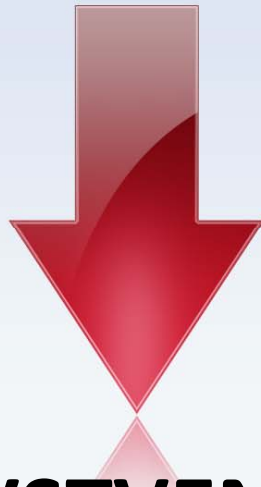


*Predrag Đurić
i Svetlana Ilić*



**MESTO ZDRAVSTVENIH RADNIKA
U ODGOVORU NA HIV EPIDEMIJU**

MESTO ZDRAVSTVENIH RADNIKA U ODGOVORU NA HIV EPIDEMIJU

IZDAVAČ

Ekumenska humanitarna organizacija

AUTORI

Asist. dr Predrag Đurić, Medicinski fakultet Novi Sad, Katedra za epidemiologiju

Dr Svetlana Ilić, Institut za javno zdravlje Vojvodine, Centar za kontrolu i prevenciju bolesti

RECENZENTI

Prof. dr Zorica Šeguljev, Medicinski fakultet Novi Sad

Prof. dr Snežana Brkić, Medicinski fakultet Novi Sad

VIZUELNI IDENTITET

Josip Mihajlović

ŠTAMPA

Sadržaj

MESTO ZDRAVSTVENIH RADNIKA U ODGOVORU NA HIV EPIDEMIJU	4
HIV INFEKCIJE U AP VOJVODINI	5
ODGOVOR NA HIV EPIDEMIJU	9
<i>Ttri moguća nivoa epidemije</i>	9
EPIDEMIOLOŠKI NADZOR.....	10
PREVENCIJA.....	12
<i>Komponente savremene prevencije HIV infekcije</i>	12
<i>Minimum informacija koje zdravstveni radnik mora da pruži pacijentu kojem predlaže testiranje na HIV</i>	14
DIJAGNOSTIKA	17
LEČENJE.....	20
PODRŠKA OSOBAMA KOJE ŽIVE SA HIV-OM	20
<i>Aktivnosti u kojim se ogleda podrška osobama koje žive sa HIV-om</i>	20

Od kada su 1981. godine prvi put u svetu, a svega tri godine kasnije i u našoj zemlji registrovani prvi slučajevi HIV infekcija, pa sve do danas, one predstavljaju jedan od najaktuelnijih zdravstvenih problema. Verovatno se ni o jednom drugom oboljenju nije toliko pričalo, pisalo i istraživalo, a u isto vreme tako malo, ili pogrešno, znalo. Već krajem osamdesetih godina prošlog veka ulaze u primenu prvi lekovi protiv HIV-infekcije, a sredinom devedesetih godina primena visokoaktivne antivirusne terapije dovodi do prave male revolucije u pristupu HIV infekciji. Dok je na početku epidemije prva asocijacija vezana sa AIDS-om bila vezana za neminovni i brzi smrtni ishod, danas prvenstveno razmišljamo o mogućnostima rane dijagnostike, uspešnog lečenja i očuvanja kvaliteta i dužine života zaraženih osoba.

Iako je savremena medicina uspela za kratko vreme da utvrdi i izoluje uzročnika novog oboljenja, da započne primenu brojnih efikasnih lekova, kao i da značajno očuva dužinu i kvalitet života, relativno mali uspeh postignut je u eliminaciji stigmatizacije i diskriminacije osoba zaraženih HIV-om. Diskriminacija se, od samog početka epidemije, javljala u mnogim segmentima javnog života, ali je, mada ne toliko česta, bila najuočljivija tamo gde nije smela da postoji – u zdravstvenom sistemu. Brojne mere koje su preduzete (edukacija zdravstvenih radnika, pooštavanje opštih mera prevencije i kontrole krvnoprenosivih infekcija i drugo) rezultovali su pozitivnom promenom ponašanja većine zdravstvenih radnika prema osobama koje žive sa HIV-om. Ipak, kod određenih zdravstvenih radnika strah je i dalje prisutan. On je, sa jedne strane, posledica nepoznavanja puteva prenošenja HIV-infekcije, kao i mogućih izvora infekcije, a sa druge strane nesigurnosti u sopstvene mogućnosti da se na potrebe osoba koje imaju HIV infekciju, koje često nisu samo zdravstvene prirode, adekvatno odgovori.

Dugogodišnja situacija u našoj zemlji da su tretman, lečenje, nega i podrška osobama koje žive sa HIV-om bili sprovedeni samo od strane visokospecijalizovanih zdravstvenih ustanova, odnosno svega nekoliko odabranih zdravstvenih radnika i saradnika, doveo je do toga da je većina ustanova primarne, sekundarne i tercijarne zaštite potpuno isključena iz

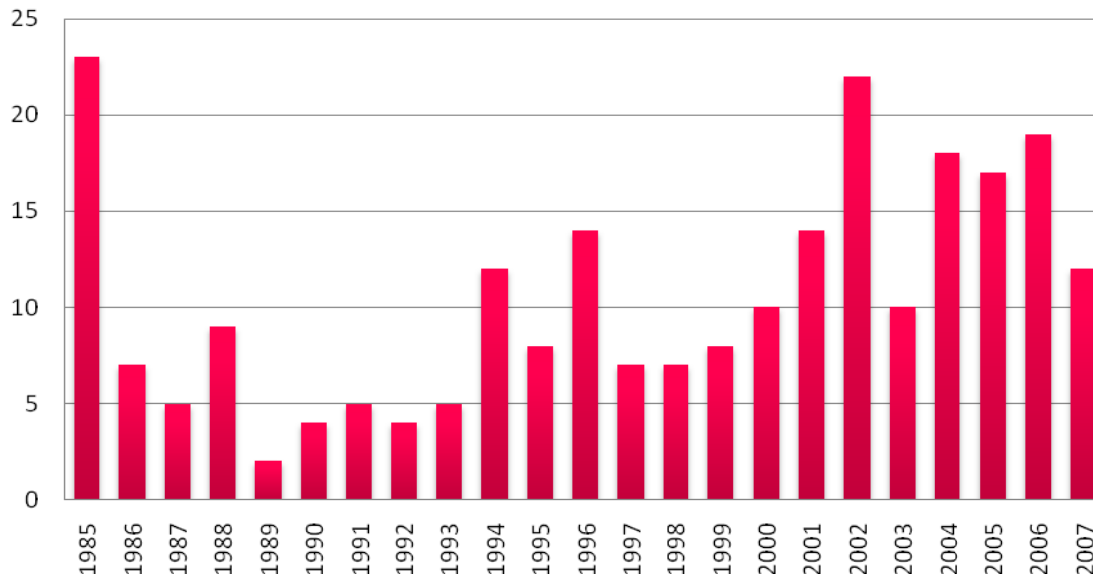
odgovora na HIV epidemiju. Prisutna praksa da se o HIV infekciji misli najčešće kada je zaražena osoba hospitalizovana u terminalnom stadijumu AIDS-a, dovela je do toga da je mogućnost farmakoterapijskog lečenja i psihosocijalne podrške značajno redukovana.

