



SAVETOVANJE I TESTIRANJE NA HIV I DRUGE
KRVNOPRENOSIVE VIRUSE U ZDRAVSTVENIM
USTANOVAMA

Institut za javno zdravlje Vojvodine

2007 | **Centar za kontrolu i prevenciju bolesti**

**SAVETOVANJE I TESTIRANJE NA HIV I DRUGE KRVNOPRENOŠIVE INFEKCIJE U
ZDRAVSTVENIM USTANOVAMA**

Izdavač: Institut za javno zdravlje Vojvodine, Centar za kontrolu i prevenciju bolesti

Autor:

Asist. dr Predrag Đurić, Medicinski fakultet Novi Sad

Recenzenti:

Prof. dr Zorica Šeguljev

Prof. dr Snežana Brkić

Vizuelni identitet: Josip Mihajlović

Supported by:

International Trauma and Injury Research and Training Program

The University of Iowa College of Public Health

Fogarty International Center

National Institutes of Health, USA

ISBN

SADRŽAJ

SAVETOVANJE I TESTIRANJE NA HIV I DRUGE KRVNOPRENOSIVE INFEKCIJE U ZDRAVSTVENIM USTANOVAMA.....	4
DOBROVOLJNO POVERLJIVO SAVETOVANJE I TESTIRANJE	7
1. DPST U SAVETOVALIŠTIMA ZA HIV I SPI	8
2. DPST KOD AMBULANTNIH PACIJENATA	8
3. DPST KOD HOSPITALIZOVANIH BOLESNIKA.....	9
4. DPST U SLUŽBAMA URGENTNE MEDICINE	10
5. DPST NA TERENU	10
6. DPST POD POSEBNIM OKOLNOSTIMA.....	11
OPŠTI USLOVI ZA SPROVOĐENJE SAVETOVANJA	11
SAVETOVANJE PRE TESTIRANJA.....	12
INDIKACIJE ZA TESTIRANJE NA HIV	16
TESTIRANJE	18
SAVETOVANJE POSLE TESTIRANJA.....	19
SPECIFIČNOSTI SAVETOVANJA I TESTIRANJA POSEBNO OSETLJIVIH GRUPA	21
NAJČEŠĆE NEDOUMICE OKO SAVETOVANJA I TESTIRANJA.....	22

SAVETOVANJE I TESTIRANJE NA HIV I DRUGE KRVNOPRENOSIVE INFEKCIJE U ZDRAVSTVENIM USTANOVAMA

Pojava epidemije HIV infekcija 1981. godine, koja je prepoznata prvo u SAD, a vrlo brzo i u većini drugih zemalja, nije predstavljala samo novi medicinski problem, već je zabrinula i same zdravstvene radnike, ne samo zbog sopstvenog mogućeg rizičnog ponašanja, nego i zbog moguće povećane profesionalne izloženosti ovoj novoj infekciji. Nepoznavanje puteva širenja HIV infekcije dovela je do brojnih slučajeva diskriminacije ljudi koji žive sa HIV-om, njihovom lišavanju osnovnih ljudskih i građanskih prava. Diskriminacija se javljala na radnom mestu, u školi, u porodici, ali neretko i u zdravstvenim ustanovama.

S obzirom da su se prvi slučajevi HIV-a javljali među osobama koje pripadaju onim delovima stanovništva koji su i inače izrazito stigmatizovani zbog svog ponašanja koje ih razlikuje od većine stanovništva (muškarci koji imaju seksualne odnose sa muškarcima, korisnici droga, osobe koje prodaju seksualne usluge) kod mnogih građana stvoren je znak jednakosti između prisustva HIV infekcije i pripadnosti jednoj od stigmatizovanih grupa, što je samo produbilo stigmatizaciju ljudi koji su živeli sa HIV-om. Ovakva stigmatizacija dovela je do njihovog dodatnog odbacivanja. U zdravstvenim ustanovama stigmatizacija se ogledala u javnom obeležavanju osoba koje žive sa HIV-om (jasno vidljivim upisivanjem HIV statusa na zdravstvenoj dokumentaciji), izolacijom ovih ljudi unutar zdravstvenih ustanova, sprovođenjem dodatnih, a stručno neutemeljenih, mera prevencije, a u pojedinim slučajevima i diskriminacije HIV pozitivnih osoba odbijanjem da im se pruži zdravstvena zaštita, često pod suptilnim izgovorima da zdravstveno osoblje nije u stanju da pruži određene vidove zdravstvene zaštite, odnosno upućivanjem svih osoba zaraženih HIV-om na centre za lečenje HIV infekcija, bez obzira na kliničke manifestacije.

Poslednjih godina, povezanost hepatitisa C sa parenteralnom upotrebom droge, kao i hepatitisa B sa nezaštićenim seksualnim odnosom i, takođe, parenteralnom upotrebom droge, dovela je, istina u manjoj meri, do stigmatizacije i diskriminacije osoba sa ovim infekcijama.

Pored implikacija koje stigmatizacija i diskriminacija imaju na osobe koje žive sa HIV-om, i osobe koje se rizično ponašaju, a ne znaju svoj HIV status, takođe se značajno pogođene ovim pojavama. Iako je uvođenje visokoaktivne antivirusne terapije značajno doprinelo očuvanju kvaliteta i dužine života osoba koje žive sa HIV-om, strah od mogućeg odbacivanja, gubitka radnog mesta, mogućnosti školovanja i obeležavanja kao nekog ko je

manje vredan i opasan za okolinu, doveo je do toga da osobe koje su svesne svog rizika izbegavaju da saznaju svoj HIV status. Time se ne samo uskraćuje mogućnost mnogim osobama zaraženim HIV-om koje ne znaju svoj HIV status da se uključe u lečenje, već se održava rizik prenošenja HIV infekcije sa njih na druge nezaražene osobe. Naime, istraživanja su pokazala da osobe koje znaju svoj HIV status (bio on pozitivan ili negativan) značajno smanjuju svoje rizično ponašanje, za razliku od osoba koje ne poznaju svoj HIV status.

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.

