



Nacionalni inštitut
za javno zdravje

Okužba s HIV v Sloveniji

Letno poročilo 2017

ISSN 2350-3734

Pri pripravi poročila smo na Nacionalnem Inštitutu za javno zdravje (NIJZ) v Centru za nalezljive bolezni sodelovale Irena Klavs, Tanja Kustec, Maja Milavec, Sandra Kosmač in Zdenka Kastelic. Sodelovali so tudi Janez Tomažič s Klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja (KIBVS) Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (UKCL) in Mario Poljak z Inštituta za mikrobiologijo in imunologijo (IMI) Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, Edita Eberl Gregorič z Nacionalnega laboratorija za zdravje, okolje in hrano (NLZOH) in Miran Šolinc iz Društva ŠKUC.

Koordiniranje epidemiološkega spremljanja okužbe s HIV, upravljanje z nacionalno zbirko podatkov in priprava poročila poteka v okviru nacionalnega programa, ki je financiran pri Ministrstvu za zdravje in terciarne dejavnosti, ki je financirana pri Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Za sodelovanje pri zbiranju podatkov in aktivnostih preprečevanja in obvladovanja okužb s HIV se zahvaljujemo vsem epidemiologom in njihovim sodelavcem na območnih enotah NIJZ.

Zahvaljujemo se vsem zdravstvenim organizacijam, zdravnikom in drugim zdravstvenim delavcem, ki na osnovi zakonskih določil prijavljajo prepoznane primere okužbe s HIV, še posebej KIBVS in IMI. Za podatke o številu diagnostičnih testov na okužbo s HIV se zahvaljujemo: IMI, Ministrstvu za obrambo, NLZOH, Splošni bolnišnici (SB) Celje, SB Izola, SB Jesenice, UKC Maribor in Zavodu Republike Slovenije za transfuzijsko medicino (ZTM). Za podatke o rezultatih presejalnega testiranja za preprečevanje prenosa okužbe s HIV s krvnimi pripravki se zahvaljujemo ZTM. Za zbiranje vzorcev za sledenje spreminjanja deleža okuženih v nekaterih skupinah se zahvaljujemo: Centru za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOPD) Zdravstveni dom (ZD) Ljubljana, Društvu informacijski center Legebitra, Društvu Stigma, Društvu Svit, Društvu zdrava pot, IMI, NLZOH, UKC Maribor in ZTM. Za nevezano anonimno testiranje zbranih vzorcev se zahvaljujemo IMI in NLZOH. Za sodelovanje pri epidemiološkem spremljanju vedenjskih kazalnikov med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi, se zahvaljujemo Društvu informacijski center Legebitra in Društvu ŠKUC.



Okužba s HIV v Sloveniji: letno poročilo 2017 [Elektronski vir]. - El. časopis. - Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2006-

Način dostopa (URL): http://nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/hiv_letno_2017.pdf. Urednici :

Irena Klavs, Tanja Kustec

ISSN 2335-2922 = Okužba s HIV v Sloveniji

614

COBISS.SI-ID 2822117

Ljubljana, november 2018

Pregled vsebine

| | |
|--|----|
| Ključni poudarki | 1 |
| Priporočila | 1 |
| 1 Uvod | 2 |
| 2 Diagnosticirani primeri | 3 |
| 3 Testiranje | 8 |
| 4 Pozne diagnoze | 10 |
| 5 Aids in smrti | 12 |
| 6 Delež okuženih v skupinah z različnim tveganjem | 13 |
| 7 Vedenje moških, ki imajo spolne odnose z moškimi | 16 |
| 8 Izzivi za epidemiološko spremljanje | 17 |
| 9 Izzivi za raziskovanje | 18 |
| 10 Priporočila za preprečevanje in obvladovanje | 19 |
| 11 Reference | 21 |

Seznam slik

| | | |
|------------------|---|----|
| Slika 1: | Diagnosticirani primeri okužbe s HIV, aidsa in smrti po postavitvi diagnoze aidsa, Slovenija, 2008–2017..... | 3 |
| Slika 2: | Diagnosticirani primeri okužbe s HIV glede kategorij izpostavljenosti, Slovenija, 2008–2017 | 4 |
| Slika 3: | Diagnosticirani primeri okužbe s HIV glede kategorij izpostavljenosti, skupaj, med moškimi in ženskami, Slovenija, 2008–2017 in 2017 | 4 |
| Slika 4: | Diagnosticirani heteroseksualno pridobljeni primeri okužbe s HIV glede vrste partnerjev, Slovenija, 2008–2017 | 5 |
| Slika 5: | Diagnosticirani primeri okužbe s HIV glede regije bivanja ob prijavi, Slovenija, 2008–2017 | 6 |
| Slika 6: | Diagnosticirani primeri okužbe s HIV glede na spol in starost ob diagnozi, Slovenija, 2008–2017 | 7 |
| Slika 7: | Diagnosticirani primeri okužbe s HIV med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi, glede na starost ob diagnozi, Slovenija, 2008–2017 | 7 |
| Slika 8: | Število diagnostičnih testov na okužbo s HIV na 100 prebivalcev in stopnja pozitivnosti, Slovenija, 2008–2017 | 8 |
| Slika 9: | Odstotek moških, ki imajo spolne odnose z moškimi, in so poročali o testiranju na okužbo s HIV v preteklem letu (s pripadajočimi 95 % intervali zaupanja), priložnostni vzorci, Ljubljana, 2008–2017 | 9 |
| Slika 10: | Število poznih diagnoz okužbe s HIV (<350 CD4 celic/mm ³) med vsemi novimi diagnozami, med novimi diagnozami med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi, in med ostalimi z novimi diagnozami, Slovenija, 2008–2017 | 10 |
| Slika 11: | Delež poznih diagnoz okužbe s HIV (<350 CD4 celic/mm ³) med vsemi novimi diagnozami, med novimi diagnozami med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi, in med ostalimi z novimi diagnozami, Slovenija, 2008–2017 | 11 |
| Slika 12: | Mesta vzorčenja in skupine, zajete v sistem spremljanja spreminjanja deleža okuženih z nevezanim anonimnim testiranjem, Slovenija, 2008–2017 | 13 |
| Slika 13: | Uporaba kondoma med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi, pri analnih spolnih odnosih v preteklem letu, priložnostni vzorci, Ljubljana, 2008–2017 | 16 |

Seznam tabel

| | | |
|------------------|---|----|
| Tabela 1: | Indikatorske bolezni ob diagnozi aidsa, Slovenija, 2008–2017 in 2017 | 12 |
| Tabela 2: | Delež okuženih med osebami, ki injicirajo droge, moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi, pacienti s spolno prenesenimi okužbami in nosečnicami, Slovenija, 2008–2017 | 14 |

Ključni poudarki

- V letu 2017 je bila pri 39 osebah s HIV postavljena diagnoza okužbe (1,9/100.000 prebivalcev), 17 manj kot v letu 2016 in manj kot kadarkoli po letu 2010.
- Največje število novih diagnoz okužbe s HIV je bilo med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi (MSM), in sicer 2/3 vseh novih diagnoz. Letni delež novih diagnoz med MSM se je v obdobju zadnjih 10 let gibal med najnižjim 59 odstotkov in najvišjim 82 odstotkov.
- Za razliko od leta 2016, ko smo med MSM zabeležili največ novih diagnoz okužbe s HIV kadarkoli (46), smo v letu 2017 med MSM zabeležili 26 novih diagnoz, kar je bilo najmanj v zadnjih desetih letih.
- Za razliko od leta 2016, ko smo med MSM zabeležili 18 poznih diagnoz okužbe s HIV (<350 CD4 celic/mm³), smo v letu 2017 med MSM zabeležili 12 poznih diagnoz. V obdobju zadnjih 10 let smo tako malo poznih diagnoz okužbe s HIV med MSM zabeležili samo še leta 2010.
- Relativno nizko število novih diagnoz okužbe s HIV med MSM in nizko število poznih novih diagnoz med MSM v letu 2017 je predvidoma posledica uspehov kombinirane preventive, predvsem sprememb glede dostopnosti testiranja in kulture testiranja med MSM ter takojšnjega zdravljenja ob diagnozi okužbe s HIV. Zgodnje zdravljenje je uspešnejše, izboljša kakovost in pričakovano trajanje življenja ter preprečuje prenos okužbe s HIV.
- Pri šestih od sedmih bolnikov, ki so zboleli za aidsom v letu 2017, je bila tudi okužba s HIV prepoznana v istem letu.
- V letu 2017 je zaradi različnih vzrokov umrlo šest oseb s HIV. Nihče ni umrl zaradi aidsa.

Priporočila

- Najpomembnejša prednost ostaja preprečevanje okužbe s HIV z znano učinkovitimi ukrepi kombinirane preventive med MSM, predvsem izboljševanje dostopnosti do testiranja, promocija pogostega testiranja in takojšnje zdravljenje oseb z diagnozo okužbe s HIV.
- Testiranje na okužbo s HIV je najbolj smiselno pri bolnikih z znaki in bolezenskimi težavami, ki kažejo na okužbo s HIV, pri pacientih v ambulantah za spolno prenesene okužbe, pri osebah z okužbami, ki kažejo na tvegano spolno vedenje, pri osebah, ki injicirajo droge, pri osebah z okužbami, ki so povezane z injiciranjem drog in pri osebah z visoko tveganim vedenjem. Brezplačno prostovoljno zaupno testiranje v okviru primarnega zdravstvenega varstva moramo omogočiti tudi vsem, ki zanj zaprosijo.
- Preprečevanje okužbe s HIV poleg takojšnjega zdravljenja okuženih vključuje tudi protiretrovirusno poekspozicijsko profilakso (PEP) po izpostavljenosti okužbi s HIV in predekspozicijsko profilakso (PrEP) za posameznike, ki so izpostavljeni zelo visokemu tveganju za okužbo s HIV.
- Vsem z diagnozo okužbe s HIV moramo zagotoviti dostop do takojšnjega in kakovostnega zdravljenja ter oskrbe, ki vključuje tudi odkrivanje in zdravljenje drugih spolno prenosljivih okužb ter psihosocialno podporo s svetovanjem za varnejšo spolnost in obveščanje partnerjev.
- Predvsem pa je pomembno spodbujanje odgovornega in varnega spolnega vedenja, vključno s pravilno in dosledno uporabo kondoma med vsem prebivalstvom in še posebej med mladimi ter MSM.

1 Uvod

Epidemiološko spremljanje okužbe s HIV smo koordinirali na NIJZ v skladu z določili Zakona o zdravstveni dejavnosti (1, 2) in slovensko Strategijo preprečevanja in obvladovanja okužbe s HIV za obdobje 2010–2015 ter slovensko Nacionalno strategijo za preprečevanje in obvladovanje okužbe s HIV 2017-2015 (3, 4).