Međutim, poslednjih godina i u našoj zemlji odgovor najvećeg dela zdravstvene službe na epidemiju HIV infekcija se intenzivno menja. Raspoloživost visokoefikasne terapije, koja se koristi u lečenju HIV infekcija naglasila je potrebu rane dijagnostike. Strah od stigmatizacije osoba koje žive sa HIV-om, odnosno onih osoba čije rizično ponašanje ih dovodi u rizik za HIV, rezultovali su veoma malim brojem testiranih osoba. Promocija dobrovoljnog poverljivog savetovanja i testiranja na HIV i druge seksualno prenosive infekcije praćena je i promocijom stvaranja tolerantnog i nediskriminišućeg okruženja, posebno u zdravstvenim ustanovama, jer samo na taj način mogu da se postignu zadovoljavajući rezultati, odnosno da se očuva niska prevalencija HIV infekcija u AP Vojvodini.

HIV INFEKCIJE U AP VOJVODINI

Prvi slučajevi HIV infekcije u AP Vojvodini zabeleženi su svega četiri godine nakon otkrivanja prvih slučajeva u SAD – 1985. godine. Te godine zabeleženo je i najviše HIV infekcija do sad – 23. Najveći deo njih čine osobe obolele od hemofilije, zaražene parenteralnim putem pre početka rutinskog testiranja krvi i produkata krvi.

**Grafikon 1: HIV infekcije u AP Vojvodini
1985-30.09.2007**



Registrovani broj HIV infekcija smatra se manjim od realnog, s obzirom na dug asimptomatski period, mali broj testiranih po epidemiološkim indikacijama, kao i činjenice da se značajan broj HIV infekcija otkriva u terminalnoj fazi.

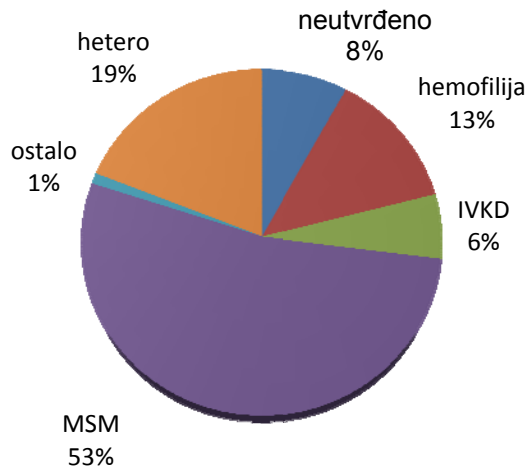
Od početka epidemije 149 osoba obolelo je od AIDS-a, a 85 umrlo. Kako je još 12 osoba koje su živele sa HIV-om umrlo od drugih uzroka, trenutno u našoj Pokrajini 145 osoba zna da živi sa HIV-om, od kojih su 62 obolele od AIDS-a. Treba

napomenuti da nisu retki slučajevi da pojedine osobe zaražene HIV-om pre 1985. godine još uvek žive sa HIV-om i više od 20 godina nakon zaražavanja.

Blizu 90% zaraženih HIV-om su muškarci. Ni jedan slučaj vertikalne transmisije nije zabeležen u našoj Pokrajini.

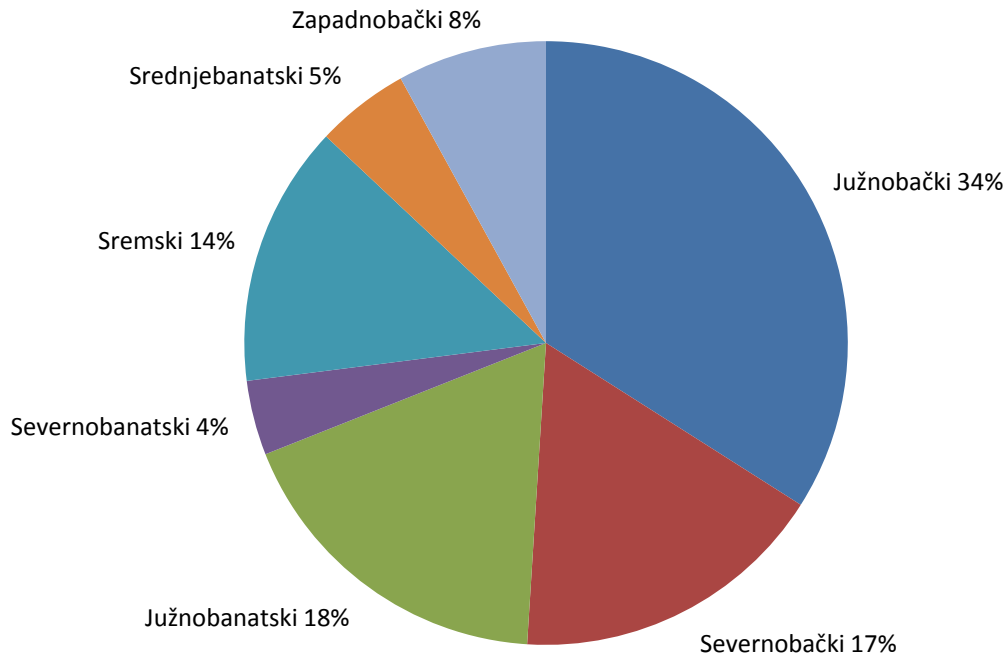
U odnosu na početak epidemije, muškarci koji su imali seksualne odnose sa muškarcima čine oko 50% svih slučajeva HIV infekcije, sledi heteroseksualni način transmisije, a na trećem mestu su osobe obolele od hemofilije.

