PREVENTION MOT HIV MED KONTAKTSPÅRNING

Uppföljning av personer med nydiagnostiserad infektion

Under 1994 genomfördes ett projekt vid Stockholms HIV-mottagningar varvid information om 109 patienter insamlades från kuratorernas kontaktspårningsutredningar. Projektets resultat gav en mer differentierad bild av de patienter som nydiagnostiserats med HIV-infektion än vad som framgår av rutinrapporteringen till Smittskyddsinstitutet.

Det framkom att 37 procent hade ett tidigare, negativt test. Minst en tredjedel smittades åren 1993–1994 och av dem hade över hälften använt alkohol/narkotika vid smittotillfället. Var tionde upptäcktes genom kontaktspårning.

Från 1983 fram till den sista december 1995 hade sammanlagt 4 207 personer i Sverige diagnostiserats med HIV-infektion, 3 244 män och 963 kvinnor. HIV spred sig först bland homo- och bisexuella män och bland sprutnarkomaner. Under 1980-talet dominerades den svenska HIV-statistiken framförallt av män som smittats genom homosexuella kontakter.

Från 1990 har heterosexuellt smittade utgjort den största gruppen av de nydiagnostiserade, men sammanlagt utgör fortfarande homo- och bisexuellt smittade den största gruppen.

Sedan 1985 har ingen person blivit smittad genom blodtransfusion i Sverige, men årligen diagnostiseras ändå någon eller några som blivit smittade via blod i utlandet. Likaså har under vart och ett av de senaste fem åren mellan tre och åtta fall av HIV-smitta från mor till barn diagnostiserats.

Antalet nya fall av HIV-infektion har sedan slutet av 1980-talet legat mellan 200 och 400 per år, och mer än tre fjärdedelar av fallen har rapporterats från de tre storstadsregionerna. 1994 anmäldes 259 personer med HIV-infektion i Sverige.

I enlighet med Smittskyddslagen (SFS 1988:1472) rapporteras varje patient med nydiagnostiserad HIV-infektion till Smittskyddsläkaren. Denna rapportering sammanställs av Smittskyddsinstitutet (SMI) och medför att vi idag, speciellt avseende smittvägar, har stor kunskap om vilka som får diagnosen HIV-infektion. En tid efter att anmälan inkommit om en ny patient har dessutom SMI periodvis sänt en enkät till den anmälande läkaren för att inhämta eventuella kompletterande uppgifter. På delegation av behandlande läkare utförs kontaktspårningen vid de större HIV-enheterna av kuratorer med särskild utbildning och kompetens.

Förtroendefull kontakt

Kontaktspårningens primära funktion är att klarlägga vem som har smittat patienten och vilka som i sin tur kan ha blivit smittade av patienten. Härmed erhålls ytterligare information om smittvägar och omständigheter som kan ha bidragit till att en person blev HIV-infekterad. I det individuella omhändertagandet av patienterna ingår kontaktspårning som en naturlig och självklar del i stödsamtal och krisbearbetning. Eftersom metoden förutsätter att en förtroendefull och trygg kontakt etableras mellan kurator och patient så utförs kontaktspårningen oftast under flera samtal och först efter att viss tid gått efter diagnostillfället [1-3].

Syftet med denna studie var att sammanställa den epidemiologiska information som framkommit i kuratorernas kontaktspårningsarbete vid HIV-mottagningarna i Stockholms län. Genom sammanställningen hoppades vi få en tydligare bild av smittspridningen och en fördjupad kunskap om vilka som smittas. Helt säker kunskap beträffande omständigheterna vid smittotillfället kan inte alltid uppnås, utan ibland har sannolikhetsbedömningar gjorts. Studiens resultat har sedan jämförts med den information som ges av SMIs sammanställningar.

METOD OCH GENOMFÖRANDE

Projektet »Patienter med nydiagnostiserad HIV-infektion i Stockholm 1994» startade vid nyår samma år. Arbetet har huvudsakligen bedrivits med resurser från de deltagande klinikerna och från SMI, men den slutliga bearbetningen och sammanställningen har möjliggjorts med anslag från Folkhälsoinstitutet. I projektet deltog 14 kuratorer med behandlingsansvar för HIV-patienter vid sju mottagningar i Stockholms län.

