

GODINA X
BROJ 1
ISSN 1332-7445
2009.

HUHIV
HRVATSKA UDRUGA
ZA OBOLELE OD HIV-a 

info
za zdravstvene djelatnike



Nastavak: Oportunističke infekcije (OI) i važne koinfekcije

str. 06



Rizici od malignih oboljenja kod osoba s HIV-infekcijom su sve manji

str. 14



HIV/AIDS i seksualni rad u Zagrebu i Splitu

str. 16



Budi muško!

str. 19



„Period prozora“ kontraproduktivan za smanjenje prijenosa HIV-a

str. 22



Kako i dalje osigurati nisku razinu oboljenja od HIV-infekcije i AIDS-a?

str. 26



HIV/AIDS u Sjedinjenim Američkim Državama

str. 30



Tečaj “HIV i stomatološki tim”

str. 35



Zajednička izjava s radionice “Primjena ljudskih prava u prekograničnom pružanju zdravstvenih usluga”

str. 37

NASTAVAK

Oportunističke infekcije (OI) i važne koinfekcije

MAI/MAC

✚ Vrsta infekcije: *Mycobacterium avium complex* i *Mycobacterium intracellulare* su dva bakterijska mikroorganizma srodna *Mycobacterium tuberculosis* koji izaziva TBC. Bolest koju izazivaju ove bakterije se zove MAI u Europi i MAC u SAD-u, ali su to iste bolesti. MAI se može proširiti po cijelom organizmu i može zahvatiti bilo koji organ, posebno krv, limfne žlijezde, pluća, jetru, slezenu i koštano srž. Bakterija napada i makrofage (stanice koje u našem tijelu gutaju infektivni materijal).

✚ Put infekcije: Infekcija dolazi iz tla, prašine ili zagađene vode i ne prenosi se s osobe na osobu. Kao i druge OI, MAI postaje problem kod osoba čiji je imunološki sustav oštećen. Ako je vaš broj CD4 ispod 100 stanica/mm³, postoji rizik za pojavu MAI-ja. Što je manji broj CD4, to je rizik za pojavu bolesti veći.

✚ Simptomi: vrućica, noćno znojenje, gubitak apetita i slabost. Crijevna MAI može uzrokovati proljev i grčeve u trbuhu. U limfnom sustavu MAI izaziva otok limfnih žlijezda, jetre i slezine. U nalazima krvne slike može se naći manji broj crvenih krvnih zrnaca i manji broj trombocita.

✚ Dijagnoza: MAI se može dokazati zasijavanjem kultura uzoraka krvi, ispljuvka ili uzoraka dobijenih biopsijom (zahvaćenog organa ili žlijezde), ali za rezultate treba čekati i po četiri tjedna. Brži test je i nalaz acidorezistentnih bacila, ali se njim ne mogu razlikovati bakterija koja uzrokuje MAI od one koja uzrokuje TBC.

✚ Liječenje: Liječenje je komplicirano i podrazumijeva up-

otrebu kombinacije dvaju i više antibiotika da bi se smanjio rizik od razvoja rezistencije, i to obično klaritromicin ili azitromicin plus etambutol i rifabutin. Osobe kod kojih se razvila rezistencija na klaritromicin imat će i križnu rezistenciju na azitromicin i obrnuto. Drugi lijekovi koji se koriste za liječenje su rifabutin (vidite dio o interakciji s antiretrovirusnim lijekovima u dijelu o TBC-u), rifampicin, gentamicin, amikacin, ciprofloksacin i sparfloksacin.

Liječenje je doživotno osim ako antiretrovirusna terapija ne dovede do povećanja broja CD4 ponovno na iznad 100 stanica/mm³. U tom slučaju lijekovi za MAI mogu se prestati uzimati nakon godinu dana.

✚ Profilaksa: Još uvijek nije jasno kada se preporučuje profilaksa za osobe čiji je broj CD4 ispod 50 stanica/mm³. Preporuke se razlikuju od zemlje do zemlje. Glavni razlog za predostrožnost je rizik da će se razviti rezistencija na antibiotike. Ako je dostupna antiretrovirusna terapija, onda je vrlo vjerojatno da će ona više štititi od razvoja MAI-ja nego da se kao profilaksa koriste lijekovi za liječenje MAI-ja. Naime, antiretrovirusna terapija će podići broj CD4 na nivo koji može da štiti od uzročnika MAI-ja.

