

Kære Sofie

Jeg beklager, at vi overskred svarfristen, jeg har været på ferie og fik det desværre for sent til at kunne sende det til jer.

Håber det stadig kan komme i betragtning

Med venlig hilsen

Dorthe Vestergaard Sekretær Dansk Pædiatrisk Selskab

Mail: webredaktoer@paediatri.dk



Høringssvar til Sundhedsstyrelsens udkast til *Vejledning for forebyggelse og håndtering af mæslinger*.

Vi finder, at vejledningen overordnet er fin, overskuelig og letlæselig.

Vi savner dog mere fokus på små, endnu ikke vaccinerede børn. Informationen i ref. 30 kunne med fordel indgå i vejledningen.

Vi foreslår derudover at inkorporere et flowchart for børnene med første trin baseret på alder, dernæst vaccinationsstatus/mors immunitetsstatus. Alternativt at der indgår en tabel med samme oplysninger, som den man finder i artiklen i Ugeskrift for Læger:

https://content.ugeskriftet.dk/sites/default/files/scientific_article_files/2016-05/V06150467_2.pdf

TABEL 1

Behandlingsanbefalinger til børn i alderen 0-15 måneder ved mæslingeeksposering. Immunglobulin gives intramuskulært til børn med normalt immunforsvar (0,6 ml/kg, maks. dosis 5 ml). Til immunsupprimerede børn anbefales 0,4 g/kg (= 4 ml/kg, 100 mg/ml) som intravenøs infusion.

Anamnese	Eksponeret barns alder, mdr.		
	0-2	3-5	6-15
Mater syg med mæslinger	Ig	Ig	Ig
Mater ukendt immuniseringsstatus	Ig	Ig	MFR-vaccine/Ig ^a
Mater født før 1987 og har haft mæslinger	Intet	Ig	MFR-vaccine/Ig ^a
Mater MFR-vaccineret eller født efter 1987	Ig	Ig	MFR-vaccine/Ig ^a
Barn født før gestationsuge 32	Ig	Ig	MFR-vaccine/Ig ^a

Ig = immunglobulin; MFR = mæslinger, fåresyge og røde hunde.

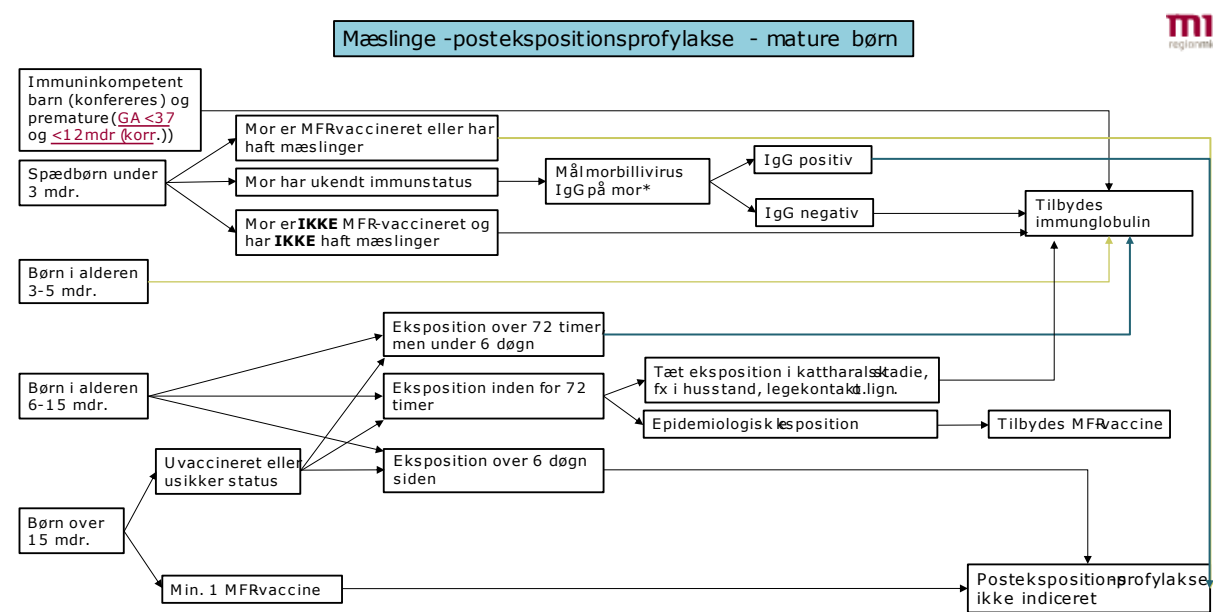
a) ≤ 72 t. (3 døgn) efter eksponering gives MFR-vaccine, dog anbefales Ig givet intramuskulært til børn, der er eksponeret for mæslinger i hjemmet eller har en kronisk eller alvorlig sygdom; > 72 t. (3-7 døgn) efter eksponering gives Ig intramuskulært; til immunsupprimerede børn anbefales Ig givet intravenøst uanset tidspunkt for eksponering (0-18 døgn).