Ett särskilt formulär som omfattade frågor rörande persondata, diagnostillfälle och smittotillfälle togs fram. Bland annat frågades om säker eller mest trolig tidpunkt och plats för smittöverföringen, smittväg, huruvida patienten smittats av en fast eller tillfällig partner (en bedömning som kuratorn gjort i samråd med patienten) samt andra faktorer av betydelse.

RESULTAT

Sammanlagt redovisades i projektet uppgifter om 113 personer som fått HIV-diagnos i Stockholm under 1994. Av dessa visade sig 4 ha tidigare HIV-positiva test: 2 från sina förra hemländer och 2 från Sverige. I analysen ingår därför endast de 109 personer (89 män och 20 kvinnor) som fick sin HIV-diagnos för första gången.

Medianåldern var 32 år. Patienternas ursprungsland, testorsak samt smittort framgår av Tabell I. Majoriteten, 60 personer, var testade på infektionsklinik eller venereologisk klinik, varav 36 personer på specialmottagning för HIV. Minst 64 personer var smittade av en

Författare

ANN-SOFIE ÅSANDER
kurator, infektionskliniken, Danderyds sjukhus

TORSTEN BERGLUND
kurator, Venhälsan, Södersjukhuset, Stockholm

CHRISTINA PERSSON
kurator, infektionskliniken, Huddinge sjukhus

KRISTINA RAMSTEDT
epidemiolog, Smittskyddsinstitutet, Solna

tillfällig partner och 23 personer uppgav att de blivit smittade av en partner i en fast relation.

Nysmittade

Av de nydiagnostiserade patienterna var 35 nysmittade (28 män och 7 kvinnor), dvs de fick sin HIV-infektion under 1993 eller 1994 (Tabell I). Av de nysmittade patienterna hade 13 varken en primärinfektion eller ett negativt test från 1993–1994, men de bedömdes på grund av epidemiologiska data som nysmittade. Medianåldern för de nysmittade var 30 år. De flesta (n=25) var födda i Sverige, 5 i övriga Norden, 3 i Sydamerika och 2 i Afrika. Flertalet (n=23) var testade på infektionsklinik eller venereologisk klinik, varav 15 personer på specialmottagning för HIV. 9 var smittade av en person som kände till sin HIV-infektion, 3 av dessa visste inte om partnerns HIV-infektion. För smittort och smittkälla samt andra faktorer av betydelse vid smittotillfället, se Tabell II.

Heterosexuellt smittade

Drygt en tredjedel (n=39) av de 109 nydiagnostiserade patienterna var heterosexuellt smittade. Av dessa var 23 män (medianålder 32 år) och 16 kvinnor (medianålder 28 år). 16 av patienterna var testade vid infektionsklinik eller venereologisk klinik, varav 8 på specialmottagning för HIV. 18 av patienterna var smittade av en partner i en tillfällig relation och 11 av sin fasta partner. Av kvinnorna var 7 av 16 smittade av sin fasta partner medan detta gällde för endast 4 av de 23 männen. Av de 7 personer som uppgav att de använde droger vid smittotillfället hade 6 svenskt ursprung. Endast 8 bedömdes ha haft bra kunskap om HIV vid smittotillfället. I 3 fall blev patienten smittad av en person som kände till sin HIV-infektion, utan att det var känt för den smittade.

Homosexuellt smittade

Nära hälften (n=52) av alla patienter ingående i projektet var män som smittats genom sex med en annan man. Av dem hade 39 testat sig på infektionsklinik eller venereologisk klinik, varav 25 på specialmottagning för HIV. Tidigare negativt HIV-test fanns för 23 av männen (Tabell I), och av dessa bedömdes 16 ha bra kunskap om HIV. Vid diagnostillfället hade 15 (28 procent) av de homosexuellt smittade männen aids eller ett tydligt påverkat immunförsvar. Endast 1 av dessa hade ett tidigare negativt HIV-test.

