

Center for **Kliniske Retningslinjer**

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

| | |
|----------------------|--|
| Titel | Klinisk retningslinje til at styrke adherence i relation til hiv-patienters selvadministration af medicin ved start og skift af antiretroviral behandling. |
| Søgeord | Hoved søgeord: kommunikation Andre søgeord: compliance, adherence, hiv, intervention, guideline adherence, education |
| Arbejdsgruppe | <p>Lotte Ørneborg Rodkjær, forskningssygeplejerske MPH, Ph.d., post Doc Infektionsmedicinsk Afdeling Q, Aarhus Universitetshospital, Skejby Tlf.: 7845 2840 Mobil: 22 30 80 60 E-mail: lottrodk@rm.dk (kontaktperson)</p> <p>Vibeke Engell-Sørensen, uddannelses- og udviklingsansvarlig sygeplejerske, MLP Infektionsmedicinsk Afdeling Q, Aarhus Universitetshospital, Skejby Tlf.: 7845 2831 E-mail: vibeenge@rm.dk</p> <p>Annette Lønskov, afdelingssygeplejerske Infektionsmedicinsk Afdeling Q, Aarhus Universitetshospital, Skejby Tlf.: 7845 2860, E-mail: annette.loenskov@skejby.rm.dk</p> <p>Konsulent Carsten Schade Larsen, dr.med., overlæge, lektor Infektionsmedicinsk Afdeling Q, Aarhus Universitetshospital, Skejby Tlf.: 7845 2818, E-mail: carslars@rm.dk</p> |
| Godkendelse | Godkendt af Rådet for Center for Kliniske Retningslinjer, efter intern og ekstern bedømmelse. Den kliniske retningslinje er kvalitetsvurderet i henhold til retningslinjer fastlagt af centrets Videnskabelige Råd og vedtaget af Rådet for Center for Kliniske Retningslinjer (www.kliniskeretningslinjer.dk/godkendelsesprocedurer) |
| Dato | Godkendt dato: 16/10 2012 Revisions dato: 16/4 2015 Ophørs dato: 15/10 2015 |

Center for Kliniske Retningslinjer

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

| | |
|------------------------|---|
| Bedømt af | Den kliniske retningslinje lever op til kvalitetsniveauet for kliniske retningslinjer, som er beskrevet af Center for Kliniske Retningslinjer. Bedømmelsen er foretaget både internt og eksternt og ved en offentlig høring. Bedømmelsesprocessen er beskrevet på: www.kliniskeretningslinjer.dk |
| Målgruppe | Sundhedspersonale på infektionsmedicinske afdelinger der varetager pleje og behandling af patienter med sygdommen hiv. Sundhedspersonale i primærsektor kan få viden om hvordan adherence styrkes i relation til hiv-patienters selvadministration af medicin til hiv-infektion. |
| Resume | Her følger kort resume af baggrund, formål, anbefalinger og indikatorer. Resume er ligeledes vedlagt som Bilag 2. |
| Resume Baggrund | <p>Problemstilling Det er afgørende, at en hiv-patient tager sin antiretrovirale behandling for at undgå resistensudvikling medførende behandlingssvigt, og på længere sigt en forværring af sygdommen. Den hyppigste årsag til, at hiv bliver resistent og behandlingen ikke virker, er, at patienten ind imellem glemmer at tage nogle af medicindoserne eller ikke overholder tidspunkterne for indtagelse af medicinen. Der er i Danmark nationale retningslinjer for hvornår hiv-patienten skal opstarte antiretroviral behandling, men der er ingen standardiserede retningslinjer eller metode for hvordan patienten forberedes til at starte behandling eller hvordan den i gangværende behandling kan fastholdes, herunder vurdering af adherence. En klinisk retningslinje om hvordan hiv-patienten påbegynder og støttes til vedligeholde antiretroviral behandling er nødvendig for at patienten opnår bedst effekt af den eksisterende behandling.</p> <p>Patientgruppe Hiv-patienter over 16 år der påbegynder eller skifter antiretroviral behandling og som går til kontrol på en infektionsmedicinsk afdeling.</p> |

Center for Kliniske Retningslinjer

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

| | |
|-----------------------------------|---|
| <p>Resume Formål</p> | <p>Det overordnede mål er, at hiv-patienten kan følge den medicinske behandling, således at patienten opnår umåleligt viral load, ikke udvikler resistens og ikke får følgesygdomme til hiv-infektionen.</p> |
| <p>Resume anbefalinger</p> | <p>Anbefaling 1: Hiv-positive der starter eller skifter antiretroviral behandling bør tilbydes en intervention, med det formål at sikre at patienten er informeret om antiretroviral behandling og har udtrykt sine følelser/tanker og har fået mulighed for at stille spørgsmål, at sikre at patienten er motiveret og behandlingen er tilpasset patientens liv og sikre at patienten oplever vejledning og støtte i at følge den antiretrovirale behandling over tid. Interventionen er en tværfaglig opgave og kommunikationen er omdrejningspunktet. Samtalerne skal tage udgangspunkt i patientens individuelle situation.</p> <p>(Ia, A, 24)</p> |
| <p>Resume Indikatorer</p> | <p>Registrering</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Andel af hiv-patienter som skal starte eller skifte antiretroviral behandling. 2. Andel af hiv-patienter som bliver informeret i relation til anbefaling1(udarbejdet intervention = Adherence Journal). 3. Indikator på forekomst af non-adherence: Andel af patienter der ikke i løbet af 4 mdr. fra start eller skift af antiretroviral behandling har umåleligt viral load. Andel af patienter der tidligere har haft umåleligt viral load men som har måleligt viral load ved efterfølgende gentagne målinger. 4. Grad af adherence indtastes i databasen InfCareHiv (selv-rapporteret adherence og viral load/CD4-celler) |

Center for **Kliniske Retningslinjer**

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

| | |
|------------------------|---|
| <p>Baggrund</p> | <p>Problemstilling</p> <p>Det er afgørende, at en hiv-patient tager sin antiretrovirale behandling for at undgå resistensudvikling medførende behandlingssvigt, og på længere sigt en forværring af sygdommen. Den hyppigste årsag til, at hiv bliver resistent og behandlingen ikke virker, er, at patienten ind imellem glemmer at tage nogle af medicindoserne eller ikke overholder tidspunkterne for indtagelse af medicinen. Der er i Danmark nationale retningslinjer for hvornår hiv-patienten skal opstarte antiretroviral behandling, men der er ingen standardiserede retningslinjer eller metode for hvordan patienten forberedes til at starte behandling eller hvordan den i gangværende behandling kan fastholdes, herunder vurdering af adherence.</p> <p>En klinisk retningslinje om hvordan hiv-patienten påbegynder og støttes til vedligeholde antiretroviral behandling er nødvendig for at patienten opnår bedst effekt af den eksisterende behandling.</p> <p>Faktorer af betydning for adherence til medicinsk behandling ved hiv-infektion</p> <p>I Danmark påvises der hvert år mellem 250 og 300 nye tilfælde af hiv-infektion (Human Immundefekt Virus) og det skønnes at ca. 5.000 personer lever med hiv (1). Uden medicinsk behandling vil de fleste hiv-smittede i løbet af 10-15 år, udvikle AIDS (Acquired Immuno Deficiency Syndrome) og dø indenfor yderligere et par år.</p> <p>Grundet effektiv medicinsk behandling, som kom i 1996, kan infektion med hiv i dag betragtes som en kronisk sygdom, som man dør med og ikke af (2,3). Litteraturen viser at mindst 95 % af de ordinerede doser skal indtages for at opnå optimal effekt (4). Den hyppigste årsag til, at behandlingen ikke virker, og hiv udvikler resistens, er, at patienten glemmer at tage doser af sin medicin (8,9). Mange faktorer har indflydelse på graden af adherence. Det kan være faktorer hos patienten, den medicinske behandling og behandleren. De vigtigste områder er undervisning i at følge behandlingen, at behandlingen tilpasses patientens liv samt forholdet og kommunikationen mellem patient og behandler (10-16).</p> <p>Kommunikationen er afgørende og skal være patientcentreret og foregå i en ikke-fordømmende atmosfære. Stage of Change Modellen kan anvendes som metode til at vurdere patientens parathed (17) og Den motiverende samtale (18) har vist sig effektiv i forhold til at optimere adherence til</p> |
|------------------------|---|