Grafikon 2 : HIV infekcije u AP Vojvodini u odnosu na vid transmisije



HIV infekcije registruju se u svim vojvođanskim okruzima. Najviše ih je u Južnobačkom, a slede Južnobanatski i Severnobački.

Grafikon 3: HIV infekcije u AP Vojvodini u odnosu na okrug



Odgovor zdravstvene službe na epidemiju HIV infekcije ostvaruje se kroz:

- 1. Epidemiološki nadzor*
- 2. Prevenciju*
- 3. Dijagnostiku*
- 4. Negu i lečenje*
- 5. Podršku osobama koje žive sa HIV-om.*

Intenzitet odgovora i prioriteti zavise od nivoa epidemije u jednoj zajednici. Postoje tri moguća nivoa epidemije:

- 1. Epidemija niskog nivoa: prisutna je onda kada je prevalencija HIV infekcija među trudnicama ispod 1%, dok je prevalencija u svakoj od vulnerabilnih grupa ispod 5%,*
- 2. Koncentrisana epidemija: prisutna je onda kada je prevalencija među trudnicama ispod 1%, a prevalencija barem u jednoj od vulnerabilnih grupa iznad 5%,*
- 3. Generalizovana epidemija: prisutna je onda kada je prevalencija među trudnicama iznad 1%.*

Pod vulnerabilnim, odnosno za HIV posebno osetljivim grupama smatraju se muškarci koji imaju seksualne odnose sa muškarcima, intravenski korisnici droga i osobe koje prodaju seksualne usluge.

Generalizovana epidemija prisutna je prvenstveno u zemljama Subsaharske Afrike. Iako se naša zemlja označava kao zemlja sa epidemijom HIV infekcija niskog nivoa, opsežnije seroepidemiološke studije, odnosno masovnija testiranja osoba posebno osetljivih na HIV, verovatno bi ukazala da se, barem kada je AP Vojvodina u pitanju, može govoriti i o koncentrisanoj epidemiji i to među muškarcima koji imaju seksualne odnose sa muškarcima.

EPIDEMIOLOŠKI NADZOR

Prema definiciji, epidemiološki nadzor predstavlja organizovano i sistematsko prikupljanje, obradu, analizu i interpretaciju podataka o zdravlju ili poremećaju zdravlja, sa povratnom informacijom učesnicima u nadzoru, kao i svim onima koji za takve informacije mogu da budu zainteresovani, a sa ciljem da se sagledaju i razumeju faktori koji utiču na zdravlje, odnosno koji dovode do poremećaja zdravlja, da se sagleda učestalost faktora rizika, obolevanja i umiranja, da se predlože i usvoje mere očuvanja zdravlja, prevencije i kontrole bolesti i odrede prioriteta u njihovom sprovođenju, te da se evaluiira uspešnost postojećih mera i predloži njihova korekcija.

Kada su u pitanju HIV infekcije, razlikujemo tri generacije epidemiološkog nadzor.

Prva generacija epidemiološkog nadzora uključuje rutinsko prikupljanje podataka o registrovanim HIV infekcijama, obolevanju i umiranju od AIDS-a. Svi raspoloživi podaci objedinjavaju se u Pokrajinskom registru HIV infekcija, koji postoji još od 1985. godine. Registar HIV infekcija predstavlja organizovani sistem prikupljanja podataka o novodijagnostikovanim HIV infekcijama, dijagnostikovanim slučajevima AIDS-a, smrtnim ishodima, kao i epidemioloških podataka od značaja za razumevanje epidemije HIV infekcija na području AP Vojvodine.

Pored registra HIV infekcija, u Centru za kontrolu i prevenciju bolesti Instituta za javno zdravlje Vojvodine postoje i Pokrajinski registri hepatitisa B i C, registar profesionalne izloženosti zdravstvenih radnika potencijalno infektivnom

meterijalu, a sprovodi se i praćenje sprovedenih testiranja na HIV, hepatitise i druge seksualno prenosive infekcije. Ukrštanje navedenih podataka omogućava celovitije sagledavanje kretanja HIV infekcija u našoj Pokrajini, te u skladu sa tim definisanje prioriteta u odgovoru na HIV epidemiju.

Druga generacija epidemiološkog nadzora nad HIV infekcijama, pored prikupljanja rutinskih podataka o registrovanim slučajevima HIV infekcija, odnosno AIDS-a, uključuje i sprovođenje studija seroprevalencije, sprovođenje bihejvioralnih studija, te linkovanje navedenih podataka sa podacima iz epidemiološkog nadzora nad seksualno prenosivim infekcijama.

Iako se HIV infekcije javljaju u svim slojevima stanovništva, najosetljivijim (najvulnerabilnijim) se smatraju muškarci koji imaju seksualne odnose sa muškarcima, intravenski korisnici droga i osobe koje prodaju seksuačne usluge. U našoj zemlji, Nacionalnom strategijom za borbu protiv HIV/AIDS-a su još kao posebno osetljive preoznate i osobe u zatvoru i vojsci. Pod određenim okolnostima i druge grupacije stanovništva mogu biti posebno vulnerabilne – deca u institucijama, deca koja žive i/ili rade na ulici, pripadnici manjinskih zajednica, izbeglice, emigranti i drugi. Procena prevalencije HIV infekcije, hepatitisa B i C i drugih SPI u ovim grupacijama putem seroepidemioloških studija daje najvalidnije podatke o stanju epidemije u jednoj zemlji, a ukrštanje tih podataka sa podacima dobijenim u bihejvioralnim studijama, koje daju odgovor na raširenost rizičnih, odnosno bezbednih oblika ponašanja, prisutne stavove i znanja, na najbolji način ukazuje na značaj pojedinih preventivnih mera i usmerava napore društvene zajednice na one aktivnosti koje daju najsvrsishodnije rezultate.

