

Börje Åkerlund, överläkare, infektionskliniken, Huddinge sjukhus; tillika läkare vid Smittskyddsinstitutet, Solna (*borje.akerlund@smi.ki.se*)

Malin Arneborn, epidemiolog

Torsten Berglund, epidemiolog

Johan Giesecke, professor; samtliga vid Smittskyddsinstitutet, avdelningen för epidemiologi, Solna

Bättre behandling har sänkt aidsmortaliteten

Men fler patienter med HIV-smitta kommer att anstränga öppenvården

■ Efter drygt 20 år har HIV-epidemin i Sverige nu definitivt inträtt i en ny epok. Introduktionen 1996 av en effektiv kombinationsbehandling har efter fem års uppföljning haft tydliga och dramatiska effekter. Behovet av slutna sjukhusvård för HIV-patienter har kraftigt reducerats och antalet patienter med diagnostiserad aids har minskat (Figur 1). Det mest påtagliga och glädjande resultatet av behandlingen av HIV-infektionen i Sverige avspeglas i antalet avlidna. Från ett ständigt ökat antal döda i HIV-infektion fram till och med 1995 (Figur 1) ses en mycket dramatisk nedgång under de följande fem åren, med ett lägsta dödstal år 2000 som ligger i nivå med vad som kunde ses 15 år tidigare. Preliminära siffror för 2001 visar att antalet döda med HIV-infektion ökar något, men att antalet patienter som dör på grund av aids fortsätter att vara lågt.

Beredskap för fler patienter och större kostnader

Hur påverkar denna positiva utveckling HIV-epidemin i Sverige? Då antalet nyanmälda HIV-infekterade under perioden 1995–2001 i medeltal har legat kring 230 per år innebär den förbättrade behandlingssituationen, med ett lågt dödstal till skillnad från läget 1995, en sannolik nettoökning av HIV-infekterade med minst 1 000 nya fall på femårsbasis. Vilka konsekvenser för samhället får en sådan utveckling?

En första åtgärd bör vara att redan idag planera den samlade HIV-vården för ett ökat antal öppenvårdspatienter. Den största tyngden av denna ökning kommer givetvis att läggas på de kliniker som redan nu har en större andel av de HIV-infekterade, dvs infektionsklinikerna vid Huddinge sjukhus och Karolinska sjukhuset samt Venhälsan på Södersjukhuset i Stockholm. Men även i Göteborg och i Malmö, som idag har tillsammans över 400 patienter, bör en beredskap finnas.

Ur ett nationellt perspektiv är behandlingsaspekten och den epidemiologiska övervakningen frågor som måste belysas. Redan idag kan kostnaden för en framgångsrik HIV-behandling, omfattande ca 70 procent av de HIV-infekterade, uppskattas till 100 000 kronor per patient och år, dvs ca 225

SAMMANFATTAT

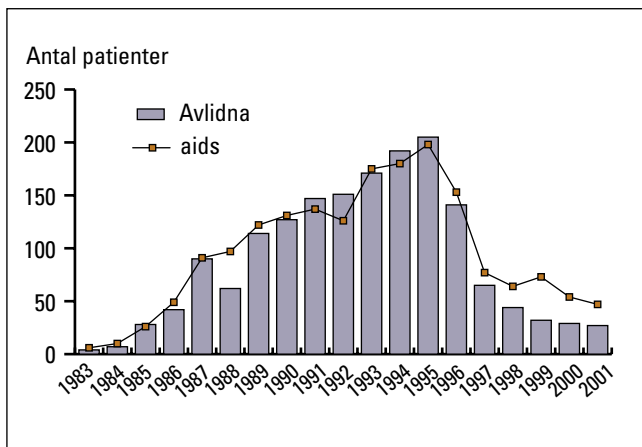
Sedan modern kombinationsbehandling introducerades 1996 har HIV-infektionen i Sverige ändrat karaktär. Antalet dödsfall har drastiskt minskat och allt färre sjukhussängar upptas av svårt sjuka aidspatienter.

En ökad prevalens av sjukdomen blir dock ett resultat av den låga mortaliteten; varje år diagnostiseras ett par hundra nya HIV-fall.

HIV-vården bör planera för en ökad belastning på landets öppenvårdsmottagningar. Kostnaderna för läkemedel och epidemiologisk övervakning kommer att öka.

miljoner årligen. Med en nettoökning på 1 000 patienter på fem år ökar behandlingsskostnaden (med 75 procent av patienterna i behandling) med 75 miljoner kronor. Ingen infektionssjukdom i Sverige kommer idag ens i närheten av en så hög kontinuerlig årlig behandlingsskostnad.

Detta innebär att enbart läkemedelskostnaden för behandling av HIV-infekterade i Sverige år 2005 skulle kunna uppgå till över 300 miljoner årligen. Ur både HIV-läkarens och HIV-patientens perspektiv är denna kostnad givetvis rimlig med hänsyn till de stora medicinska vinster som har uppnåtts. Dock bör det med en så kostnadskrävande behandling finnas samhällseliga skäl att kontinuerligt övervaka både behandlingseffekter och resistensutveckling, speciellt med tanke på att en sviktande behandlingseffekt förutsätts kunna leda till uppkomst av resistens och därmed i förlängningen ökande medicinska problem och ökande samhällskostnader. Inom ramen för en livslång potent antiretroviral läkemedelsbehandling av HIV ligger även möjligheter för uppkomst av betydelsefulla läkemedelsbiverkningar med inverkan på behand-



Figur 1. Antal aidsfall och avlidna 1983–2001 anmälda till epidemiologiska avdelningen vid Smittskyddsinstitutet.

lingsresultatet (försämrad följsamhet och därmed risk för resistensutveckling), och även där ökande sjukvårdskostnader.