Center for Kliniske Retningslinjer

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

antiretroviral behandling (19,20). Der mangler flere studier der kan belyse hvilken metode der er effektiv til at opretholde adherence til livslang behandling til hiv over tid (21). Der er på tværs af lande en del faktorer, der er ens i forhold til adherence, men der mangler flere studier i udviklingslandene, som specifikt kan identificere, hvad der har størst betydning i den pågældende population (10). Demografiske data som f.eks. race, køn, alder og social status har ikke vist at kunne forudsige, om patienten har en god eller dårlig adherence. Der er mange faktorer, som gør sig gældende, og det vil være individuelt, hvilke faktorer der har størst betydning for, om en behandling følges. Følgende faktorer har vist sig at have indflydelse på adherence: motivation og tro på at følge behandlingen, psykosociale faktorer f.eks. depression og psykiske sygdomme, sociale faktorer, f.eks. støtte fra netværk, undervisning og systematisk opfølgning, læge/sygeplejerskers erfaringer med og uddannelse i hiv, samspillet mellem patient og behandler, eksempelvis at patienten oplever sig respekteret og har tillid til sygeplejerske og læge, behandlingsregimets kompleksitet og bivirkninger (11-15,22-30).

På Infektionsmedicinsk Afdeling Q på Aarhus Universitetshospital, Skejby, har vi i 2004 udviklet en metode til start og opfølgning af antiretroviral behandling til hiv-patienter (25). Denne metode er revideret årligt, senest august 2011. Der er udført audits og årlige opgørelser, som viser at hiv-patienterne på Infektionsmedicinsk Afdeling Q har en høj grad af adherence (>95%) målt via blodprøve (HIV RNA=<50 kopier/mL) og selvrapporeret spørgeskema (18).

Indikationen for start på antiretroviral behandling i Danmark er standardiseret (31), og opgørelser fra Den Danske HIV Kohorte viser at der er en høj adherence i efterlevelsen af disse på de infektionsmedicinske afdelinger i Danmark (32).

Patientgruppe

Hiv-patienter over 16 år, der starter eller skifter antiretroviral behandling, som går til kontrol på en infektionsmedicinsk afdeling.

Patientperspektiv

Der er publiceret flere internationale undersøgelser som har fokus på patientens perspektiv i relation til at følge en antiretroviral behandling og kun få danske studier. Et review fra 2007 konkluderer at faktorer af betydning hos

Center for **Kliniske Retningslinjer**

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

patienten undersøgt i kvalitative undersøgelser er meget i overensstemmelse med de faktorer der er fundet i de kvantitative studier. De kvalitative fund forklarer betydningen af faktorerne fra de kvantitative studier og fremhæver mere betydningen af at følge behandlingen er en dynamisk proces. Det er vigtigt for optimal adherence at tage udgangspunkt i patientens liv (15,25).

Danske undersøgelser har også vist at det er afgørende at få indsigt i patientens livssituation før behandlingen påbegyndes. Udfordringen er at finde frem til hvilken støtte patienten har behov for. Patientens liv er ikke statisk men dynamisk, hvilket fordrer en kontinuerlig opfølgning af om patienten kan fastholde behandlingen og/eller der skal foretages justeringer. Det kræver struktur, planlægning og rutine at skulle fastholde en livslang behandling.

Kommunikationen mellem patient og læge/sygeplejerske er her afgørende og det fordrer at der foregår en dialog som fremmer at patienten er en aktiv samarbejdspartner der tager ansvar for eget liv (15,25).

Definitioner

HIV

Hiv-virus angriber, nogle af de hvide blodlegemer, som har en afgørende rolle i de normale immunforvar. De kaldes T-hjælper-celler eller CD4-celler. Indikatorer for, at behandlingen virker optimalt, er, at patienten har umåleligt hiv-virus i blodet, og at CD4-tallet stiger, hvilket er et udtryk for, at immunforsvaret bedres(3,8,9,33,34,35).

Adherence

Vi anvender begrebet adherence i den kliniske retningslinje. Begrebet adherence dækker støtte og vejledning til patienten, så patienten kan følge behandlingen korrekt og vedholdende (13).

Der findes ingen guldstandard for vurdering af adherence. Ingen af nedenstående metoder har vist at være overlegne, nogle passer bedre til nogle formål end andre (13,36,37,38).

Følgende metoder anvendes hyppigst:

Lægemedelkoncentrationsmåling: Mængden af indtaget medicin skønnes ved hjælp af måling af lægemiddelkoncentrationer i blod eller urin. Metoden er dyr og giver kun information om lægemiddelindtagelsen i de seneste dage før prøven.

Tablettælling: Lægemedelforbruget bestemmes ved, at

Center for Kliniske Retningslinjer

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

| | |
|---------------|---|
| | <p>man tæller, hvor mange tabletter der er tilbage i glasset et stykke tid efter ordinationen. Metoden, der ofte anvendes i kliniske forsøg, giver ikke information om, hvorvidt patienten rent faktisk har indtaget lægemidlet.</p> <p><i>Medication event monitoring system (MEMS):</i> En lille computer i tabletbeholderen registrerer, hver gang den åbnes. Metoden er sikrere end tablettælling og giver information om doseringstidspunkter.</p> <p><i>Patientinterview:</i> Mundtlige eller skriftlige spørgsmål til patienten om adherence. Metoden er anvendelig i den kliniske hverdag, men adherence som regel lavere end, hvad patienterne selv angiver.</p> |
| Formål | <p>Det overordnede mål er, at hiv-patienten kan følge den medicinske behandling, således at patienten opnår umåleligt viral load, ikke udvikler resistens og ikke får følgesygdomme til hiv-infektionen.</p> |
| Metode | <p>Fokuserede spørgsmål</p> <p>1. Er der evidens for at anvendelsen af standardiserede interventioner sammenlignet med ingen standardiserede interventioner styrker adherence, herunder om hiv-patienten fastholder at tage de ordinerede doser i relation til administrering af antiretroviral behandling vurderet ved selvrapporteret adherence og umåleligt viral load.</p> <p>2. Hvilke standardiserede interventioner er der evidens for der styrker adherence, herunder om hiv-patienten fastholder at tage de ordinerede doser i relation til administrering af antiretroviral behandling vurderet ved selvrapporteret adherence og umåleligt viral load.</p> |
| Metode | <p>Strategi for systematisk litteratursøgning</p> <p>Inklusionskriterier</p> <p><i>Patientpopulation:</i> HIV-positive over 16 år, som er i antiretroviral behandling. Outcome parametre skal være adherence og viral load.</p> <p><i>Kliniske nøgleområder</i> Interventioner der styrker adherence i relation til medicinsk behandling ved sygdommen hiv</p> |

Center for **Kliniske Retningslinjer**

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

Litteraturtyper:

Publikationer med evidensniveau A: Systematiske reviews og metaanalyser, randomiserede kliniske undersøgelser

Hånd søgning

De anvendte kilders referencer er gennemgået for at identificere yderligere relevante undersøgelser.

Eksklusionskriterier

Ikke som ikke er af relevans for de fokuserede spørgsmål

Artikler hvor outcome ikke er målt på både selvrapporeret adherence og umåleligt viral load.