Stoga se poslednjih godina promoviše drugačiji vid prevencije HIV infekcija, koji se ogleda u individualnom radu sa osobama koje su u riziku za 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). Po ovom konceptu, savetnik može biti bilo koja osoba koja to želi (zdravstveni radnik, psiholog, sveštenik, aktivista NVO, osoba koja živi sa HIV-om, vršnjački edukator), a uz to je prošla i odgovarajuću specijalizovanu edukaciju. Savetovanje se može sprovoditi bilo gde (zdravstvena ustanova, savetovalište za mlade, prostorije NVO, ulica, odnosno mesto gde se okupljaju osobe koje se rizično ponašaju. Polazeći od ovog koncepta i u našoj zemlji značajan broj ljudi je prošao specijalizovanu edukaciju za savetnike. Nedostaci ovakve vizije prevencije su brojni: stvaranje široke mreže savetnika bez institucionalizovane podrške vodi ka njihovoj neprepoznatljivosti u lokalnoj sredini, odnosno oni imaju malo ili nimalo klijenata; zbog različitog profesionalnog bekgranda oni često ne uživaju poverenje ni klijenata, ni ustanova u koje treba da upućuju klijente; finansiranje ovakvog vida savetovanja nije rešeno, te mnogi odustaju od ove aktivnosti i pre nego što su počeli da je sprovode; većini je i ciljana populacija nedostupna, te usmeravaju svoje aktivnosti ka mladima, koji najčešće nisu zainteresovani za individualni rad.

Usled svega navedenog, savetovališta za HIV i SPI opstala su gotovo isključivo pri institutima i zavodima za javno zdravlje, gde se prepoznati kao posebna celina, sa

edukovanim lekarima-epidemiozima, kao i funkcionalnom povezanošću sa testiranjem na HIV i SPI. Posebna prednost savetovališnog rada u ovim javnozdravstvenim institucijama je činjenica da klijenti najčešće isti ili sledeći dan mogu da saznaju svoj HIV status, ali i isto tako činjenica da su osobe koje se javljaju na testiranje na HIV najčešće veoma motivisane za individualni rad, posebno ako se samoinicijativno javljaju na testiranje (a ne na predlog nadležnog lekara ili druge osobe).

Vodeći problem sa savetovanjem i testiranjem u institutima i zavodima za javno zdravlje u AP Vojvodini predstavlja mali broj klijenata. Sa izuzetkom Novog Sada, u kojem se testira oko 1/3 svih testiranih u Republici Srbiji i preko 80% testiranih u AP Vojvodini, te delimično Subotice, Zrenjanina i Sremske Mitrovice, broj savetovanih i testiranih u drugim gradovima je minimalan. Razlozi tome su brojni i uključuju kako same materijalne i kadrovske poteškoće ovih ustanova, tako i otpor savetovanju i testiranju u malim sredinama.

Sa druge strane, najveći broj testiranja na HIV u AP Vojvodini, izuzimajući dobrovoljne davaoce krvi, sprovodi se u stacionarnim zdravstvenim ustanovama, za hospitalizovane bolesnike i, ređe, ambulantne pacijente. Ipak, sa 4 testiranja na HIV na 1000 stanovnika godišnje, AP Vojvodina se nalazi na samom začelju u Evropi. Vrlo je važno napomenuti da je najveći broj novootkrivenih slučajeva HIV infekcija registrovan upravo kod klijenata savetovališta za HIV i hepatitise u javnozdravstvenim ustanovama, dok se slučajevi HIV infekcija značajno ređe registruju u stacionarnim zdravstvenim ustanovama, privatnim laboratorijama i transfuziološkoj službi. Razloge za to (ako se ima u vidu relativno mali broj klijenata savetovališta) treba tražiti neadekvatno postavljenim indikacijama za testiranje, što je posledica nesvršishodnog uzimanja epidemiološke ankete u okviru anamneze, odnosno velikom učešću mandatornog testiranja na HIV (poznavanje nečijeg HIV statusa kao uslova za prijem u bolnicu ili sprovođenje medicinske procedure).

Kako je broj testiranja na HIV u AP Vojvodini izuzetno mali, a struktura indikacija za testiranje vrlo nepovoljna (prednost mandatornog testiranja u odnosu na testiranja po kliničkim i epidemiološkim indikacijama), te nepostojanja seroepidemioloških studija, može se pretpostaviti da je realan broj građana AP Vojvodine koji žive sa HIV-om značajno veći od registrovanog broja.

Kako ovaj problem nije jedinstven za našu pokrajinu, govore i najnovije preporuke CDC za testiranje na HIV u zdravstvenim ustanovama.

Cilj ove publikacije je podrška lekarima, kako onima koji rade u savetovalištim za HIV i SPI, tako i lekarima domova zdravlja, ustanova sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite, te privatnim lekarima u proceni rizika za HIV i druge krvoprenosive infekcije kod svojih klijenata/pacijenata, te adekvatno postavljanje indikacija za testiranje, tumačenje rezultata testa i smanjenja rizika za HIV.

Savetovanje se definiše kao poverljiv razgovor između osobe koja se savetuje (klijent, pacijent) i osobe koja je savetuje (savetnik, lekar) sa ciljem da se savetovanoj osobi omogući da se nosi sa stresom koji prati testiranje na HIV, kao i da donese odgovarajuće odluke vezane za sopstveni rizik za HIV. Savetovanje uključuje i procenu ličnog rizika za HIV, kao i razgovor o primeni odgovarajućih preventivnih mera na individualnom nivou. Cilj savetovanja je prevencija HIV infekcije, kao i pružanje emotivne podrške osobama koje su u dilemi da li sa se testiraju na HIV ili kod kojih je testiranje na HIV indikovano, kao i da omogući suočavanje sa rezultatom testa na HIV.

Savetovanje se može sprovoditi nezavisno od mogućnosti testiranja (najčešće ga pruža civilni sektor) ili neposredno (testiranje se sprovodi odmah nakon savetovanja) ili posredno (upućivanjem u određenu ustanovu) povezano sa testiranjem na HIV, kada govorimo o funkcionalnoj celini – dobrovoljnom poverljivom savetovanju i testiranju na HIV (DPST).