Sagledavanje učestalosti seksualno prenosivih infekcija, pored HIV i hepatitisa (sifilis, gonoreja, genitalna hlamidijaza i druge), predstavlja značajan segment u razumevanju kretanja HIV infekcija. SPI s jedne strane ukazuju na raširenost rizičnog ponašanja, a sa druge, zbog mogućnosti koinfekcije, označavaju osobe kod kojih su prisutne posebno osetljivim na HIV.

Treća generacija epidemiološkog nadzora, pored navedenog, uključuje i praćenje incidencije HIV infekcija, primene antivirusne terapije, kao i njenih posledica (adherencija, rezistencija), te oportunističkih infekcija i malignih oboljenja povezanih sa AIDS-om. Subtipizacija HIV-a takođe ima epidemiološki značaj.

Protivno uobičajenom uverenju da je epidemiološki nadzor delatnost isključivo epidemiološke službe, učešće celokupnog zdravstvenog sistema, ali i drugih segmenata društva, posebno nevladinih organizacija koje su uključene u odgovor na HIV epidemiju, lokalne zajednice i društva u celini, ključno je za uspešno sprovođenje nadzora. U AP Vojvodini trenutno se radi na uvođenju druge generacije nadzora (prva generacija se sprovodi još od 1985. godine), a treća generacija nadzora dobiće na svom značaju otvaranjem Centra za lečenje HIV infekcija pri Kliničkom centru Vojvodine.

PREVENCIJA

Prvih godina epidemije HIV infekcija većina preventivnih intervencija ogledala se u proširenju globalnog znanja o HIV-u kako putem medija, tako i različitim vidovima edukacije u školama i društvenoj zajednici. Kasnije, postao je popularan vid vršnjačke edukacije, gde mlade osobe jedne druge edukuju o prevenciji HIV-a, odnosno parnjačke edukacije, gde osobe sa određenim vidom rizičnog ponašanja edukuju osobe iz svog okruženja sa identičnim ponašanjem. S obzirom da su veoma retka ona društva gde je došlo do pada učestalosti novootkrivenih HIV infekcija, značaj ovakvih vidova prevencije je, izgleda, vrlo ograničen.

Savremena prevencija HIV infekcija sastoji se od sledećih komponenti:

1. Dobrovoljno poverljivo savetovanje i testiranje na HIV - Posebno edukovana osoba (savetnik) razgovara sa osobom (klijentom) koja se javila na mesto osposobljeno za ovakav vid rada (savetovalište) o ličnim rizicima koje ova osoba ima i klijent i savetnik zajedno pokušavaju da identifikuju strategiju za smanjenje ovog ličnog rizika. Pri tome, savetnik daje klijentu sve informacije od značaja usmenim putem ili u obliku pogodnih publikacija. Klijentu se takođe daju kondomi, lubrikanti i druga sredstva za prevenciju i pruža mu se mogućnost za upućivanje na odgovarajuće službe, posebno one za testiranje na HIV i druge krvno prenosive (KPI) i seksualno prenosive infekcije (SPI).

Kako su osnovni preduslovi savetovanja poverljivost podataka koje klijent/pacijent/bolesnik iznosi, kao i rezultata testiranja, to i okolnosti u kojima se savetovanje sprovodi moraju biti takve da obezbeđuju potpunu poverljivost. Sa druge strane, adekvatna procena ličnog rizika najčešće ne može da se ostvari bez postojanja potpunog poverenja na relaciji lekar (savetnik) – pacijent (klijent). Da bi to bilo moguće, neophodno je da:

- *lekar posveti dovoljno vremena pacijentu,*
- *savetovanju prisustvuju samo lekar i pacijent, a jedino po zahtevu pacijenta i neko treće lice,*
- *prostor u kojem se obavlja savetovanje obezbeđuje potpunu diskretnost; savetovanje ne može da se obavlja u bolesničkim sobama u kojima su prisutni i drugi bolesnici, u ambulantomama ili lekarskim sobama u kojima u vreme savetovanja borave drugi zdravstveni radnici,*
- *proces savetovanja teče kontinuirano, odnosno da se savetovanje ne prekida ulaskom drugih osoba u prostoriju, preglasnom muzikom ili drugim zvukovima, javljanjem na telefon i slično,*
- *prostorija u kojoj se obavlja savetovanje svojim izgledom odaje pozitivan utisak na osobu koja se savetuje,*
- *lekar svojim izgledom i stavom izaziva poverenje pacijenta (sedi nasuprot pacijentu, bez fizičkih barijera – radni sto i slično, blago je nagnut prema pacijentu, zauzima otvoren stav i konstantno održava kontakt očima; relaksiran je, ali izraz lica je prilagođen temama o kojim se razgovara, ne pokazuje dramatične gestove, ne iznosi i ne iskazuje lične stavove i mišljenja, prikladno je obučen – u savetovaništu uvek u civilnom odelu, a ne u mantilu ili uniformi, pri ulasku pacijenta u prostoriju ustaje i gledajući se u oči rukuje se sa pacijentom i pokazuje mu gde može da sedne)*
- *proces savetovanja teče kao razgovor dve osobe koje se uzajamno poštuju,*

- *se tokom savetovanja ne zapisuju podaci o pacijentu,*
- *tokom čitavog procesa savetovanja lekar uspostavlja i održava kontakt očima sa pacijentom.*

Savetovanje nije islednički postupak, gde lekar postavlja pitanja, a pacijent na njih odgovara. Lekar je više medijator, koji podstiče pacijenta da govori o sopstvenom riziku. Pri tome, lekar zauzima neutralan, neosuđujući stav. Ne ulazi u moralne rasprave o prisutnim rizicima, ne deli savete, već podstiče pacijenta da razume faktore koji utiču na njegovo rizično ponašanje.