Artikler som vurderer effekt af adherence intervention mellem tidligere og nuværende misbrugere

Artikler på andre sprog end dansk, norsk, svensk og engelsk

Artikler som er publiceret for mere end 10 år siden

Datasøgningen

Databaser:

Litteratursøgningen er foretaget i databaserne; Cochrane Library, Pub Med, Cinahl, SveMed+, PsycINFO, ScoPus, TRIP, UpToDate

Guidelines:

Der er søgt efter internationale retningslinjer på diverse hjemmesider.

Søgeord:

De anvendte MESH ord var:

"HIV"[Mesh] AND "Medication Adherence"[Mesh] OR "Compliance"[Mesh] OR "Guideline Adherence"[Mesh]) OR "Education"[Mesh]) OR "Intervention Studies"[Mesh] AND "Antiretroviral Therapy, Highly Active"[Mesh]

Der er desuden anvendt fritekstsøgninger for at maximere antallet af hits.

Følgende Limits har været anvendt:

Human og all adult +16. Tidsperioden er begrænset til studier publiceret indtil for 10 år siden. Søgningen er sidst fortaget medio 2011.

Center for Kliniske Retningslinjer

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

De anvendte kilders referencer er gennemgået for at identificere yderligere relevante undersøgelser. Der er desuden anvendt fritekstsøgninger for at maximere antallet af hits.

Udvælgelse og vurdering af litteratur:

Abstracts og artikler blev i første omgang udvalgt ud fra de fokuserede spørgsmål samt in- og eksklusionskriterierne. I alt blev 57 artikler identificeret.

De 57 artikler blev rekvireret i den fulde tekstform og blev herefter gennemlæst og vurderet i forhold til inklusion- og eksklusionskriterierne samt de fokuserede spørgsmål. Artiklerne blev ligeligt fordelt i arbejdsgruppen og hvor der var tvivl om inkludering vurderede alle gruppens medlemmer artiklerne og diskuterede derefter om artiklerne skulle inkluderes/ekskluderes. Formulering af anbefalingen er sket ved konsensus blandt arbejdsgruppens medlemmer”

Efter kritisk læsning gennemlæsning vha. tjeklister blev yderligere 49 artikler blev herefter ekskluderet, da de faldt udenfor inklusionskriterierne.

Med henblik på den metodiske kvalitet blev de resterende 8 artikler nøje gennemlæst, kvalitetsvurderet og sammenfattet ved hjælp af manualer for tjeklister fra Center for Kliniske Retningslinjer (www.kliniskeretningslinjer.dk)

Se Bilag 1 Evidenstabel over inkluderede studier.

Litteraturen er individuelt læst og de 8 artikler blev alle vurderet af gruppens 3 personer. Ved uenighed blev artiklen gennemgået samlet i gruppen. Formuleringen af anbefalinger og udvælgelsen af standarder og indikatorer er sket ved drøftelse blandt arbejdsgruppens medlemmer – ved uenighed er studierne/anbefalingerne atter gennemgået og konsensus er opnået mellem arbejdsgruppens medlemmer.

I alt 1 artikel danner baggrund for anbefalingerne. De resterende 7 artikler bliver diskuteret i litteraturgennemgangen.

Center for **Kliniske Retningslinjer**

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

| | |
|-------------------------------------|---|
| | <p>Se Bilag 3 og 4 for detaljeret søgeprotokol samt udskillelsesproces.</p> |
| <p>Litteratur gennemgang</p> | <p>1. Er der evidens for at anvendelsen af standardiserede interventioner sammenlignet med ingen standardiserede interventioner styrker adherence, herunder om hiv-patienten fastholder at tage de ordinerede doser i relation til administrering af antiretroviral behandling vurderet ved selvrapporeret adherence og umåleligt viral load.</p> <p>I litteraturen foreligger der få randomiserede klinisk kontrollerede undersøgelser, som undersøger effekten af interventioner i forbindelse med opstart og opfølgning af antiretroviral behandling til hiv-patienter.</p> <p>Et Cochrane Review fra 2009 konkluderer på baggrund af metaanalyse af resultaterne af 19 studier (i alt 2.159 patienter) at det er interventioner som foregår over 12 uger eller mere og hvor der sættes ind på flere områder, som styrker adherence. Individuelle interventioner har bedre effekt på adherence sammenlignet med interventioner der foregår i grupper. Rutinemæssig intervention er væsentligt for at løse problemstillinger før de opstår. Målet er at alle patienter opnår at tage > 95 % af medicindoserne.</p> <p>Det er svært at sammenligne studierne i en metaanalyse, da studierne er forskellige i relation til; populationer, interventionen, tidslængde, followup og outcomes.</p> <p>Der konkluderes derfor at der mangler kontrollerede studier til at belyse <i>hvilke</i> interventioner, herunder hvilke metoder/principper og kommunikationsmodeller, som kan styrke adherence med evidens for, at hiv-virus mængden i blodet bliver nedsat (24,1a).</p> <p>En metaanalyse fra 2010, som inkluderer 20 studier, problematiserer, at det er svært at kontrollere for forskellen i interventionen i en kontrolgruppe og interventionsgruppen. Hvad det er der præcis adskiller de 2 interventioner, således at man kan se hvad der gør en forskel. Klinisk praksis er måske bedst tjent med at gennemføre nuværende bedste praksis for at opnå optimal adherence, indtil der foreligger bedre studier. Konklusionen er at der mangler studier, der kan adskille/præcisere hvad det er der virker i en</p> |

Center for Kliniske Retningslinjer

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

| | |
|--|--|
| | <p>intervention sammenlignet med sædvanlig praksis (39, la).</p> <p>2. Hvilke standardiserede interventioner er der evidens for der styrker adherence, herunder om hiv-patienten fastholder at tage de ordinerede doser i relation til administrering af antiretroviral behandling vurderet ved selvrapporteret adherence og umåleligt viral load.</p> <p>Et review (40, IV) påpeger at der bør tilstræbes en tværfaglig indsats og en kontinuerlig støtte, da det at følge en medicinsk behandling er en dynamisk proces. Det er multifaktorielt og komplekst, og der er ikke en enkelt strategi der virker, men man er nødt til at bruge mange forskellige tilgange. Det fremhæves at det styrker adherence hvis interventionen er delt i 3 step: før, under og efter start af behandling. Der mangler studier der inkluderer kontekstens betydning af optimal adherence, såsom omgivelsernes påvirkning og de organisatoriske rammer og omfanget af ressourcer ved interventionerne. Det er en dynamisk proces og indebærer også kulturelle forskelle, påvirkning af stigma, og kompleksiteten af behandlingsregimerne. Det er vigtigt at udarbejde interventioner, der passer til aktuel praksis og "lived experience" for at kunne fastholde patienterne. En start kan være at evaluere egen praksis og monitorere adherence. Der mangler kontinuerlig monitorering af graden af adherence (40, IV).</p> <p>Et review (41, la) der specifikt fokuserer på interventioner der fremmer adherence blandt misbrugere (41 studier med 15.194 deltagere, heraf 76,5 % misbrugere) konkluderer at der var højere adherence hos misbrugere der modtog pleje/behandling ved strukturerede interventioner (herunder Directly Observed Therapy) og psykosocial støtte sammen med behandling for deres misbrug og psykiatriske lidelser som fx depression.</p> <p>Et klinisk randomiseret studie (42, lb) pointerer vigtigheden af at fokusere på at uddanne patienten til at kende og mestre bivirkninger i relation til antiretroviral behandling og at dette bør indgå i et interventionsprogram til adherence.</p> <p>Studier der specifikt fokuserer på unge hiv-positive (15-25 år) medtager børn fra 10 år og opefter. Disse studier har vi derfor sorteret fra. Vi fandt et review der specifikt omhandlede unge og hiv-positive og adherence (43, la). Der konkluderes at der er lavet få studier på området og der mangler randomiserede kliniske undersøgelser. Det er særligt psykosociale faktorer, angst og depression der har en</p> |
|--|--|

Center for **Kliniske Retningslinjer**

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

sammenhæng med nedsat adherence. Det pointeres at faktorer der har betydning for adherence skal belyses i en bredere kontekst som også inkluderer påvirkning af stigma, disclosure og stress. Der mangler en kontekstuel forståelse på området.