Uz saglasnost savetovane osobe, u proces savetovanja može da se uključi i druga osoba (roditelj, partner, prijatelj). S obzirom na identične puteve prenošenja, uz savetovanje i testiranje na HIV, često je potrebno i korisno uključiti i savetovanje i testiranje na hepatitis B i C i druge SPI.

Savetovanje sa sastoji od savetovanja pre testiranja, savetovanja posle testiranja i savetovanja u okviru daljeg praćenja klijenta/pacijenta.

U pogledu lokacije gde se sprovodi, razlikujemo sledeće vidove DPST:

- 1) DPST u savetovaništima za HIV i SPI,
- 2) DPST kod ambulantnih pacijenata,
- 3) DPST kod hospitalizovanih bolesnika,
- 4) DPST u službama urgentne medicine,
- 5) DPST na terenu,
- 6) DPST pod posebnim okolnostima.

1. DPST U SAVETOVALIŠTIMA ZA HIV I SPI

Osnovne karakteristike DPST o savetovalištim su:

a) U savetovalište se klijenti javljaju na savetovanje i testiranje samoinicijativno, nakon što su identifikovali rizik u sopstvenom ponašanju ili nakon što im je neko preporučio da se testiraju na HIV (zdravstveni radnik, terenski radnik, roditelj, prijatelj, partner...). Ove osobe su posebno motivisane za proces savetovanja i testiranja i po pravilu su dolaskom u savetovalište već donele odluku da se testiraju na HIV. Izuzetak čine osobe kojima je predloženo ili zahtevano savetovanje i testiranje na HIV usled omogućavanja pristupa nekoj intervenciji (lečenje bolesti zavisnosti, seksualno prenosivih infekcija, vantelesna oplodnja, druga medicinska intervencija, prijem u odgovarajuću ustanovu socijalne zaštite) ili kao uslov partnera za stupanje u seksualne odnose, brak, dobijanje vize i slično. Ukoliko se radi o navedenom, a osoba nije već prethodno savetovana na HIV, proces savetovanja će proticati teže, a osobi se još jednom mora predložiti mogućnost da mora samostalno da odluči da li želi da pristupi testiranju na HIV.

b) Stručno osoblje koje radi u savetovalištu posebno je edukovano i motivisano za savetodavni rad i, po pravilu, najviše vremena u svom radu posvećuje upravo ovoj aktivnosti. To omogućava dovoljno vremena za obavljanje celog procesa DPST na adekvatan način. U praksi se, ipak, javljaju slučajevi da su lekari-savetnici od strane svojih pretpostavljenih prinuđeni da rade i brojne druge poslove, što ih često sputava da sam proces DPST, koji je veoma zahtevan i brzo «troši» one koji ga sprovede, izvedu na pravi način.

c) Savetovališta za HIV poseduju namenski prostor i opremu za sprovođenje savetovanja i testiranja, što omogućava poverljivost procesa, kao i brzo testiranje i izdavanje rezultata. Nažalost, u našim uslovima diskontinuirano snabdevanje testovima i negiranje značaja ovih aktivnosti od strane rukovodećeg kadra pojedinih javnozdravstvenih ustanova često onemogućava sprovođenje procesa DPST.

2. DPST KOD AMBULANTNIH PACIJENATA

Pod ambulantnim pacijentima podrazumevaju se oni kako u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, tako i u specijalističkim službama na višim nivoima zdravstvene zaštite.

Najveći procenat seksualno aktivnog stanovništva praktično je u zdravstvenom sistemu isključivo u kontaktu sa primarnom zdravstvenom zaštitom. Ona je dostupna gotovo svima, a dugogodišnji kontakt izabranih lekara sa celokupnim stanovništvom kojem pruža zdravstvenu zaštitu, omogućava i kontinuiran uvid u zdravstveno stanje i, često, rizično ponašanje pacijenata. Kako su savetovališta za HIV često neprepoznatljiva većini stanovništva, a nekima i teško dostupna zbog geografske udaljenosti ili finansijskih razloga, uloga primarne zdravstvene zaštite je izuzetna u smislu prevencije HIV infekcija.

Svaki lekar u primarnoj zdravstvenoj zaštiti trebao bi da, kroz poverljiv razgovor sa svakim svojim novim pacijentom, stekne uvid u njegovo rizično ponašanje, ili prepoznavanjem rizičnog ponašanja kod novog/starog pacijenta, sprovede savetovanje na HIV, uključujući procenu rizika i, nakon dobijanja informisane saglasnosti, uputi pacijenta na testiranje na HIV i druge KPI/SPI.

Identičan postupak procene rizika, savetovanja i upućivanja na HIV/KPI/SPI testiranje trebalo bi da se sprovodi i kod ambulantnih pacijenata na višim nivoima zdravstvene zaštite, tim pre što se na ovaj nivo javljaju osobe sa odgovarajućim kliničkim manifestacijama. Za razliku od primarnog nivoa, ovde lekar najčešće ne poznaje pacijenta i nema uvid u njegovo ranije rizično ponašanje i ranije kliničke manifestacije koje mogu biti povezane sa HIV infekcijom, što iziskuje opširniju anamnezu, odnosno epidemiološku anketu.

Najveći nedostatak DPST kod ambulantnih pacijenata je vrlo malo vremena koje lekar ima na raspolaganju, nemotivisanost pojedinih pacijenata za poverljiv razgovor, kao i nepoverenje u zdravstvenu službu. Uska profesionalna usmerenost pojedinih lekara izaziva otpor uključivanju DPST u rutinski rad. S obzirom na navedene objektivne i druge okolnosti, u datoj situaciji kada proces DPST ne može da se sprovede kod ambulantnih pacijenata, njima se mora pružiti barem informacija o potrebi i mogućnosti savetovanja i testiranja u savetovalištim za HIV i SPI i pacijente treba uputiti u ova savetovališta.