Derudover bør det pointeres, at MFR-vaccination tidligst gives 6 måneder efter administration af Immunglobulin givet i.m. (eller 8 mdr. efter i.v.-indgift).

På vegne af infektionsudvalget under DPS

Marie-Louise von Linstow

Overlæge, ph.d.



[Mæslinge-postekpositionsprofylakse \(ssi.dk\)](#)
[Spørgsmål og svar om MFR-vaccination \(ssi.dk\)](#)

Børn, der får immunglobulin skal efterfølgende tilbydes en reel MFR vaccine, hvis det ikke er kontraindiceret. Vaccinen skal tidligst gives seks måneder efter administration af i.m. (eller otte måneder efter i.v.-indgift)

*Morbillivirus IgG svaret afventes, hvis man på prøvetagningstidspunktet forventer at have svar inden for vinduet på 6 døgn, hvor immunglobulin er indiceret.

www.regionmidtjylland.dk

Jeg beklager, at vi ikke har afgivet vores høringssvar inden for tidsfristen, og håber, at vores bemærkninger alligevel vil blive taget i betragtning.

Bedste hilsner
Sofie Bendix Christiansen
Konsulent
Center for Sundheds- og Socialpolitik (SUS)

Til Sundhedsstyrelsen

Danske Regioner takker for muligheden for at give bemærkninger til udkast til vejledning for forebyggelse og håndtering af mæslinger.

Vi har været i dialog med regionerne om eventuelle økonomiske og/eller administrative konsekvenser forbundet med vejledningen. Det er i den forbindelse blevet påpeget, at det kan være problematisk, at begrebet "smitte gennem luft" anvendes i stedet for de tidligere benyttede og mere præcist definerede termer "luftbåren smitte" og "dråbekernesmitte". I konsensusnotatet udarbejdet af Statens Serum Institut og Center for Epidemikontrol og Infektionsberedskab (SSI/CEI) fra marts 2024 introduceres betegnelsen "smitte gennem luft" i relation til virale luftvejsinfektioner.

Hvis formuleringen medfører, at mæslinger, influenza og øvrige virale luftvejsinfektioner betragtes som smittemæssigt ækvivalente, vil det få betydelige konsekvenser for patienthåndteringen. En sådan fortolkning vil indebære krav om isolation på stuer med sluse og undertryk – faciliteter, som aktuelt kun findes i meget begrænset omfang på landsplan.

Det skal bemærkes, at der i de nationale retningslinjer ikke opereres med begrebet "smitte gennem luft". Den korrekte terminologi i henhold til gældende retningslinjer er fortsat "luftbåren smitte" og "dråbekernesmitte". Det anbefales derfor, at den anvendte terminologi harmoniseres med gældende nationale standarder for at sikre entydighed og korrekt valg af værnemidler.

