

Ing-Marie Bergbrant, docent, verksamhetschef ing-marie.bergbrant@vgregion.se

Marie Olsson, leg sjuksköterska; båda vid verksamhetsområdet för hud- och könssjukvård, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Tjugo års teamarbete inom HIV- och aidsvård visar goda resultat

■ För tio år sedan skrev vi i Läkartidningen om våra erfarenheter under de första tio åren efter det att HIV-testning blivit möjlig och vårt HIV-team bildats [1]. Det har nu gått ytterligare tio år, och en hel del har förändrats, framför allt arbetets innehåll. Den stora förändringen kom 1996, som var ett genombrottsår för HIV-vården. Behandling med proteashämmare blev då tillgänglig, samtidigt som vi blev medvetna om nödvändigheten av kombinationsbehandling. Vi fick också möjlighet att kvantifiera HIV-RNA i plasma och kunde på detta vis följa behandlingseffekten. Denna förbättrade möjlighet att behandla och att följa sjukdomsförloppet medförde att dödligheten i HIV och aids minskade drastiskt.

Vår verksamhet

Inom verksamhetsområdet för hud- och könssjukvård, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, finns en av landets största mottagningar för sexuellt överförda sjukdomar (STI). Fem förmiddagar i veckan har vi drop-in-mottagning för STI och två tillfällen i veckan drop-in-mottagning för HIV-testning. En kväll i veckan finns »Gay-hälsan«, en öppen mottagning för homo-/bisexuella män. Dessutom finns tidsbeställd mottagning för STI och sexuell hälsa, preventivmedelsrådgivning och uppsökande verksamhet bland riskutsatta grupper.

Inom vår mottagning för STI finns HIV-verksamheten. Vi bedriver teamvård, där nuvarande bemanning i HIV-teamet är två läkare, en sjuksköterska, två kuratorer och en psykolog.

De första tio åren

De första tio åren dominerades vården av diagnostik och behandling av HIV-relaterade sjukdomar, såsom opportunistiska infektioner, neurologiska komplikationer och tumörer. Det fanns ett stort behov av finalvård, både på vår vårdavdelning och i hemmen. Under åren byggde vi upp ett nätverk av specialister som vi samarbetade med, däribland infektionsläkare, ögonläkare, psykiater, onkolog, tandläkare och neurolog. Det var en psykiskt tung period för vårt team med många svårt sjuka och döende patienter. Teamet hade regelbunden handledning med psykolog.

De senaste tio åren

På vår klinik har antalet patienter som har insjuknat och dött i opportunistiska infektioner och tumörer minskat betydligt (Figur 1). Under de första tio åren diagnostiserade vi aids vid 62 tillfällen, att jämföra med 13 de senaste tio åren (Tabell I). Aidsdiagnos ges till patienter som vid något tillfälle har haft en opportunistisk infektion, en tumör eller HIV-komplikation enligt den klassifikation som Centers for Di-

Sammanfattat



Inom verksamhetsområdet för hud- och könssjukvård på Sahlgrenska Universitetssjukhuset har HIV-sjukvård bedrivits sedan 20 år tillbaka. Under dessa år har över 200 patienter varit inskrivna på kliniken.

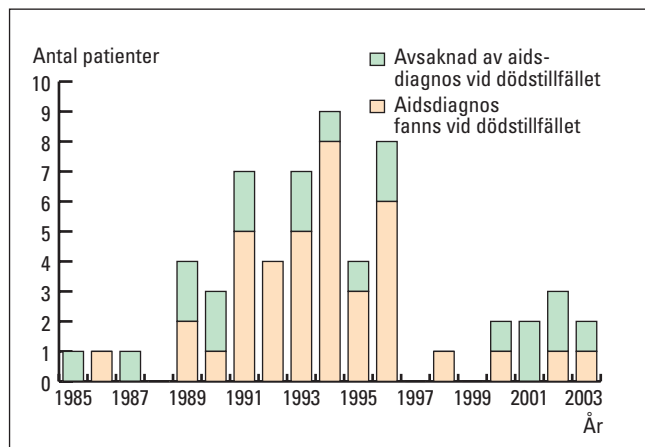
Verksamheten har förändrats betydligt under åren. Nya behandlingsmöjligheter har inneburit att insjuknandet i aids, och därmed dödligheten, har minskat drastiskt. Vad som tillkommit är handläggningen av den komplicerade kombinationsbehandlingen, resistensutveckling och biverkningar.

Med patienten i centrum bedrivs teamarbete med utbyggt kontaktnät inom och utanför sjukhuset.