Et review undersøgte studier som havde til formål at teste interventioner til at styrke adherence og om disse inkluderede faktorer der fremmer/hæmmer adherence. De sammenlignede deskriptive- og interventionsstudier (kvalitative og kvantitative studier) og konkluderede at der er en vis overensstemmelse. Eventuel manglende overensstemmelse kan skyldes at adherence er en multifaktoriel udfordring og at studierne var svære at sammenligne på grund af forskellige metoder. Interventionerne var ikke velbeskrevet og derfor er det ikke muligt at vide hvilke der er effektive (44, la).

Der er få studier vedrørende brugen af internetbaserede interventioner til at fremme adherence og der mangler forskning på dette område. Et randomiseret klinisk studie fra 2011 (45, lb) som testede et interaktivt computer program om adherence konkluderede at patienterne i interventionsgruppen opnåede en signifikant bedre adherence sammenlignet med kontrolgruppen.

Der mangler studier der kan afprøve en computerbaseret intervention blandt hiv-patienter der skifter eller stopper behandling.

Der er udviklet adskillige internationale guidelines og forslag til interventioner til at styrke adherence til antiretroviral behandling og som tager udgangspunkt i resultaterne fra publicerede artikler, men disse er ikke afprøvet i randomiserede kliniske undersøgelser.

Der er udarbejdet europæiske guidelines vedr. start af antiretroviral behandling under "European AIDS Clinical Society" (EACS) (46). Disse er udarbejdet på baggrund af internationale guidelines.

Der foreligger ingen europæiske, herunder danske undersøgelser, som dokumenterer om disse bliver fulgt.

Sammenfatning af udvalgt litteratur

Der er evidens for at det styrker adherence til antiretroviral behandling til sygdommen hiv, hvis hiv-patienter tilbydes individuelle standardiserede interventioner, når der startes antiretroviral behandling og at der følges op på behandlingen. Interventionerne skal inkludere praktiske anvisninger og foregå over 12 uger eller længere. Patientens præferencer

Center for **Kliniske Retningslinjer**

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

| | |
|---------------------|--|
| | <p>skal inddrages og kommunikationen mellem patient og behandler er afgørende. Der mangler randomiserede kliniske undersøgelser der kan adskille/præcisere hvad det er der virker i en intervention sammenlignet med sædvanlig praksis, vurderet ved selv-rapporteret adherence og umåleligt viral load.</p> |
| Anbefalinger | <p>Anbefaling 1: Hiv-positive der starter eller skifter antiretroviral behandling bør tilbydes en intervention, med det formål at sikre at patienten er informeret om antiretroviral behandling og har udtrykt sine følelser/tanker og har fået mulighed for at stille spørgsmål, at sikre at patienten er motiveret og behandlingen er tilpasset patientens liv og sikre at patienten oplever vejledning og støtte i at følge den antiretrovirale behandling over tid. Interventionen er en tværfaglig opgave og kommunikationen er omdrejningspunktet. Samtalerne skal tage udgangspunkt i patientens individuelle situation.</p> <p>(Ia, A, 24)</p> <p>Se Bilag 5 og 6 med lokal udarbejdet instruks og intervention.</p> <p>Der er ikke nogle undersøgelser der påviser at der er forbundet nogle risici i forhold til at følge anbefalingerne</p> |
| Monitorering | <p>Registrering</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Andel af hiv-patienter som skal starte eller skifte antiretroviral behandling. 2. Andel af hiv-patienter som bliver informeret i relation til anbefaling1(udarbejdet intervention = Adherence Journal). 3. Indikator på forekomst af non-adherence: Andel af patienter der ikke i løbet af 4 mdr. fra start eller skift af antiretroviral behandling har umåleligt viral load. Andel af patienter der tidligere har haft umåleligt viral load men som har måleligt viral load ved efterfølgende gentagne målinger. 4. Grad af adherence indtastes i databasen InfCareHiv (selv-rapporteret adherence og viral load/CD4-celler) |

Center for **Kliniske Retningslinjer**

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

| Referencer | |
|------------|--|
| | 1. http://www.ssi.dk |
| | 2. Jensen-Fangel S, Pedersen C, Larsen CS et al. Hiv i Vestdanmark. Demografisk opgørelse fra et populationsbaseret kohortestudie. Ugeskr læger 2002; 164:3964-7. |
| | 3. Lohse N, Hansen AB, Pedersen G, Kronborg G, Gerstoft J, Sørensen HT, Vaeth M, Obel N. Survival of persons with and without HIV infection in Denmark, 1995-2005. Ann Intern Med. 2007 Jan 16;146(2):87-9. |
| | 4. Palella, Jr., Jr.F.J., Deloria-Knoll M., Chmiel J.S., et al: Survival benefit of initiating antiretroviral therapy in HIV-infected persons in different CD4+ cell strata. Ann Intern Med 138. (8): 620-626.2003. |
| | 5. Mannheimer S, Friedland G, Matts J, Child C, Chesney M. The consistency of adherence to antiretroviral therapy predicts biologic outcomes for human immunodeficiency virus-infected persons in clinical trials. Clin Infect Dis 2002; 34:1115-21. |
| | 6. Liu H, Miller LG, Hays RD, et al. Repeated measures longitudinal analyses of HIV virologic response as a function of percent adherence, dose timing, genotypic sensitivity, and other factors. J Acquir Immune Defic Syndr 2006; 41:315-22. |
| | 7. Parruti G, Manzoli L, Toro PM, et al. Long-term adherence to firstline highly active antiretroviral therapy in a hospital-based cohort: predictors and impact on virologic response and relapse. AIDS Patient Care STDS 2006; 20:48-56. |
| | 8. DeMasi RA, Graham NM, Tolson JM et al. Correlation between self-reported adherence to highly active antiretroviral therapy (HAART) and virologic outcome. Adv Ther 2001;18:163-73. |
| | 9. Bangsberg DR, Perry S, Charlebois ED et al. Non-adherence to highly active antiretroviral therapy predicts progression to AIDS. AIDS 2001;15:1181-83. |
| | 10. Mills EJ, Nachega JB, Bangsberg DR, Singh S, Rachlis B, |

Center for **Kliniske Retningslinjer**

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

Wu P, Wilson K, Buchan I, Gill CJ, Cooper C. Adherence to HAART: a systematic review of developed and developing nation patient-reported barriers and facilitators. PLoS Med. 2006 Nov;3(11):e438.

11. Turner BJ. Adherence to Antiretroviral Therapy by Human Immunodeficiency Virus-Infected Patients. The Journal of Infectious Diseases 2002;185:143-151.

12. Fogarty L, Levy R. Patient Adherence to HIV medication regimens: a review of published and abstracts reports. Patient Education and Counseling. 2002;46(2):93-108.

13. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med. 2005 Aug 4;353(5):487-97.

14. Barfod TS, Sørensen HT, Nielsen H, Rodkjaer L, Obel N. 'Simply forgot' is the most frequently stated reason for missed doses of HAART irrespective of degree of adherence. HIV Med. 2006 Jul;7(5):285-90.