Međutim, treba imati u vidu da će se vrlo mali broj pacijenata javiti bilo u savetovališta, bilo zbog svojih kliničkih manifestacija u stacionarnu ustanovu, što ukazuje na dominantnu ulogu primarne zdravstvene zaštite i ambulantne službe viših nivoa zdravstvene zaštite u prevenciji HIV infekcija i bez širokog uključivanja DPST u rutinski rad kod ambulantnih pacijenata, prevencija HIV infekcija davaće veoma oskudne rezultate.

3. DPST KOD HOSPITALIZOVANIH BOLESNIKA

Najveći broj testiranja na HIV u AP Vojvodini sprovodi se upravo kod hospitalizovanih bolesnika. Uprkos tome, prevalencija HIV infekcija kod testiranih je niska. Pored relativno niske prevalencije HIV infekcija u našoj populaciji, razlog je, svakako, već spomenuto nesistematično postavljanje indikacija za testiranje. S jedne strane, testiranje na HIV se rutinski (mandatorno) sprovodi kod bolesnika bez kliničkih i epidemioloških indikacija, ali koji se spremanju za pojedine invazivne metode, ili pak, već kao uslov za prijem na bolničko lečenje. S druge strane, većina osoba koje danas žive sa HIV-om su se u više navrata javljale lekaru i bivale hospitalizovane zbog određenih kliničkih manifestacija, ali testiranje na HIV kod njih nije sprovedeno. Navedeno nam govori u prilog činjenici da se testiranje na HIV u bolničkim uslovima češće sprovodi u cilju prevencije HIV infekcije kod zdravstvenih radnika i drugih bolesnika, ređe u cilju postavljanja diferencijalne dijagnoze kod teških bolesnika, a vrlo retko po epidemiološkim indikacijama (izuzetak su korisnici droga, kao visoko stigmatizovana populacija).

Kako je u našoj sredini učešće HIV pozitivnih osoba sa klinički manifestnim oboljenjem i dalje veoma visoko među novootkrivenim infekcijama, ali i kako bolnice predstavljaju idealno mesto da se nekom ponudi test na HIV, usled razvijenog poverenja bolesnika i njihove preokupacije sopstvenim zdravljem, odnosno njegovim odsustvom, uvođenje DPST u rutinsku praksu kod svakog novoprimljenog bolesnika, odnosno obavezno uključivanje procene rizika za HIV i druge KPI/SPI u okviru anamneze svakog novoprimljenog bolesnika može značajno doprineti prevenciji HIV infekcija u našoj populaciji.

4. DPST U SLUŽBAMA URGENTNE MEDICINE

Ovaj vid DPST izaziva najviše etičkih dilema, s obzirom da se najčešće radi o osobama koje zahtevaju urgentnu pomoć, a u veoma su teškom stanju, često bez svesti. Osnovni princip testiranja na HIV ovih osoba leži u činjenici da se testiranje na sprovodi preventivno, u cilju zaštite zdravstvenih radnika u uslovima masovnog krvarenja i potencijalnog kontakta sa drugim infektivnim telesnim tečnostima, već se sprovodi i cilju pružanja najbolje pomoći nesrećenoj osobi. S tim u vezi, testiranje na HIV je indikovano onda kada stanje bolesnika ukazuje da je uzrok urgentnog poremećaja zdravlja HIV infekcija, te da bi izostanak urgentne primene antivirusnih lekova, kao i terapije oportunističkih infekcija mogao da vitalno ugrozi bolesnika. U takvim slučajevima, postupa se u skladu sa zakonskim propisima, a u svim drugim testiranje za HIV ne predstavlja prioritet i odlaže se do momenta kada proces DPST može da se sprovede, odnosno kada se stanje bolesnika stabilizuje.

5. DPST NA TERENU

Sprovođenje DPST na terenu predstavlja pružanje usluga savetovanja i testiranja na HIV i druge SPI van zdravstvene ustanove. Može da se sprovodi kao kontinuirana intervencija ili kao kampanjska aktivnost. Takođe, može da se sprovodi u opštoj populaciji ili u posebno vulnerabilnim grupama (muškarci koji imaju seksualne odnose sa muškarcima – MSM, osobe koje koriste droge parenteralnim putem, osobe koje prodaju seksualne usluge i drugi). S obzirom da je kontinuirano sprovođenje DPST na terenu skupa intervencija, da zahteva značajno angažovanje humanih i materijalnih resursa, u principu se ne sprovodi u opštoj populaciji. U opštoj populaciji primenljive su kampanjske aktivnosti, koje uključuju izlazak ekipe savetnika i laboranata na teren, u ranije pripremljen i opremljen prostor (objekat ili specijalizovano vozilo), a efekat aktivnosti zavisi od medijske praćenosti, motivacije lokalnog stanovništva i stepena stigmatizacije u toj sredini. Sprovođenje DPST na mestima na kojima se okupljaju osobe posebno osetljive na HIV ili na mestima koja su posebno pristupačna ovim osobama (centri za razmenu pribora za upotrebu droga, prihvatilišta, klubovi) daje mnogo bolje rezultate. Problem u našoj sredini leži u činjenici da su ove vulnerabilne populacije često potpuno nevidljive, a pristupačnih mesta je malo ili ih uopšte nema. Ostvarivanjem saradnje zdravstvenih ustanova sa nevladinim organizacijama, posebno onim koje okupljaju osobe koje su i same posebno

osetljive na HIV, te stvaranjem nediskriminišućeg okruženja za osobe ovih specifičnih oblika ponašanja, značajno će unaprediti prevenciju HIV infekcija.

6. DPST POD POSEBNIM OKOLNOSTIMA

U pojedinim situacijama, za neke osobe koje su bile ili mogu biti u riziku od HIV infekcija, standardni oblici zdravstvene zaštite nisu dostupni. Radi se o osobama lišenim slobode, pripadnicima vojske, migratornim populacijama bez dokumenata i stalnog boravišta, osobama koje su na lečenju bolesti zavisnosti ili su smeštene u takozvanim komunama, osobama ometenim u razvoju, deci bez roditeljskog staranja, tzv. deci ulice i drugo. Razvijanjem DPST službi u ovakvim okolnostima, uz saradnju sa javnozdravstvenim ustanovama, može značajno doprineti prevenciji HIV infekcija i drugih SPI. U svim slučajevima, testiranje na HIV treba da bude praćeno savetovanjem, odnosno informisanom saglasnošću.

