

SMITSOMHED HOS VELBEHANDLEDE

Af Jakob Haff, kultursociolog (forsker og konsulent, tidl. sekretariatschef for STOP AIDS)

På vegne af CheckPoint-projektet har Jakob Haff interviewet overlæge Gitte Kronborg fra Hvidovre Hospitals infektionsmedicinske afdeling, om deres vejledning til hiv-smittede om velbehandlede smitsomhed.

Hvad siger I til jeres patienter om smitsomhed hos velbehandlede hiv-smittede?

– Vi siger, at hvis man er velbehandlet, så er risikoen for, at man smitter nogen seksuelt, forsvindende lille. Eller at den er “meget, meget lille”.

Hvad hvis de spørger om den er nul, eller om det aldrig nogensinde kan ske, at nogen bliver smittet af en velbehandlet?

– Så siger vi, at den muligvis er nul, men at vi ikke kan sige det med sikkerhed. Og at der skal rigtig, rigtig mange samlejer til for, at der muligvis ville ske en smitteoverførsel, måske en million.

Så hvis velbehandlede hiv-smittede og deres partnere vælger at droppe kondomet, løber de en risiko som er “forsvindende lille”?

– Ja. Og hvis ikke de er trygge ved dét, så er det jo fint at bruge kondom, og det er der også nogle, der vælger.

Hvem tager emnet op?

– Det gør patienterne selv, nogle gange gør vi det uopfordret. Med heteroseksuelle par kommer problemstillingen om smitsomhed ofte op i forbindelse med ønske om graviditet. Hvis manden er hiv-smittet og velbehandlet og kvinden hiv-negativ, tilbyder vi stadigvæk sædvask, men vi siger også, at risikoen for smitteoverførsel er forsvindende lille, og at sædvasken derfor godt kan fravælges, altså at man laver børnene på almindelig måde med ubeskyttet samleje. Nogle vælger det ene, nogle det andet.

Hvad skal der til for at være “velbehandlet” og dermed have forsvindende lille risiko for at smitte nogen?

– At virustallet er umåleligt.

Skal det være umåleligt i en vis periode, før I siger at smitsomheden er forsvindende lille?

– Nej. Den seneste måling skal vise, at det er umåleligt.

Det diskuteres om tilstedeværelsen af andre sexsygdomme kan øge smitsomheden hos en velbehandlet hiv-smittet.

Siger I, at risikoen er større, hvis han eller hans partner har f.eks. syfilis?

– Nej. Det har næppe nogen betydning.

Er der forskel på, hvad I siger om smitsomhed til danskere/udlændinge?

– Nej.

Er der forskel på, hvad I siger om smitsomhed til MSM/heteroseksuelle?

– Nej.

Altså ikke noget om, at der er usikkerhed om, hvorvidt smitsomheden også er forsvindende lille, når man har analsex?

– Nej.

Er der forskel på, hvad I siger om smitsomhed til par/singler?

– Nej, smitsomheden er jo den samme, uanset om du som velbehandlet hiv-smittet er single eller har sex med din faste partner. Den risiko din partner løber, er den samme.

– Men da man ikke fuldstændig kan udelukke en forsvindende lille risiko, bør partneren måske give sit samtykke, før der dyrkes ubeskyttet sex. Men det er jo et etisk valg, den enkelte hiv-smittede står med. Smitsomheden er den samme, uanset om du er en midaldrende heteroseksuel i et fast og monogamt forhold, eller du er en ung bøsse, der lever det vilde liv med mange engangsknald.



Odense



Aarhus



Aalborg

København

ORIENTERINGSAFTENERNE 2012

Hiv-Danmark ønsker at takke alle gæster og oplægsholdere for fire fantastiske orienteringsaftener på hospitalerne i september og oktober måned, hvor vi fik lejlighed til at hilse på nogle af de mange fremmødte: ca. 65 i Odense, 20 i Aalborg, ca. 90 i Aarhus og omkring 450 i København. Vi er glade for den store opbakning og glæder os allerede til at se jer igen næste gang, vi afholder orienteringsaftenerne.

Også tak til Boehringer-Ingelheim, Bristol Myers Squibb, Gilead, Merck Sharp og Dohme, Tibotec og Viiv (GlaxoSmithKline) for velvilligt at have støttet orienteringsaftenerne.