Pri institutima i zavodima za javno zdravlje proces savetovanja se sprovodi i namenskim savetovalištima, koja moraju da ispunjavaju sve navedene uslove. Savetovališta bi trebala da budu funkcionalno povezana sa laboratorijama za HIV i hepatitis. Za ambulantne pacijente savetovanje se sprovodi u ambulantama gde se obavlja rutinski rad. Stoga je veoma značajno da i drugo osoblje sem lekara bude upoznato sa principima savetovanja, odnosno poverljivosti razgovora lekara i pacijenta, kako svojim aktivnostima ne bi narušavali osnovne principe savetovanja. Za hospitalizovane bolesnike, ukoliko je to moguće, savetovanje treba sprovoditi u namenski određenim i opremljenim prostorijama, koje omogućavaju sprovođenje procesa savetovanja po navedenim principima, a kada je to neostvarljivo, savetovanje treba sprovoditi pored bolesničkog kreveta, uz odsustvo ostalih bolesnika i osoblja.

Minimum informacija koje zdravstveni radnik mora da pruži pacijentu kojem predlaže testiranje na HIV mora da sadrži:

- *razloge zašto se testiranje na HIV predlaže,*
- *kliničke i preventivne koristi koje testiranje pruža, kao i moguće rizike, kao što je diskriminacija, odbacivanje i nasilje,*

- službe koje su dostupne u slučaju bilo HIV pozitivnog ili HIV negativnog rezultata, uključujući dostupnost antiretrovirusne terapije,
- činjenicu da će rezultat testa biti tretiran poverljivo i da sa njim neće biti upoznat niko izuzev onih zdravstvenih radnika koji su direktno uključeni u pružanje zdravstvene zaštite konkretnom pacijentu,
- činjenicu da pacijent ima pravo da odbije testiranje na HIV i da će se testiranje sprovesti ukoliko pacijent to ne odbije,
- činjenicu da odbijanje testiranja neće uticati na pružanje pacijentu zdravstvene zaštite koja ne zavisi od ishoda testa na HIV,
- u slučaju pozitivnog rezultata, ohrabrivanje pacijenta da rezultat saopšti osobama iz svog okruženja koje su bile izložene HIV-u,
- mogućnost da pacijent postavi pitanja zdravstvenom radniku u vezi HIV infekcije.

2. Pristup vulnerabilnim grupama kroz rad sa nevladinim organizacijama koje su im bliske, kroz aktivnosti u zatvorima i ustanovama za lečenje bolesti zavisnosti, rad na terenu (mestima gde se okupljaju osobe posebno osetljive na HIV) i formiranja posebnih jedinica za pružanje specifične zdravstvene zaštite vulnerabilnim grupama,

3. Savetovanje i testiranje u lokalnoj zajednici i pod okolnostima koje pogoduju klijentima – Kako su specijalizovana savetovališta za DPST prisutna samo u većim vođanskim centrima, a mogućnost savetovanja i testiranja u zdravstvenim ustanovama je ograničena na osobe koje se obraćaju radi pružanja zdravstvene zaštite, otvoreno je pitanje na koji način dosegnuti brojne građane koji su u riziku, a nemaju mogućnosti da rutinski uđu u sistem savetovanja i testiranja. Jedan od prihvatljivih rešenja je sprovođenje kampanja savetovanja i testiranja u lokalnoj zajednici – ruralnim i periurbanim sredinama, pod okolnostima koje odgovaraju potencijalnim klijentima, pre svega kada se radi o vremenu i prostoru testiranja,

poverljivosti razgovora i zaštite podataka, kao i mogućnosti brzog dobijanja rezultata i daljeg upućivanja na druge vidove zdravstvene zaštite. Pored toga, savetovanje i testiranje bi moralo da bude besplatno, bez neophodnih dokumenata kao uslova za savetovanje i testiranje i da nude mogućnost anonimnosti. Morali bi da budu sprovedeni od stručnjaka koji svojim autoritetom, znanjem i iskustvom mogu da razviju poverenje na relaciji klijent-savetnik. Treba napomenuti da je osnovni preduslov za uspešnost ovog koncepta prethodna destigmatizacija savetovanja i testiranja na HIV, odnosno promocija ovih aktivnosti kao društveno visokoprihvatljivih u cilju očuvanja zdravlja.

4. Uključivanje savetovanja i testiranja na hepatitis B i C, kao i druge SPI – integracija DPST na hepatitis B i C, kao i druge SPI u koncept DPST u pogledu zajedničkih puteva prenošenja koje dele sa HIV-om ima stručno opravdanje, dok sa druge strane, zbog posebne vulnerabilnosti osoba sa hepatitisima i drugim SPI prema HIV infekcije ima i praktičan značaj.

5. Edukacija osoba posebno osetljivih na HIV – Edukacija opšte populacije, široko prisutna prvih godina epidemije, uveliko se napušta u obliku u kojem je postojala, odnosno integriše se u redovni sistem obrazovanja. Prioritet u edukaciji predstavlja sprovođenje specifičnih edukativnih programa okrenutih osobama posebno vulnerabilnim na HIV. Preduslov za uspeh ovih aktivnosti je obezbeđen pristup zdravstvene službe vulnerabilnim grupama, praćen destigmatizacijom rizičnih oblika ponašanja. Ova specifična edukacija ima za cilj promovisanje usvajanja manje rizičnih oblika ponašanja, odnosno takozvano smanjenje štete. Promocija upotrebe kondoma pri svakom seksualnom odnosu, upotreba lubrikanata, smanjenja broja partnera, korišćenje sterilog pribora za upotrebu droga, nedeljenje pribora, odnosno uključivanje u programe lečenja bolesti zavisnosti samo su neki od primera.