Hvis terminologien ændres som foreslået – eller betegnelsen "smitte gennem luft" præciseres – vurderes der ikke at være økonomiske konsekvenser forbundet med vejledningen.

På vegne af Region Nordjylland fremsendes hermed bemærkninger til udkastet til "Vejledning for forebyggelse og håndtering af mæslinger", som blev sendt i høring. Bemærkningerne er vedhæftet denne mail som et notat.

Med venlig hilsen



Line Normann Lysdahl

Studentermedhjælper Mobil: 21755849 | l.lysdahl@rn.dk Region Nordjylland | Patientforløb og Økonomi
Niels Bohrs Vej 30 | 9220 Aalborg Øst

NOTAT

Høringssvar Vejledning Mæslinger - RN

Generel velskrevet retningslinje med tydelige anvisninger og definitioner.

Under afsnittet "Rengøring" står der følgende: *I et rum uden aktiv ventilation tager det op til to timer, før al virus er faldet ned på overflader og gulv. Derfor bør et sådant rum, hvor en mæslingepatient har opholdt sig, henstå i to timer før rengøring påbegyndes.*

Da aktiv ventilation ikke er beskrevet yderligere i forhold til luftskifte m.v. bør der bare stå, at rengøring først påbegyndes efter to timers henstand.

I afsnittet "Definition af nære kontakter" kan det med fordel overvejes, om der kan tilføjes, at hvis patienten har haft en kirurgisk maske på, at har der været kontrol med smitekilden.

I afsnittet "Kontaktsporing ved Styrelsen for Patientsikkerhed" kan svær immundefekt med fordel præciseres. Ligeledes under afsnit "Kontaktsporing ved Styrelse for Patientsikkerhed" er der et fint skema s. 15 om ansvarsfordelingen ifm. smitteopsporing.

Det bør på samme måde fremgå, hvem der har ansvaret for kontaktsporing hos borgere og ansatte på plejehjem, botilbud og hvor borgere modtager hjemmepleje/sygepleje. De fleste er stadig dækket af immunitet efter mæslinger eller vaccination, men der er også borgere og ansatte med fx anden etnisk baggrund og opvækst i lande uden adgang til mæslingevaccine, som ikke er dækket af samme immunitet.

I afsnittet "Information om forholdsregler til nære kontakter" første dot kan med fordel skrives om, så det entydigt fremgår, at de nære kontakter skal henvende til egen læge/vagtlæge mhp.

Postekspositionsprofylakse i form af MFR-vaccination. Desuden bør det sikres, at alle privatpraktiserende læger og lægevagter kan håndtere en sådan henvendelse. Endeligt bør det af afsnittet fremgå, hvordan de nære kontakter, som skal have immunglobulin henvises til relevant hospitalsafdeling.

Kære Sofie

Tak for muligheden for at kommenterer vejledningen. Vedhæftet kommentarer på vegne af de Infektionshygiejniske Enheder i Region Midt.

Med venlig hilsen Lene Munck Hygiejnesygeplejerske
Tlf.: +45 2151 2671 Mail: lene.munck@rm.dk Infektionshygiejnisk afsnit
IHE.auh.dk Klinisk Mikrobiologi
Aarhus Universitetshospital Palle Juul-Jensens Boulevard 99 ▪ DK- 8200 Aarhus N



// Høringssvaret fra de Infektionshygiejniske Enheder i Region Midt er angivet som track changes i en pdf, og er indsat nedenfor //

Afsnit 2.3 Smitteveje, til begrebet "smitter gennem luft"

Infektionshygiejnisk italesættes smittevejen som luftbåren smitte (dråbekerner) i Region Midtjylland.

Smitte gennem luft er et nyt begreb som er smittevej for SARS-Co-V2, Influenza, RS virus. JF SSI konsensus notat smitte gennem luft

link: <https://hygiejne.ssi.dk/retningslinjer/smitte-gennem-luft>

Det er vigtigt at der er konsensus mellem SST vejledning og SSI vejledning om smitteveje ift mæslinger.