Flertalet patienterna har ett gott immunstatus, och behandlingsresultaten är goda. Av de patienter som får antiretroviral behandling har 85 procent inga detekterbara virusmängder.

sease Control and Prevention (CDC) i USA upprättat [2]. Arbetet under de senaste åren har dominerats av den handläggning som den komplicerade tablettbehandlingen kräver. Diskussion med patienten om att starta med antiretroviral behandling initieras vid snabb sjukdomsprogress, symtom, eller när värden för CD4 går under 300 celler/mikroliter. Patienterna behandlas med minst tre olika preparat av de tjugo läkemedel som nu finns registrerade. Behandlande läkarens kunskap och erfarenhet gällande medicinernas verkningsmekanismer, interaktioner, resistensutveckling och biverkningsmönster är helt avgörande för hur behandlingen lyckas. Patienterna måste vara väl informerade och införstådda med hur behandlingen fungerar och med nödvändigheten av att inte missa någon enda dos. De patienter som bedöms inte kunna följa behandlingen bör hellre vänta då risken annars är stor för resistensutveckling, vilket i sin tur helt kan ödelägga en framtida möjlighet att behandla [3]. Bland biverkningar är det magbesvär, förhöjda blodfetter, diabetes, fettansamling och fettatrofi som pa-

Klinik och vetenskap



Figur 1. Antal dödsfall bland HIV-positiva patienter under åren 1985–2004.

Tabell I. Aidsdiagnoser under åren 1984–2004.

Aidsdiagnoser	1984–1994 (N=62)	1995–2004 (N=13)
Kaposi sarkom	17	3
Pneumocystis carinii-infektion	7	
Cytomegalovirusinfektion	7	3
Candida-esofagit	5	3
Toxoplasmameningit	5	
Encefalopati		1
Atypisk mykobakterieinfektion	4	
Lymfom	3	
Progressiv multifokal leukoencefalopati	3	
Tbc	3	2
Kryptokockmeningit	2	
»Wasting syndrom«	2	
Kronisk mukokutan herpesinfektion	1	
Salmonellasepsis	1	
Recidiverande pneumokockpneumoni	1	1
Isospora belli-infektion	1	

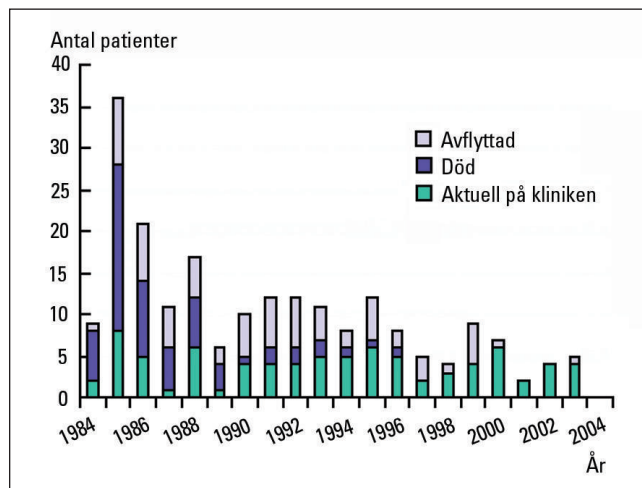
tienterna drabbas av. Patientbesöken domineras nu helt av problem kring behandling och biverkningar.

Utredning med tanke på opportunistiska infektioner görs alltmer sällan, och antalet nya patienter som får diagnosen aids har minskat. Antalet patienter med aidsdiagnos speglar inte längre immunläget i gruppen, då ett flertal av våra patienter har fått sina aidsdiagnoser för flera år sedan och har nu efter behandling ett bra immunstatus. Det var annorlunda innan effektiv behandling för HIV fanns. När väl en opportunistisk infektion diagnostiseras är behandlingen idag i stort sett densamma som vid epidemins start.

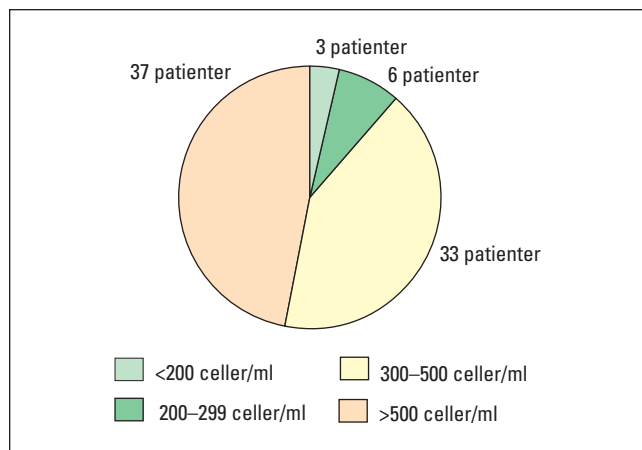
Ett växande problem är samtidig infektion med hepatit C. I Europa, liksom i övriga världen, är cirka en tredjedel av de HIV-positiva smittade även med hepatit C. Bland injektionsmissbrukare är siffran så hög som 75 procent.