Temeljilo je predvsem na rednem zbiranju, analiziranju in interpretiranju podatkov o prijavljenih primerih. Prijava prepoznanih primerov z ustreznim naborom podatkov in posredovanje podatkov o obsegu testiranja sta obvezni v skladu z zakonskimi (Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva – ZZPPZ in Zakon o nalezljivih boleznih – ZNB) in podzakonskimi določili (5-7). Za zagotavljanje dobre primerljivosti podatkov o prijavljenih primerih se uporabljajo definicije za namene epidemiološkega spremljanja in standardiziran nabor podatkov (8-10).

V poročilu za obdobje 2008-2017 prikazujemo podatke o prijavljenih primerih okužbe s HIV, aidsa in smrti po diagnozi aidsa in podatke o obsegu diagnostičnega testiranja na okužbo s HIV v Sloveniji ter podatke o presejalnem testiranju za preprečevanje prenosa okužbe s HIV s krvnimi pripravki. Navajamo tudi deleže testiranih na okužbo s HIV v majhnih priložnostnih vzorcih moških, ki imajo spolne odnose z moškimi (MSM).

V poročilu prikazujemo tudi rezultate spremljanja spreminjanja deleža okuženih s HIV v lahko dostopnih priložnostnih vzorcih različnih skupin prebivalcev in sicer v treh skupinah z v povprečju višje tveganim vedenjem (osebe, ki injicirajo droge (OID), MSM in pacienti s spolno prenesenimi okužbami (SPO)) ter v eni skupini z v povprečju nizko tveganim vedenjem (nosečnice).

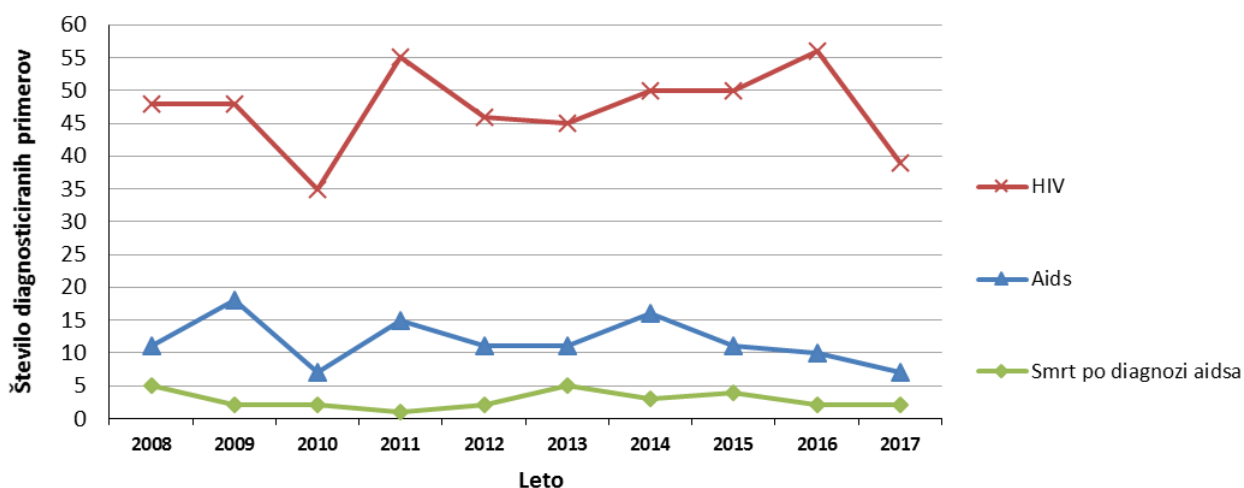
Prikazujemo tudi rezultate spremljanja nekaj kazalnikov tveganih vedenj v priložnostnem vzorcu MSM.

2 Diagnosticirani primeri

V letu 2017 je bilo NIJZ prijavljenih 39 primerov novih diagnoz okužbe s HIV (1,9/100.000 prebivalcev), 37 med moškimi (3,6/100.000 moških) in dva med ženskami (0,2/100.000 žensk). Poleg teh primerov so bili v letu 2017 prijavljeni še trije primeri okužbe s HIV pri osebah, ki jim je bila diagnoza postavljena v tujini že pred letom 2017 in so se leta 2017 začeli zdraviti v Sloveniji.

V obdobju zadnjih desetih let (2008-2017) je bilo v Sloveniji prijavljenih skupno 472 primerov novih diagnoz okužbe s HIV. Letno število prijavljenih primerov se je gibalo od najnižjega 35 (1,7/100.000 prebivalcev) v letu 2010 do najvišjega 56 (2,7/100.000 prebivalcev) v letu 2016 (Slika 1). V primerjavi z večino držav Evropske Unije (EU) imamo relativno nizko prijavno incidenco, saj je bila v letu 2016 povprečna prijavna incidenca okužbe s HIV v 31 državah EU/EEA 6,5/100.000 prebivalcev in so o nižji prijavni incidenci kot Slovenija poročale samo štiri države (11). Pri interpretaciji teh podatkov pa se moramo zavedati, da prijavna incidenca ne odraža dobro resnične pogostosti novih okužb v prebivalstvu, ker je diagnoza največkrat postavljena šele leta po okužbi.

Slika 1: Diagnosticirani primeri okužbe s HIV, aidsa in smrti po postavitvi diagnoze aidsa, Slovenija, 2008-2017

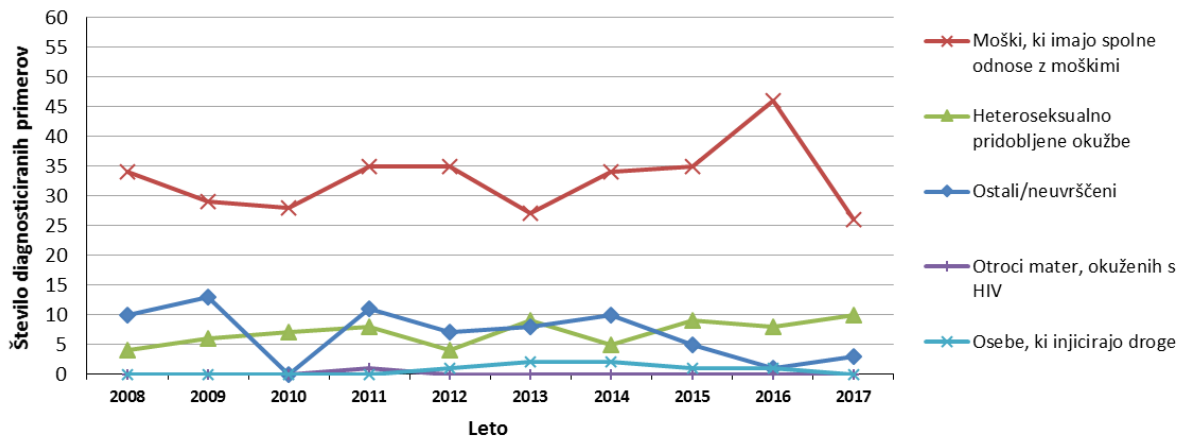


Vir: Zbirka podatkov IVZ (NIJZ) 52. Evidenca pojavnosti infekcije s HIV, aidsa in smrti zaradi aidsa po ZZPPZ, 23.8.2018.

V Sloveniji žal nimamo zanesljivih ocen incidence okužb s HIV med prebivalstvom ali v skupinah z v povprečju višje tveganim vedenjem.

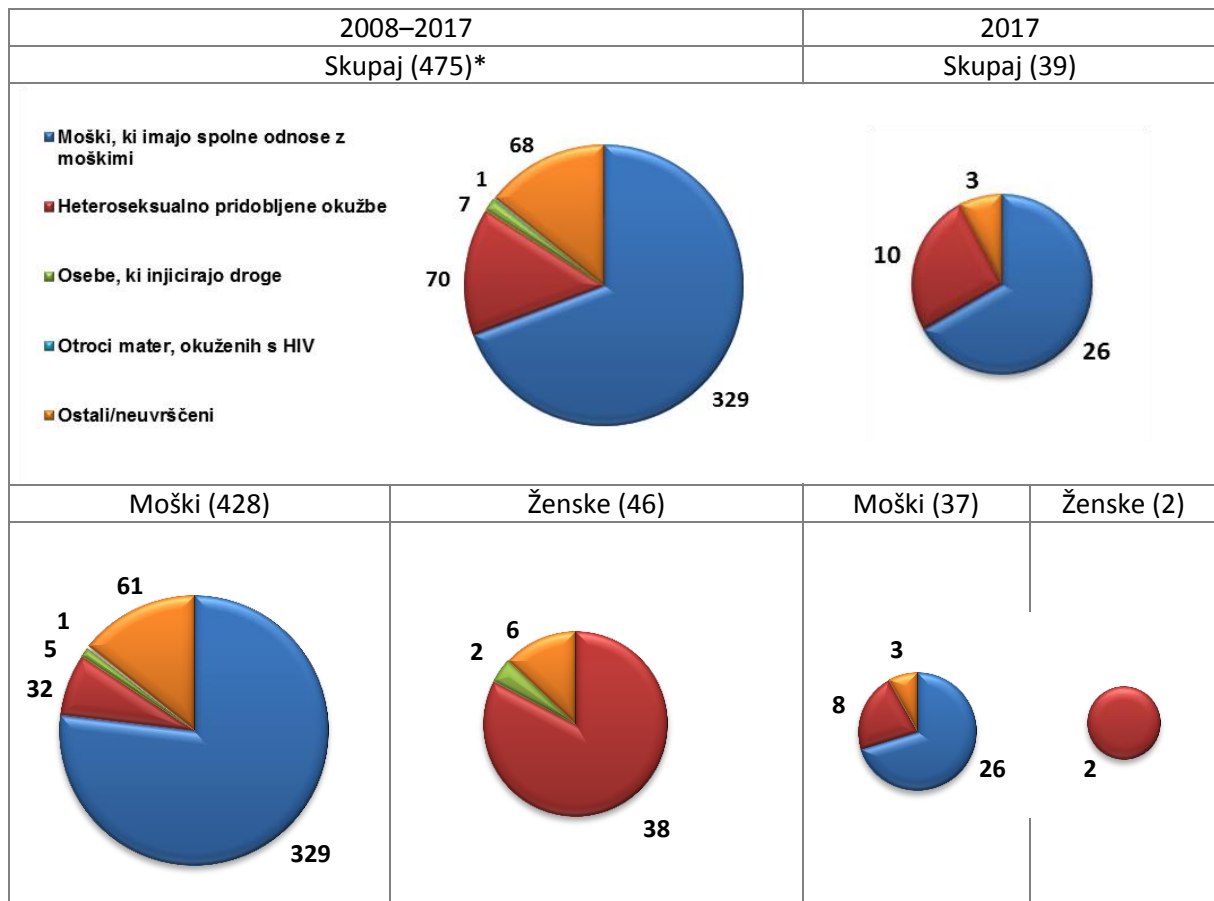
Med 37 primeri novih diagnoz okužbe s HIV med moškimi v letu 2017 jih je bilo 26 med MSM (2,5/100.000 moških), 20 manj kot leta 2016. Osem moških se je najverjetneje okužilo s heteroseksualnimi spolnimi odnosi, a ni bilo podatka o pripadnosti partnerke skupini z višjim tveganjem za okužbo s HIV ali podatka o potrjeni okužbi partnerke. Treh moških nismo mogli uvrstiti v nobeno od znanih skupin z višjim tveganjem. Obe ženski sta se predvidoma okužili s heteroseksualnimi spolnimi odnosi, ena verjetno s spolnimi odnosi z biseksualnim moškim, pri eni pa ni bilo podatka o pripadnosti partnerja skupini z višjim tveganjem za okužbo s HIV ali o njegovi okužbi (Sliki 2 in 3).