Konsekvensen for at anvende begrebet og smittevejen "smitte gennem luft" ved mæslinger er ikke stor. MEN hvis smitte gennem luft skal håndteres jf SST vejledning vil alle virale luftvejsinfektioner skulle håndteres på niveau med mæslinger dvs slusestuer, brug øget brug af FFP3 masker og personalets smittestatus skal kendes ift om de kan passe patienterne.

Mæslinger er mere alvorlig end sæsonens virale luftvejsinfektioner og skal håndteres anderledes.

6.2 Værnemidler

Måske vi skal skriv at personale hvor immumstatus er ukendt bærer åndedrætsværn FFP3-maske (det kan man ikke læse sig til)

6.3 Rengøring

Slet "sådan".

Ved rengøring anbefales personalet at bære værnemidler jf. afsnit 6.2.

Til sætningen "...henstå to timer": Vi skriver 3. timer

7.2 Kontaktopsporing ved Styrelsen for Patientsikkerhed, til sætningen: Styrelsen for Patientsikkerhed har det overordnede ansvar for at sikre afgrænsning og opsporing af nære kontakter og formidle information om forholdsregler til dem (se afsnit 7.3).

Hvem har ansvaret for kontakt til nære kontakter, som fx er fra ventorum på hospital - men ikke er indlagte? er det så STPS?

7.3 Information om forholdsregler til nære kontakter, til sætningen: "Tidsinterval hvor man kan smitte"
Hvem har ansvaret for kontakt til nære kontakter, som fx er fra ventrum på hospital - men ikke er indlagte? er det så STPS?

Kære Sofie Walin

Region Sjælland har ingen bemærkninger/kommentarer til Vejledning for forebyggelse og håndtering af mæslinger.

Dbh, Christian Gybel Jensen Konsulent

Mobil: 23 91 61 58 Personlig e-mail: christianj@regionsjaelland.dk Region Sjælland Sundhedsstrategisk

Planlægning, Enhed for Kvalitet og Forbedringer Regionshuset Alleen 15 4180 Sorø www.regionsjaelland.dk



Kære SST / Sofie

SSI har følgende få bemærkninger (**angivet med rødt**, den første af ren sproglig karakter):

2.1 "Mæslinger forekommer endemisk i lande i Asien, Mellemøsten og Afrika samt i flere lande i den europæiske region (særligt Østeuropa)"

Vedr. kap 7 om nærkontakter vil SSI foreslå at 7.1 suppleres med følgende:

"En person betragtes som en nær kontakt til en mæslingesmittet, hvis vedkommende har opholdt sig i et indendørs rum, hvor en patient har været **og ikke har båret værnemidler: ...**"

Ligeledes tilføjes i 7.2 i tabellen:

"Patienter/personale der har opholdt sig i venteværelse og lignende – **og ikke har båret værnemidler** - samtidig med patienten eller op til to timer efter."

I nederste afsnit (også i tabellen i afsnit 7.2) er I velkommen til at oplyse, at "SSI kan være behjælpelig med at informere myndigheder i andre lande ved flyvninger uden for Danmark" (Vi får normalt informationerne fra STPS om rejserute, men det er jo vigtigt, at patienten bliver spurgt ind til hele sin rejserute).

Med venlig hilsen

Camilla Sjørsløv Stein Løve

Fuldmægtig

Direktionssekretariatet

E bestillinger@ssi.dk | B 33 | W ssi.dk

Adresse: Artillerivej 5 | 2300 København S



Til rette vedkommende

Hermed høringssvar fra Region Hovedstaden på "Vejledning for forebyggelse og håndtering af mæslinger".

Region Hovedstaden takker for muligheden for at afgive bemærkninger i høringen.