OPŠTI USLOVI ZA SPROVOĐENJE SAVETOVANJA

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 dramtične gestove, ne iznosi i ne iskazuje lične stavove i mišljenja, prikladno je obučen – u savetovalištu 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 savetovalištim, 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.

SAVETOVANJE PRE TESTIRANJA

Savetovanje pre testiranja može da se započne pod različitim okolnostima:

1. Klijent/pacijent sam dolazi kod lekara sa željom da se testira,

2. Pacijent dolazi kod lekara zbog određenih zdravstvenih tegoba i tokom razgovora lekar odlučuje da pacijentu predloži i testiranje na HIV i druge KPI/SPI,
3. Lekar je već upoznat sa zdravstvenim stanjem bolesnika i obraća mu se sa željom da mu predloži testiranje na HIV.

Tokom celog procesa savetovanja lekar mora biti vođen principom da, ukoliko nije uspostavljeno uzajamno poverenje na relaciji lekar-pacijent, savetovanje neće biti moguće sprovesti. Stoga i prvi kontakt sa pacijentom treba da bude i prvi korak u pravcu izgradnje poverenja. Lekar bi na početku, ostvarujući kontakt očima, trebalo da se predstavi, da upita pacijenta za ime, ukoliko mu to nije ranije poznato (izuzetak je anonimno savetovanje u savetovaništima) i da mu predoči razloge za predstojeći razgovor, kao i teme koje će razgovorom biti obuhvaćene. Ukoliko se lekar i pacijent od ranije poznaju, bilo da se radi o ambulantom pacijentu, ili hospitalizovanom bolesniku koji se već leči u stacionarno zdravstvenoj ustanovi, trebalo bi da je uzajamno poverenje već izgrađeno, što nažalost u praksi često nije slučaj.

Proces savetovanja pre testiranja protiče kroz sledeće faze:

1. Predstavljanje i upoznavanje,
2. Brza procena klijentovih/pacijentovih stavova i znanja o HIV-u i smanjenje anksioznosti, ukoliko je prisutna,
3. Procena poznavanja rizika za HIV i druge KPI/SPI i percepcija njihove značajnosti,
4. Identifikacija ličnog rizika za KPI/SPI kod osobe koja se savetuje,
5. Donošenje odluke o testiranju,
6. Informisanje o postupku testiranja,
7. Informisanje o tumačenju rezultata,
8. Informisanje o daljem postupku nakon dobijanja rezultata,
9. Razgovor o drugim okolnostima od značaja u slučaju pozitivnog rezultata (partner, porodica, okolina, radno mesto, druge bolesti, druge zdravstvene institucije...),
10. Dogovor o narednom susretu.

U zavisnosti da li se savetovanje sprovodi u savetovalištu, ambulanti ili hospitalnim uslovima, i proces savetovanja pre testiranja biće modifikovan. U savetovalištim proces teče hronološki onako kako je navedeno. U ambulantnim uslovima, gde se pacijent javio zbog nekih drugih razloga, lekar je već informisan o osnovnim biografskim podacima o pacijentu, a tokom uzimanja anamneze ili fizikalnog pregleda uočiće prisustvo rizika za HIV ili druge krvnopenosive infekcije, te će nakon proširene epidemiološke ankete, odnosno identifikacije drugih eventualno prisutnih rizika, predočiti pacijentu potrebu da se sprovede i testiranje na HIV i druge KPI/SPI. Nakon brze procene pacijentovih stavova i znanja i smanjenja anksioznosti, preći će se na donošenje odluke o testiranju i postupanja pa navedenim koracima koji slede.

Ukoliko se radi o hospitalizovanom bolesniku, postoje dva načina postupanja u smislu savetovanja pre testiranja:

1. Daskora prisutan u našoj zemlji – u toku lečenja, lekar procenjuje da je u cilju postavljanja dijagnoze potrebno uraditi i test na HIV i SPI, ili je dobio podatak (anamnestički ili heteroanamnestički) o rizičnom ponašanju bolesnika, te se opredeljuje za testiranje,
2. Preporučeno od strane Američkom Centra za kontrolu i prevenciju bolesti Centra za prevenciju i kontrolu bolesti Instituta za javno zdravlje Vojvodine– kod svakog bolesnika pri prijemu, tokom uzimanja anamneze, vrši se procena rizika i predlaže mu se testiranje na HIV.

U prvom slučaju (naknadna odluka da se predloži testiranje) postupak savetovanja teče kao što je i navedeno. Ovde treba posebno naglasiti da se takav način odlučivanja za testiranje u svetu uveliko napušta, jer samo mali broj osoba dobije priliku da se testira na HIV. U drugom slučaju, uveliko prihvaćenom, postupak savetovanja pre testiranja je integrisan u uzimanje anamneze pri prijemu bolesnika. Razlikuje se od uobičajenog postupka kod nas po tome što se odvija u navedenim okolnostima koje omogućavaju poverljivost razgovora i izgradnju uzajamnog poverenja.

U našoj zemlji, u skladu sa trenutnom epidemiološkom situacijom, ne preporučuje se testiranje svih pacijenata. Zdravstveni radnici su dužni da ponude testiranje na HIV:

- ↳ svim odraslima, adolescentima i deci koji imaju neki od simptoma i znakova koji sugerišu na mogućnost prisustva HIV infekcije, uključujući i tuberkulozu, kao i za decu koja su perinatalno bila izložena HIV-u (kod dece mlađe od 18 meseci serološki testovi nisu pouzdani, te je potrebno uraditi PCR),

- ↳ pacijentima sa seksualno prenosivim infekcijama,
- ↳ pacijentima u visokom riziku za HIV (promiskuitetne osobe, korisnici droga, osobe koje prodaju seksualne usluge, muškarci koji su imali seksualne odnose sa muškarcima, zatvorenicima),
- ↳ svim ženama koje planiraju trudnoću ili su u drugom stanju, što je moguće ranije,
- ↳ deci sa suboptimalnim razvojem ili malnutricijom ili neухranjenošću, a koja ne reaguju na odgovarajuću terapiju,
- ↳ obolelima od tuberkuloze.