Hold øje med vores hjemmeside www.hiv-danmark.dk, hvor vi i løbet af november måned vil bringe et lille uddrag fra nogle af aftenernes højdepunkter.

VI SKAL TESTE PÅ EN NY MÅDE!

Af Morten Eiersted, redaktør VI&HIV

VI&HIV har mødt Prof. MD Jens Lundgren. Han leder CHIP (Copenhagen HIV Programme) – en forskningsenhed under Københavns Universitet og Rigshospitalet, der er involveret i international forskning.

På den internationale konference i Washington DC denne sommer holdt Jens Lundgren et oplæg om sentestere. Sentestere er personer, der konstateres på et så sent tidspunkt i deres infektionsforløb, at de ikke får den optimale gavn af hiv-behandling fordi den ikke er startet i tide. Hiv-smittede, der konstateres tidligt efter smitte, sættes typisk ikke straks i behandling, men behandlingen påbegyndes, når risikoen for at udvikle anden sygdom begynder at nærme sig.

Hvorfor har vi stadigvæk personer, som konstateres sent?

– Det simple svar er, at vi ikke tester befolkningen målrettet nok. Dette problem har været der de sidste 20 år uden at være blevet løst. Så vi har brug for en ny strategi.

– På CHIP arbejder vi med at udvikle nye testningsstrategier. I øjeblikket forsøger vi at få læger til mere aktivt at deltage i testningen. Vi ved, at mange sentestere har været hos deres læge i flere omgange, før de til sidst bliver testet positiv. Tanken er, at få testet person, der har såkaldte ”indikator sygdomme”, sygdomme vi typisk ser sentestere har haft før hiv-diagnosen. Det er lykkedes indtil videre at sammensætte en relativ lang liste af sygdomme, der bør medføre tilbud om hiv-test. Vi har netop udgivet et fælles europæisk dokument, der giver rådgivning om, hvorledes denne form for testning kan indføres i de forskellige landes sundhedssystemer, og herunder formentlig også i Danmark.

– CHIP er en forskningsgruppe, men det er sundhedsmyndighederne i Danmark og i alle andre lande, der beslutter hvilken testningsstrategi, man skal forfølge i det enkelte land.

– CHIP kan lave den nødvendige forskning og tekniske dokumenter for at disse myndigheder kan træffe en beslutning på det bedst tænkelige grundlag. Og i øvrigt blive ved med at minde om, at der

fortsat er for mange sentestere, og at der er behov for nytænkning for at få dette problem til at blive mindre.

Kan vi lære af andre lande?

– Ja, helt klart. Jeg har været på studiebesøg i England, og der kan man mærke, at der er et ønske om at løse problemet med sentestere. I en anbefaling om målrettet testning fra 2011 fra det britiske sundhedsvæsen har man beregnet, hvornår det kan betale sig at investere i mere målrettet testning. I områder med en forekomst på 0,2% af kendte tilfælde af hiv i befolkningen, kan det betale sig at gå ud og teste alle personer, der henvender sig til sundhedsvæsenet, uanset hvad de fejler. Englændere har også været gode til at involvere læger, der ikke arbejder på infektionsmedicinske afdelinger eller kønssygdomsklinikker til mere aktivt at foretage hiv-testning.

Passer det med danske forhold?

– Vi ved, at forekomsten af hiv er højere i Hovedstadsområdet end andre steder i Danmark, så det vil være fornuftigt at lave en indsats, der er mere intensiv og målrettet her end andre steder. Men dermed ikke sagt, at man blot skal lade stå til i andre regioner; der er behov for et kvalitetsløft over hele landet. For at dette kan lykkes kræver det dog opbakning fra Sundhedsstyrelsen og det sundhedspolitiske system.

Hvordan ser hiv-smittedes risiko ud for anden sygdom end AIDS?

– Banalt sagt, hvis du som hiv-smittet lever sundt, fornuftigt og tager din hiv-medicin, så har du en god prognose. Hvis du til gengæld lever usundt, så kan der opstå livsstilssygdomme, ligesom vi ser det i resten af befolkningen. Der gælder altså de samme forhold for hiv-smittede som for resten af befolkningen i forhold til risikoen for hjertekar-sygdom, lungesygdom, leversygdom og kræft.