Venlige hilsner Katrine Skovgaard

Konsulent og risikomanager

Mobil: +45 24763248 Mail: katrine.skovgaard@regionh.dk

Region Hovedstaden/Center for Sundhed Enhed for Kvalitet,
Forskning og Patientsikkerhed Kongens Vænge 2 3400 Hillerød
Tlf: 3866 6060 Web: www.regionh.dk



Høringssvar vedr. udkast til vejledning for forebyggelse og håndtering af mæslinger

Region Hovedstaden takker for muligheden for at afgive bemærkninger til Sundhedsstyrelsens udkast til Vejledning for forebyggelse og håndtering af mæslinger.

Der er indhentet bemærkninger fra regionens hospitaler, herunder infektionshygiejniske enheder.

Generelt bemærkes det, at ordet "bør" anvendes ofte i vejledningen. Ordet "bør" kunne i nogle situationer tolkes, som at afdelinger har et valg om at undlade at følge vejledningen, selvom det er muligt at gøre det korrekt og følge vejledningen. Med den viden vi har om m slingers smitteevne, vil det være relevant at erstatte "b r" med "skal" flere steder i vejledningen.

Nedenfor ses afsnitsspecifikke kommentarer.

Afsnit 6.1, dot 3 står:

"Ved behov for indlæggelse bør patienten umiddelbart isoleres og håndteres jf. Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer i "Supplerende forholdsregler ved infektioner og bærertilstand i sundhedssektoren"

Hvis der er mistanke om eller bekræftet m slingesygdom skal patienten isoleres. Det foreslås derfor at det ændres til skal.

I dot 3 står ligeledes:

"Isolation bør finde sted på enestue med sluse og undertryk". Denne sætning foreslås skærpet, da smitstof holder sig svævende i op til to timer. Det foreslås Side 2 derfor at ændre til et "skal" da der findes mobile enheder, der kan skabe undertryk på en sengestue. Der er forståelse for, at det kan være en udfordring hvis ikke alle hospitaler har en enestue med sluse og undertryk på deres infektionsmedicinske afdeling eller lignende.

Afsnit 6.3 står:

"I et rum uden aktiv ventilation tager det op til to timer, før al virus er faldet ned på overflader og gulv. Derfor bør et sådant rum, hvor en mæslingepatient har opholdt sig, henstå i to timer før rengøring påbegyndes."

Det foreslås at der her, ligeledes erstattes med et "skal".

Der desinficeres med et klorprodukt min. 1.000 ppm da rengøringspersonale ikke må desinficere større overflader med alkoholer af hensyn til arbejdsmiljø. Da mæslingevirus holder sig svævende i op til to timer vil det kunne lægge sig på alle overflader, så man kan ikke nøjes med at desinficere med alkohol på mindre områder i lokalet. Det foreslås at slette rengøringsafsnittet og henvise til NIR supplerende i stedet.

Skema side 15, Indlagte patienter:

Det bør konkretiseres hvad den infektionshygiejniske enhed har ansvaret for i forbindelse med formidling af information.

Skema side 15, nære kontakter:

Der står bør stå noget om overvejelser/ alvorlighed ved graviditet, immunsupprimeret og alder. Det står først på s 16, men bør være inkluderet i skemaet

Kære SST

Vedhæftet er høringssvar fra DSKM

Med venlig hilsen

Nina Ank | Chef for Infektionshygiejnen, overlæge, ph.d.
Direkte: 97665009 | Mobil: 29363422 | n.ank@rn.dk
Aalborg Universitetshospital
Hobrovej 42D | 9000 Aalborg | Telefon: 97660000



NOTAT

Høringssvar Vejledning Mæslinger – DSKM

Generel velskrevet retningslinje med tydelige anvisninger og definitioner.

Under afsnittet "Undersøgelse og diagnostik" står der "Der anbefales både podning fra svælg/nasopharynx og urinprøve til PCR-undersøgelse samt blodprøver til PCR- og antistofundersøgelse":

Det er vel ikke strengt nødvendigt at sende blodprøve(r) til PCR-undersøgelse jf. at der også i boksen nedenfor står: 'lav sensitivitet'. Det bør derfor ikke stå som en anbefaling, men højst som et forslag/en mulighed.