6. Programi smanjenja štete – Edukacija osoba posebno osetljivih na HIV ostaće bez značajnih rezultata ukoliko nije praćena dostupnim programima smanjenja štete. Organizacija razmene špriceva i igala, besplatne distribucije kondoma i lubrikanata, besplatne laboratorijske dijagnostike i kliničkog pregleda, posebno na SPI, kao i dekriminalizacija rizičnih oblika ponašanja neki su od vidova prevencije koji bi morali da postoje u svakoj zajednici.

Kako bi se svi navedeni oblici prevencije mogli uspešno sprovesti, neophodno je umrežavanje svih aktera, odnosno organizacija i institucija koje imaju svoje mesto u odgovoru na HIV epidemiju. Povezivanje zdravstvenih ustanova sa nevladinim sektorom i uspostavljanje trajnog linka na relaciji pojedinac – zdravstvena služba – država jedini je siguran put za održivost kvalitetnog odgovora na HIV epidemiju. Formiranje Vojvođanske HIV mreže 2004. godine predstavlja prvi korak u ovom umrežavanju.

DIJAGNOSTIKA

Identifikacija rizika ispoljava se kroz dva aspekta: epidemiološki i klinički. Epidemiološki se odnosi na prisustvo različitih oblika rizičnog ponašanja, a klinički na postojanje odgovarajućih simptoma i znakova. U proceni rizičnog ponašanja po pravilu se postavljaju pitanja otvorenog tipa («Šta je ono što vas stavlja u rizik za HIV?») umesto «Koliko često menjaš partnere?», «Da li mi možete reći kada ste sebe poslednji put izložili riziku za hepatitis C» umesto «Kada si poslednji put uzeo drogu?». U toku ove komponente razgovora (u savetovalištu obavezno, a u drugim zdravstvenim ustanovama opcionalno) potrebno je pružiti pacijentu mogućnost da razmotri koji je značaj pojedinih faktora za njegove individualne rizike i na koji način može da ih prevaziđe («Da li znate da postoje ustanove u kojima se uspešno leče bolesti zavisnosti?», «Da li ste upoznati sa postojanjem programa razmene špriceva i igala?», «Da li znate da lubrikanti, koji značajno smanjuju mogućnost pucanja kondoma, mogu da se nabave i u našem gradu?»).

Odluka o testiranju može da se donese nakon procene rizika, ali može i da sačeka da se pacijent dovoljno upozna i sa procesom testiranja i tumačenja rezultata. Bitno je biti siguran da je pacijent primio dovoljno informacija da samostalno može da donese odluku o testiranju. Pacijenta ne treba nagovarati na testiranje. On mora da ima pravo da takvo testiranje odbije, pri čemu se njegova odluka o testiranju ne sme uslovljavati sa daljim pružanjem zdravstvene zaštite. U kliničkim uslovima, pacijentu treba napomenuti značaj testiranja za postavljanje dijagnoze, kao i dijagnostičko terapijske poteškoće koje mogu nastati ukoliko se testiranje ne sprovede, ali konačna odluka mora da bude na pacijentu.

Informacija o testiranju sadrži sve podatke od značaja za pacijenta – gde će biti uzorkovana krv, na koji način će krv biti uzeta, da će svi podaci, uključujući i rezultat biti poznati samo ordinirajućem lekaru i da ni drugi zdravstveni radnici ni pacijenti neće biti upoznati sa procedurom testiranja i rezultatom, osim ukoliko to nije neophodno u cilju dalje dijagnostike i lečenja. Potrebno je pružiti informaciju i kad će rezultat biti dostupan, kao i o mogućnosti da se u određenim slučajevima testiranje mora ponoviti. O postupku testiranja i tumačenja rezultata biće više reči doznije.

Pacijentu treba predočiti razliku između HIV, hepatitis B i C infekcije i AIDS-a, odnosno akutnog/hroničnog hepatitisa B i C. Treba mu ukazati na potrebu za daljom dijagnostikom u slučaju pozitivnog rezultata, mogućnostima lečenja, kao i daljem životu sa infekcijom/oboljenjem.

Vrlo je bitno informisati se o okolnostima koje mogu da utiču na dalji život pacijenta u slučaju pozitivnog nalaza (porodične i materijalne prilike, dostupnost zdravstvene zaštite i drugo) i razmišljati o prevazilaženju potencijalnih problema.

Kako se testiranje na HIV i hepatitis rutinski sprovodi skrining testovima, u slučaju reaktivnog rezultata mora se uzeti drugi uzorak seruma i nakon ponovljenog skrining testa sprovesti i potvrdni test. Tek nakon potvrdnog testa na HIV (kod nas), odnosno potvrdnog testa na HIV može se postaviti konačna dijagnoza infekcije.

Skrining testovima određuju se ukupna antitela ELISA tehnikom. U poslednje vreme dostupni su i testovi tzv. IV generacije, koje u isto vreme pored antitela određuju o pojedine antigene virusa, što omogućava raniju dijagnozu. Kako je za stvaranje merljive količine antitela neophodno da prođe određeno vreme nakon infekcije, neposredno nakon infekcije test može da pokaže lažno negativan rezultat (period prozora). Stoga je neophodno da se s pacijentom prodiskutuje o poslednjim rizicima, prisustvu perioda prozora, kao i eventualnom ponovnom testiranju po isteku perioda prozora. Za ELISA test na HIV period prozora traje uglavnom 6-8 nedelja, dok je kod testova IV generacije on smanjen na oko 3 nedelje. Ranije se prisustvo infekcije može utvrditi samo PCR metodom, ali i tad ne pre 2. nedelje nakon infekcije, što se u osim u posebnim forenzičnim slučajevima ne sprovodi rutinski ni u svetu ni kod nas.

Rezultat skrining (ELISA) testa može da bude nereaktivan, reaktivan ili indeterminantan.