– Når det så er sagt, så betyder en sen diagnose (re: sentestere), at man i de første par år efter diagnosen kan få en række sundhedsmæssige problemer alene af den grund, at man lever med en grad af immundefekt. Det tager tid for hiv-medicinen at genskabe et normalt fungerende immunsystem. Men det gælder altså om at fastholde sin hiv-behandling. Hvis man gør det og overlever de første kritiske år uden alvorlig sygdom, så er prognosen igen god.

– Historisk set, så har forskningen det første årti med hiv-behandling haft fokus på at forstå, afgrænse og løse den øget risiko for hjertekar-sygdom, som man så. De senere år er fokus ændret til også at inkludere leversygdom, cancer og nyresygdom. Det vi forsøger at finde ud af er, i hvor stor grad den underliggende hiv-infektion og immundefekten bidrager til disse sygdomme set i forhold til det, som hiv-behandlingen eller livstilsfaktorer måtte bidrage til.

– Vi har et stort forskningsprojekt (D:A:D-studiet), som blev påbegyndt her på CHIP i 1999. Her følges ca. 50.000 hiv-smittede, der behandles forskellige steder i Europe, USA og Australien. Dette studie har i væsentlig grad bidraget til at forstå, hvor meget hiv-medicinen i sig selv bidrager til udvikling af hjertekarsygdom blandt hiv-smittede. Det samme studie hjælper os nu med forstå hiv-smittede risiko for nyre- og leverproblemer og kræft.

– Et andet sygdomsområde, som ligger lidt ude i fremtiden, er det mentale som f.eks. depression og demenstilstande. At forske i hjernens sygdomme er dog sværere at have med at gøre, fordi der mangler en fælles forståelse af, hvilke symptomer som vi vil kalde egentlig sygdom. Forskellige forskningsgrupper definerer dette forskelligt, og så er det svært at sammenligne deres resultater og udvikle dette forskningsområde.

Hvordan ser fremtidens behandling ud?

– Internationalt set er sundhedsbudgetterne mere og mere pressede, så der vil ske omstruktureringer, for hvordan hiv-smittede følges i ambulatorierne. Det går jo godt med behandlingen for de fleste, så godt faktisk at man kan spekulere i, om vi ser patienterne for ofte og tager for mange blodprøver. Der ligger i lyset af de forbedrede behandlingsmuligheder et potentiale i at rationalisere den ambulante drift, at komme væk fra et meget fokuseret blik på CD4-tallet og bruge ressourcerne på noget andet. Det åbner jo også spørgsmålet, hvorledes vi får andre dele af sundhedsvæsenet involveret i behandling og opfølgning af hiv-smittede i hiv-behandling, der tåler denne behandling godt og ikke har andre alvorlige sygdomme. Hvilken rolle skal de praktiserende læger for eksempel spille? Disse diskussioner udvikler sig hurtigt i disse år.

Fortsættes øverst på bagsiden

MAN SKAL VÆRE SIG SELV BEKENDT

Af Morten Eiersted, redaktør VI&HIV

VI&HIV har mødt Erik Munthe-Brun for at høre om hans engagement som frivillig. Erik har været frivillig på AIDS-Linien i mere end 12 år.

Hvornår begyndte du som frivillig?

– Det begyndte faktisk, da jeg mødte min mand Per. Det var kort tid efter, at jeg var blevet konstateret hiv-smittet. Diagnosen ændrede virkelig på mit liv, og i den forbindelse var jeg meget taknemmelig for den hjælp og rådgivning, som jeg fik af andre.
– Det var faktisk, fordi Per var frivillig på det daværende AIDS-Linien, at jeg et par år efter selv begyndte som frivillig der. Det gjorde, at jeg selv meldte mig som frivillig. Og så har jeg sådan set været der siden.

Hvorfor har du været så mange år på AIDS-Linien?