Epidemiologisk övervakning

Ett nationellt forskningsprojekt, alternativt ett nationellt kvalitetsregister, skulle för HIV-infektionen kunna vara ett sätt att kontinuerligt följa behandlingsresultat, resistensutveckling och eventuella läkemedelsbiverkningar. Med ett sådant projekt finns goda möjligheter att i tid notera och påverka nationella eller regionala förändringar kring HIV-sjukdomen och dess behandling. När det gäller den traditionella epidemiologiska övervakningen av HIV-epidemin innebär denna nya epok krav på ett intensifierat arbete för att kunna följa den förväntade ökningen av HIV-patienter och både notera och reagera på positiva eller negativa avvikelser från prognosen. I detta epidemiologiska arbete utförs redan idag med hjälp av strukturerade frågeformulär en fördjupad analys av de nydiagnostiserade HIV-fallen i syfte att bättre klarlägga orsaker till HIV-smitta [1]. Behovet av en utvecklad och förbättrad epidemiologisk övervakning av HIV i Europa har nyligen påtalats av EUs centrala HIV-nätverk i Paris [2].

Trots indikationer på att en effektiv och framgångsrik kombinationsbehandling av HIV skulle kunna påverka smittsamheten vet vi idag inte om detta kommer att återspeglas i ett lägre antal nydiagnostiserade fall i framtiden; ofta saknas kunskap om smittkällans eventuella behandling. Dessutom är endast en mindre andel av de idag nydiagnostiserade HIV-patienterna nysmittade (28 procent under åren 1997–1999). I stor omfattning sker smittan idag i länder utan effektiv kombinationsbehandling.

Folkhälsoperspektiv

Vilket folkhälsoperspektiv ger den förväntade 35-procentiga ökningen av antalet HIV-patienter under de nästkommande fem åren? Om vi utgår från vår kunskap om smittvägarna under perioden 1995–2000 kommer över 60 procent av de nydiagnostiserade att utgöras av icke homo-/bisexuella och icke missbrukande män och kvinnor med lika könsfördelning män–kvinnor. Vid heterosexuell smitta hos kvinnor återfinns 50 procent av de nydiagnostiserade i åldersgruppen 15–29 år, 34 procent i gruppen 30–39 år. Männerna är mer jämnt fördelade i åldrarna 30–40 år, 40–50 år och 50–60 år, med 33 procent, 28 procent och 20 procent respektive. Endast 16 procent av männen återfinns i åldersgruppen 15–29 år vid diagnos.

Dessa skillnader bland nydiagnostiserade HIV-patienter med heterosexuell smittväg gör det sannolikt att HIV-frekvensen kommer att öka starkt bland både män och kvinnor i

sexuellt aktiv ålder, med den viktiga skillnaden att majoriteten av de nydiagnostiserade kvinnorna kommer att vara under 30 år medan motsatsen gäller för de nydiagnostiserade männen. En viss ökad risk för HIV-smitta inom landet vid utebliven tidig HIV-diagnos kan därmed förväntas.

När det gäller situationen för homo- och bisexuella män har en förväntad fortsatt minskning av nydiagnostiserade HIV-positiva planat ut på en förhållandevis hög nivå, i medeltal drygt 70 fall årligen. Åldersfördelningen i denna grupp domineras av män mellan 30 och 39 år (40 procent av fallen), men är i övrigt jämnt spridd mellan 20 och 69 år.

Bland nydiagnostiserade HIV-patienter har injektionsmissbrukarna sedan slutet av 1980-talet minskat i antal till ca 20 fall årligen. Under 2001 har denna siffra (tillfälligt?) ökat till 36. Under perioden 1995–2000 återfanns bland missbrukarna hela 70 procent i åldersgruppen 30–49 år.

Även vad gäller missbrukarna förefaller fortsatta riktade preventiva åtgärder vara befogade, inte minst med tanke på ökningen 2001, för att undvika blod-till-blodsmitta i första hand bland de yngre. Det faktum att de nydiagnostiserade missbrukarna återfinns i en ålder där missbruket rimligen borde ha pågått en tid, och där man därmed inte förväntar sig en HIV-infektion, borde bli föremål för en fördjupad analys.

Inför framtiden bör det tydliga folkhälsobudskapet till bärare av icke diagnostiserad HIV-infektion vara att det endast via testning ges möjlighet till behandling av HIV-infektionen och därmed en möjlighet till fortsatt hälsa. Med detta klara och positiva budskap bör den eventuella tveksamheten till testning kraftigt kunna reduceras och därmed även smittspridningen kunna påverkas.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

- Berglund T, Arneborn M, Rådö G, Ramstedt K. Epidemiologisk uppföljning av nyupptäckta hiv-patienter 1997–1999. Abstrakt i »Kunskap och utveckling«, postrar vid 2:a nationella konferensen om hiv/STD-prevention 18–19 oktober 2000. Stockholm: Folkhälsosinstituttet; 2001.
- Nicoll A, Hamers FF. Are trends in HIV, gonorrhoea and syphilis worsening in western Europe? *BMJ* 2002;324:1324-7.