Majoriteten (n=38) var smittad vid en tillfällig kontakt, 7 patienter av sin fasta partner. Minst 14 av männen (27 procent) hade en dålig eller osäker homosexuell identitet vid smittotillfället, och av dem hade 8 också varit alkoholpåverkade. 5 av männen var smittade av en person som kände till sin HIV-infektion, 2 av dem hade kunskap om partnerns HIV-infektion, men för 3 av dem var detta okänt.

Tabell I. Karakteristika för 109 HIV-infekterade patienter. HT = heterosexuellt smittade; HBS = homo- och bisexuellt smittade; IV = smittade via injektionsmissbruk; BT = smittade genom blodtransfusion. Åldersspridning inom parentes.

	Smittväg				
	HT n=39	HBS n=52	IV n=10	BT n=3	Okänd n=5
Medianålder	31 (19–54)	36 (21–61)	32 (19–44)	30 (19–33)	36 (31–69)
Ursprungsland					
Sverige	13	36	9		3
Övriga Norden	1	7	1		
Övriga Europa	2	10	1		
Afrika	23			2	1
Asien	1	2		1	
Sydamerika		3			1
Okänt		1			
Testorsak					
Läkares initiativt	17	20	3		3
Eget initiativ	3	21	1	1	
Kontaktspårad	3	7	1		
Screening[1]	16	4	5	2	2
Tidigare negativ test					
Finns	9	23	8		
Finns ej	23	21		3	5
Okänt	7	8	2		
Smittdatum					
1993–1994	8	17	8	1	1
1990–1992	6	9		1	
Före 1990	8	14			
Okänt	17	12	2	1	4
Smittort					
Sverige	11	23	8		
Övriga Norden		3			
Övriga Europa	3	11	1		
Afrika	17			2	1
Asien	4	3		1	
Sydamerika		1			1
Okänd	4	12	1		3

[1] Rutinmässigt provtagande/erbjudande om HIV-test vid blodgivning, graviditet, venereologisk undersökning, flyktinghälsovård, häktesvistelse, alkohol- och narkomanvård.

Smittade via injektionsmissbruk

10 patienter (8 män, 2 kvinnor) var smittade genom injektionsmissbruk, hälften (n=5) bedömdes ha haft bra kunskap om HIV vid smittotillfället. I gruppen blev 4 patienter smittade av en person som kände till sin HIV-infektion, och de som blev smittade kände till vederbörandes HIV-infektion.

Smittade av kända HIV-patienter

Minst 12 av de 109 patienterna i undersökningen var smittade av personer som kände till sin HIV-infektion. Av dem kände hälften (n=6) till sin partners HIV-infektion och övriga (n=6) var ovetande om den. 7 var smittade av en fast partner och i 2 av dessa fall var det okänt för den som blev smittad att partnern var HIV-infekterad. De 6 för sjukvården kända HIV-patienterna, som informerat partnern om sin HIV-infektion, var alla födda i Sverige. Av dem som inte informerat partnern var 2 födda i Sverige, 2 i Afrika, 1 i USA och 1 i övriga Norden.

SMI-STATISTIK

Under 1994 fick Smittskyddsinstitutet (SMI) in anmälningar om 118 nydiagnostiserade patienter (exklusive fyra fall av mor–barn-smitta) i Stockholm, fördelade på följande smittvägar: 49 heterosexuell, 49 homo-/bisexuell, 18 injektionsmissbruk, 1 blodtransfusion, och 1 okänd.

Tidigare negativt test var känt i 25 fall (21 procent). Känt smittdatum uppgavs i 35 fall (30 procent), varav 20 var nysmittade, dvs smittade under 1993–1994.

DISKUSSION

I Sverige har HIV-infektion varit anmälningspliktig sedan 1985, och genom SMIs (tidigare SBLs) sammanställningar har vi kunnat följa epidemin när det gäller smittvägar och ursprungsland. Uppgifter om smittort, smittdatum och tidigare negativa HIV-test har också inhämtats hos behandlande läkare i efterhand.

Dessa senare uppgifter framkommer

Tabell II. Beskrivning av smittotillfället för 35 nysmittade HIV-infekterade patienter, tidigare negativt HIV-test inom parentes. HT = heterosexuellt smittade; HBS = homo- och bisexuellt smittade; IV = smittade via injektionsmissbruk; BT = smittade genom blodtransfusion.