– Det handler jo lidt om, at den hjælp jeg fik, da jeg selv var i knibe og havde det ad helvede til, den vil jeg gerne være med til 'at betale tilbage på'. Det var i hvert fald det, som motiverede mig til at begynde som rådgiver. Det har givet mig rigtig meget værdi at føle den nytte, som jeg har kunnet være for andre i rådgivningssituationen. Og så har det jo bare kørt derudaf.
– Jeg har også kunnet bruge det i mit arbejde som sygeplejerske. Ud fra min erfaring som rådgiver begyndte jeg at undervise mine kolleger om hiv. Ved at fortælle mine kolleger om min hiv, har jeg mærket en omsorg og støtte, som har rørt mig. Det har været et godt afsæt for mig til at begynde på at undervise om hiv for alle eleverne på hospitalet. Så tre gange om året underviser jeg de elever, som er under uddannelse på hospitalet.

Er undervisningen ikke anderledes end at rådgive på AIDS-Linien?

– Det er lidt som at lege med to roller: Som en behandler, der fortæller eleverne om, hvordan det er at være patient. Fordelen er, at jeg som behandler

kender terminologien, som sundhedspersonalet bruger, og jeg kender de situationer, som eleverne vil komme ud i. Når jeg kender til det og så samtidig kobler det sammen med patienthistorien, så bliver det meget effektivt, og jeg er sikker på, at jeg får eleverne til at få et andet perspektiv på sygdom og patienter.

– Jeg vælger at være patient og kan putte sygdomshistorien på, så den passer ind i deres uddannelse.

Giver det noget særligt for en behandler at tage et patientperspektiv på?

– Ja, jeg kan prøve at lære dem, hvordan man har det som patient, og hvordan man som behandler kan tackle nogle af de udfordringer, som uværgerligt opstår for patienter.
– Jeg tror også, at det betyder noget, at jeg var en del af hiv-til-hiv i Hiv-Danmark kort forinden. Hiv-til-hiv var et tilbud, hvor en mere erfaren hiv-smittet mødes med en nykonstateret og tager noget af den snak og de spørgsmål, som der uværgerligt er for alle med hiv.
– Min tid som frivillig i hiv-til-hiv handlede meget om at fortælle, hvordan jeg selv havde tacklet at være hiv-smittet. På den led handlede det om at prøve at hjælpe andre med at tackle de problemer, som de stod overfor. At dele erfaringer med åbenhed, at høre om andres sygehusbehandling, om piller, om personalet, om at være i forhold osv. Jeg har haft mange intense og gode oplevelser som frivillig i det regi. Jeg husker især en situation, hvor det eneste, det handlede om, var, at den nykonstaterede kunne møde en anden hiv-smittet. Intet andet. Jeg sad bare og krammede ham, det var hvad han havde brug for. At der var nogle, som turde røre ved ham.

– Som frivillig har jeg fået mange gode oplevelser. Det frivillige arbejde er interessant i sig selv.

– Jeg blev også meget hurtig enig med mig selv om at være åben om min hiv-status. For mig er åbenheden vigtig. Når jeg stiller mig op og er med til at fortælle min egen historie, så føler jeg, at jeg er med til at modarbejde stigmatiseringen. For når jeg på den led

fortæller andre om mit liv, så har mine tilhørere mødt en hiv-smittet; så bliver det menneskeligt, når der kan sættes et ansigt på, og derved er der en mulighed for at reducere stigmaet om hiv.
– Man kan nærmest sige, at det er blevet min mission at holde den type foredrag. Med min hjemmeside www.minhivhistorie.dk har jeg også forsøgt at nå længere ud for netop at sætte et ansigt på hiv. Derved er jeg kommet til at undervise en bredere målgruppe som f.eks. 10. klasser og andre sygeplejersker.

Hvorfor er det så vigtigt med at sætte dit ansigt på?

– Jeg synes, det handler om at reducere stigmaet, men i den proces tror jeg personligt også, at det handler om at kunne være sig selv bekendt.

FAKTA AIDS-Fondet har omkring 1.260 frivillige i alderen 15-85 år, som er tilknyttet foreningen på forskellig vis. Den største gruppe af frivillige er mellem 16-19. Gruppen af frivillige mellem 25-35 år bruger typisk flest timer som frivillige i AIDS-Fondet, mens man vil kunne finde frivillige jævnt fordelt fra alle dele af landet. Gennemsnitligt bruger frivillige 20 timer årligt.