Komponenta brza procena klijentovih/pacijentovih stavova i znanja o HIV-u podrazumeva grubu orijentaciju o tome da li osoba koja se savetuje uopšte poseduje odgovarajuća predznanja o HIV-u i drugim KPI/SPI i kakav je njen zatečeni stav o ovim infekcijama. Kako je kod nas opšteprisutna donekle iskrivljena percepcija posebno o HIV infekciji, kao neizlečivoj bolesti od koje se neminovno brzo umire, koja je praćena sa izraženom stigmatizacijom, pominjanje HIV-a često stvara anksioznost kod osobe koja se savetuje. Stoga je potrebno uticati na smanjenje nastale anksioznosti, kako bi proces savetovanja mogao nesmetano da teče. Ovo se najbolje postiže empatijom, ukazivanjem poverenja pacijentu, njegovim osnaživanjem da preuzme odgovornost za sopstvene postupke, kao i pružanjem informacija o HIV infekciji i drugim krvoprenosivim infekcijama, a posebno o mogućnosti lečenja, odnosno življenjem sa HIV-om i drugim infekcijama, u kontekstu dometa današnje terapije i drugih mera. Empatija se postiže kroz ponavljanje reči pacijenta («Znači, niste do sada sa vašim roditeljima razgovarali u tome da koristite droge»), pojašnjavanje onoga što je pacijent izgovorio («Ako sam vas dobro razumeo, prilikom analnih seksualnih odnosa niste do sada koristili zaštitu»), sumiranje izrečenog («Dakle, od 16. godine ste počeli sa ušmrkavanjem, a već dve godine unazad koristite droge i intravenski i to najčešće upotrebljavajući zajednički pribor sa više prijatelja»), te reflektovanjem sadržaja i osećanja («Plašite se da, ukoliko kažete supruzi da ste imali odnose i sa osobama koje prodaju seksualne usluge, to može da ugrozi vaš brak»).

Procenjivanje poznavanja rizika za HIV i druge krvoprenosive i seksualno prenosive infekcije i percepcije značaja takvih rizika sprovodi se kroz pitanja pacijentu. Pitanja koja se postavljaju su po pravilu postavljaju u trećem licu («Da li smatrate da neko ko ima nezaštićen oralni seksualni odnos dovodi sebe u rizik za HIV?», «Da li osoba koja povremeno koristi kondom sebe u potpunosti štiti od HIV-a?»). Kako se i HIV i hepatitis prenose na više načina, treba razmotriti poznavanje svih puteva prenošenja (seksualnog, parenteralnog, vertikalnog).

U odnosu na zdravstveno stanje:

- ↳ Seksualno prenosive infekcije
- ↳ Tuberkuloza
- ↳ Rekurentne pneumonije
- ↳ Patološki nalaz PAP testa
- ↳ Perzistirajući simptomi nalik na grip
- ↳ Prisustvo drugih simptoma i znakova koji mogu da upućuju na HIV infekciju

U odnosu na oblike ponašanja:

- ↳ Nezaštićeni seksualni odnosi
- ↳ Upotreba droga
- ↳ Često menjanje seksualnih partnera
- ↳ Seksualni kontakt sa osobom u riziku
- ↳ Upotreba zajedničkog pribora za upotrebu droga
- ↳ Alkoholizam
- ↳ Beskućništvo
- ↳ Profesionalni rizik
- ↳ Žrtve seksualnog nasilja

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 ordinirajućm 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 docnije.

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.

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.

TESTIRANJE

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, hepatitis B i C (u nekim razvijenim zemljama), može se postaviti konačna dijagnoza infekcije.

Skrining testovima određuju se ukupna antitela ELISA tehnikom (za hepatitis B određuje se prisustvo HbsAg). 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.

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). Kod nas se za hepatitis B i C pozitivan nalaz izdaje u slučaju da su skrining testovi iz oba uzorka reaktivni, a potvrdni test se, za sad, rutinski radi samo za HIV. U slučaju da se rezultati prvog i drugog skrining testa razlikuju, potrebno je uraditi potvrdni test.

U slučaju indeterminantnog nalaza, neophodno je uzeti drugi uzorak seruma, uraditi još jednom skrining test a potom i potvrdni test (i za HIV i za hepatitis B i C). 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.

SAVETOVANJE POSLE TESTIRANJA

Savetovanje posle testiranja sprovodi se najmanje jednom i obavezna je komponenta celog procesa savetovanja i testiranja na HIV. Obavlja se bilo da se radi o negativnom ili pozitivnom rezultatu ili potrebi da se testiranje ponovi, kao i u slučajevima kliničko-dijagnostičkog, odnosno epidemiološkog praćenja pacijenta.

Osnovni cilj savetovanja posle testiranja je da se testiranoj osobi omogućí da na pravi način razume rezultat testa, kao i da joj se pruže sve neophodne informacije u pogledu daljeg postupanja, bez obzira na rezultat.

U slučaju negativnog nalaza, osobi se još jednom naglašava značaj fenomena prozora i potrebe za ponovnim testiranjem, ukoliko je period prozora identifikovan. Ovo je i

prilika da se sa testiranom osobom još jednom prodiskutuje o mogućnostima za smanjenje ličnog rizika za HIV i druge KPI/SPI, kao i da se razmotri mogućnost savetovanja i testiranja osoba iz bliskog kontakta (bračni drug, partner, prijatelj, dete). Po potrebi se dogovara sledeći susret, odnosno osoba se upućuje u one službe za kojima se proceni potreba (ustanove za lečenje bolesti zavisnosti, dermatolog, ginekolog, psiholog, infektolog...).