I samme afsnit bør sætningen "Det skyldes, at sygdommen kan påvises i forskellige prøver på forskellige tidspunkter i sygdomsforløbet" bør ændres til "Det skyldes, at virus kan påvises i forskellige prøvematerialer på forskellige tidspunkter i sygdomsforløbet":

Endeligt i afsnittet "Undersøge og diagnostik" bør det præciseres, at haste/alert prøver altid bør telefonisk aftales, også hvis de sendes til den lokale kliniske mikrobiologiske afdeling.

I afsnittet "Generelle anbefalinger" kan man overveje, om man skal skrive ind, at en evt. fører af bilen meget gerne enten tidligere må have haft mæslinger eller være vaccineret mod mæslinger.

Under afsnittet "Rengøring" står der følgende: I et rum uden aktiv ventilation tager det op til to timer, før al virus er faldet ned på overflader og gulv. Derfor bør et sådant rum, hvor en mæslingepatient har opholdt sig, henstå i to timer før rengøring påbegyndes.

Da aktiv ventilation ikke er beskrevet yderligere i forhold til luftskifte m.v. bør der bare stå, at rengøring først påbegyndes efter to timers henstand.

I afsnittet "Definition af nære kontakter" kan det med fordel overvejes, om der kan tilføjes, at hvis patienten har haft en kirurgisk maske på, at har der været kontrol med smitekilden.

I afsnittet "Kontaktsporing ved Styrelsen for Patientsikkerhed" kan svær immundefekt med fordel præciseres. Ligeledes under afsnit "Kontaktsporing ved Styrelse for Patientsikkerhed" er der et fint skema s. 15 om ansvarsfordelingen ifm. smitteopsporing.

Det bør på samme måde fremgå, hvem der har ansvaret for kontaktopsporing hos borgere og ansatte på plejehjem, botilbud og hvor borgere modtager hjemmepleje/sygepleje. De fleste er stadig dækket af immunitet efter mæslinger eller vaccination, men der er også borgere og ansatte med fx anden etnisk baggrund og opvækst i lande uden adgang til mæslingevaccine, som ikke er dækket af samme immunitet.

I afsnittet "Information om forholdsregler til nære kontakter" første dot kan med fordel skrives om, så det entydigt fremgår, at de nære kontakter skal henvende til egen læge/vagtlæge mhp

Postekspositionsprofylakse i form af MFR-vaccination. Desuden bør det sikres, at alle privatpraktiserende læger og lægevagter kan håndtere en sådan henvendelse. Endeligt bør det af afsnittet fremgå, hvordan de nære kontakter, som skal have immunoglobulin henvises til relevant hospitalsafdeling.

Mindre sproglige bemærkninger: Side 13, 3. afsnit, sætningen "Supplerende forholdsregler ved infektioner og bæretilstande i sundhedssektoren": Der mangler et 'r' i 'bærertilstande'. I boksen på side 10 står der mL, på dansk skrives det ml.

Kære Sofie

Hermed Høringssvar for anbefaling vedr. Mæslinger fra Fagligt selskab for sundhedsplejersker.

Mvh Ellen Eldrup
Næstformand FS10



Høringssvar for vejledning for forebyggelse og håndtering af mæslinger.

Overordnet har vi ikke mange bemærkninger.

Det er dog ikke tydeligt, hvorvidt det er alvorligt og vigtigt at forebygge smittespredning, når der i samme vejledning skrives at patienter hvor der er bestyrtet mistanke om smitte eller bekræftet smittede patienter "ikke BØR tage offentlig transport", ydermere skrives i fodnoten at børn under 15 mdr ikke behøver at bære kirurgisk mundbind. Det bliver svært at forstå, når der i næste afsnit står, at patienten ved ankomst til hospitalet umiddelbart isoleres og håndteres jf. Nationale infektions hygiejniske Retningslinier.

