg:

Hvis positiv > 6 mdr.: Kronisk hepatitis.

Hvis negativ: Ikke hepatitis B.

- og samtidig anti-HBs positiv: Immuniseret.

Fig. 4. Hepatitis B algoritme



Hepatitis C:

Følgende blodprøver ordineres:

HCV-antistof:

Hvis positiv: Hepatitis C (tidligere/aktuel). HCV-RNA bør ordineres.

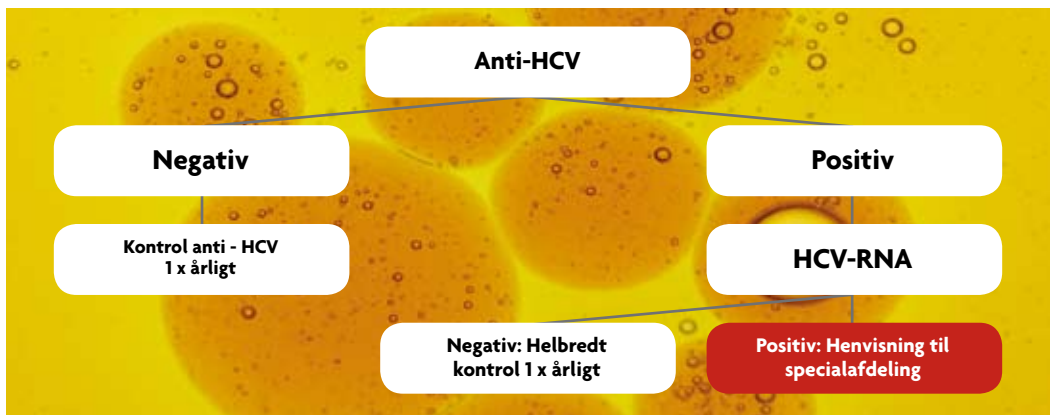
Hvis negativ: Pt. har ikke hepatitis C. Yderligere blodprøver ikke nødvendige.

HCV-RNA

Hvis positiv > 6 mdr.: Kronisk hepatitis C. Undersøg genotype.

Hvis negativ: Overstået hepatitis.

Fig. 5 Hepatitis C algoritme



Diagnostik af hepatitis C:

Da hepatitis C virus infektion sjældent giver symptomer, førend kronisk aktiv hepatitis er blevet kompliceret med cirrose, er det vigtigt at være opmærksom på og undersøge for HCV alene på mistanken. Anti-HCV kan først påvises ca. 8 uger efter ekspositionen, og hos immuninkompetente personer kan det vare betydeligt længere.

Klinisk problemstilling	Analyser	Udfald	Tolkning
Akut hepatitis C	HCV-RNA Anti-HCV	HCV-RNA pos Anti-HCV pos > 8 uger efter eksposition	Akut hepatitis C
Kronisk hepatitis C	HCV-RNA Anti-HCV	HCV-RNA pos i > 6 mdr. Anti-HCV pos i > 6 mdr.	Kronisk hepatitis C
Overstået hepatitis C	HCV-RNA Anti-HCV	HCV-RNA neg Anti-HCV pos	Overstået hepatitis C infektion

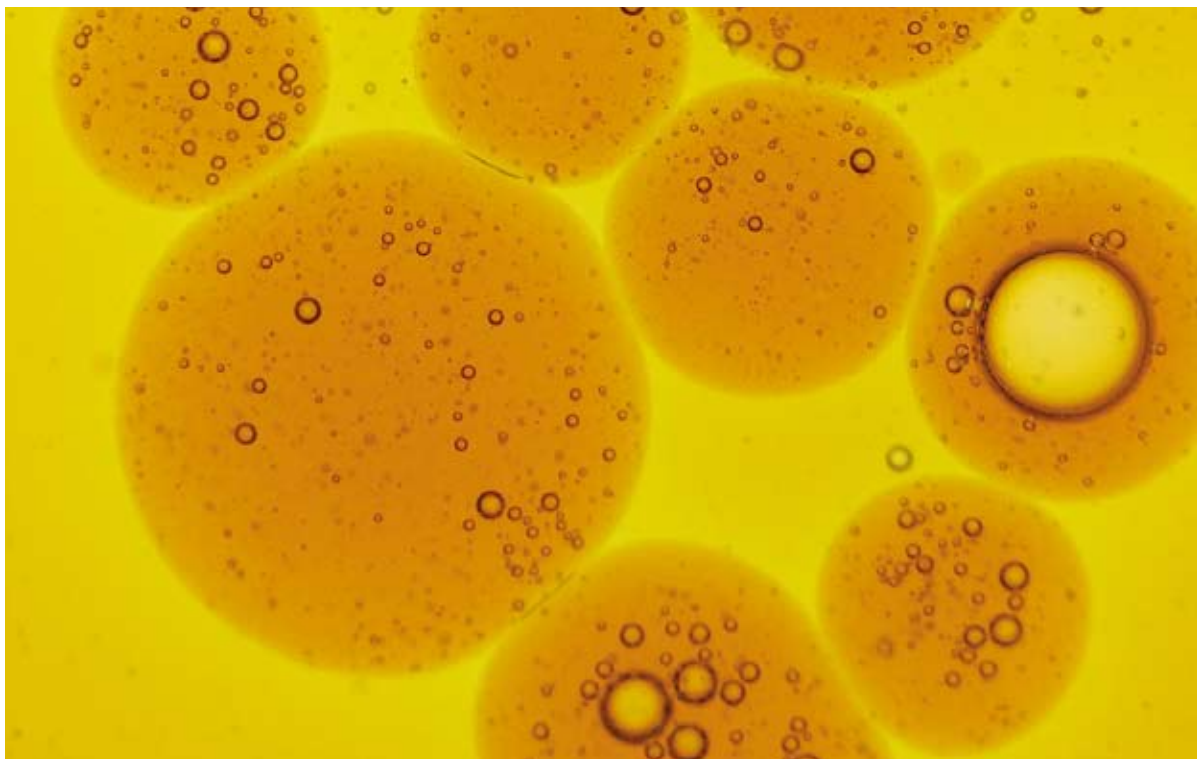
Alle patienter, der er fundet anti-HCV og/eller HCV-RNA positive, bør henvises til specialafdeling for yderligere diagnostik, rådgivning og vurdering med henblik på løbende kontrol eller behandling.

HIV:

Følgende blodprøver ordineres: HIV-antistof.

Hvis positiv: Smittet med HIV-virus.

Hvis negativ: Ikke smittet med HIV-virus inden for de seneste 3 måneder.



www.sst.dk

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Tlf. 7222 7400
E-mail sst@sst.dk
www.sst.dk