Razlozi za ponavljanje testiranja mogu biti tehnički (neadekvatno uzet uzorak, procedura čuvanja, obeležavanja i transporta seruma neadekvatno sprovedena) ili dijagnostički (reaktivan ili indeterminantan rezultat). Osobi treba objasniti razloge ponavljanja testiranja, kao i mogućnost pozitivnog, odnosno lažno pozitivnog rezultata. Ove okolnosti često nameću posebnu brigu i tretman anksioznosti testirane osobe.

U slučaju pozitivnog nalaza (nakon testiranja i drugog uzorka) osobi se saopštava rezultat na način koji će izazvati najmanje neugodnosti. Ipak, svaka osoba reaguje na pozitivan rezultat sa manjim ili većim stresom. U nekim slučajevima izražena empatija i očigledna briga i podrška za pacijenta su najviše što se može učiniti. Sve ostalo potrebno je odložiti za sledeći susret. Osobi uvek treba ostaviti mogućnost da saopštavanju rezultata prisustvuje sama ili sa osobom koju sama izabere. Pozitivan nalaz se saopštava trećoj osobi (roditelj, partner, zdravstveni radnik) samo uz izričitu saglasnost pozitivne osobe.

U slučajevima kada za to postoji mogućnost, a to će se najčešće desiti onda kada je dobrim savetovanjem pre testiranja osoba pripremljena za savetovanje posle testiranja, treba pružiti informacije o potrebama za daljom dijagnostikom, terapijom, dodatnim specijalističkim pregledima. Treba razmotriti mogućnost za upućivanje u druge ustanove koje se bave dijagnostikom i lečenjem.

Posebno je značajno porazgovarati o mogućnosti očuvanja dužine i kvaliteta života, poštujući najnovija stručna saznanja, kao i značaju adekvatne terapije i kontinuiranog kontakta sa zdravstvenom službom.

Pozitivnoj osobi je, najčešće ne pri saopštavanju rezultata već pri sledećem susretu, potrebno predočiti značaj testiranja i drugih eksponiranih osoba i predložiti osobi da izabere koga želi da informiše o rezultatu svog testa i da li to želi da učini ona sama ili lekar-savetnik.

Osobi treba pružiti mogućnost da postavi sva pitanja za koje smatra da su joj neophodni odgovori ili, ukoliko osoba za to u tom momentu nije sposobna, predložiti joj sledeći termin za susret.

Od izuzetnog je značaja da isti lekar-savetnik isprati osobu od početka do kraja, odnosno od prvog kontakta sa zdravstvenom službom u kojoj će se indikovati testiranje, pa do saopštavanja rezultata i naknadne brige i podrške.

Korisnici parenteralnih droga (KPD) – osobe koje upotrebljavaju drogu parenteralno (intravenski ili ušmrkavanjem) po pravilu su duboko stigmatizovane u našem društvu i neretko u zdravstvenim ustanovama. Plašeći se stigmatizacije i diskriminacije, mnogi od njih se ne odlučuju da o svojoj upotrebi droga razgovaraju sa lekarom. Stvaranjem nediskriminišućeg stava lekara, kao i razvojem poverenja, ovakvi problemi se mogu prevazići. Obaveza lekara nije da diskriminiše ovakvog pacijenta, već da mu predoči mogućnosti lečenja bolesti zavisnosti, ili, ukoliko je to nemoguće, mogućnost smanjenja štete korišćenjem pribora za jednokratnu individualnu upotrebu, odnosno upućivanje na programe razmene pribora. Posebno je potrebno utvrditi prisutvo razmene špriceva i igala (i drugog pribora kao što su filteri, kukeri-kašike, voda za rastvaranje, slamčice) sa drugim korisnicima droga, odnosno njihovo zajedničko korišćenje. Treba imati u vidu i često prisustvo drugih rizika kod ovih osoba, kao što su nezaštićeni seksualni odnosi, prodaja seksualnih usluga u zamenu za novac ili drogu i drugo.

Muškarci koji su imali seksualne odnose sa drugim osobama (MSM) – čine ih ne samo osobe gej orijentacije, već i osobe koje su (neretko u braku ili heteroseksualnoj vezi) imale seksualne odnose sa drugim muškarcima, bilo usled biseksualnog opredeljenja, radoznalosti, posebnih okolnosti (zatvorenici, mornari) ili prinude (žrtve seksualnog napada), kao i usled razmene za novac, drogu ili drugu nadoknadu ili uslugu. Kako je ovo ponašanje duboko stigmatizovano u našoj populaciji, najčešće samo u uslovima potpunog poverenja lekara i pacijenta ovaj rizik može biti uočen i procenjen njegov značaj. Nediskriminišući stav zdravstvenog radnika može mnogo doprineti razvoju ovog poverenja. Ipak, nikada ne treba insistirati na odgovorima koji su za pacijenta neprijatni ili bolni, a nikako usled potrebe lekara da zadovolji svoju znatiželju, već samo iz nužnosti da se adekvatno proceni rizik. Kod procene rizika MSM posebno je bitno proceniti značaj nezaštićenih analnih seksualnih odnosa, broj partnera i upotrebu lubrikanata. Međutim, treba imati u vidu da pojedine gej osobe imaju monogamne veze, čime njihov rizik za HIV i SPI nije ništa veći od heteroseksualnih osoba. **Rizik nije seksualno opredeljenje, već rizično seksualno ponašanje.**

Osobe koje prodaju seksualne usluge – Kako je seksualni rad u našoj zemlji ilegalan, retko koja osoba koja se bavi ovom delatnošću će o tome informisati svog lekara. Ipak, to se može desiti u uslovima razvijenog poverenja lekara i pacijenta. Od značaja za rizik je praktikovanje nezaštićenog seksualnog odnosa, kao i prisustvo drugih rizika (parenteralna upotreba droge, istopolni seksualni odnos za muškarce koji prodaju seksualne usluge, prisustvo drugih SPI). Često osobe iz ove populacije nisu obuhvaćene

zdravstvenom zaštito, a neke su i niskog obrazovnog statusa, što ima značaja u pristupu ovakvim pacijentima.