15. Barfod TS, Hecht FM, Rubow C, Gerstoft J. Physicians' communication with patients about adherence to HIV medication in San Francisco and Copenhagen: a qualitative study using Grounded Theory. BMC Health Serv Res. 2006 Dec 4;6:154.

16. Glass TR, Battegay M, Cavassini M, De Geest S, Furrer H, Vernazza PL, Hirschel B, Bernasconi E, Rickenbach M, Günthard HF, Bucher HC; Swiss HIV Cohort Study. Longitudinal analysis of patterns and predictors of changes in self-reported adherence to antiretroviral therapy: Swiss HIV Cohort Study. J Acquir Immune Defic Syndr. 2010 Jun;54(2):197-203.

17. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot. 1997 Sep-Oct;12(1):38-48.

18. Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). Motivational interviewing: Preparing people for change. New York: Guilford Press.

19. James O. Prochaska, Colleen A. Redding, Lisa L. Harlow,

Center for **Kliniske Retningslinjer**

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

Joseph S. Rossi, and Wayne F. Velicer The Transtheoretical Model of Change and HIV Prevention: A Review Health Educ Behav, December 1994; vol. 21, 4: pp. 471-486.

20. DiIorio C, McCarty F, Resnicow K, McDonnell Holstad M, Soet J, Yeager K, Sharma SM, Morisky DE, Lundberg B. Using motivational interviewing to promote adherence to antiretroviral medications: a randomized controlled study. AIDS Care. 2008 Mar;20(3):273-83.

21. Golin CE, Earp J, Tien HC, Stewart P, Porter C, Howie L. A 2-arm, randomized, controlled trial of a motivational interviewing-based intervention to improve adherence to antiretroviral therapy (ART) among patients failing or initiating ART. J Acquir Immune Defic Syndr. 2006 May;42(1):42-51

22. Stone VE. Strategies for Optimizing Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy: Lessons from Research and Clinical Practice. Clinical Infectious Diseases 2001;33:865-872.

23. Chesney MA, Ickovics JR, Chambers DB et al. Self-reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials: the AACTG adherence instruments. Patient Care Committee and Adherence Working Group of the Outcomes Committee of the Adult AIDS Clinical Trials Group (AACTG). AIDS Care 2000;12:255-66.

24. Rueda S, Park-Wyllie LY, Bayoumi AM, Tynan AM, Antoniou TA, Rourke SB, Glazier RH. Patient support and education for promoting adherence to highly active antiretroviral therapy for HIV/AIDS. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Jul 19;3:

25. Rodkjær LØ. Hiv patienter: Det er svært at følge behandlingen. Sygeplejersken 2005;(25):39-43.

26. Rodkjaer L, Laursen T, Balle N, Sodemann M. Depression in patients with HIV is under-diagnosed: a cross-sectional study in Denmark. HIV Med. 2010 Jan;11(1):46-53.

27. Grierson J, Koelmeyer RL, Smith A, Pitts M. Adherence to antiretroviral therapy: factors independently associated with reported difficulty taking antiretroviral therapy in a national

Center for **Kliniske Retningslinjer**

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

sample of HIV-positive Australians. *HIV Med.* 2011 Oct;12(9):562-9.

28.Amassari A, Trotta MP, Murri R, Castelli F, Narciso P, Noto P, Vecchiet J, D'Arminio Monforte A, Wu AW, Antinori A; AdICoNA Study Group. Correlates and predictors of adherence to highly active antiretroviral therapy: overview of published literature. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2002 Dec 15;31 Suppl 3:S123-7.

29.Spire B, Duran S, Souville M, Leport C, Raffi F, Moatti JP; APROCO cohort study group. Adherence to highly active antiretroviral therapies (HAART) in HIV-infected patients: from a predictive to a dynamic approach. *Soc Sci Med.* 2002 May;54(10):1481-96.

30.Ickovics JR, Hamburger ME, Vlahov D et al. HIV Epidemiology Research Study Group. Mortality, CD4 cell count decline, and depressive symptoms among HIV-seropositive women: longitudinal analysis from the HIV Epidemiology Research Study. *JAMA* 2001;285:1466-74.

31.http://www.europeanaidscinicalsociety.org/images/stories/EACS-Pdf/eacsguidelines-v6_english.pdf

32.Petersen TS, Andersen SE, Gerstoft J, Thorsteinsson K, Larsen CS, Pedersen G, Pedersen C, Obel N. Adherence to national guidelines for initiation of antiretroviral regimens in HIV patients: a Danish nationwide study. *Br J Clin Pharmacol.* 2011 Jul;72(1):116-24.

33.Mocroft A, Ledergerber B, Katlama C et al. Decline in the AIDS and death rates in the EuroSIDA study: an observational study. *Lancet* 2003;362:22-29.

34.Lundgren JD, Mocroft A, Gatell JM et al. EuroSIDA Study Group. A clinically prognostic scoring system for patients receiving highly active antiretroviral therapy: results from the EuroSIDA study. *J Infect Dis* 2002;185:178-87.

35. Phillips AN, Lundgren JD. The CD4 lymphocyte count and risk of clinical progression. *Curr Opin HIV AIDS* 2006;1:43-9.

36.Haynes, R.B., Taylor, D.W., Sackett, D.L., Gibson, E.S., Bernholz,

Center for **Kliniske Retningslinjer**

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

| | |
|--|--|
| | <p>C.D. and Mukherjee, J. 1980. Can simple clinical measurements detect patient noncompliance? <i>Hypertension</i>, 2(6):757-764.</p> <p>37.Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X.Interventions for enhancing medication adherence. <i>Cochrane Database Syst Rev</i>. 2008 Apr 16;(2):CD000011.</p> <p>38.Paterson DL, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis EN, Squier C, Wagener MM, Singh N.Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. <i>Ann Intern Med</i>. 2000 Jul 4;133(1):21-30.</p> <p>39.de Bruin M, Viechtbauer W, Schaalma HP, Kok G, Abraham C, Hospers HJ.Standard care impact on effects of highly active antiretroviral therapy adherence interventions: A meta-analysis of randomized controlled trials. <i>Arch Intern Med</i>. 2010 Feb 8;170(3):240-50.</p> <p>40. Simoni JM, Amico KR, Smith L, Nelson K. Antiretroviral adherence interventions: translating research findings to the real world clinic. <i>Curr HIV/AIDS Rep</i>. 2010 Feb;7(1):44-51.</p> <p>41.Malta M, Strathdee SA, Magnanini MM, Bastos FI. Adherence to antiretroviral therapy for human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome among drug users: a systematic review.<i>Addiction</i>. 2008 Aug;103(8):1242-57.</p> <p>42.Chiou PY, Kuo BI, Lee MB, Chen YM, Chuang P, Lin LC. A programme of symptom management for improving quality of life and drug adherence in AIDS/HIV patients. <i>J Adv Nurs</i>. 2006 Jul;55(2):169-79.</p> <p>43.Reisner SL, Mimiaga MJ, Skeer M, Perkovich B, Johnson CV, Safren SA.A review of HIV antiretroviral adherence and intervention studies among HIV-infected youth. <i>Top HIV Med</i>. 2009 Feb-Mar;17(1):14-25.</p> <p>44.Sandelowski M, Voils CI, Chang Y, Lee EJ.A systematic review comparing antiretroviral adherence descriptive and intervention studies conducted in the USA. <i>AIDS Care</i>. 2009 Aug;21(8):953-66.</p> |
|--|--|