Slika 2: Diagnosticirani primeri okužbe s HIV glede kategorij izpostavljenosti, Slovenija, 2008–2017



Vir: Zbirka podatkov IVZ (NIJZ) 52. Evidenca pojavnosti infekcije s HIV, aidsa in smrti zaradi aidsa po ZZPPZ, 23.8.2018

Slika 3: Diagnosticirani primeri okužbe s HIV glede kategorij izpostavljenosti, skupaj, med moškimi in ženskami, Slovenija, 2008–2017 in 2017



Vir: Zbirka podatkov IVZ (NIJZ) 52. Evidenca pojavnosti infekcije s HIV, aidsa in smrti zaradi aidsa po ZZPPZ, 23.8.2018.
* En primer okužbe je bil pri transeksualni osebi.

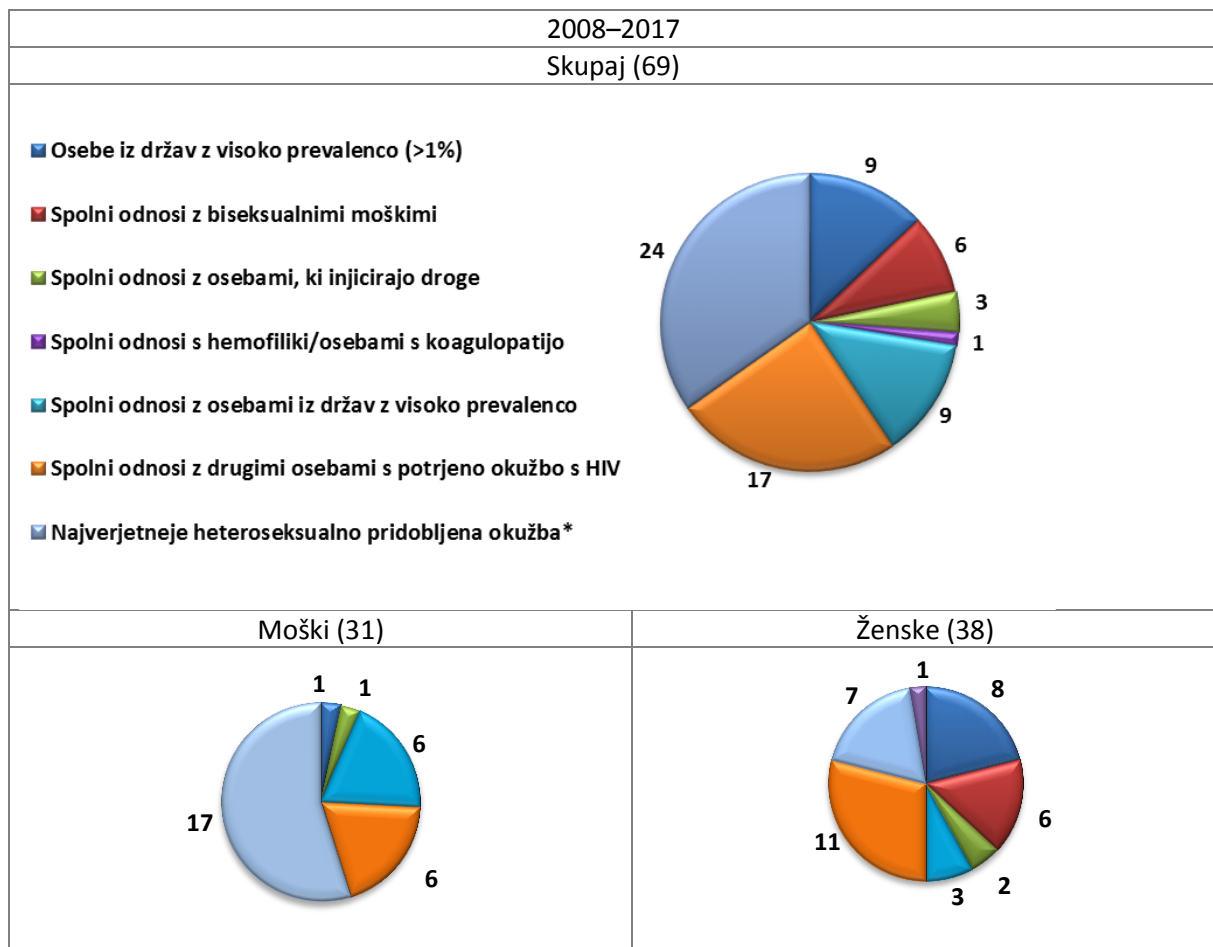
Tudi v vseh letih v obdobju 2008–2017 je bil največji delež novih diagnoz okužbe s HIV med

MSM. Letno število novih diagnoz se je gibalo med najnižjim 26 v letu 2017 in najvišjim 46 v letu 2016. V letu 2017 ni bilo prepoznanega primera okužbe s HIV pri OID, medtem ko je bil v letih 2015 in 2016 po en primer. Poleg teh dveh primerov je bilo v obdobju 2008–2017 prepoznanih še pet primerov (po dva v letih 2013 in 2014 ter en primer v letu 2012). Za štiri od sedmih primerov smo imeli podatek, da so prepovedane droge injicirali tudi v tujini.

V obdobju 2008–2017 je bil prijavljen en sam primer okužbe prenesene z matere na otroka (leta 2011). Otrok je bil rojen v državi z visokim deležem okuženega prebivalstva in se je šele kasneje priselil v Slovenijo. Zadnji otrok z okužbo s HIV preneseno z matere je bil rojen v Sloveniji leta 2001.

Med prijavljenimi novimi diagnozami okužbe s HIV med moškimi v obdobju 2008–2017, ki so se predvidoma okužili s heteroseksualnimi spolnimi odnosi, prevladujejo tisti, pri katerih je najverjetneje šlo za heteroseksualno pridobljeno okužbo, vendar ni bilo podatka o partnerki iz skupine z višjim tveganjem za okužbo ali podatka o njeni okužbi, tisti, ki so imeli spolne odnose z ženskami iz držav z visokim deležem okuženega prebivalstva, in tisti, ki so imeli spolne odnose z ženskami z znano okužbo s HIV. En moški je prišel iz države z visokim deležem okuženega prebivalstva in en je imel spolne odnose z OID (Slika 4).

Slika 4: Diagnosticirani heteroseksualno pridobljeni primeri okužbe s HIV glede vrste partnerjev, Slovenija, 2008–2017



Vir: Zbirka podatkov IVZ (NIJZ) 52. Evidenca pojavnosti infekcije s HIV, aidsa in smrti zaradi aidsa po ZZPPZ, 23.8.2018.

*Ni podatka o pripadnosti partnerja skupini z višjim tveganjem za okužbo s HIV in podatka o potrjeni okužbi s HIV partnerja.

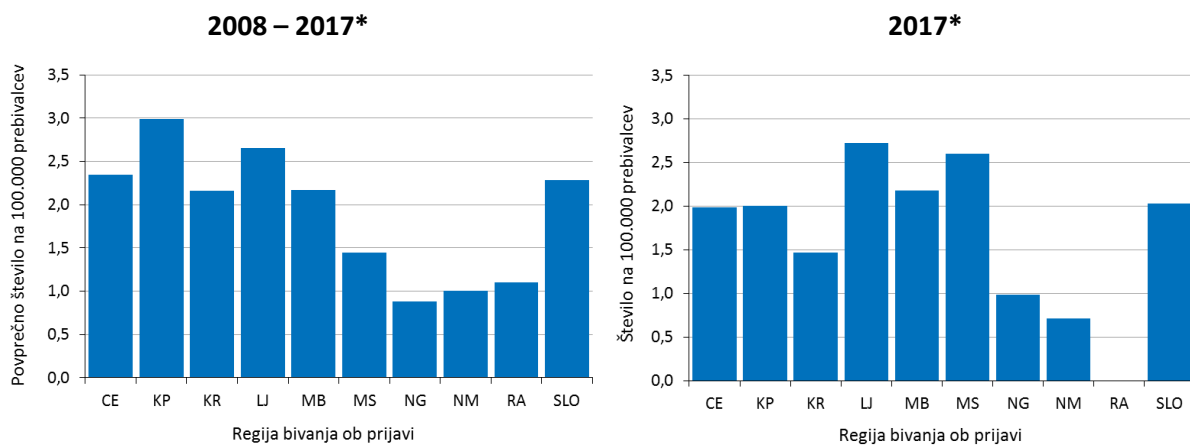
Med ženskami je bila v obdobju 2008–2017 večina okužb posledica spolnih odnosov z okuženimi moškimi, sledile so okužbe žensk iz držav z visokim deležem okuženega prebivalstva, okužbe žensk, ki so se najverjetneje okužile s heteroseksualnimi spolnimi odnosi, a ni bilo podatka o partnerju iz skupine z višjim tveganjem za okužbo ali o njegovi okužbi, okužbe žensk, ki so imele spolne odnose z biseksualnimi moškimi, okužbe žensk, ki so imele spolne odnose z moškimi iz držav z visokim deležem okuženega prebivalstva, dve ženski sta se predvidoma okužili s spolnimi odnosi z OID in ena s spolnimi odnosi z okuženim hemofilikom.

V letu 2017 je bila najvišja incidenčna stopnja novih diagnoz okužbe s HIV zabeležena v ljubljanski zdravstveni regiji (2,7/100.000 prebivalcev), medtem ko je bila v celotnem obdobju 2008–2017 najvišja povprečna letna incidenčna stopnja novih diagnoz v koprski regiji (3,0/100.000 prebivalcev) (Slika 5).

Tako v letu 2017 kot v obdobju 2008–2017 je bilo največ primerov novih diagnoz okužbe s HIV med moškimi, starimi 30–39 let (Slika 6).

Tudi med MSM je bilo v letu 2017 in v obdobju 2008–2017 največ primerov novih diagnoz okužbe s HIV med moškimi, starimi 30–39 let (Slika 7).