Pripadnici manjinskih nacionalnih zajednica – U multinacionalnoj sredini kao što je AP Vojvodina, mnogi pacijenti će se teško izražavati na maternjem jeziku, a mnogi termini ostaće im nerazumljivi. Ovim osobama potrebno je ukazati posebnu pažnju i strpljenje, a po mogućnosti savetovanje treba da sprovodi onaj lekar koji se služi maternjim jezikom pacijenta.

Mladi – Prednost većine mladih osoba je što se često bolje informasani o HIV-u i drugim KPI/SPI u odnosu na starije osobe, a o svom rizičnom ponašanju se slobodnije izjašnjavaju. Dileme nastaju kada se radi o maloletnim osobama. Prema našim nacionalnim preporukama, savetovanje i testiranje na HIV se kod osoba uzrasta 16-18 godina može sprovesti bez znanja roditelja, osim ako lekar drugačije proceni, dok je kod osoba mlađih od 16 godina potrebna saglasnost roditelja ili, ako je to nemoguće ili osoba to odbija, saglasnost za testiranje donose dva lekara-savetnika konsenzusom.

Trudnice i žene koje planiraju trudnoću – Iako testiranje na HIV nije obavezno, stav je da se svakoj trudnici, odnosno ženi koja planira trudnoću pruži savetovanje na HIV i SPI, te da joj se predloži da u prvom trimestru trudnoće (a ako to nije moguće onda što pre nakon toga) uradi test na HIV. Testiranje trudnica na HbsAg se obavezno sprovodi u devetom mesecu trudnoće, a testiranje na anti-HCV prema epidemiološkim indikacijama.

NAJČEŠĆE NEDOUMICE OKO SAVETOVANJA I TESTIRANJA

U nekim ustanovama vlada mišljenje da se testiranje na HIV ne može razlikovati od ostalih dijagnostičkih procedura, već da treba da se rutinski sprovodi u sklopu celokupne dijagnostike. S tim u vezi, smatra se da ne postoji potreba da pacijent bude upoznat sa činjenicom da se testiranje sprovodi. Ono što HIV infekciju, a delimično i hepatitis B i C infekciju razlikuje od ostalih kako zaraznih, tako i nezazarnih bolesti je činjenica da osobe zaražene ovim virusima po saznavanju njihovog statusa još uvek po pravilu ne doživljavaju podršku svoje uže i šire okoline, kako je to slučaj sa ostalim bolestima, već bivaju odbačene, uskraćuju im se osnovna građanska prava, kao što su prava na zdravstvenu zaštitu, rad, školovanje. Prisustvo infekcije se od strane okoline ne tumači kao nesrećna okolnost koja je zadesila obolelog, već kao kazna za neprihvatljivo ponašanje. Postavlja se pitanje da li je zdravstveni radnik spreman da preuzme odgovornost za sve ono što će se desiti sa zaraženom osobom po saznavanju rezultata i da li uopšte ima prava da svojom intervencijom narušava životni tok testirane osobe. Preovlađujuće mišljenje u stručnoj javnosti je da pacijent sam treba da preuzme takvu odgovornost, ukoliko se na to sam odluči, nakon što je adekvatno informisan od strane svog lekara.

U drugim ustanovama vlada mišljenje da, usled zaštite zdravstvenih radnika i drugih pacijenata, prijem svih novih pacijenata kojima je indikovana invazivna dijagnostika i lečenje treba usloviti sa poznatim rezultatom testa na HIV i parenteralne hepatitise (mandatorno testiranje). Ne postoji stručno opravdanje za ovakav stav. Mandatorno testiranje je rezervisano samo za dobrovoljne davaoce krvi, osobe na hemodijalizi i trudnice (na hepatitis B), dok se prema drugim pacijentima treba ponašati tako da se svaki pacijent u zdravstvenoj ustanovi smatra potencijalno zaraženim, **te da se prema svim pacijentima sprovode identične mere prevencije krvoprenosivih infekcija**. Međutim, navedena dilema može se u potpunosti izbeći uključivanjem savetovanja na HIV i KPI/SPI u rutinsku anamnezu pri prijemu pacijenta u stacionarnu zdravstvenu ustanovu, odnosno predlaganjem testiranja na HIV svim hospitalizovanim bolesnicima, uz poštovanje principa poverljivosti i opisane procedure savetovanja.

U zdravstvenim ustanovama koje su u svoje rutinske aktivnosti uključili i savetovanje i testiranje na HIV i druge KPI često je prisutna situacija da se samo pojedini edukovani i motivisani lekari uključuju u proces i da on teče nezavisno od ostalih zaposlenih. Međutim, u takvim situacijama principe poverljivosti i destigmatizacije često je teško ispoštovati ako kompletno osoblje nije prihvatilo principe dobrovoljnog poverljivog savetovanja i testiranja (laboranti, medicinske sestre/tehničari, spremačice, administrativno osoblje). Samo posvećenost celog kolektiva, na čelu sa rukovodiocem, može dovesti da zaživljavanja kompletne procedure DPST u jednoj zdravstvenoj ustanovi.

Literatura:

1. WHO. Guideline on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities. Geneva:2007.
2. UNAIDS. Voluntary counselling and testing (VCT). May 2000.
3. CDC. Revised recommendation for HIV testing of adults, adolescents and pregnant women in health-care settings. MMWR, September 22, 2006 / 55(RR14);1-17
4. FHI. Voluntary counseling and testing for HIV: A strategic framework. September 2003.
5. UNAIDS. AIDS epidemic update. December 2006.
6. Institut za javno zdravlje Vojvodine, Centar za kontrolu i prevenciju bolesti. Zarazne bolesti u AP Vojvodini u 2006 (ed. Zorica Šeguljev). godini. Novi Sad:2007.
7. Institut za javno zdravlje Srbije. HIV infekcija – priručnik za lekare (ed. Đorđe Jevtović). Beograd:2007.
8. Jović NC, Anđelković V, Paunić M, Ilić D. Savetovanje i HIV testiranje. IAN, Beograd:2007.