Nereaktivan nalaz znači da je osoba negativna na traženi virus ili se nalazi u periodu prozora (senzitivnost testa je blizu 100%, te se, osim u slučaju perioda prozora, lažno negativni nalazi izuzetno dešavaju u uslovima savremene dijagnostike).

Reaktivan nalaz može da znači da je osoba pozitivna na traženi virus ili se radi o lažno pozitivnom nalazu (specifičnost testa je manja od 100%).

Indeterminantan nalaz znači da testom nije uspelo da se utvrdi da je nalaz niti reaktivan niti nereaktivan.

U slučaju nereaktivnog nalaza, ako smo se kroz savetovanje pre testiranja uverili da se osoba ne nalazi u periodu prozora, pacijentu saopštavamo da je nalaz negativan. Ukoliko je osoba bila u periodu prozora, ili to nismo mogli sa sigurnošću da utvrdimo, predlažemo da se testiranje ponovi po isteku perioda prozora.

U slučaju reaktivnog nalaza, moramo da uzmemo drugi uzorak seruma i da ponovimo testiranja skrining testom, a potom i potvrdnim testom (Western blot, odnosno imunoblot tehnika).

U slučaju indeterminantnog nalaza, neophodno je uzeti drugi uzorak seruma, uraditi još jednom skrining test a potom i potvrdni test. Ukoliko je nalaz na potvrdnom testu reaktivan, smatra se da je nalaz pozitivan, a ukoliko je test nereaktivan, smatra se da je nalaz negativan.

Nekada se dešava da i nakon potvrdnog testa rezultat ostaje indeterminantan. U tom slučaju potvrdni test se ponavlja posle 6-12 nedelja i nakon 6 meseci. Ukoliko i nakon uzastopnog potvrdnog testa rezultat ostaje indeterminantan, preporučuje se da se uradi PCR.

LEČENJE

Iako su prvi lekovi za AIDS počeli da se koriste još krajem osamdesetih godina, sredinom prošle decenije značajan naredak u lečenju donela je primena visokoaktivne antivirusne terapije (HAART). HAART predstavlja kombinaciju više antivirusnih lekova. Pored toga, u lečenju se koriste i lekovi protiv oportunističkih infekcija, citostatici, zračna terapija i drugo.

Cilj savremenog odgovora na HIV epidemiju je rana dijagnostika HIV infekcija. Međutim, kako se i dalje u pojedinim slučajevima HIV infekcije dijagnostikuju u terminalnom stadijumu, a pojedine osobe koje žive sa HIV-om bilo zbog negiranja sopstvenog poremećaja zdravlja, bilo zbog opredeljenja za alternativne vidove lečenja, odnosno opredeljivanje da se ne uključe u redovan zdravstveni sistem, prirodnim tokom HIV infekcije dospevaju u terminalni stadijum oboljenja. Ovim osobama neophodna je adekvatna nega u kućnim uslovima, odnosno na nivou primarne zdravstvene zaštite. Edukovanost i spremnost patronažnih službi i drugih lica odgovornih za ovaj vid podrške od velikog je značaja, posebno za palijativno zbrinjavanje osoba koje žive sa HIV-om.

PODRŠKA OSOBAMA KOJE ŽIVE SA HIV-OM

Podrška osobama koje žive sa HIV-om ogleda se kroz više aktivnosti:

1. Stvaranje nediskriminišućeg okruženja – Pored svoje etičke opravdanosti, stvaranje tolerantnog okruženja u svim segmentima društva ima i veliki praktičan značaj. Jedan od vodećih razloga zašto osobe koje su svesne sopstvenog rizika za HIV ne pristupaju testiranju, što za posledicu ima veliki broj HIV infekcija koje se otkriju u uznapredovaloj fazi, kada su terapijski efekti manji, a mogućnost širenja infekcije, zbog duge asimptomatske faze izražena, je strah od diskriminacije u slučaju pozitivnog nalaza. U uslovima posmatranja HIV infekcije kao samo jednog od mnogobrojnih hroničnih oboljenja, a ne nečega što je neminovno vezano za rizično ponašanje i predstavljanja AIDS-a kao kazne za takvo ponašanje, omogućava se otkrivanje HIV infekcije u ranoj fazi, pravovremeno upućivanje na terapiju, odnosno kliničko praćenje, a time i značajno očuvanje dužine i kvaliteta života. Poznato je i da osobe koje znaju svoj HIV status značajno smanjuju svoje rizično ponašanje, za razliku od onih koji ne znaju svoj HIV status, koji u manjoj meri menjaju svoje navike.

2. *Eliminisanje stigmatizacije i diskriminacije iz zdravstvenih ustanova – Dok se stigmatizacija i diskriminacija osoba koje žive sa HIV-om u nekim segmentima društva donekle i može razumeti (mada ne i opravdati), pa tako ni visokorazvijene zemlje nisu u potpunosti uspele da se suoče sa ovim problemom, makar da je reč i o „tihoj diskriminaciji“, koja se ne može regulisati zakonskim aktima, dotle u zdravstvenim ustanovama ne bi smelo da bude mesta ni za najmanji oblik stigmatizacije i diskriminacije. Nakon blizu 30 godina epidemije HIV infekcija u svetu i skoro 25 godina u AP Vojvodini, neznanje, needukovanost ili nešto drugo ne bi smelo da predstavlja izgovor za uskraćivanje bilo osnovnih, bilo proširenih prava na zdravstvenu zaštitu. Izolovanje, odvajanje, poseban tretman, posebne procedure, obavezna testiranja, pribavljanje nalaza, javno izlaganje nalaza, neformalna diskusija o oblicima ponašanja i HIV statusu pacijenata su nešto što je nedopustivo u savremenoj zdravstvenoj zaštiti. Označavanje ili na bilo koji način isticanje HIV statusa na zdravstvenoj dokumentaciji takođe nije opravdano. Kolokvijalan govor, pežorativno izražavanje, nepridržavanje profesionalnih i etičkih načela prema osobama koje su posebno osetljive na HIV ne bi smelo da se dešava u zdravstvenim ustanovama. Zdravstvene ustanove moraju da predstavljaju uzor za tolerantnu i nediskriminišuću sredinu, u kojima etičan i stručan pristup pacijentu imaju prioritet.*