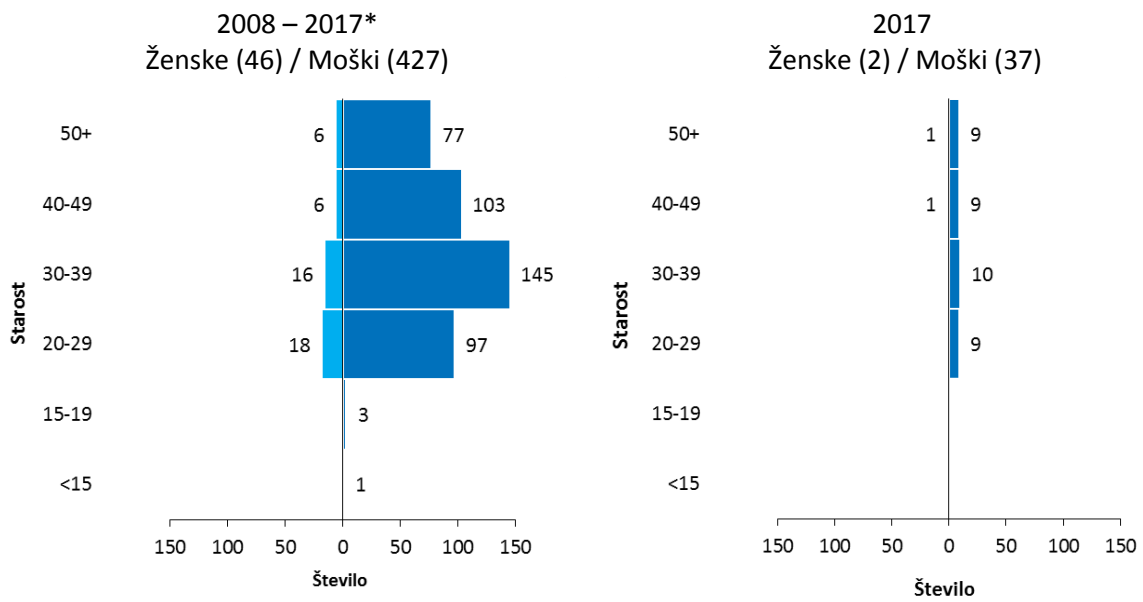
Slika 5: Diagnosticirani primeri okužbe s HIV glede na regijo bivanja ob prijavi, Slovenija, 2008–2017



Vir: Zbirka podatkov IVZ (NIJZ) 52. Evidenca pojavnosti infekcije s HIV, aidsa in smrti zaradi aidsa po ZZPPZ, 23.8.2018. CE-Celje, KP-Koper, KR-Kranj, LJ-Ljubljana, MB-Maribor, MS-Murska Sobota, NG-Nova Gorica, NM-Novo mesto, RA-Ravne na Koroškem, SLO-Slovenija.

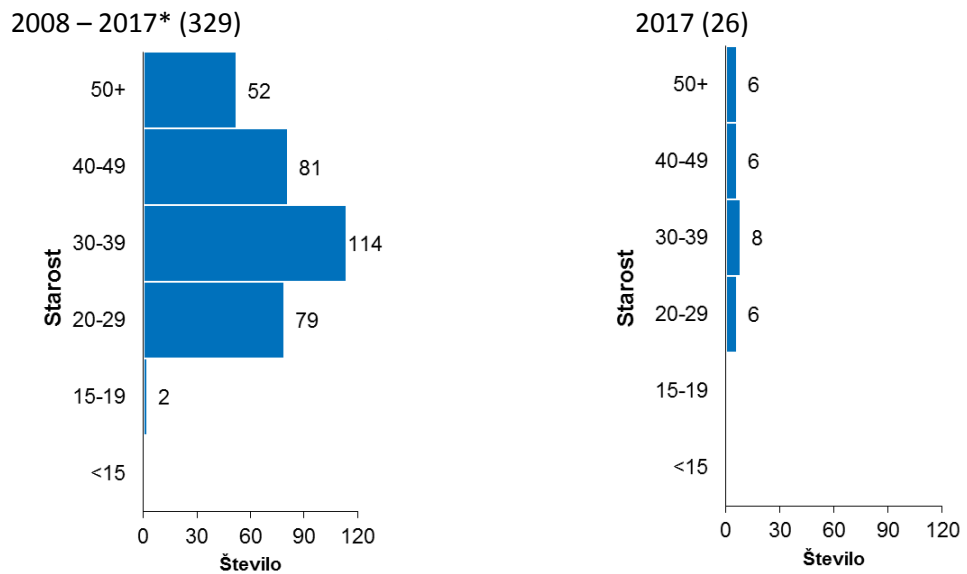
*Vključene so tudi tri osebe, ki so bile predhodno diagnosticirane v tujini, pri čemer so uvrščene glede na zdravstveno regijo bivanja ob diagnozi v Sloveniji.

Slika 6: Diagnosticirani primeri okužbe s HIV glede na spol in starost ob diagnozi, Slovenija, 2008–2017



Vir: Zbirka podatkov IVZ (NIJZ) 52. Evidenca pojavnosti infekcije s HIV, aidsa in smrti zaradi aidsa po ZZPPZ, 23.8.2018.
 * Ena prijava je transeksualna oseba. Pri enem moškemu ni bilo zabeleženega podatka o starosti.

Slika 7: Diagnosticirani primeri okužbe s HIV med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi, glede na starost ob diagnozi, Slovenija, 2008–2017



Vir: Zbirka podatkov IVZ (NIJZ) 52. Evidenca pojavnosti infekcije s HIV, aidsa in smrti zaradi aidsa po ZZPPZ, 23.8.2018.
 *Pri enem moškemu ni bilo zabeleženega podatka o starosti.

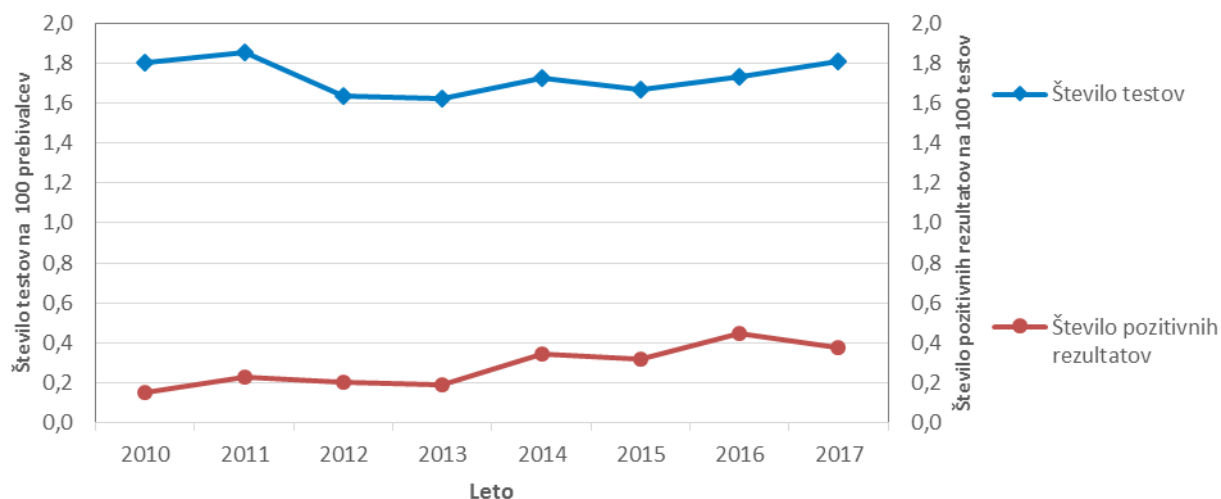
3 Testiranje

V Sloveniji je celoten obseg diagnostičnega testiranja na okužbo s HIV v primerjavi s številnimi drugimi evropskimi državami relativno majhen. Med 14 državami EU/EEA, za katere so bili za leto 2016 na voljo podatki za celoten obseg diagnostičnega testiranja na okužbo s HIV, je bil ta nižji kot v Sloveniji samo v dveh državah (11).

V letu 2017 je bilo v Sloveniji opravljenih 1,8 testov na 100 prebivalcev, podobno kot v preteklih letih (Slika 8). Na 100 opravljenih diagnostičnih testiranj na okužbo s HIV v letu 2017 je bilo 0,4 odstotka rezultatov pozitivnih.

Žal nam zelo enostavno zbiranje podatkov o celokupnem številu diagnostičnih testiranj v laboratorijih ne omogoča razumeti, ali sta se stopnja testiranja in povpraševanje po testiranju povečala v skupinah bolnikov z večjo verjetnostjo okužbe s HIV in višje tveganim vedenjem, kot na primer med MSM.

Slika 8: Število diagnostičnih testov na okužbo s HIV na 100 prebivalcev in stopnja pozitivnosti, Slovenija, 2008–2017*



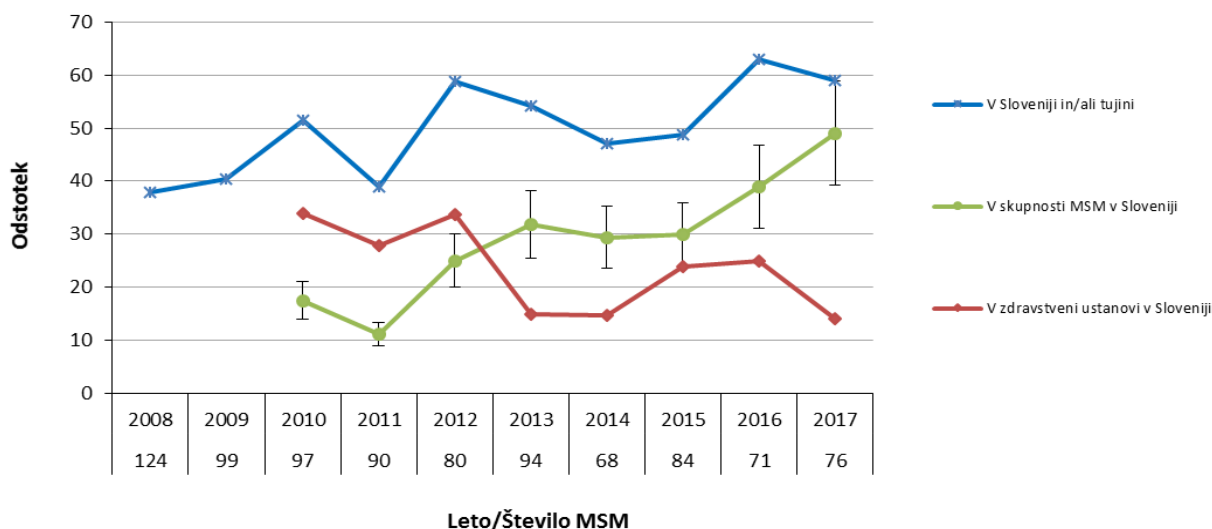
Vir: Poročilo laboratorijev o opravljenem številu diagnostičnih testov na okužbo s HIV, 2018.