	Smittväg				
	HT n=8 (3)	HBS n=17 (12)	IV n=8 (8)	BT n=1 (0)	Okänd n=1 (0)
Medianålder	35	31	30		
Smittort					
Sverige	6	12	7		
Övriga Norden					
Övriga Europa		3	1		
Afrika	1			1	
Asien	1	1			
Sydamerika					1
USA		1			
Okänd					
Smittkälla					
Fast	3	2	4		
Tillfällig	5	14	4		1
Okänd		1			
Droger					
Alkohol	2	7			
Narkotika	1		8		
Kunskap					
Bra/halvbra	2	13	5		
Dålig/ingen	2		1		1
Okänt	4	4	2		

oftast i samband med kontaktspårningssamtalen och förs sällan in i den ordinarie patientjournalen. Det innebär att SMI i förekommande fall inte får denna information. Sammanställningen av svaren på de frågor som alltid utreds i samband med en kontaktspårning ger en mer differentierad bild av hur patienten blivit smittad än vad som framgår vid tiden för anmälan till SMI.

I vissa fall kan det vara svårt att fullfölja kontaktspårningsarbetet, vilket lett till att vi i denna studie har 5 patienter med okänd smittväg och flera fall där uppgifter saknas. Flera patienter upptäcks sent och har då redan utvecklat sjukdomen aids. De kan på grund av demens eller svårare infektioner hindras från att ta del i kontaktspårningsarbetet.

Det är inte ovanligt att patienten drabbas av en svår krisreaktion då han/hon erhåller sitt HIV-besked och det kan ta åtskilliga månader innan kontaktspårningen kan inledas. Andra hindrande faktorer kan vara att patienten befinner sig på annan ort, flyktingförläggning eller anstalt.

Det händer också att patienten testar sig anonymt och sedan inte återkommer för information om sitt testresultat.

Jämförelse med SMIs data

I vårt material är smittotillfället känt i 67 procent av fallen, till skillnad från de 30 procent som kommit till SMIs kännedom. Enligt SMI var 20 patienter (17 procent) nysmittade 1994. Vid kuratorssamtalen framkom att minst 35 (32 procent) var nysmittade.

Projektets resultat visade att 37 procent hade ett tidigare negativt HIV-test, vilket kan jämföras med 21 procent enligt SMIs data. Vid granskning av fördelningen på smittväg är det uppenbart att siffrorna inte är fullt jämförbara (projektets material är helt avidentifierat och utan kod).

Hög HIV-medvetenhet

Majoriteten av de nydiagnostiserade utgjordes av de homosexuellt smittade männen. Här fann vi en hög HIV-medvetenhet framförallt hos de nysmittade männen. Närmare hälften av dem uppgav att de varit alkoholpåverkade vid smittotillfället. Majoriteten hade också ett tidigare negativt HIV-test och bedömdes ha bra kunskap om HIV.

Det är oroande att de homosexuellt smittade männen har en hög HIV-medvetenhet och ändå blir smittade. Deras val att uppsöka specialistkliniker visar att männen har kännedom om den ökade risken för HIV-infektion. Vid smittotillfället hade minst var fjärde man en dålig självbild och/eller osäker homosexuell identitet, vilket kan vara en orsak till att de i större utsträckning nyttjat alkohol och tagit större risker; 75 procent var smittade av en tillfällig kontakt.

Antalet odiagnostiserade HIV-bärare är troligen större i gruppen homosexuella än i t ex gruppen injektionsmissbrukare: två tredjedelar av de nydiagnostiserade homosexuellt smittade männen i Stockholm hade i den aktuella studien levt med HIV-infektion i flera år, i gruppen som var smittad via injektionsmissbruk var i stort sett alla nysmittade. Även i den senare gruppen fann vi en hög HIV-medvetenhet: åtta av tio hade ett tidigare negativt HIV-test och hälften bedömdes ha bra kunskap om HIV vid smittotillfället. Narkotikaberoendet är naturligtvis en förklaring till att de utsätter sig för risken att smittas, vilket bl a avspeglar sig i att fyra blev smittade av en person vars HIV-infektion var känd för båda parterna.

