

Hvordan optimerer vi hiv-testning i Danmark?

Den primære årsag til fortsat smittespredning med hiv er, at en varierende del af de allerede smittede ikke er diagnosticeret og tilknyttet behandler-systemet. Disse personer er typisk klinisk raske, men har igangværende virusreplikation og er derfor smittefarlige. Behandler-systemet tilbyder hiv-behandling til alle hiv-positive; en behandling, der dels forbedrer den enkelte persons egen prognose, dels gør personen betydeligt mindre smitsom for andre.

En bedre tilgang til hiv-screening af den del af befolkningen, der p.t. ikke kender deres egen hiv-status, er derfor central i bekæmpelse af hiv-pandemien. Men det går ikke så godt. Der er screenet for hiv siden 1985, og alligevel er incidensen ikke faldet i Europa [1].

Der er derfor behov for udvikling og effektivisering af screeningsprogrammerne.

Antallet af ikkediagnosticerede personer i Vest-europa er for lavt til, at det er rationelt at screene hele befolkningen. Mange forskningsresultater viser, at læger i primærpraksis og på almenmedicinske afdelinger ser de fleste af de endnu ikke diagnosticerede patienter (ofte i flere omgange), men sjældent tilbyder en hiv-test, undtagen på patientens egen opfordring [2]. Spørgsmålet er, om vi kan ændre tilgangen til testning i denne del af sundhedssystemet, så man dermed mere aktivt bidrager til at finde de endnu ikkediagnosticerede patienter?

I forbindelse med HIV In Europe-initiativet (www.hiveurope.eu) startede vi i 2007 udviklingen af det såkaldte indikatorstilstandsvejledte hiv-testningsprogram og offentliggjorde fem år senere de første retningslinjer for Europa [3]; de danske overvejelser og oversættelse til dansk publiceres i dette nummer af Ugeskrift for Læger. Konceptet går kort fortalt ud på, at alle patienter med en såkaldt indikatortilstand tilbydes en hiv-test. Tilbuddet kan f.eks. gives ved at sige: »Vi screener rutinemæssigt alle, der har den tilstand, som du har, for hiv, er det o.k. med dig?«, og i bekræftende fald ordineres testen sammen med andre yderligere diagnostiske test. Rækken af indikatortilstande er defineret ud fra tre principielle overvejelser, hvoraf den væsentligste er, om den forventede hiv-prævalens for den pågældende tilstand ligger over en grænseværdi, der gør screeningsprogrammet omkostningseffektivt [4]. Man har i en række studier underbygget dette rationale [5], og vi har efterfølgende udviklet en forskningsmetode, der kan anvendes lokalt til eget brug og evt. vidensdeling på den europæiske platform, som vi har skabt [2, 3].

Implementeringen understøttes af Europa-Kommis-

sionen, dens agentur for folkesundhed, European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), og WHO. EU finansierer for øjeblikket projektet Optimising Earlier testing for HIV across Europe (opttest.eu), der bl.a. har til formål at teste forskellige værktøjer til brug for at øge antallet af de hiv-test, der tilbydes patienter med indikatortilstande, f.eks. korte oplæg eller undervisningsmateriale. Derudover er der i samarbejde med sundhed.dk udviklet materiale til praktiserende læger i Danmark (www.cphiv.dk/Ongoing-Studies/Optimizing-HIV-and-HBV-HCV-testing-in-primary-care/Who-to-Test), som ifølge en spørgeskemaundersøgelse i faggruppen er et vigtigt informationssted for praktiserende læger.

Det indikatorstilstandsvejledte hiv-screeningsprogram er annekteret af sundhedsmyndighederne i de fleste europæiske lande. Den største succes ses klart ved den høje screeningsrate af gravide over hele kontinentet, da det er nemt for praktiserende læger at forklare de gravide kvinder, at de skal testes for at være sikre på at undgå at smitte deres børn. Problemet er til gengæld, at hiv-prævalensen blandt gravide er klart under grænseværdien for, at screeningen er omkostningseffektiv.

Til gengæld ser vi gerne en anden indikatortilstand udbredt i almen praksis og på medicinske afdelinger, nemlig mononukleoselignende sygdom hos personer over 16 år, da forbavsende mange af disse har akut hiv-infektion. Også uforklaret herpes zoster, oral candidiasis, længerevarende pneumoni eller anden infektion såsom viral hepatitis, tuberkulose, kønssygdomme og uforklaret vægttab bør fremhæves. Hvis testen er positiv, henvises patienten umiddelbart til en infektionsmedicinsk klinik, der sikrer relevant information, yderligere udredning og behandling.

LITTERATUR

1. HIV/AIDS Surveillance in Europe 2010. Report. European Centre for Disease Prevention and Control, 2011.
2. Raben D, Mocroft A, Rayment M et al. Auditing HIV testing rates across Europe: results from the HIDES 2 Study. *PLoS One* 2015;10:e0140845.
3. HIV in Europe Initiative. HIV indicator conditions: guidance for implementing HIV testing in adults in health care settings. Københavns Universitet, 2012. <http://hiveurope.eu/Ongoing-Projects/Guidance-HIV-Indicator-Conditions> (13. nov 2015).
4. Yazdanpanah Y, Sloan CE, Charlois-Ou C et al. Routine HIV screening in France: clinical impact and cost-effectiveness. *PLoS One* 2010;15:e13132.
5. Sullivan AK, Raben D, Reekie J et al. Feasibility and effectiveness of indicator condition-guided testing for HIV: results from HIDES I (HIV indicator diseases across Europe study). *PLoS One* 2013;8:e52845.

LEDER

Dorthe Raben &
Jens Lundgren

Ugeskr Læger
2015;177:V67906

KORRESPONDANCE:

Dorthe Raben,
CHIP/PERSIMUNE,
Infektionsmedicinsk
Klinik, Rigshospitalet.
E-mail: dorthe.raben@regionh.dk

INTERESSEKONFLIKTER:
ingen. Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med lederen på Ugeskriftet.dk