*Izključeno je število testov, opravljenih zaradi zagotavljanja varne krvi in pripravkov iz krvi ter nevezanih anonimnih testov, opravljenih za namene epidemiološkega spremljanja spreminjanja deleža okuženih s HIV.

Za zagotavljanje varnosti prebivalstva pri preskrbi s krvjo in krvnimi pripravki v Sloveniji Zavod Republike Slovenije za transfuzijsko medicine (ZTM) že od leta 1986 presejalno testira vso darovano kri oziroma darovalce krvi in krvnih pripravkov tudi na označevalce okužbe s HIV (12-14). Podatke o številu odvzemov in številu pozitivnih enot na označevalce okužbe s HIV redno poročajo NIJZ. Med 89.580 odvzemi v letu 2017 ni bilo pozitivne enote na označevalce okužbe s HIV. V obdobju zadnjih deset let (2008–2017) se je letno število odvzemov gibalo med najmanj 87.697 in največ 99.377, število pozitivnih odvzetih enot na označevalce okužbe s HIV pa med 0 (v letih 2008, 2009, 2015 in 2017) in 3 (v letu 2014).

Ker je pogosto testiranje na okužbo s HIV posebno pomembno za MSM, smo v majhnih priložnostnih vzorcih, zajetih v Ljubljani, v okviru epidemiološkega spremljanja tveganih vedenj leta 2003 začeli spremljati tudi spreminjanje deleža letno testiranih na okužbo s HIV. V obdobju 2008–2017 se je delež MSM, ki so poročali, da so bili v preteklem letu testirani na okužbo s HIV, gibal med najnižjim 38 odstotkov (v letu 2008) in najvišjim 63 odstotkov (v letu 2016). Delež tistih, ki so navajali, da so se testirali v tujini, se je gibal od najnižjega enega odstotka (v letih med 2015 in 2017), do najvišjega devet odstotkov (v letu 2013). V obdobju 2010–2017, ko je Društvo informacijski center Legebitra v sodelovanju s Klinikom za infektivne bolezni in vročinska stanja (KIBVS) in Inštitutom za mikrobiologijo in imunologijo (IMI) izvajalo svetovanje in testiranje na okužbo s HIV v skupnosti MSM, je delež MSM, ki so poročali, da so bili v preteklem letu testirani v skupnosti, iz 11 odstotkov v letu 2011 porasel na 49 odstotkov v letu 2017 (Slika 9). V letu 2017 so od skupno 45 MSM, ki so poročali, da so se testirali na okužbo s HIV, samo štirje navedli, da so se testirali pri svojem izbranem zdravniku. Nihče ni poročal, da bi se testiral sam s testom, kupljenim preko spleta.

Slika 9: Odstotek moških, ki imajo spolne odnose z moškimi, in so poročali o testiranju na okužbo s HIV v preteklem letu (s pripadajočimi 95% intervali zaupanja), priložnostni vzorci, Ljubljana, 2008–2017



Vir: Epidemiološko spremljanje tveganih vedenj, ki je priključeno nevezanemu anonimnemu testiranju v priložnostnih vzorcih moških, ki imajo spolne odnose z moškimi, za namene epidemiološkega spremljanja okužbe s HIV, 2018.

Nekaj MSM je poročalo tudi o testiranju ob darovanju krvi. To število se je v obdobju 2008–2017 gibal med ena v letu 2016 in šest v letih 2013 in 2017. To bi lahko nakazovalo na probleme pri izločanju krvodajalcev z visoko tveganimi vedenji ali pa na nerazumevanje anketnega vprašanja »Ali si se v preteklem koledarskem letu testiral na HIV (virus, ki povzroča aids)«, ki je kot enega izmed možnih odgovorov ponudil tudi možnost »Da, ko sem daroval kri za transfuzijo«. Ker gre za zelo majhne priložnostne vzorce MSM, moramo biti pri posploševanju rezultatov na celo skupino MSM previdni. V letu 2017 je podatke o testiranjih MSM zbiralo Društvo ŠKUC, MSM nevladna organizacija, ki deluje podobno kot Društvo informacijski center Legebitra, ki organizira tudi testiranje v skupnosti. Zato bi lahko bil v tem priložnostnem vzorcu ocenjen delež testiranih MSM na okužbo s HIV v skupnosti v primerjavi z deležem testiranih v zdravstvenih organizacijah precenjen.

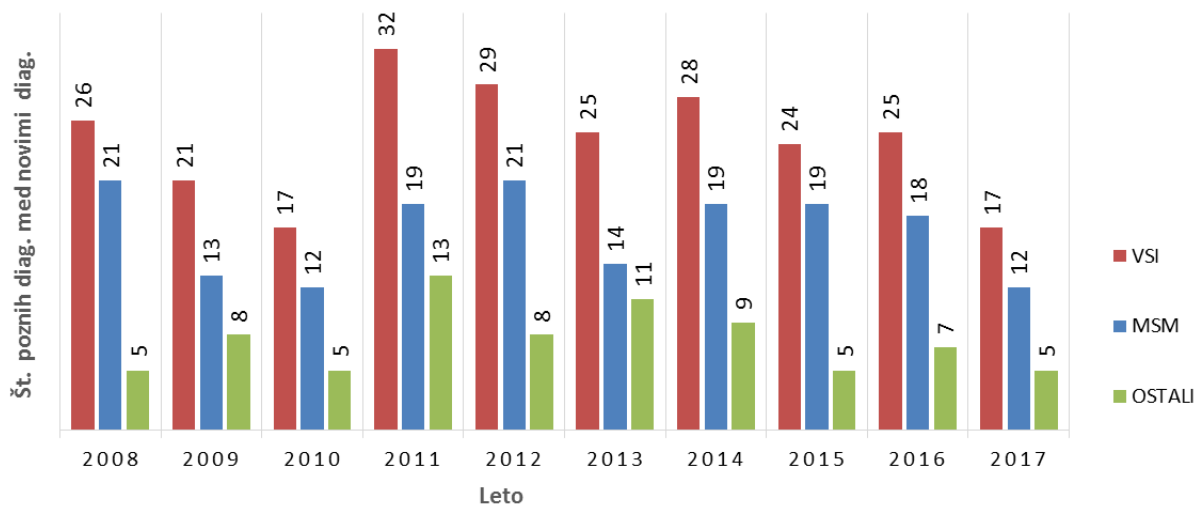
4 Pozne diagnoze

Če okužbo s HIV odkrijemo pozno, zamudimo priložnost za pravočasno in uspešnejše zdravljenje. Zato je tveganje za zgodnejši razvoj aidsa in smrti zaradi aidsa višje. Obenem zamudimo tudi priložnost za preprečevanje nadaljnjega prenašanja okužbe s HIV, saj uspešno zdravljenje s protiretrovirusnimi zdravili običajno tako zniža virusno breme okuženega, da z laboratorijskimi preiskavami ni več zaznavno. V skladu z zadnjimi objavljenimi Evropskimi priporočili se zdravljenje s protiretrovirusnimi zdravili uvede takoj po postavitvi diagnoze okužbe s HIV ne glede na število CD4 celic na mm^3 (15).

V letu 2017 je bila pri 17 osebah (44 odstotkov), od tega 12 MSM (46 odstotkov), diagnoza okužbe s HIV postavljena zelo pozno, saj so imeli že hudo prizadetost imunskega sistema (<350 CD4 celic/ mm^3).

Na sliki 10 je za obdobje 2008–2017 prikazano spreminjanje števila poznih diagnoz okužbe s HIV med vsemi osebami z novo diagnozo, ki so še dodatno razdeljene v 2 podskupini: MSM in ostali.

Slika 10: Število poznih diagnoz okužbe s HIV (<350 CD4 celic/ mm^3) med vsemi novimi diagnozami, med novimi diagnozami med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi, in med ostalimi novimi diagnozami, Slovenija, 2008–2017

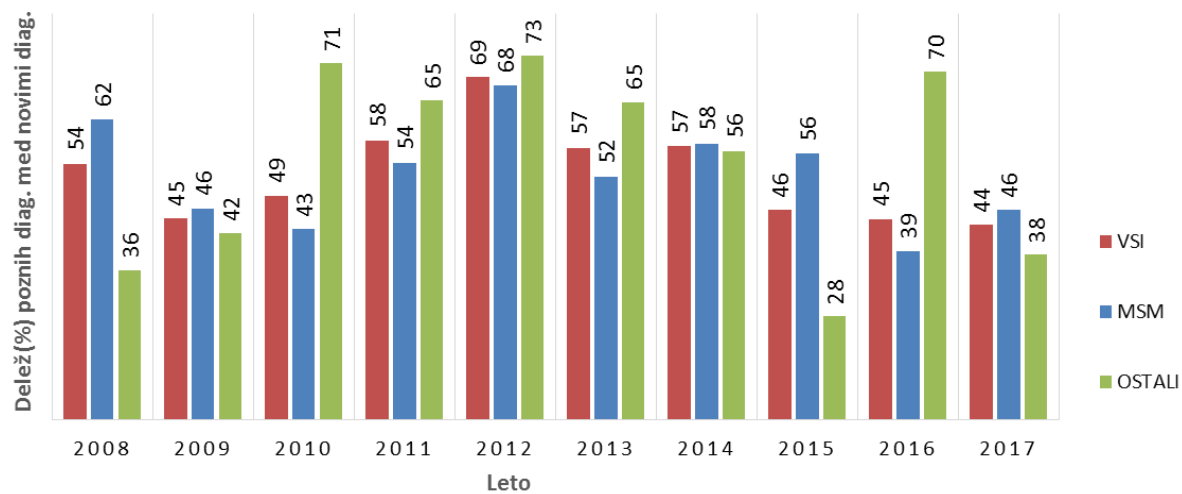


Vir: Zbirka podatkov IVZ (NIJZ) 52. Evidenca pojavnosti infekcije s HIV, aidsa in smrti zaradi aidsa po ZZPPZ, 23.8.2018.

Padec števila zelo kasnih diagnoz med MSM v letu 2017 je predvidoma posledica boljše dostopnosti in kulture testiranja med MSM ter takojšnjega zdravljenja MSM z novo diagnozo okužbe s HIV.

Slika 11 za enako obdobje 2008–2017 prikazuje spreminjanje deleža poznih diagnoz okužbe s HIV med vsemi novimi diagnozami, med novimi diagnozami med MSM in med ostalimi novimi diagnozami okužbe s HIV.

Slika 11: Delež poznih diagnoz okužbe s HIV (<350 CD4 celic/mm³) med vsemi novimi diagnozami, med novimi diagnozami med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi, in med ostalimi novimi diagnozami, Slovenija, 2008–2017



Vir: Zbirka podatkov IVZ (NIJZ) 52. Evidenca pojavnosti infekcije s HIV, aidsa in smrti zaradi aidsa po ZZPPZ, 23.8. 2018

5 Aids in smrti

V letu 2017 je za aidsom zbolelo sedem oseb (0,3/100.000 prebivalcev), trije manj kot v letu 2016 (Slika 1). Pri šestih je bila okužba s HIV prepoznana šele v letu 2017.