Låg HIV-medvetenhet

Hos de heterosexuellt smittade fann vi en lägre HIV-medvetenhet. Den låga förekomsten av HIV i den heterosexuella populationen är den rimligaste orsaken till detta. Screening i den gruppen är därför viktig – 41 procent diagnostiserades i olika screeningprogram. Varannan kvinna hade blivit smittad av sin make/sambo medan endast var fjärde man var smittad av sin maka/sambo. Denna skillnad mellan män och kvinnor överensstämmer med resultatet från en tidigare svensk studie [4]. Sjukvårdens rådgivning för par där en är HIV-positiv och en HIV-negativ är därför mycket angelägen.

Smittskyddslagen

I Sverige har vi en omdebatterad smittskyddslag där individens ansvar är klart definierat. Vår undersökning visade att minst 12 personer hade blivit smittade av redan kända HIV-infekterade. Hälften av dessa hade brutit mot föreskrifterna genom att inte informera om HIV-infektionen för sin partner.

Genom att sammanföra uppgifter från dem som är smittade av redan kända HIV-patienter med övriga data framträder en klarare bild av epidemin. På så sätt fick vi t ex fram att 9 (26 procent) av de nysmittade var smittade av en person som kände till sin HIV-infektion. Resterande 3 av de 12 patienter som var smittade av känd HIV-patient hade infekterats före 1993.

Dessa 3 utgjorde endast 4 procent av de 74 patienter som var smittade före 1993. Detta är en minimisiffra. Ju längre tillbaka i tiden smittotillfället ligger, desto svårare är det att med säkerhet fastställa omständigheterna vid smittotillfället. Om det i hela studien (109 nydiagnostiserade patienter) vore samma andel som var smittade av en person som kände till sin HIV-infektion som bland de nysmittade, skulle 28 av dessa vara smittade av en tidigare känd HIV-patient. I värsta fall skulle även alla med okänt smittotillfälle kunna vara smittade av en person som kände till sin HIV-infektion.

Kuratorernas viktigaste arbetsmetod i det epidemiologiska smittskyddsarbetet är kontaktspårning, vilket bl a visar sig i att var tionde patient i projektet upptäcktes på detta sätt. Vi har den svå-

ra uppgiften att finna en balans mellan patientens behov av tillit och förtroende, och anmälningsskyldigheten till Smittskyddsläkaren. Smittskyddslagens syfte är att minimera smittspridningen av HIV men i vårt arbete ser vi tyvärr även att lagen i vissa fall motverkar sitt syfte. I kontaktspårningsarbetet blir det uppenbara svårigheter, för att inte säga omöjligt, att hjälpa en patient med ett riskbeteende om denne inte öppet vågar tala om sin situation av rädsla för Smittskyddslagens konsekvenser.

Kontaktspårning ger viktig kunskap

Som framgår av ovanstående erhålls genom kuratorernas kontaktspårningsutredning en stor och viktig kunskap om de nydiagnostiserade patienterna, en kunskap som inte framkommer i SMIs statistik. Projektets resultat har möjliggjorts genom att vi, förutom den information som rapporteras till SMI respektive till Smittskyddsenheten, kunnat inkludera kuratorernas specifika kunskaper om patienten. Insamlandet av information har underlättats genom att materialet varit helt avidentifierat.

Om kontaktspårningsarbetet enhetligt delegerades till specialutbildade kuratorer vid respektive mottagning och framkomna data sammanställdes nationellt av SMI skulle vi få en betydligt klarare bild av den epidemiologiska situationen. De HIV-preventiva åtgärderna och metoderna kunde då få en specifikare utformning.

*

Vid insamlandet av data till projektet har följande kuratorer deltagit: Gunilla Rådö, Elisabeth Weibar, Gunilla Östlund, Danderyds sjukhus; Ann-Britt Bengtsson, Pia Berkman, Per Linder, Margareta Strandberg, Huddinge sjukhus; Elisabeth Lagerstedt, Karolinska sjukhuset; Mona Aleman, Christer Ekblom, Britt-Louise Glantzberg, Södersjukhuset; Kristina Ramstedt, epidemiolog, handledare, Smittskyddsinstitutet.