Center for **Kliniske Retningslinjer**

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

| | |
|---------------------------------|---|
| | <p>45. Fisher JD, Amico KR, Fisher WA, Cornman DH, Shuper PA, Trayling C, Redding C, Barta W, Lemieux AF, Altice FL, Dieckhaus K, Friedland G; LifeWindows Team. Computer-based intervention in HIV clinical care setting improves antiretroviral adherence: the LifeWindows Project. <i>AIDS Behav.</i> 2011 Nov;15(8):1635-46.</p> <p>46. http://www.dsinfm.dk/file.php?name=/files/pdf/Retningslinier%20for%20HIV%20behandling%20(DSI%202010).pdf</p> |
| Bilag | <p>Bilag 1: Evidenstabel over inkluderede studier</p> <p>Bilag 2: Resume</p> <p>Bilag 3: Søgeprotokol</p> <p>Bilag 4: Oversigt over datasøgnings- og udskillelsesprocessen</p> <p>Bilag 5: Instruks til start / skift og opfølgning af antiretroviral behandling til hiv-positive</p> <p>Bilag 6: Udarbejdet intervention: Adherence Journal</p> |
| Redaktionel uafhængighed | Den kliniske retningslinje er udviklet uden ekstern støtte og den bidrag ydende organisations synspunkter eller interesser har ikke haft indflydelse på de endelige anbefalinger. |
| Interessekonflikt | Ingen af gruppens medlemmer har interessekonflikter i forhold til den udarbejdede klinisk retningslinje. |

Center for Kliniske Retningslinjer

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

Bilag 1

| Forfatter | År | Studietype | Studiet s kvali tet | Befolkningstype | Intervention | Resultater (outcome) | Kommentarer |
|--|------|-------------------------|------------------------------|---|--|--|------------------------------------|
| Rueda S et al. (24) | 2009 | Cochrane review med RCT | ++ | 19 studier 2.159 deltagere Hiv-positive voksne og børn Forsøgspersonerne er rekrutteret fra hospital | Interventioner som fremmer adherence (støtte, uddannelse, praktiske anvisninger og strategier, individuelle vs. gruppe interventioner) Studier med 6 uger followup eller mere | Interventioner som har praktiske anvisninger og individuelle interventioner der foregår over 12 uger eller mere fremmer Adherence. Der mangler metodiske beskrivelser og standarder. Outcome som viral load var ikke at finde i alle studier Studierne var svære at sammenligne i en metaanalyse, da de var forskellige i relation til population, intervention, tidslængde, followup og outcomes Der mangler klinisk kontrollerede studier til at belyse hvilke interventioner der kan forbedre adherence med evidens for at viral load nedsættes. | Et metodisk stærkt studie |
| Malta et al. (41) | 2008 | Systematisk review | ++ | 41 studier 15.194 deltagere | Interventioner der fremmer | Der var højere adherence hos misbrugere der modtog | Der er redegjort for udvælgelse af |

Center for **Kliniske Retningslinjer** - Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

| | | | | | | | |
|------------------------|------|-----------------|----|--------------------------------|--|---|--|
| | | | | <p>Heraf 76.5 % misbrugere</p> | <p>adherence blandt misbrugere</p> <p>21 studier Selv-rapport patienten</p> <p>8 studier opgørelser apotek</p> <p>3 studier MEMS (medication event monitoring systems)</p> <p>6 studier kombination af selv-rapport, kliniske data og MEMS</p> <p>2 studier sekundære data</p> | <p>pleje/behandling ved strukturerede interventioner (DOT) og psykosocial støtte sammen med behandling for deres misbrug og psykiatriske lidelser som fx depression</p> | <p>de inkluderede studier i perioden 1996 - 2007</p> |
| de Bruin M et al. (39) | 2010 | Metaanalyse RCT | ++ | 20 studier fra 1996-2009 | <p>Interventioner som øger adherence og nedsætter viral load. Der er ikke inkluderet patienter med psykiatriske sygdomme el. misbrug.</p> | <p>Det er svært at kontrollere for forskellen i interventionen i kontrolgruppe og interventionsgruppe.</p> <p>Hvad er det der præcis adskiller de 2 interventioner, således at man kan se hvad der er forskel.</p> <p>Klinisk praksis er måske bedst tjent med at gennemføre nuværende bedste praksis for at opnå optimal</p> | |

Center for Kliniske Retningslinjer

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

| | | | | | | | |
|----------------------|------|--------|----|--------------|---|---|--|
| | | | | | | adherence | |
| Simoni et al (40) | 2010 | Review | ++ | Hiv-positive | 13 studier indtil 2007 Evaluering af adfærdsmæssige interventioner der fremmer adherence | <p>Viser at det fremmer adherence hvis interventionen er delt i 3 step før, under og efter start af behandling.</p> <p>Overordnede indhold i strategien er: Tværfaglig team, kommunikation, involver patienten, informer og undervise patienten om hiv og behandling, tilpasse behandlingen til patientens liv, identificer evt. barrierer hos patienten før start af behandling, klarlægge patientens parathed/motivation for start af behandling, identificere faktorer ved non-adherence, kontinuerlig followup og monitorering af adherence</p> <p>Giver nogle gode praktiske overvejelser om indhold i en strategi der kan fremme adherence i klinisk praksis.</p> <p>Det er multifaktorielt og komplekst og der er ikke en enkelt strategi der virker men man er nødt til at bruge mange forskellige tilgange</p> <p>Det er en dynamisk proces og indebærer også kulturelle forskelle, påvirkning af stigma, organisatoriske rammer (konteksten) og kompleksiteten af</p> | |

Center for **Kliniske Retningslinjer**

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

| | | | | | | | |
|----------------------|------|--------|----|--|--|--|--|
| | | | | | | <p>behandlingsregimerne</p> <p>Starte med at evaluere egen praksis og monitorere</p> <p>Vigtigt at fastholde patienter i kontrol og derfor udarbejde interventioner der passer til den aktuelle praksis og "lived experience" hos hiv-patienter</p> | |
| Chiou PY et al (42) | 2006 | RCT | + | 67 hiv-positive | <p>Undersøgelse af effekten af et program for mestring af bivirkninger til antiretroviral behandling</p> <p>Deltagerne blev inddelt i 3 grupper; individuel intervention, gruppeintervention, kontrolgruppe</p> <p>Interventionen indeholdt ugentlig undervisning og telefonrådgivning</p> | <p>Adherence, viral load og livskvalitet var signifikant bedre i individuel intervention og gruppe-intervention sammenlignet med kontrolgruppen. Studiet pointerer vigtigheden i at fokusere på at uddanne patienten til at kende og mestre bivirkninger i relation til antiretroviral behandling.</p> <p>Kontrol og mestring af bivirkninger skal indgå i et interventionsprogram til adherence</p> | |
| Reisner L et al (43) | 2009 | Review | ++ | Hiv-positive 13-24 år 21 studier 1999-2008 | Interventioner der fremmer adherence i denne aldersgruppe | Der er mange fælles faktorer sammenlignet studier med hiv-positive over 24 år | Relevant at skelne mellem interventioner til forskellige |

Center for Kliniske Retningslinjer

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

| | | | | | | | |
|---------------------------|------|--------------------|----|---|---|--|--|
| | | | | | <p>DOT Uddannelse og kontinuerlig intervention Telefonrådgivning Tværfaglig intervention Simple regimer Treatment buddy</p> | <p>Psykosociale faktorer og angst var associeret med dårlig adherence Der blev fundet 3 typer af effektive interventioner. DOT Intervention 12-96 uger Uddannelse og rådgivning 8-12 uger - video</p> <p>Det pointeres at undersøge adherence i en bredere kontekst inc. indflydelse på adherence faktorer som stigma, disclosure, stress etc. Der konkluderes at man skal Skelne mellem forståelsen adherence – non adherence, i stedet for at se på de to som modsætninger. De skal udfoldes i en mere kontekstuel forståelse. Der mangler RCT</p> | <p>aldersgrupper og kontekst for at forstå hvilken intervention der er effektiv til at optimere adherence.</p> |
| Sandelowski M et al. (44) | 2009 | Systematisk Review | ++ | Hiv-positive 41 studier (14 kvalitative, 27 kvantitative) 2000-2007 | Sammenligne deskriptive og interventions studier i forhold til at optimere adherence | <p>Konkluderede at der er en vis overensstemmelse. Eventuel manglende overensstemmelse kan skyldes at det er en multifaktoriel udfordring og at studierne var svære at sammenligne på grund af forskellige metoder, de ikke var velbeskrevet og effekten af intervention vs. ingen intervention tydelig, om patienten havde fulgt den pågældende intervention nøjagtig Det er svært at sige hvilken intervention der har effekt</p> | |

Center for **Kliniske Retningslinjer** - Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

| | | | | | | | |
|-----------------------|------|-----|----|--|--|---|--|
| Fisher JD et al. (45) | 2011 | RCT | ++ | 594 hiv-positive som skal starte antiretroviral behandling | Life Windows – interaktivt computer program om adherence | <p>Patienterne i interventionsgruppen opnåede en signifikant bedre adherence sammenlignet med kontrolgruppen</p> <p>Der mangler studier der kan afprøve en computerbaseret intervention blandt hiv-patienter der skifter eller stopper behandling</p> | |
|-----------------------|------|-----|----|--|--|---|--|

Center for **Kliniske Retningslinjer**

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

Bilag 2

| | | | |
|---|---|--------------------|--------------|
| Titel | | | |
| Klinisk retningslinie for hvorledes man kan fremme adherence i relation til hiv-patienters administration af medicin ved start og skift af antiretroviral behandling. | | | |
| Arbejdsgruppe | Lotte Ørneborg Rodkjær, forskningssygeplejerske, MPH, Ph.d., post Doc, Infektionsmedicinsk afdeling Q, Aarhus Universitetshospital, Skejby Tlf.: 7845 2840, Mobil: 22 30 80 60, E-mail: lottrodk@rm.dk (kontaktperson) | | |
| | Vibeke Engel-Sørensen, Uddannelses- og udviklingsansvarlig, Infektionsmedicinsk Afdeling Q, Aarhus Universitetshospital, Skejby, Tlf.: 7845 2831, E-mail: vibeenge@rm.dk | | |
| | Annette Lønskov, afdelingssygeplejerske, Infektionsmedicinsk Afdeling Q, Aarhus Universitetshospital, Skejby, Tlf.: 7845 2860, E-mail: annette.loenskov@skejby.rm.dk | | |
| | Konsulent Carsten Schade Larsen, dr.med., Overlæge, lektor Infektionsmedicinsk Afdeling Q, Aarhus Universitetshospital, Skejby Tlf.: 7845 2818, E-mail: carslars@rm.dk | | |
| Godkendt af | Godkendt af Center for Kliniske retningslinjer, den | Dato for revision: | Ophørs dato: |
| Baggrund | <p>Problemstilling Det er afgørende, at en hiv-patient følger den medicinske behandling til hiv infektionen for at undgå resistensudvikling, og på længere sigt en forværring af sygdommen. Den hyppigste årsag til, at behandlingen ikke virker, og patienten udvikler resistens, er, at patienten ikke overholder tidspunkterne for indtagelse af medicinen. Der er i Danmark standardiserede retningslinjer for hvornår hiv-patienten skal starte antiretroviral behandling, men der er ingen standardiserede retningslinjer eller metode for hvordan patienten forberedes til at starte behandling eller hvordan der følges op på behandlingen, herunder vurdering af adherence. En klinisk retningslinje om hvordan hiv-patienten starter og støttes til vedligeholde antiretroviral behandling er nødvendig for at behandlingsteamet får mulighed for at anvende den eksisterende evidens i praksis.</p> <p>Patientgruppe Hiv-patienter over 16 år der starter eller skifter antiretroviral behandling, som går til kontrol på en infektionsmedicinsk afdeling.</p> | | |

Center for Kliniske Retningslinjer

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

| | |
|---------------------|--|
| | |
| Formål | Det overordnede mål er, at hiv-patienten kan følge den medicinske behandling, således at patienten opnår umåleligt viral load og ikke får følgesygdomme og ikke udvikler resistens. |
| Anbefalinger | <p>Anbefaling 1: Hiv-positive der starter eller skifter antiretroviral behandling bør tilbydes en intervention, med det formål at sikre at patienten er informeret om antiretroviral behandling og har udtrykt sine følelser/tanker og har fået mulighed for at stille spørgsmål, at sikre at patienten er motiveret og behandlingen er tilpasset patientens liv og sikre at patienten oplever vejledning og støtte i at følge den antiretrovirale behandling over tid. Det er en tværfaglig opgave og kommunikationen er omdrejningspunktet. Samtalerne skal tage udgangspunkt i patientens individuelle situation.</p> <p>(Ia, A, 24)</p> <p><u>Væsentlige punkter i en strategi</u></p> <p>Tværfagligt team Kommunikation Involver patienten Informere og undervise patienten om hiv og behandling Tilpasse behandlingen til patientens liv Identificer evt. barrierer hos patienten før start af behandling Klarlægge patientens parathed/motivation for start af behandling Identificere faktorer ved non-adherence Kontinuerlig followup og monitorering af adherence</p> <p>(Ia ,A,24)</p> |
| Monitorering | <p>Registrering</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Andel af hiv-patienter som skal starte eller skifte antiretroviral behandling. 2. Andel af hiv-patienter som bliver informeret i relation til anbefaling 1.(udarbejdet intervention =Adherence Journal) |

Center for **Kliniske Retningslinjer**

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

| | |
|-------------------|---|
| | <p>3. Indikator på forekomst af non-adherence: Andel af patienter der ikke i løbet af 4 mdr. fra start eller skift af antiviral behandling har umåleligt viral load.</p> <p>4. Grad af adherence indtastes i databasen InfCarehiv (2 spørgsmål, viral load, CD4-celler)</p> |
| Referencer | <p>24. Rueda S, Park-Wyllie LY, Bayoumi AM, Tynan AM, Antoniou TA, Rourke SB, Glazier RH. Patient support and education for promoting adherence to highly active antiretroviral therapy for HIV/AIDS. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Jul 19;3:</p> |
| Link | <p>Link til en mere omfattende udgave af den kliniske retningslinje</p> |

Center for Kliniske Retningslinjer

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

Bilag 3

| <p>Søgeord: "HIV"[Mesh] AND "Medication Adherence"[Mesh] OR "Compliance"[Mesh] OR "Guideline Adherence"[Mesh]) OR "Education"[Mesh]) OR "Intervention Studies"[Mesh] AND "Antiretroviral Therapy, Highly Active"[Mesh]</p> | | |
|---|---|--|
| Udvælgelseskriterier | | Litteratursøgning |
| <p>Inklusionskriterier</p> <p><i>Patientpopulation:</i> Hiv-positive over 16 år, som er i antiretroviral behandling. Outcome parametre skal være adherence og viral load.</p> <p><i>Klinisk nøgleområder</i> Interventioner der styrker adherence i relation til medicinsk behandling ved sygdommen hiv</p> <p><i>Litteraturtyper:</i> Publikationer med evidensniveau A: Systematiske reviews og metaanalyser, randomiserede kliniske undersøgelser</p> <p><i>Hånd søgning</i> De anvendte kilders referencer er gennemgået for at identificere yderligere relevante undersøgelser.</p> | <p>Eksklusionskriterier</p> <p>Ikke som ikke er af relevans for de fokuserede spørgsmål Artikler hvor outcome ikke er målt på både selvrapporeret adherence og umåleligt viral load. Artikler som vurderer effekt af adherence intervention mellem tidligere og nuværende misbrugere Artikler på andre sprog end dansk, norsk, svensk og engelsk Artikler som er publiceret for mere end 10 år siden</p> | <p><i>Databaser:</i> Cochrane Library PubMed Cinahl SweMed+ PsychINFO Scopus TRIP</p> <p><i>Søgeperiode</i> Tidsperioden er begrænset til studier publiceret for 10 år siden. Søgningen er sidst fortaget medio 2011.</p> <p><i>Internet hjemmesider:</i> Dansk Selskab for Infektionsmedicin http://www.dsinfm.dk/</p> <p>EACS European AIDS Clinical Society http://www.europeanaidscinicalsociety.org/index.php?option=com_content&view=article&id=59&Itemid=41</p> <p>WHO http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/en/</p> <p>ANAC International Association of Nurses in AIDS Care</p> |

Center for Kliniske Retningslinjer

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>http://www.nursesinaidscare.org/</p> <p>American Public Health Association http://www.apha.org/programs/resources/HIV+-+AIDS/reshivregimens.htm</p> <p>UCSF University of California San Francisco http://hivinsite.ucsf.edu/inSite?page=kbr-03-02-09</p> <p>IAPAC International Association of physicians in AIDS Care http://www.iapac.org/</p> <p>Clinical Guidelines Portal AIDS Info http://www.aidsinfo.nih.gov/Guidelines/HTML/1/adult-and-adolescent-treatment-guidelines/30/adherence-to-antiretroviral-therapy</p> <p>nam aids map http://www.aidsmap.com/</p> <p>FHI 360 Nursing Care of patients with HIV/ AIDS http://www.fhi360.org/en/HIVAIDS/</p> <p>Hånd søgninger: De anvendte kilders referencer er gennemgået for at identificere yderligere relevante undersøgelser.</p> |
|--|--|---|

Center for Kliniske Retningslinjer

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

Bilag 4

| Database | Hits | Udvalgte artikler til kritisk vurdering på baggrund af gennemlæsning af alle abstracts 57 artikler rekvireredes i fuld tekstform og læses kritisk | Inkluderede artikler Alle artikler rekvireredes i fuld tekstform og læses kritisk |
|------------------|---|--|--|
| Cochrane Library | 1 | 1 | 1 |
| PubMED | 83 | 22 (incl.5 artikler håndsøgning) | 6 8 fravælges da den indgår i Cochrane Reviewet |
| Cinahl | 20 | 13 | 0 |
| SveMed+ | 17 | 2 | 0 |
| PsychINFO | 4 | 2 | 1 |
| ScoPus | 117 (her kunne ikke sættes metodiske begrænsninger på) | 8 | 0 |
| TRIP | 28 | 5 | Alle fravælges da de er fundet under søgning i PubMed |
| UpToDate | 150 (her kunne ikke sættes metodiske begrænsninger på) | 4 | 0 |
| I alt | | | 8 |

Center for Kliniske Retningslinjer

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

Bilag 5

Start / skift og opfølgning af antiretroviral behandling til hiv-patienter

Formål

At patienten kan følge behandlingen, således at patienten ikke får følgesygdomme og ikke udvikler resistens.

- Patienten er informeret om antiretroviral behandling og har udtrykt sine følelser/tanker og har fået mulighed for at stille spørgsmål
- Patienten er motiveret og behandlingen er tilpasset patientens liv
- Patienten oplever vejledning og støtte i at følge den antiretrovirale behandling

Patientgruppe/Patientforløb/Anden målgruppe

Hiv-patienter der er i antiretroviral behandling for hiv.

Definition af begreber

I international litteratur bliver begrebet *compliance* i stigende grad erstattet af begrebet *adherence*, som udgår fra en mere ligeværdig læge-patient-relation.

Compliance defineres som graden af overensstemmelse mellem patientens adfærd, når det gælder medicinering, diæt og livsstil, og de medicinske råd, som patienten har modtaget. Begrebet udgår fra et paternalistisk perspektiv, hvor patienten formodes at følge lægens ordinationer.

Begrebet *adherence* dækker over støtte og vejledning til patienten, så denne kan følge behandlingen korrekt og vedholdende.

Der arbejdes ud fra begrebet adherence.

Fremgangsmåde

Kontaktlægen ordinerer og har hovedansvaret for behandlingen. Kontaktlægen tager stilling til, hvornår patienten skal starte eller skifte behandling i samråd med patienten.

Kontaktsygeplejerskens og kontaktlægens opgave er at informere, vejlede og undervise patienten, så patienten er forberedt på at starte eller skifte behandling. Patienten starter eller skifter først behandling, når der er givet information og vejledning i henhold til nedenstående metode. Denne er bygget op omkring information vedrørende tre områder. Samtalerne tager udgangspunkt i patientens individuelle situation og foregår i en dialog mellem patient og behandler.

1. Information vedrørende antiretroviral behandling

Center for Kliniske Retningslinjer

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

2. Start af antiretroviral behandling
3. Opfølgning

Samtalerne foregår ud fra *Adherence Journalen*. Det er vigtigt at involvere patienten fra start, uddanne patienten omkring behandlingen, vurdere patientens parathed og vedvarende at følge op på behandlingen. Kommunikationen er afgørende og skal være patientcentreret og foregå i en ikke-fordømmende atmosfære. Den Motiverende Samtale anvendes som metode, og vurdering af patientens parathed vurderes ved brug af Forandringshjulet (Stage of Change).

Patienten starter først, når han/hun er motiveret og eventuelle barrierer eller problemstillinger vedrørende behandlingsstart er løst, herunder evt. misbrug og depression.

Hvis patienten via samtalerne giver udtryk for ikke at ville modtage antiretroviral behandling, skal dette respekteres. Via samtalerne har kontaktlægen og kontaktsygeplejersken sikret sig, at dette ikke skyldes manglende information vedrørende antiretroviral behandling.

Det er altid patientens kontaktlæge og kontaktsygeplejerske fra ambulatoriet, som starter patienten i behandling, dette gælder også for patienter, som er indlagt.

Førovervejelse:

Patienten informeres om, at der bør tilbydes behandling (i så god tid som muligt).

Overvejelse og forberedelse:

Information vedrørende start/skift af antiretroviral behandling. Patienten er informeret om antiretroviral behandling og har udtrykt sine tanker/følelser, og har haft mulighed for at stille spørgsmål.

Start

Start/skift af antiretroviral behandling. Patienten er informeret om, hvordan behandlingen virker og om vigtigheden af at følge behandlingen korrekt. Patienten er motiveret og behandlingen er tilpasset patientens liv.

Kontinuerlig behandling

Opfølgning. Patienten oplever vejledning og støtte i at følge den antiretrovirale behandling.

Dokumentation

Adherence Journal og patientens journal.

Grad af adherence indtastes i InfCare.

Ansvar

Den ambulante kontaktlæge og kontaktsygeplejerske.

Center for **Kliniske Retningslinjer**

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

Referencer

Rueda S et al.: Patient support and education for promoting adherence to highly active antiretroviral therapy for HIV/AIDS. Cochrane Database Syst. Rev. 2009

Osterberg L, Blaschke T.: Adherence to medication. N Engl Med. 2005 Aug 4; 353(5):487-97

Prochaska JO, DiClemente CC.: Stages of change in the modification of problem behaviours. Prog Behav Modif.1992; 28:183-218

Miller, W.R. and Rollnick, S.: Motivational Interviewing: Preparing people to change. NY:Guilford Press, 2002

Rodkjær LØ.: Sygepleje til patienter smittet med hiv. Sygeplejersken 2005;(25):34-38

Rodkjær LØ.: HIV patienter: Det er svært at følge behandlingen. Sygeplejersken 2005:(25):39-43

Bilag 6

Ligger som selvstændigt link under denne retningslinje på hjemmesiden