V obdobju zadnjih desetih let (2008–2017) je za aidsom zbolelo 117 oseb. Najpogostejša indikatorska bolezen ob diagnozi aidsa je bil sindrom propadanja zaradi HIV (Tabela 1).

Tabela 1: Indikatorske bolezni ob diagnozi aidsa, Slovenija, 2008–2017 in 2017

| Indikatorska diagnoza | 2008–2017 | | 2017 | |
|---|-----------|----------|---------|----------|
| | Število | Odstotek | Število | Odstotek |
| Sindrom propadanja zaradi HIV | 54 | 45,8 | 3 | 42,9 |
| Pljučnica <i>Pneumocystis carinii</i> | 42 | 35,6 | 4 | 57,1 |
| Kandidozapožiralnika | 21 | 17,8 | 1 | 14,3 |
| Kaposijev sarkom | 13 | 11,0 | | |
| Citomegalovirusna bolezen: izven jeter, vranice ali bezgavk (pri bolniku >1 mesec) | 12 | 10,2 | 2 | 28,6 |
| Burkittov limfom | 7 | 5,9 | | |
| Imunoblastni limfom | 6 | 5,1 | | |
| Toksoplazmoza možganov | 6 | 5,1 | | |
| HIV encefalopatija (demenca) | 5 | 4,2 | | |
| Kandidoza sapnika, bronhijev ali pljuč | 4 | 3,4 | | |
| Herpes simplex: kronična(e) ulceracija(e) kože in sluznic (trajajoča(e) >1 mesec) ali bronhitis, pnevmonitis ali ezofagitis | 4 | 3,4 | 1 | 14,3 |
| Kriptokokoza: izven pljuč | 4 | 3,4 | 1 | 14,3 |
| Citomegalovirusni retinitis (z izgubo vida) | 3 | 2,5 | | |
| Okužba pljuč z <i>Mycobacterium tuberculosis</i> (pri odraslem ali odraščajočem >13 let) | 2 | 1,7 | | |
| Primarni limfom v možganih | 2 | 1,7 | | |
| Bolezni, povzročene z <i>Mycobacterium avium</i> kompleks ali <i>M. kansasii</i> : razsoj ali izven pljuč | 2 | 1,7 | | |
| Progresivna multifokalna levkoencefalopatija | 1 | 0,8 | | |
| <i>Mycobacterium tuberculosis</i> : razsoj ali izven pljuč | 1 | 0,8 | | |
| Histoplazmoza: razsoj ali izven pljuč | 1 | 0,8 | | |
| <i>Mycobacterium</i> , druge vrste ali neopredeljene vrste: razsoj ali izven pljuč | 1 | 0,8 | | |
| Pljučnica: bakterijska, ki se ponavlja (>2 ponovitvi v 12 mesecih) | 1 | 0,8 | | |
| Salmonelna sepsa, ki se ponavlja | 1 | 0,8 | | |

Vir: Zbirka podatkov IVZ (NIJZ) 52. Evidenca pojavnosti infekcije s HIV, aidsa in smrti zaradi aidsa po ZZPPZ, 23.8.2018.

V letu 2017 je zaradi različnih vzrokov umrlo šest oseb z okužbo s HIV. Nihče ni umrl zaradi aidsa. Ena oseba je umrla zaradi miokardnega infarkta, ena zaradi karcinoma rektuma, ena zaradi jetrne odpovedi, ki je bila posledica virusnega hepatitisa, in ena zaradi kardiovaskularne bolezni. Pri dveh osebah pa vzrok smrti ni bil znan.

Relativno nizka umrljivost zaradi aidsa in relativno nizka obolevnost za aidsom odražata dobro dostopnost do zelo kakovostnega zdravljenja okužbe s HIV, vključno z najnovejšimi protiretrovirusnimi zdravili.

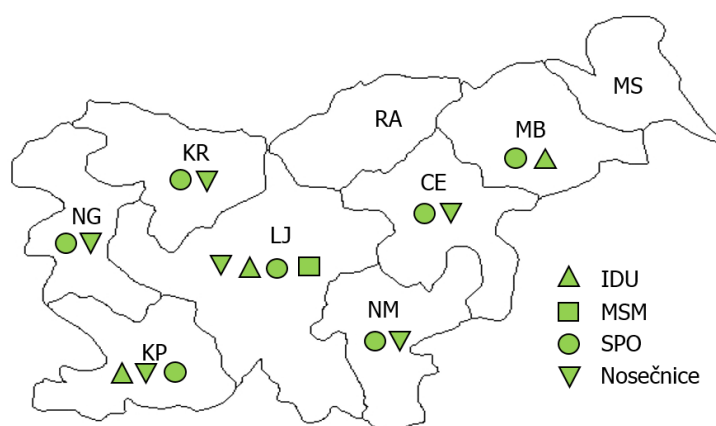
6 Delež okuženih v skupinah z različnim tveganjem

V lahko dostopnih priložnostnih vzorcih treh skupin z v povprečju višje tveganim vedenjem (OID, MSM in pacienti s SPO pregledani v veneroloških dispanzerjih, pri katerih je bilo naročeno testiranje na sifilis) in v priložnostnih vzorcih skupine z v povprečju nizkim tveganjem (nosečnicah, ki so presejane na sifilis) spremljamo spreminjanje deleža okuženih s HIV z nevezanim anonimnim testiranjem.

Od leta 1993 smo v laboratorijih za serološko diagnostiko sifilisa po vsej državi zbirali vzorce serumov pacientov s SPO in nosečnic (od leta 1995 vzorce nosečnic le vsako drugo koledarsko leto). Od leta 1995 smo trajno zbirali vzorce slin OID ob vstopu v program nadomestnega zdravljenja v vsaj enem od centrov za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog in od leta 2003 po dva meseca letno tudi med odjemalci vsaj enega programa izmenjevanja oziroma razdeljevanja igel in brizg. Od leta 1996 smo v Ljubljani enkrat letno zbirali vzorce slin v majhnih priložnostnih vzorcih MSM. Vsi zbrani vzorci so bili testirani na protitelesa proti HIV, do leta 2014 na IMI in od leta 2014 v Nacionalnem laboratoriju za zdravje, okolje in hrano (NLZOH). Testiranje smo izvedli šele potem, ko smo vse podatke, ki bi osebo lahko povezali z odvzetim vzorcem, odstranili (nevezano anonimno testiranje). Natančen opis metod, vključno z laboratorijskimi in z rezultati za obdobje od 1993 do 2002 smo objavili (16).

Slika 12 prikazuje mesta vzorčenja za različne skupine v obdobju 2008–2017. V letu 2017 smo vzorčili MSM v Ljubljani, OID v Ljubljani, Mariboru in Kopru in bolnike s SPO in nosečnice v osmih oz. sedmih laboratorijih, ki izvajajo serološko diagnostiko sifilisa v naslednjih regijah: Celje, Koper, Kranj, Ljubljana, Maribor, Nova Gorica in Novo mesto.

Slika 12: Mesta vzorčenja in skupine, zajete v sistem spremljanja spreminjanja deleža okuženih z nevezanim anonimnim testiranjem, Slovenija, 2008–2017



Sodelujoče organizacije v obdobju 2008–2017: Društvo informacijski center Legebitra, Društvo Stigma, Društvo Svit, Društvo zdrava pot Maribor, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano, Univerzitetni klinični center Maribor, Zavod Republike Slovenije za transfuzijsko medicino.

OID – Osebe, ki injicirajo droge, MSM – moški, ki imajo spolne odnose z moškimi, SPO – pacienti s spolno prenesenimi okužbami. Vir: Nevezano anonimno testiranje za namene epidemiološkega spremljanja okužbe s HIV, 2018.

V obdobju 2008–2017 smo zbrali 1545 vzorcev slin med OID, 1034 vzorcev slin med MSM, 7729 vzorcev krvi med bolniki s SPO in 43428 vzorcev krvi med nosečnicami. Tabela 2 prikazuje spreminjanje deleža okuženih moških in žensk v vseh štirih skupinah za to obdobje.

Tabela 2: Delež okuženih s HIV med osebami, ki injicirajo droge, moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi, pacienti s spolno prenesenimi okužbami in nosečnicami, Slovenija, 2008–2017

| | Leto | Število mest | Število testiranih | | Število okuženih s HIV | | Odstotek okuženih s HIV | |
|---------------|------|--------------|--------------------|-------|------------------------|-------|-------------------------|-------|
| | | | Moških | Žensk | Moških | Žensk | Moških | Žensk |
| OID | 2008 | 3 | 142 | 34 | 0 | 0 | 0% | 0% |
| | 2009 | 3 | 127 | 32 | 0 | 0 | 0% | 0% |
| | 2010 | 4 | 179 | 74 | 1 | 0 | 0,6% | 0% |
| | 2011 | 4 | 136 | 50 | 1 | 0 | 0,7% | 0% |
| | 2012 | 4 | 132 | 41 | 1 | 0 | 0,8% | 0% |
| | 2013 | 3 | 84 | 20 | 0 | 0 | 0% | 0% |
| | 2014 | 4 | 139 | 29 | 0 | 0 | 0% | 0% |
| | 2015 | 2 | 67 | 11 | 0 | 0 | 0% | 0% |
| | 2016 | 3 | 80 | 57 | 0 | 0 | 0% | 0% |
| 2017 | 3 | 97 | 14 | 0 | 0 | 0% | 0% | |
| MSM | 2008 | 1 | 137 | | 3 | | 2,2% | |
| | 2009 | 1 | 117 | | 1 | | 0,9% | |
| | 2010 | 1 | 114 | | 3 | | 2,6% | |
| | 2011 | 1 | 105 | | 8 | | 7,6% | |
| | 2012 | 1 | 106 | | 4 | | 3,8% | |
| | 2013 | 1 | 111 | | 5 | | 4,5% | |
| | 2014 | 1 | 74 | | 0 | | 0% | |
| | 2015 | 1 | 100 | | 4 | | 4,0% | |
| | 2016 | 1 | 84 | | 2 | | 2,4% | |
| 2017 | 1 | 86 | | 5 | | 5,8% | | |
| Bolniki s SPO | 2008 | 7 | 677 | 264 | 23 | 2 | 3,4% | 0,8% |
| | 2009 | 6 | 422 | 185 | 13 | 0 | 3,1% | 0% |
| | 2010 | 7 | 525 | 199 | 9 | 0 | 1,7% | 0% |
| | 2011 | 7 | 434 | 198 | 9 | 0 | 2,1% | 0% |
| | 2012 | 8 | 646 | 300 | 7 | 0 | 1,1% | 0% |
| | 2013 | 7 | 598 | 219 | 6 | 0 | 1,0% | 0% |
| | 2014 | 6 | 553 | 218 | 14 | 1 | 2,5% | 0,5% |
| | 2015 | 5 | 260 | 142 | 1 | 1 | 0,4% | 0,7% |
| | 2016 | 8 | 656 | 283 | 14 | 0 | 2,1% | 0% |
| 2017 | 8 | 662 | 288 | 9 | 1 | 1,4% | 0,3% | |
| Nosečnice | 2009 | 6 | | 8072 | | 1 | | 0,01% |
| | 2011 | 7 | | 7231 | | 2 | | 0,03% |
| | 2013 | 7 | | 9574 | | 0 | | 0% |
| | 2015 | 7 | | 9295 | | 2 | | 0,02% |
| | 2017 | 7 | | 9256 | | 0 | | 0% |

Vir: Nevezano anonimno testiranje za namene epidemiološkega spremljanja okužbe s HIV, 2018.