Som frivillig på AIDS-Linien skal man være mindst 25 år gammel, og man skal kunne forpligte sig på, at tage en vagt mindst en gang om ugen. For at kunne rådgive skal man gennemgå et uddannelsesforløb, hvor man bliver sat ind i hiv, kønssygdomme, kommunikation, rådgivning og meget andet.

Er du interesseret i at blive frivillig, skriv til margrethe@aidsfondet.dk

AIDS-Linien

Hverdage 09.00-20.00

Weekend 11.00-15.00

Telefon 33 91 11 19

TILSKUD TIL SMÅGRUPPER

Husk at ansøgningsfristen til støtte af smågrupper under Hiv-Danmark i 2013 er den 15. december 2012. Hiv-Danmark kan støtte aktiviteter med op til 3.000 kr. Skriv til jch@hiv-danmark.dk

Smågrupper, der har fået tilsagn om støtte i 2012, skal inden for samme frist sende deres bilag med gruppenavn til: Hiv-Danmark, Smågruppe, Vestergade 18E, 4., 1456 Kbh V for at kunne få refunderet udgiftsbilag i 2012.

Vi skal teste ... Fortsat!

– Der sker i dag allerede en grad af involvering af andre læger. For mange af de patienter, som går til kontrol hos mig involveres den praktiserende læge i stadig større grad, når det handler om andet end hiv, f.eks. om diabetes eller overvægt. Det er en naturlig interaktion i forhold til den ekspertise, der er andre steder i sundhedsvæsenet. Men når det så er sagt, så er det jo mig, der sidder med det overordnede ansvar, mig der skal reagere på, hvis der sker noget, som kan påvirke hiv-behandlingen.

– Om der på sigt kan ske en større grad af ansvarsfordeling, f.eks. større involvering af den praktiserende læge, så folk kan følges tættere i forhold til deres egen bopæl, er interessant. Men det kræver som minimum en grad af supervision fra en specialist inden for hiv.

Kommer vi snart til at opleve en tidligere iværksat behandling?

– Dit spørgsmål er to diskussioner, som er blevet blandet sammen. Vi ved fra sentestere, at hvis de var blevet sat tidligere i behandling, så går det dem bedre. De ville opleve mindre sygdom. Det er der ingen, som bestrider.

– Det mere kontroversielle er diskussionen om tidligt testede, altså personer, der

konstateres kort tid efter, at de er blevet smittet. Hvornår skal behandlingen påbegyndes for dem, og hvorfor netop på det tidspunkt?

– Ved enhver behandling er der knyttet en række bivirkninger, og det er også tilfældet for hiv-medicin. Det er derfor vigtigt, at man ikke påbegynder en behandling, før risikoen for de potentielle bivirkninger, som behandlingen måtte medføre skønnes mindre end den gevinst, som behandlingen giver. Der er et ønske om, at vi behandler flere hiv-smittede end dem vi behandler nu for at mindske risikoen for videresmitte. Det er et godt ønske, men vi kan jo ikke give folk en behandling som gør dem mere skade end gavn, uanset at de bliver mindre smitsomme.

Så tidlig igangsat behandling er ikke ligesom f.eks. en vaccination mod mæslinger? Her vaccinerer man jo også for at beskytte andre?

– Nej ikke helt sådan, selv om mæslinger tit bruges som et eksempel i diskussionen. Når man vaccinerer mod mæslinger, så er det også hensynet til den enkeltes sundhed, der bliver taget i betragtning. Man bliver selv beskyttet mod mæslinger ved at blive vaccineret. Ved for tidlig iværksat hiv-behandling deri-

mod, hvor den enkeltes immunfunktion endnu ikke er påvirket i tilstrækkelig grad til at man skal behandle for det, udsætter man en person for bivirkninger, uden at der er et belæg for det. Det er en behandling, som ikke gavner den enkelte, og det er en glidebane fra et lægeligt synspunkt.

– Tænk nu, hvis det viser sig, at den behandling, som man har sat i gang, faktisk skader patienten. Det bliver jo tilfældet, hvis behandling endnu ikke er påkrævet for den enkeltes sundhed, og den person så oplever bivirkninger.