Nya samarbetspartner

Precis som tidigare har vi ett nära samarbete med infektionsläkare. Varje månad har vi en så kallad sviktrond med infektionsläkare då vi diskuterar resistensutveckling och preparatval. Vi har också gemensamma forskningsprojekt. Den nya problematiken med sidoeffekter av behandlingen har in-



Figur 2. År för diagnos för 209 patienter som under åren 1984–2004 varit inskrivna på hudkliniken och deras aktuella situation.

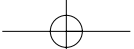
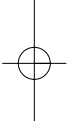
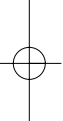
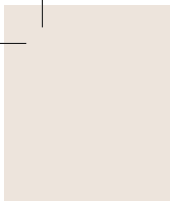
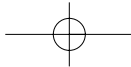


Figur 3. Antalet CD4-positiva celler i perifert blod hos 79 aktuella patienter.

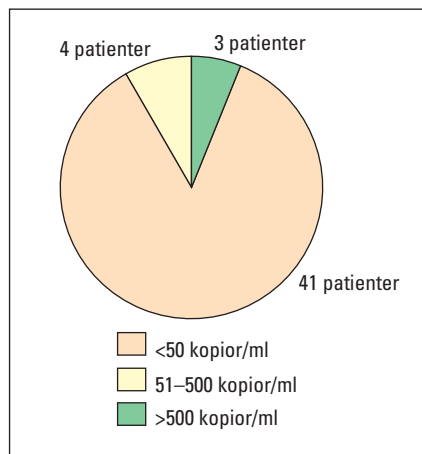
neburit nya kontakter inom sjukhuset med internmedicinare och plastikkirurger. För många patienter innebär det en stor psykisk belastning att leva med en kronisk livshotande sjukdom som också är smittsam. I vårt team ingår därför en psykolog som kan samtala med patienterna kring denna problematik. Dennes uppgift är också att samtala med de patienter som har ett riskbeteende.

209 inskrivna patienter sedan start

Sedan vår verksamhet startade 1984 har 209 patienter varit inskrivna hos oss kortare eller längre tid. Patientgruppen utgörs av personer som diagnostiserats på vår klinik och HIV-positiva patienter som remitterats eller själva sökt upp oss. Av de 209 patienterna har 145 fått sin diagnos av oss. I Figur 2 visas när patienterna diagnostiserades och hur situationen är för dem idag. Antalet inskrivna patienter som är under kontroll eller behandling har under dessa 20 år nästan konstant varit mellan 70 och 80 patienter. Statistiken som redovisas här gäller de 79 patienter som var inskrivna 1 juni 2004. 42 av dessa patienter har varit smittade i mer än tio år. Av de 79 patienterna är 66 följda på vår klinik sedan de fått diagnos. Homo-/bisexuella män utgör 77 procent av gruppen, heterosexuella män 15 procent och kvinnor 8 procent. Gruppens immunstatus är gott med bara 2 patienter som har CD4-värden



Klinik och vetenskap



Figur 4. Nivåer av HIV-RNA hos 48 patienter med HAART (highly active anti-retroviral therapy).

under 200 celler/mikroliter. Behandling med HAART (highly active antiretroviral treatment) ges till 48 patienter. Ett vedertaget sätt att bedöma kvaliteten på behandlingen är att se hur många av de behandlade som har mindre än 50 kopior HIV-RNA/ml. I vår grupp var det vid det aktuella mätillfället 85 procent som hade omätbara nivåer (Figur 4). Detta är i nivå med behandlingsresultaten på landets största HIV-mottagning på Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge [4]. Bland de patienter som inte uppnår omätbara nivåer görs en noggrann genomgång av de faktorer som kan vara orsak till detta, såsom dålig följsamhet, interaktioner och resistensutveckling.