OID – Osebe, ki injicirajo droge, MSM – moški, ki imajo spolne odnose z moškimi, SPO – pacienti s spolno prenesenimi okužbami.

V tem obdobju je bil delež, okuženih s HIV, najvišji med MSM in med bolniki s spolno prenesenimi okužbami, med katerimi je najverjetneje nesorazmerno visok delež MSM. Delež okuženih med MSM je po šestih letih, v letu 2017, ponovno, enako kot leta 2011, presegel pet odstotkov.

Podatki o nesorazmerno visokem številu primerov sifilisa in gonoreje med MSM so objavljeni v poročilu o drugih spolno prenesenih okužbah (17). Zaskrbljujoče je, da so prijavljeni primeri zgodnjega sifilisa tudi med MSM z znano okužbo s HIV.

Med OID se intenzivno širjenje okužbe s HIV še ni začelo in v letu 2017 med 115 nevezano anonimno testiranimi ponovno nismo prepoznali nobene okužbe.

Delež okuženih nosečnic ostaja nizek. V letih 2011 in 2015 smo okužbo s HIV zabeležili pri dveh nosečnicah, medtem ko v vsem obdobju od leta 1993, ko smo začeli spremljati spreminjanje deleža s HIV okuženih nosečnic, v vseh ostalih letih nikoli nismo prepoznali več kot ene s HIV okužene nosečnice na leto.

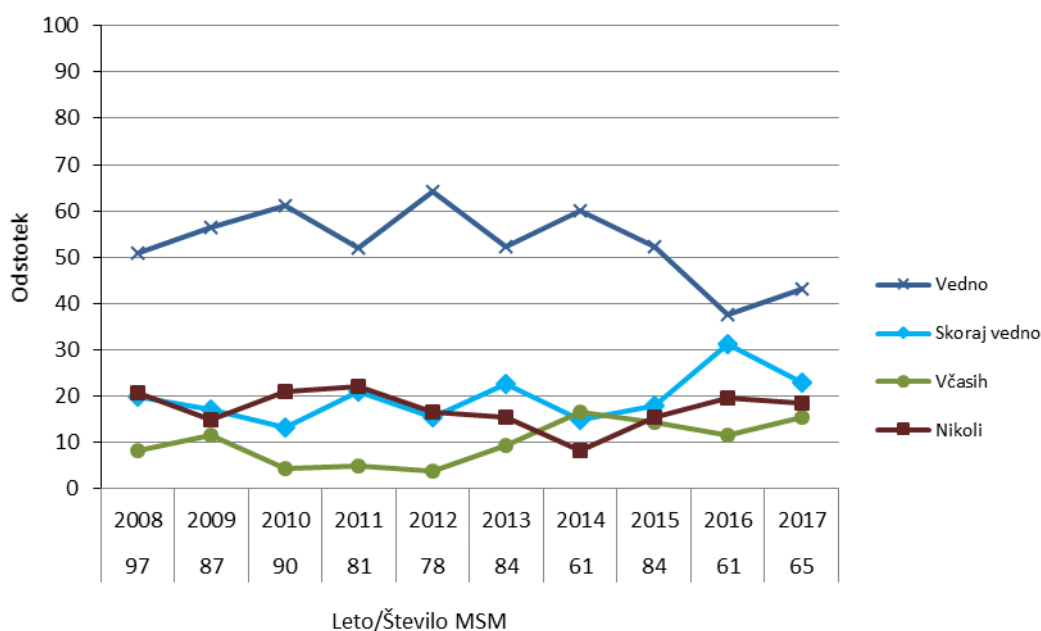
Kljub naraščanju števila okuženih s HIV v Sloveniji ocenjujemo, da je pri nas še vedno s HIV okužena manj kot ena oseba na 1.000 prebivalcev, kar je relativno malo v primerjavi z večino držav Evropske Unije (11).

7 Vedenje moških, ki imajo spolne odnose z moškimi

Preprečevanje novih okužb s HIV temelji predvsem na omejevanju tveganega spolnega vedenja med neokuženimi in okuženimi. Za orientacijski vpogled v učinek promocije varnejše spolnosti, vključno z uporabo kondomov med MSM, smo leta 2000 v majhnih priložnostnih vzorcih v Ljubljani začeli spremljati nekaj kazalnikov vedenja. Zbiranje podatkov smo priključili spremljanju deleža okuženih s HIV z nevezanim anonimnim testiranjem (16).

Vse MSM, ki prispevajo vzorec slin za nevezano anonimno testiranje na okužbo s HIV, zaprosimo, da anonimno izpolnijo kratek vprašalnik, ki vključuje tudi vprašanja o spolnem vedenju. Obenem dobijo informacije o varnejši spolnosti, kondome in lubrikante ter informacije o možnosti zaupnega ali anonimnega testiranja na okužbo s HIV s svetovanjem. Slika 13 prikazuje spreminjanje poročane pogostosti uporabe kondoma pri analnih spolnih odnosih v preteklem letu za obdobje 2008–2017.

Slika 13: Uporaba kondoma med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi, pri analnih spolnih odnosih v preteklem letu, priložnostni vzorec, Ljubljana, 2008–2017



Vir: Epidemiološko spremljanje tveganih vedenj, ki je priključeno nevezanemu anonimnemu testiranju v priložnostnih vzorcih moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi (MSM), za namene epidemiološkega spremljanja okužbe s HIV, 2018.

Število MSM – število MSM, ki so v preteklem letu imeli analne spolne odnose z moškimi in so odgovorili na vprašanja o uporabi kondoma.

Rezultati kažejo, da v teh priložnostnih vzorcih MSM v tem obdobju ni prišlo do zelo izrazitega povečanja tveganega spolnega vedenja. Ker gre za zelo orientacijsko spremljanje spreminjanja spolnega vedenja v zelo majhnih priložnostnih vzorcih, zajetih le na eni lokaciji v Ljubljani, rezultatov ne moremo posploševati na vse MSM v Sloveniji.

8 Izzivi za epidemiološko spremljanje

Za bolj poučene javnozdravstvene odločitve glede preprečevanja in obvladovanja okužbe s HIV v Sloveniji bi bilo smiselno izboljšati epidemiološko spremljanje okužbe s HIV.

Poleg zajetja podatkov, ki jih na osnovi zakonske obveze posredujejo zdravniki, ki so postavili diagnozo okužbe s HIV, moramo popolnost in hitrost zajetja podatkov o novih diagnozah izboljšati z vzpostavitvijo sprotnega prijavljanja iz vseh mikrobioloških laboratorijev, vključno s spremljanjem deleža nedavnih okužb, ko je diagnoza okužbe postavljena v roku šest mesecev po okužbi. Laboratorijsko epidemiološko spremljanje okužbe s HIV mora omogočiti tudi spremljanje obsega diagnostičnega testiranja in deleža pozitivnih rezultatov v skupinah ljudi z različnimi tveganimi vedenji, v skupinah bolnikov z različnimi bolezenskimi težavami in znaki, ki so značilni za okužbo s HIV, in spremljanje razlik v obsegu naročanja testiranja pacientov med zdravniki različnih specialnosti. Smiselno je tudi slediti obseg in kakovost testiranja MSM v njihovi skupnosti s kazalniki, ki smo jih pripravili v projektu HIV-COBATEST in smo jih uporabljali v projektu Euro HIV EDAT (18).

Vzpostaviti moramo tudi sistematično spremljanje »kontinuumu oskrbe« (v angl.: »continuum of care« - CoC) okuženih s HIV (19) in pridobiti čim bolj verodostojne ocene:

- števila in deleža okuženih s HIV v prebivalstvu (1. kazalnik CoC);
- števila in deleža okuženih s postavljeno diagnozo okužbe (2. kazalnik CoC);
- števila in deleža okuženih s postavljeno diagnozo okužbe, ki so vključeni v zdravstveno oskrbo (3. kazalnik v CoC);
- števila in deleža okuženih s postavljeno diagnozo okužbe, ki so vključeni v zdravstveno oskrbo in prejemajo protiretrovirusno zdravljenje (4. kazalnik CoC);
- števila in deleža okuženih s postavljeno diagnozo okužbe, ki so vključeni v zdravstveno oskrbo in prejemajo protiretrovirusno zdravljenje in imajo nezaznavno virusno breme v krvi (5. kazalnik CoC).

Smiselno bi bilo slediti tudi 2., 3., 4., in 5. kazalniku CoC v vsakoletni kohorti oseb z novo diagnozo okužbe s HIV, da bi lahko natančneje sledili spremembe v »kontinuumu oskrbe« okuženih s HIV.

Na KIBVS so za konec leta 2016 ocenili, da je bilo od 788 oseb z diagnozo okužbe s HIV v Sloveniji 684 (86,8%) oseb uspešno vključenih v zdravstveno oskrbo. Med 537 osebami, ki so takrat prejemale protiretrovirusna zdravila, jih je 504 (93,9 %) imelo virusno breme <40 kopij na ml (20).

9 Izzivi za raziskovanje

Najpomembnejši raziskovalni izziv so velike in poglobljene ponavljajoče se prečne raziskave o poučenosti, stališčih in vedenju glede okužbe s HIV in drugih spolno prenesenih okužb ter o potrebah v zvezi s preprečevanjem in obvladovanjem okužbe s HIV in oskrbi okuženih med MSM.

V namen spremljanja in ocenjevanja Nacionalne strategije preprečevanja in obvladovanja okužbe s HIV 2017–2025 (4) bi morali zagotoviti zbiranje podatkov za številne kazalnike. Zagotoviti bi morali, da se zbiranje podatkov o poučenosti o okužbi s HIV in o spolnem vedenju splošnega prebivalstva in mladine vključi v slovenske nacionalne raziskave, ki se izvajajo v teh dveh skupinah, npr. v raziskavo Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji (v angl.: Health Behavior in School-Age Children - HBSC) (21, 22).