Alvoren ville stå tydeligere frem, hvis Patienter ikke MÅ benytte offentlig transport. Det bliver jo komplet umuligt at opspore evt smitte i en bybus eller et tog..

Ellers ingen bemærkninger fra
FS 10 – fagligt selskab for sundhedsplejersker

Ellen Eldrup
Næstformand

Til Sundhedsstyrelsen

Se venligst vedhæftede høringssvar fra Dansk Selskab for Almen Medicin vedrørende Vejledning for forebyggelse og håndtering af mæslinger.

Venlig hilsen
Dorthe Pedersen



Dorthe Pedersen, sekretær
Dansk Selskab for Almen Medicin
Det Almenmedicinske Hus
Stockholmsgade 55, 2100 København Ø
T: 7070 7431 – M: 5150 1676
dp@dsam.dk - www.dsam.dk

Høringssvar vedr. Vejledning for forebyggelse og håndtering af mæslinger

DSAM takker for muligheden for at afgive høringssvar på "Vejledning for forebyggelse og håndtering af mæslinger".

Som det nævnes i vejledningen, er det afgørende, at vejledningen er præcis i sine anvisninger. Vejledningen er ekstremt sjældent aktuel for en praktiserende læge, men når den bliver aktuel, er det til gengæld vigtigt, at man hurtigt kan identificere sin opgave.

Helt overordnet er vejledningen meget lang og indeholder meget lærebogsstof, som formodes at være størstedelen af målgruppen bekendt. Det anbefales at placere hovedbudskaberne først i vejledningen, så de fremstår klart, fremfor spredt i teksten. Alternativt kan man lave en pixi-udgave uden basalt lærebogsstof.

Afsnit 4 Undersøgelse og diagnostik - angående boks på side 10

Der er ikke overensstemmelse mellem beskrivelsen af diagnostik i skema på side 10 og beskrivelsen af diagnostik i Lægehåndbogen. Urinprøve nævnes ikke i Lægehåndbogen. Vi formoder, at Lægehåndbogen opdateres, når vejledningen offentliggøres.

Desuden bør det sikres, at alle de nævnte diagnostiske undersøgelser kan rekvireres på alle laboratorier. Det kan de ikke aktuelt.

Afsnit 6.2 Værnemidler

Her henvises til en vejledning på 102 sider, hvor den angivne information er særdeles svær at finde. I almen praksis er det meget sjældent, at vi står med et mæslingetilfælde, og det er midt i strømmen af øvrige patienter. Det tilrådes, at det vigtigste budskab om værnemidler skrives ind i denne vejledning, for der vil ikke være tid til at opsøge den viden.

Afsnit 7.2 Kontaktopsporing ved Styrelsen for Patientsikkerhed

Det er rigtig godt, at man placerer et klart ansvar for afklaring, opsporing og formidling hos Styrelsen for Patientsikkerhed. En hovedansvarlig sikrer også, at alle ved, hvem man skal kontakte ved tvivl.

Afsnit 7.3 Information om forholdsregler til nære kontakter

Der savnes data om effekten af postekspositionsprofylakse. Denne viden vil være til stor hjælp for lægerne i forbindelse med kontaktopsporingen. Ikke-immune patienter vil ofte være uvaccinerede, fordi de grundlæggende er modstandere af MFR-vaccination, og de har krav på grundig information.

Afsnit 7.4 Postekspositionsprofylakse af nære kontakter

Det fremgår, at MFR-vaccination og immunoglobulin kan gives op til 3 hhv. 6 døgn efter smitte. Virkningen er formodentlig bedre, jo tidligere postekspositionsprofylakse gives. Vejledningen bør derfor præcisere, om den skal gives "hurtigst muligt" eller "på førstkommande hverdag, dog senest indenfor 3/6 dage".