Et sidste spørgsmål: Hvad ligger der rundt om hjørnet på forskningsfronten?

– Den nye forskning er, som jeg nævnte, inden for cancer og nyrer. Men det er også et vigtigt område, at få mere viden om betydningen af den betændelsesreaktion (inflammation), som man faktisk kan måle i kroppen hos mange hiv-smittede. Spørgsmålet er, hvor skadelig denne betændelsesreaktion faktisk er? Og måske mere væsentligt, 'hjælper det medicinsk at dæmpe betændelsesreaktionen? Det vil være spændende at få gjort noget ved og derved måske give hiv-behandlingen en større effekt for den enkelte.

MEDICINSK NYT FRA ICAAC

Af Jens Wilhelmsborg, udvalgsformand for Medicin og Kommunikation

Ved en konference i USA (52. ICAAC) kom der en række interessant nyt.

Omtalen af ny medicin er altid interessant. Det første halve års resultat med integrasehæmmeren Dolutegravir i kombination med anden medicin en gang om dagen blev fremlagt. Forsøget viste, at 9 ud af 10 opnåede umåleligt virus (under 50 kopier pr. mL) og at 4 ud af 10 oplevede svigt ved behandlingen. Dermed har Dolutegravir vist god effekt og få bivirkninger i forhold til en anden gængs behandling.

MK-1439 er en ny medicin i gruppen af non-nukleosider i forsøgsstadiet. Præparatet har indtil videre vist sig lovende i sammenligning med Stocrin, Intelence og Edurant (non-nukleosider).

Kombinationstabletten QUAD, der indeholder fire forskellige typer af medicin (Elvitegravir, Cobicistat, Emtriva og Viread) har efter et halvt år i forsøg vist sig at være mindst lige så effektiv og sikker som anden medicin, der ikke kan leveres i én tablet. Omkring 9 ud af 10 opnåede umåleligt virus inden for et halvt år. En anden fordel ved QUAD

var også, at man kunne notere en mindre øgning af det sunde (HDL) og det usunde kolesterol (LDL) i forhold til de andre kombinationer af medicin, som QUAD blev sammenlignet med. Cobicistat er særlig interessant, da den spås at blive en afløser for Norvir. Norvir tilhører en ældre generation af proteasehæmmere, som i dag bruges til at fremme effekten andre proteasehæmmere. Med brugen af Cobicistat forventer man dog en øget ophobning af kreatin, da Cobicistat har vist at hæmme kroppens udskilning af dette stof fra nyren. Kreatin lagres i skeletmuskulaturen, hvor det bidrager til en mere effektiv anaerob energiomsætning, dvs. når man f.eks. kortvarigt er i stand til at yde en pludselig kraftpræstation som et sprint.

Aldring

I lyset af de forbedrede behandlinger i dag bliver hiv-smittede ældre. Det gør det nødvendigt at se nærmere på langtidsbivirkninger og langtidseffekten af behandlingen. En del forskning ser nærmere på måder at forsimple behandlingen. Tanken bag er, at forenkling

(f.eks. færre tabletter indtaget på færre tidspunkter) gør det nemmere at pæse behandlingen. Det reducerer risikoen for at virus bliver modstandsdygtig over for behandlingen, så behandlingen på sigt bliver mindre effektiv.

I et forsøg, som har varet i et halvt år, har man fulgt to grupper af patienter. En gruppe er forblevet i en kombinationsbehandling med flere tabletter, hvor der indgår en boostet (re: forstærket) proteasehæmmer. En anden gruppe er skiftet fra denne type kombinationsbehandling til Atripla, der indeholder de samme virksomme stoffer, der findes i enkeltpræparaterne Emtriva, Viread og Stocrin. Af analysen fremgik det, at der blandt både dem op til 40 år og dem over 40 år ikke var problemer med at skifte til den simple enkelttabletbehandling, samt at skiftet ikke påvirkede effekten af hiv-behandling negativt. For begge grupper vedholdt ca. 9 ud af 10 at have umåleligt virus, og for dem der skiftede til den simple behandling var der lavere behandlingssvigt og forbedring af kolesterol og blodsukkerværdier (triglyceriderne). Der var ingen målelig forskel imellem de to gruppers evne til at opretholde immunfunktionen.