V kolikor bi v Sloveniji začeli izvajati tudi Anketo o zdravju z zdravstvenimi pregledi (v angl.: European Health Examination Survey - EHES) bi bilo smiselno poleg zbiranja podatkov o poučenosti o okužbi s HIV in o spolnem vedenju splošnega prebivalstva vključiti tudi zbiranje kužnin za verodostojne ocene prebivalcev, okuženih z najpogostejšimi spolno prenesenimi okužbami.

Ker je za razumevanje nacionalne epidemiološke situacije okužbe s HIV in drugimi spolno prenesenimi okužbami ter načrtovanje promocije spolnega in reproduktivnega zdravja nujno razumeti tudi spolno vedenje prebivalcev in njihova stališča v zvezi s spolnostjo, in ker se spolno vedenje in stališča spreminjajo v času, po 15 letih izvajamo drugo slovensko nacionalno raziskavo življenjskega sloga, stališč, zdravja in spolnosti v verjetnostnem vzorcu prebivalcev, starih od 18 do 49 let. Take raziskave bi v prihodnje morali ponavljati najmanj na 10 let.

10 Priporočila za preprečevanje in obvladovanje

Preprečevanje in obvladovanje okužbe s HIV v okviru promocije spolnega in reproduktivnega zdravja je pomembna javnozdravstvena prednost. S programi promocije spolnega in reproduktivnega zdravja moramo doseči vse prebivalce, predvsem pa mlade.

Prva prednost Nacionalne strategije preprečevanja in obvladovanja okužbe s HIV 2017–2025 je preprečevanje okužb s HIV dobro znanimi učinkovitimi intervencijami v skupinah z v povprečju najvišjim tveganjem (4). Ker je breme okužbe s HIV v Sloveniji nesorazmerno visoko med MSM, je preprečevanje okužb s HIV med MSM najpomembnejša prednost.

Za preprečevanje spolnega prenosa je pomembno spodbujanje odgovornega in varnega spolnega vedenja, vključno s promocijo uporabe kondoma med vsemi prebivalci, predvsem pa med mladimi in MSM.

Spodbujanje prostovoljnega zaupnega testiranja na okužbo s HIV v ranljivih skupinah z višje tveganimi vedenji, predvsem med MSM, je pomembno za zgodnje prepoznavanje okužbe s HIV, ki je pogoj za pravočasno zdravljenje in oskrbo okuženih ter s tem tudi za preprečevanje prenosa okužbe. MSM moramo omogočiti tudi svetovanje in testiranje na okužbo s HIV v njihovi skupnosti. Spodbujati bi morali tudi samotestiranje oseb z višjim tveganjem za okužbo s HIV (4). Ustrezen test bi moral biti na voljo v lekarnah in tako dostopen širšemu krogu oseb.

Testiranje na okužbo s HIV v okviru zdravstvenega varstva je najbolj smiselno pri bolnikih z znaki in bolezenskimi težavami, ki kažejo na okužbo s HIV, npr. bolnikih s tuberkulozo, otrocih, rojenih s HIV okuženim materam, pacientih ambulant za spolno prenesene okužbe, osebah z okužbami, ki kažejo na tvegano spolno vedenje (npr. bolniki z drugimi spolno prenesenimi okužbami), OID in bolnikih z okužbami, ki so povezane z injiciranjem prepovedanih drog (npr. hepatitis C) (4, 23, 24). MSM bi bilo smiselno najmanj enkrat letno omogočiti testiranje na okužbo s HIV in druge spolno prenesene okužbe v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja. Testiranje je potrebno omogočiti tudi vsem, ki menijo, da so se izpostavili okužbi.

Preprečevanje okužbe s HIV vključuje tudi zdravljenje okuženih (15), protiretrovirusno poekspozicijsko profilakso (PEP) po izpostavljenosti okužbi s HIV pri delu v zdravstvu, po nezaščitenih spolnih odnosih z dokazano okuženimi ali s pripadniki skupin z višjim tveganjem in pri izpostavljenosti okuženi krvi pri souporabi pribora za injiciranje (25, 26) ter tudi preekspozicijsko profilakso (PrEP) za osebe z izjemno visokim tveganjem za okužbo s HIV (4).

Da bi omejili obolenje in umrljivost med okuženimi s HIV, moramo vsem zagotoviti kakovostno zdravljenje in oskrbo, ki vključuje tudi zdravljenje drugih spolno prenesenih

okužb, psihosocialno podporo, svetovanje za varnejšo spolnost ter podporo pri obveščanju partnerjev. Stremeti moramo tudi k zmanjševanju njihove stigmatizacije in diskriminacije v zdravstvenih ustanovah in javnosti.

11 Reference

1. Državni zbor RS. Zakon o zdravstveni dejavnosti (uradno prečiščeno besedilo). Uradni list RS št. 23/2005.
2. Državni zbor RS. Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti /ZZDej-J/. Uradni list RS, št. 14/2013.
3. Vlada Republike Slovenije. Strategija preprečevanja in obvladovanja okužbe s HIV za obdobje 2010–2015. Pridobljeno 10.9.2018 s spletne strani: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/aids/MZ_HIV_P.doc.
4. Vlada Republike Slovenije. Nacionalna strategija preprečevanja in obvladovanja okužbe s HIV 2017–2025. Pridobljeno 10.9.2018 s spletne strani: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/aids/NAc_strat_HIV.pdf.
5. Državni zbor RS. Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva. Uradni list RS št. 65/2000. Pridobljeno 10.9.2018 s spletne strani: <http://www.uradni-list.si/1/content?id=26736>.
6. Državni zbor RS. Zakon o nalezljivih boleznih – ZNB (uradno prečiščeno besedilo) (ZNB-UPB1), Uradni list RS št. 33/2006. Pridobljeno 10.9.2018 s spletne strani: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200633&stevilka=1348>.
7. Minister za zdravje. Pravilnik o prijavi nalezljivih boleznih in posebnih ukrepih za njihovo preprečevanje in obvladovanje. Uradni list RS št. 16/1999. Pridobljeno 10.9.2018 s spletne strani: <http://www.uradni-list.si/1/content?id=18409>.
8. Evropski parlament in Komisija. Izvedbeni sklep komisije (EU) 2018/945 z dne 22. junija 2018 o nalezljivih boleznih in z njimi povezanih posebnih zdravstvenih problemih, zajetih v epidemiološko spremljanje, ter o zadevnih opredelitvah primerov. Uradni list Evropske unije, št. L 170(61), 06.07.2018. Pridobljeno 10.9.2018 s spletne strani: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32018D0945&from=EN#page=23>
9. Sočan M, Šubelj M in drugi. Definicije prijavljivih nalezljivih boleznih za namene epidemiološkega spremljanja. Ljubljana: NIJZ, 2018. Pridobljeno 10.9.2018 s spletne strani: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/definicije_eu_noneu_2018_cobiss_14.5.2018.pdf.
10. ECDC and WHO. HIV/AIDS Reporting Protocol and Analysis Plan 2017 – Surveillance data for 2016. Stockholm: ECDC and WHO, 2017.
11. ECDC and WHO. HIV/AIDS Surveillance in Europe 2017 – 2016 data. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control, 2017. Pridobljeno 10.9.2018 s spletne strani: https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/20171127-Annual_HIV_Report_Cover%2BInner.pdf.
12. Državni zbor RS. Zakon o preskrbi s krvjo. Uradni list RS št. 104/2006. Pridobljeno 10.9.2018 s spletne strani: <http://www.uradni-list.si/pdf/2006/Ur/u2006104.pdf#!/u2006104-pdf>.
13. Državni zbor RS. Pravilnik o strokovno medicinskih pogojih za odvzem krvi. Uradni list RS št. 9/2007. Pridobljeno 10.9.2018 s spletne strani: <http://www.uradni-list.si/1/content?id=78132>.

14. Levičnik Stezinar S, Rahne Potokar U. Presejanje krvodajalcev na označevalce okužb v Sloveniji v obdobju 1991–2010. Zdrav Vestn 2012; 81 Supl. 2:II-265-73.
15. European AIDS Clinical Society. Guidelines Version 9.0 October 2017. Pridobljeno 10.9.2018 s spletne strani: http://www.eacsociety.org/files/guidelines_9.0-english.pdf.
16. Klavs I, Poljak M. Unlinked anonymous monitoring of HIV prevalence in high and low-risk groups in Slovenia, 1993-2002. Croat Med J 2003;44:545–49.
17. Klavs I, Kustec T (ur.). Spolno prenesene okužbe v Sloveniji, letno poročilo 2016. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2017. Pridobljeno 10.9.2018 s spletne strani: http://nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/spo_letno_2016.pdf.
18. Euro HIV EDAT. Guidelines for Data Collection for Monitoring and Evaluation of Community Based Voluntary Counselling and Testing (CBVCT) for HIV in the COBATEST Network. Pridobljeno 10.9.2018 s spletne strain: https://eurohivedat.eu/arxius/ehe_docsmenu_docsmenu_doc_106-20131101_D03_00_OTH_1_EN_PS.PDF.
19. ECDC. Thematic report: HIV continuum of care. Stockholm: ECDC, 2015. Pridobljeno 10.9.2018 s spletne strani: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/dublin-declaration-continuum-of-care-2014.pdf>.
20. Pečavar B, Maver M, Turel G, Vovko T, Tomažič J. Snapshot of the Slovenian HIV/AIDS (SHIVA) Cohort on December 31st, 2016. Poster session presented at: 16th European Aids Conference; 2017 Oct 25-27; Milano, Italy.
21. Jeriček Klanšček H, Bajt M, Drev A, Koprivnikar H, Zupanič T, Pucelj V (ur.) Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji, Izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2014. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. Pridobljeno 10.9.2018 s spletne strani: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/hbsc_2015_e_verzija30_06_2015.pdf.
22. Jeriček Klanšček H in sod. (ur.). Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2011. Pridobljeno 10.9.2018 s spletne strani: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/hbsc_2010.pdf.
23. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization, 2014. Pridobljeno 10.9.2018 s spletne strani: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128048/1/9789241507431_eng.pdf?ua=1&ua=1.
24. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization, 2015. Pridobljeno 10.9.2018 s spletne strani: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179870/1/9789241508926_eng.pdf?ua=1&ua=1.
25. Matičič M, Vidmar D, Vovko T, Tomažič J, Franko A. Preprečevanje okužb po incidentu v zdravstvu. V: Beović B, Strle F, Tomažič J. (ur.). Novosti v infektologiji, Preprečevanje okužb: imunoprofilaksa in kemoprofilaksa. Ljubljana: Infektološki simpozij, 2012:156–64.
26. Matičič M, Tomažič J, Vovko T, Gregorič S. Pogoste indikacije za protivirusno kemoprofilakso. Beović B, Strle F, Tomažič J. (ur.). Novosti v infektologiji, Preprečevanje okužb: imunoprofilaksa in kemoprofilaksa. Ljubljana: Infektološki simpozij, 2012:235–48.