3. *Redukcija stigmatizacije i diskriminacije u svim segmentima društva – Vidovi diskriminacije osoba koje žive sa HIV-om mogu se javiti u školama, fakultetima, zatvorskim ustanovama, ustanovama socijalne zaštite, tržištu rada, policijskim službama. Poseban problem predstavlja nekritičko izveštavanje u medijima, gde se, u potrazi za senzacijom, zanemaruju primarni cilji osoba koje žive sa HIV-om, odnosno takvim načinom izveštavanja kako ove osobe, tako i one koje su posebno osetljive na HIV se destimulišu za uključivanje u sistem zdravstvene zaštite. Zdravstvena služba mora da bude lider sveopšte redukcije stigmatizacije i diskriminacije u svim aspektima društvenog života.*

4. *Medijska promocija tolerantnog okruženja za osobe koje žive sa HIV-om – Uspostavljanje saradnje zdravstvene službe sa nacionalnim, regionalnim, a posebno lokalnim sredstvima informisanji je preduslov za kontinuiranu medijsku promociju stvaranja tolerantnog nediskriminišućeg okruženja. Kontinuirana edukacija novinara trebala bi da rezultuje pozitivističkom pristupu medija problemu HIV infekcija i na taj način njihovom adekvatnom uključivanju u odgovor na HIV epidemiju.*

5. *Specijalizovani timovi podrške – Stvaranje timova stručnjaka iz oblasti medicine, psihologije, socijalne zaštite, prava i zapošljavanja, koji uključuju pojedince koji su visokostručni, ali isto tako i posebno senzibilisani za problematiku HIV infekcija osnov je celovitog pristupa odgovoru na HIV infekciju. I pored visoke motivisanosti zdravstvenih radnika koji se svakodnevno susreću sa ljudima koji žive sa HIV-om, bez podrške drugih segmenata društva, rezultat rada neće biti potpun. Timski multisektorski pristup trebao bi da rezultuje stvaranjem zakonske regulative, kojom će biti regulisana na moderan način sva pitanja od značaja za život ljudi zaraženih HIV-om.*

6. *Razvijanje mehanizama za registrovanje i sankcionisanje slučajeva diskriminacije - Svako moderno društvo moralo bi da ima izgrađene sistem za registrovanje i sankcionisanje slučajeva diskriminacije, kao i razvijene mehanizme za pristup ovom sistemu.*

7. *Uključivanje lokalne zajednice – Uključivanje svih nivoa vlasti, od republike, pokrajine, okruga, opštine do nivoa naseljenog mesta jedini je pristup koji može da obezbedi održivost odgovora na HIV epidemiju. Takav odgovor ne sme da bude ekskluzivitet pojedinih ustanova ili pojedinaca. Adekvatan odgovor lokalne zajednice na epidemiju uključuje donošenje lokalnih programa prevencije i podrške osobama koje žive sa HIV-om i njihovo finansiranje, umrežavanje svih aktera na nivou lokalne zajednice, sa lokalnom zdravstvenom službom kao liderom ovim aktivnosti.*

Literatura:

1. Zarazne bolesti u AP Vojvodini u 2006. godini (ed. Šeguljev Z.). Institut za zaštitu zdravlja Novi Sad, Novi Sad:2007.
2. Đurić P, Brkić S, Čosić G, Petrović V, Ilić S. Kontrola i prevencija krvnoprenosivih infekcija u zdravstvenim ustanovama. Institut za javno zdravlje Vojvodine, Novi Sad:2007.
3. Đurić P. Savetovanje i testiranje na HIV i druge krvnoprenosive viruse u zdravstvenim ustanovama. Institut za javno zdravlje Vojvodine, Novi Sad:2007.
4. Surveillance of exposure to blood borne viruses (HIV, HBV, HCV) and its management 1999-2004. Special preventive Programme. Centre for health Protection. Department of Health, Hong Kong, January 2006
5. Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Post-exposure Prophylaxis. MMWR 2001;50(No. RR-11)
6. Gerberding JJ. Management of occupational exposures to blood-borne viruses. NEJM:February 1995; 444-51.
7. MMWR June 29, 2001/50 (RR11):1-42: updated US Public health Service Guidelines for the management of occupational Exposures to HBV, HCV and HIV and Recommendations for Postexposure prophylaxis.
8. HIV Post Exposure Prophylaxis. Guidance from the UK Chief medical Officers. Expert Advisory Group on AIDS. Dpt. Of Health, February 2004
9. Surveillance of exposure to blood borne viruses (HIV, HBV, HCV) and its management 1999-2004. Special preventive Programme. Centre for health Protection. Department of Health, Hong Kong, January 2006
10. Thore Lorenzen and Katrin Graefe. Post Exposure Prophylaxis. HIV medicine 2006; 14:1-825
11. AETC NRC Updated US Public health Service Guidelines for the management of occupational exposures to HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. October 2005
12. Treatment for Adult HIV infection. 2006 Recommendations of the international AIDS Society USA Panel. JAMA 2006;296 (7): 827-940
13. CDC. Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. MMWR Recommendations and Reports 2001;50(No. RR11):1-42.
14. CDC. Special Article Guideline for infection control in health care personnel, 1998. AJIC 1998;26(3):289-354.
15. Health protection agency. Occupational transmission of HIV. London:2005.
16. Ippolito G, Puro V, De Carli G, Italian Study Group on Occupational Risk of HIV Infection. The risk of occupational human immunodeficiency virus in health care workers. Arch Int Med 1993;153:1451--8.
17. Bell DM. Occupational risk of human immunodeficiency virus infection in healthcare workers: an overview. Am J Med 1997;102(suppl 5B):9--15.
18. Bell DM. Occupational risk of human immunodeficiency virus infection in healthcare workers: an overview. Am J Med 1997;102(suppl 5B):9--15.