Referenser

1. Giesecke J, Ramstedt K, Ripa T, Rådö G, Gianpaolo ST, Westrell M. Kontaktspårning vid HIV – redovisning från en pågående svensk multicenterstudie. Läkartidningen 1989; 86: 4026-30.
2. Giesecke J, Ramstedt K, Ripa T, Rådö G, Westrell M. Att förebygga HIV – psykosocialt omhändertagande vid kontaktspårning. Lund: Studentlitteratur, 1991.
3. Giesecke J, Ramstedt K, Granath F, Ripa T, Rådö G, Westrell M. Efficacy of partner notification for HIV-infection. Lancet 1991; 338: 1096-100.
4. Blaxhult A, Eriksson G, Böttiger M, Lidman K. Sexually acquired HIV-infection: An analysis of epidemiological data concerning cases reported in Sweden 1988-90. Scand J Infect Dis 1992; 24: 707-13.

MINDRE LUNGVOLYM GER BÄTTRE ANDNING

Ny emfysemkirurgi i svensk studie

Avancerat emfysem ger en kraftig andfåddhet vilket medför sämre livskvalitet. Förutom prevention genom rökstopp, kontinuerlig syrgasbehandling samt i sena stadier lungtransplantation har ingen praktiskt tillämplig terapi kunnat erbjudas. Principen för så kallad volymsreducerande kirurgi har visserligen varit känd, men först med de senaste årens medicinska och tekniska framsteg kunnat användas i större skala. I landet har nu drygt 50 patienter opererats. Resultaten av dessa okontrollerade pilotfall är så goda att man för närvarande planerar en nationell, kontrollerad studie.

Emfysem innebär att lungvävnad har destruerats. En effekt av detta är nedsatt elasticitet i lungorna, vilket i sin tur leder till hyperinflation och därmed att bröstkorgen expanderar. På lungröntgen ses stora och kärlfattiga lungor. De senaste åren har dock s k volymsreducerande kirurgi vid emfysem återupptagits. Detta innebär att man genom att ta bort de sämsta delarna av lungorna kan få något friskare delar att utnyttjas effektivare.

Med den minskade volymen ökar det negativa trycket i lungsäcken. Därmed kan bröstkorg och diafragma, som tidigare stått maximalt utspänd respektive nedpressad, återta ett mera normalt läge och fungera bättre.

Vanlig orsak till nedsatt lungfunktion

Emfysem är den kanske vanligaste orsaken till nedsatt lungfunktion och respiratorisk invaliditet. Patienter med riktigt gravt emfysem har ofta samtalsdyspné, och att klä på sig kan ta flera timmar. I praktiken inskränker sig patientens värld till sovrum, toalett och i bästa fall köket. Många patienter kommer hemifrån endast när det är dags att träffa läkare eller när en akut infektion nödvändiggör ambulansfärd till sjukhuset. Så småningom utvecklar många patienter behov av kronisk syrgasbehandling i hemmet.

Emfysem uppkommer nästan enbart hos rökare. Vissa medfödda metaboliska rubbningar, varav den mest kända är brist på α_1-antitrypsin, ökar kraftigt risken. Många patienter med denna brist får, även om de endast röker måttligt, ett gravt emfysem redan i unga år (före 40 års ålder). Denna grupp utgör en stor del av dem som lungtransplanteras.

Författare

GUNNAR HILLERDAL
docent, överläkare, lungkliniken, Karolinska sjukhuset, Stockholm

CLAES-GÖRAN LÖFDAHL
professor, lungkliniken, Universitetssjukhuset, Lund

LOTTA ORRE
avdelningsläkare, thoraxkirurgiska kliniken, Karolinska sjukhuset, Stockholm

BENGT-ERIC SKOOGH
professor, lungkliniken, Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg

ERIK GYLLSTEDT
biträdande överläkare, thoraxkirurgiska kliniken, Universitetssjukhuset, Lund

KERSTIN STRÖM
docent, överläkare, lungkliniken, Centrallasarettet, Karlskrona

FOLKE NILSSON
docent, överläkare, thoraxkirurgiska kliniken, Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg

OTTO NETTELBLADT
avdelningsläkare, lung- och allergikliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala

PER-ARNE KLING
överläkare, thoraxkirurgiska kliniken, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå.