

Kan andre enn leger stå for hiv-behandling?

Formidlet av Heather Munthe-Kaas og Marita S. Fønhus



Sykepleiere kan trolig gi like god oppfølging til personer som trenger hiv-behandling som leger kan. Dødeligheten blant personer som mottar hiv-behandling påvirkes trolig lite av om de følges opp av leger eller sykepleiere. Dette viser en systematisk oversikt fra Cochrane-samarbeidet

Hva sier forskningen?

I Systematiske oversikter er oppsummeringer av tilgjengelig forskning. I denne systematiske oversikten har forfatterne samlet informasjon om effekten av å la helsepersonell som ikke er leger få ansvaret for oppstart og oppfølging av antiretroviral hiv-behandling, sammenliknet med at leger har disse oppgavene.

Når sykepleiere står for oppstart av og oppfølging av hiv-behandling:

- vil trolig dødeligheten blant personer som har hiv i liten grad påvirkes (middels tillit til resultatet). Det er noe usikkerhet knyttet til dette resultatet da spennvidden viser at dette i beste fall resulterer i 35 færre dødsfall per 1000 og i verste fall resulterer i 23 flere dødsfall per 1000

Når sykepleiere står for oppfølging av hiv-behandling:

- vil trolig dødeligheten blant personer som har hiv i liten grad påvirkes (middels tillit til resultatet). Det er noe usikkerhet knyttet til dette resultatet da spennvidden viser at dette i beste fall resulterer i 7 færre dødsfall per 1000 og i verste fall resulterer i 7 flere dødsfall per 1000

Det er usikker effekt på dødelighet når ufaglært helsepersonell står for oppfølging av antiretroviral hiv-behandling:

Tilliten til resultatet angir hvor sannsynlig det er at forskningsresultatet ligger nær den sanne effekt. Jo større tillit, desto sikrere kan vi være på at resultatet ligger nær den sanne effekt.



Foto: Colourbox

Resultattabell

Resultater: hva skjer?	Leger som står for hiv-behandling	Ikke-leger som står for hiv-behandling	Tillit til resultatet
Sykepleiere versus leger som står for både oppstart av og oppfølging av antiretroviral hiv-behandling			
Dødelighet det er lite trolig at dødeligheten blant de som mottar hiv-behandlingen påvirkes i vesentlig grad	194 per 1000	186 per 1000 (159 til 217 per 1000)*	⊕⊕⊕⊖ Middels ^{1,2}
Sykepleiere versus leger som står for oppfølging av antiretroviral hiv-behandling			
Dødelighet det er lite trolig at dødeligheten blant de som mottar hiv-behandlingen påvirkes i vesentlig grad	23 per 1000	20 per 1000 (14 til 30 per 1000)*	⊕⊕⊕⊖ Middels
Ufaglærte helsearbeidere versus leger som står for oppfølging av antiretroviral hiv-behandling			
Dødelighet det er usikkert effekt på dødelighet blant de som mottar hiv-behandlingen	109 per 1000	109 per 1000 (68 til 177 per 1000)	⊕⊕⊖⊖ Liten ^{1,2}

* Tallene i parentes viser en spennvidde for tiltakets effekt. Det er 95 % sannsynlig at effekten ligger et sted innenfor denne spennvidden. ¹ Vår vurdering avviker fra Cochrane-forfatternes vurderinger. ² Vi har trukket ytterligere ned for at spennvidden er bred med tanke på utfallet *mortalitet*.

Bakgrunn

Mer enn 34 millioner mennesker verden over er hiv-smittet. Mange av disse har ikke tilgang til antiretroviral hiv-behandling. Slik behandling reduserer dødelighet og sykelighet blant personer som har hiv, men det er viktig at pasientene blir tett fulgt opp, blant annet for å sikre at pasientene får tatt medisinene som de skal. Tilgangen til hiv-behandling er ofte dårlig der behovet er størst, som følge av knappe helseressurser - ikke minst mangel på helsepersonell.

Et tiltak for å bøte på dette kan være å gjøre om på fordelingen av oppgaver mellom helsepersonell, såkalt oppgaveglidning («task shifting» på engelsk). Å overføre ansvar fra leger til annet helsepersonell kan være én måte øke tilgang til hiv-behandling på. Dette vil redusere arbeidsmengden til leger og kan redusere kostnader knyttet til denne type behandling.

Hva er denne informasjonen basert på?

Forfatterne av Cochrane-oversikten gjorde systematiske søk i aktuelle forskningsdatabaser i mars 2014, og fant ti studier med til sammen 66 606 personer som de inkluderte i oversikten. Studiene var gjennomført i Sør-Afrika, Swaziland, Uganda og Etiopia mellom 2007 og 2013. Måletidspunkt for resultatene var 12 måneder etter studiestart. Sammenligningene i studiene var: Behandling utført av leger versus sykepleierne (sju studier hvorav to er randomiserte kontrollerte studier),

annet helsepersonell (n=1), og helsearbeidere (to studier hvorav begge er randomiserte kontrollerte studier). I fire av studiene stod ikke-leger for både oppstart og oppfølging av hiv-behandlingen. I seks av studiene stod ikke-leger for oppfølging av hiv-behandling, mens leger stod for oppstart. I seks av studiene ble også desentralisering av hiv-behandling til mindre helseinstitusjoner eller lokalsamfunnet studert.

Funn fra ikke-randomiserte studier (kohortstudiene, n=6) og funn fra randomiserte kontrollerte studier (n=4) ble slått sammen hver for seg. De randomiserte kontrollerte studiene hadde få feilkilder. Fem kohortstudier var vurdert til å ha flere mulige feilkilder, blant annet knyttet til datainnsamling, og én ble vurdert til å ha få feilkilder.

I denne omtalene har vi bare tatt med funnene basert på de randomiserte kontrollerte studiene, og vi rapporterer kun på det primære resultatmålet, dødelighet. Når det gjelder sekundærutfall, rapporterer forfatterne på frafall fra studiene, men det har vi ikke omtalt her.

Kilde:

Kredo T, Adeniyi FB, Bateganya M, Pienaar ED. Task shifting from doctors to non-doctors for initiation and maintenance of antiretroviral therapy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014. Issue 7. Art. No.: CD007331. DOI: 10.1002/14651858.CD008331.pub3

«I lav- og mellominntektsland gjør mangel på helsepersonell at mange personer med hiv ikke får tilgang til antiretroviral behandling («antiretroviral therapy», ART). Oppgaveglidning («task shifting»), det vil si å flytte bestemte oppgaver fra én gruppe helsepersonell til en annen, kan bøte på dette.»