Ökat riskbeteende ökar risken för spridning i Sverige

20 års arbete med HIV-positiva patienter har varit krävande men också mycket spännande och utmanande. Att få följa en ny sjukdom och vara med om hur kunskapen successivt ökat och hur effektiv behandling har kunnat införas har varit mycket lärorikt. Vi har följt många svårt sjuka patienter till döden, men även sett hur många av våra svårt sjuka patienter har kunnat förbättras dramatiskt till att nu leva ett bra liv. Ännu återstår det mycket att göra för de HIV-positiva. Nuvarande behandlingsregimer ger svåra biverkningar, och rädslan för framtida, ännu okända biverkningar och för utveckling av resistens finns närvarande hela tiden.

HIV/aids är ett gigantiskt globalt problem, där mycket arbete med att förebygga, kontrollera och behandla sjukdomen återstår. I Sverige har vi ännu råd och möjlighet att behandla alla patienter där det är indicerat. Att vi har kunnat hålla epidemin begränsad i Sverige beror säkert på att vi har haft resurser för upplysning, diagnostik och behandling. Senaste åren har vi dock noterat en ökad spridning i Sverige, som delvis kan bero på en sämre medvetenhet om HIV bland befolkningen och ett ökat risktagande. Det bli med tiden fler som lever med HIV i Sverige, och stor möda måste läggas på denna grupp för att kontrollera smittspridningen.

I det statliga betänkandet om HIV/STD-utredningen, som varit ute på remiss, framhålls att den inhemska spridningen av HIV för närvarande ligger på en låg och stabil nivå, men att en rad omständigheter talar för att risken för spridning av HIV-infektion i det svenska samhället är stor [5]. Detta beror på den kraftiga ökningen av andra sexuellt överförda sjukdomar som man har noterat de senaste fem åren och som visar på ett ökat riskbeteende. Utredningen framhåller att tillgängligheten till diagnostik, behandling och uppföljning måste förbättras, och individer som tillhör en riskutsatt grupp måste i större utsträckning erbjudas HIV-testning och kvalificerad rådgivning. Vi har en unik möjlighet på våra STI-mottagningar att i samband med testning och i kontakten med de re-

dan HIV-positiva bedriva både primärprevention och sekundärprevention helt enligt utredningens förslag.

Vi tycker att det fungerar mycket bra att ha denna typ av verksamhet inom specialiteten dermatovenerologi. Att det bland de läkare som arbetar med HIV-positiva patienter finns olika specialiteter representerade är berikande och utvecklar värden. Oavsett inom vilken specialitet värden bedrivs är det av största vikt att det bedrivs teamarbete med patienten i fokus. Fungerande samarbete mellan olika specialister liksom nationellt samarbete och fortbildning är också av största vikt för en högkvalitativ HIV-vård.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

- Bergbrant IM, Håkansson C, Löwhagen GB, Voog E. Tio års erfarenhet av HIV- och aidsvård. Rapport från en dermato-venereologisk klinik. Läkartidningen 1995;92:4172-4.
- CDC. 1993 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. MMWR Recomm Rep 1992;41:(RR-17) 1-19.
- Paterson DL, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis EN, Squier C, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. Ann Intern Med 2000;133(1):21-30.
- Darlington P, Ahlqvist M, Halvarsson M, Pehrson PO. Går det att bli ännu bättre? Svenska Läkaresällskapets handlingar Hygiea 2003;112(2):194-5.
- Hiv/aids-utredningen, Socialdepartementet. Samhällets insatser mot hiv/STI – att möta förändring. SOU 2004:13.



=artikeln är referentgranskad

SUMMARY

Since 1985 there has been a multidisciplinary HIV-team at the department of Dermatology and Venereology at Sahlgrenska University Hospital. 209 HIV-positive patients have been treated at our clinic for shorter or longer periods. Our HIV-team consists of two physicians, one nurse, two counsellors and one psychologist. During the years we have built a network of different medical specialists who we contact depending on the current problem. The work has changed dramatically during these twenty years. When we started there were hardly any antiretroviral drugs available, and our main tasks were to deal with the psychological stress of having a death-threatening and contagious disease and to diagnose and treat opportunistic infections. Today we have 20 different registered antiretroviral drugs, which are given in combinations. This has significantly decreased the morbidity and mortality of HIV infection. However, significant constraints to therapeutic success still exist, like toxicity and resistance. Today 81 patients are registered at our clinic. The overall CD4 status among the patients is very good and 85% of the patients who are receiving HAART have undetectable HIV-RNA.

Ing-Marie Bergbrant, Marie Olsson

Correspondence: Ing-Marie Bergbrant, Hud- och könssjukvård, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Gröna stråket 16, SE-413 45 Göteborg, Sweden
ing-marie.bergbrant@vgregion.se