Det fremgår, at MFR-vaccination og immunoglobulin som udgangspunkt skal gives hos den nære kontakts praktiserende læge. De praktiserende læger/lægevagten er desværre fuldstændig uden erfaring med administration af immunoglobulin. Det vil være særdeles patientusikkert at placere en så sjælden opgave hos 3.500 (- 5.000) sundhedspersoner. Mange vil ikke engang opleve den i deres lægeliv. I høringsudgaven anbefales det kun, at immunoglobulin gives på sygehus, hvis der er behov for intravenøs administration. Det fremgår ikke, hvornår intravenøst behov findes, og det er ikke en almindelig praktiserende læge bekendt. Hvis man virkelig mener, at immunoglobulin skal foregå i almen praksis, bør dette kapitel udbygges med en vejledning i dosering, hvornår det skal gives sc. im. og iv. og forholdsregler, fx direkte kontakt og instruktion fra STPS. DSAM anbefaler stærkt, at administration af immunoglobulin sker på sygehuset.

Afsnit 7.5 Postekspositionsprofylakse og Rekvirering

Det fremgår, at MFR-vaccine og immunoglobulin til brug for postekspositionsprofylakse kan rekvireres fra apotek eller SSI, og at der for MFR er et relativt lille vindue for injektion på 3 dage. Det fremgår, at man kan få akut udbringning. Vi er lidt i tvivl om fremgangsmåden her. Vi vil nøjes med at forholde os til vaccine, da vi ikke mener, at immunoglobulin bør gives i almen praksis. Principperne er dog de samme.

På hverdage er det enkelt. Egen læge har altid gratis MFR-vaccine på lager. Hvis en person henvender sig til lægevagten skærtorsdag eller i juledagene mhp. postekspositionsprofylakse, har lægevagten ikke vaccine på lager, og vaccination kan ikke flyttes til en hverdag.

Man nævner apotek. Men medicin der hentes på apoteket, skal betales af patienten. Patienten kan i teorien få en recept og afhente vaccine på apoteket, men skal i så fald selv betale og må desuden købe mindst 10 vacciner. Prismæssigt ligger vi på ca. 1.500 kr. Denne løsning er derfor ikke gangbar. Man nævner SSI. Men hvor hurtigt kan SSI levere MFR-vaccine til en lægevagtskonsultation i fx Region Nordjylland på en helligdag?

En løsning kan være, at MFR-vaccine i fremtiden er på lager i alle lægevagtskonsultationer. Lægevagten opbevarer allerede di-te vaccine, og lægevagten har derfor erfaring med at håndtere vacciner. Det er derfor realistisk at have MFR-vaccine på lager. Disse bør pakkes i en speciel afdeling af køleskabet og bør mærkes tydeligt for at forebygge forveksling. En alternativ løsning kan være, at både

MFR-vaccination og immunoglobulin gives på sygehuset i weekender og på helligdage.

Med venlig hilsen

Bolette Friderichsen Formand for DSAM

Kære SST

Ingen kommentarer fra DSKFNM

BH Camilla Hoff

Til sundhedsstyrelsen

Tak for muligheden for høringssvar til ny vejledning for forebyggelse og håndtering af mæslinger DSI finder vejledningen faglig relevant og let forståelig.

Vi har ingen kommentarer eller ændringsforslag til vejledningen

Med venlig hilsen

Hanne Arildsen

Næstformand for bestyrelsen i Dansk Selskab for Infektionsmedicin Overlæge,
lektor Infektionssygdomme Aarhus Universitetshospital 8200 Aarhus N



Til rette vedkommende

DASEM takker for muligheden for at komme med høringssvar. Vi har gennemgået materialet og har ingen kommentarer for nuværende. DASEM ser frem til samarbejdet og en fortsat involvering omkring de akutte patienter.

På vegne af DASEM

Amalie Bytofte Faglig Sekretær