Azitromicin koji se koristi za liječenje MAI-ja istovremeno može pomoći u zaštiti od toksoplazmoze.

Hepatitis

✚ Vrsta infekcije: Hepatitis je termin koji se odnosi na upalu jetre koja može biti posljedica samog HIV-a, toksičnog djelovanja lijekova i često zbog virusa hepatitisa. Tri glavna uzročnika infekcije jetre su tri vrlo različita virusa - virus hepatitisa A (HAV), virus hepatitisa B (HBV) i virus hepatitisa C (HCV) - za čije se liječenje koristi različita terapija. Ovdje se najviše bavimo HBV i HCV infekcijom imajući u vidu da se prenose na isti način kao i HIV. U kontekstu HIV-infekcije, virusni hepatitis više se smatraju kao koinfekcije (pridružene infekcije) nego kao oportunističke infekcije.

✚ Glavni simptomi: Neki od simptoma akutne ili aktivne infekcije su mučnina, povraćanje, malaksalost, proljev,



žutica (žutilo kože i bjeloočnica), povišena temperatura, gubitak na težini, i zajednički su za sve virusne infekcije jetre. Ipak, neće sve osobe imati simptome infekcije, a neki čak neće ni znati da su inficirani. Kada je u pitanju hepatitis C, kod HIV-negativne osobe može proći i 20 - 25 godina da bi došlo do ozbiljnog oštećenja jetre (ožiljci/ciroza i rak jetre). HCV napreduje brže kod osoba koje istovremeno imaju i HIV i potrebno je 10 - 15 godina.

Nepodnošenje masne hrane i alkohola, otečena i tvrda jetra i "pjege" po koži drugi su simptomi hepatitisa.

Kronična HCV-infekcija također se javlja zajedno s mentalnim poteškoćama i depresijom.

❖ Dijagnoza: Testovima krvi može se utvrditi je li osoba bila ranije izložena virusu (mnoge osobe izbace virus a da nisu ni znale da su inficirane i pri tome proizvode antitijela) ili postoji li aktivna infekcija. U krvi se traže specifična antitijela. Ako osoba ima gore nabrojane simptome i/ili povišene vrijednosti enzima jetre (AST, ALT, GamaGT i alkalne fosfataze), to svakako treba reći liječniku, koji će ga potom testirati na viruse hepatitisa. Viral load (PCR) testovi za hepatitis koriste se slično kao i viral load test za HIV, i njima se može potvrditi infekcija kada su imunološki testovi negativni ili nejasni za tumačenje.

❖ Liječenje: Liječenje provodi liječnik infektolog koji ima iskustva u liječenju obiju infekcija.

HBV: Nekoliko lijekova koji se koriste za liječenje HIV-a su

učinkoviti i za liječenje HBV-infekcije. To su adefovir (danas se ne koristi za liječenje HIV-infekcije), 3TC, tenofovir i FTC. Lijek koji se ranije koristio – interferon, sada se rjeđe koristi jer se lijekovi u tabletama lakše podnose. Adefovir, tenofovir i FTC su najaktivniji lijekovi kod čije primjene je najmanji rizik za razvoj rezistencije. Ti se lijekovi moraju pažljivo primjenjivati u koinfekciji s HIV-om. Zbog rizika od razvoja rezistencije HIV-a, 3TC, tenofovir i FTC bi trebalo primjenjivati samo kod HIV-pozitivnih osoba koji su na trostrunoj ARV-kombinaciji. Adefovir se može koristiti pojedinačno ako nije potrebna anti-HIV terapija. Rezistencija HIV i HBV virusa je drugačija i javljaju se nezavisno jedna od druge. HBV se kod mnogih ljudi može uspješno liječiti. Ako liječenje treba biti doživotno i ako se s njim prekine, postoji veliki rizik da se virus reaktivira ili da dođe do ozbiljnog ili fatalnog oštećenja jetre. Sve to je usko specijalističko područje liječnika infektologa.

HCV: Liječenje HCV/HIV infekcije također je usko specijalističko područje. Koristi se pegilirani interferon (Pegasis) i ribavirin i liječenje obično traje 48 tjedana, ali kod HIV/HCV pozitivnih osoba može trajati i duže.

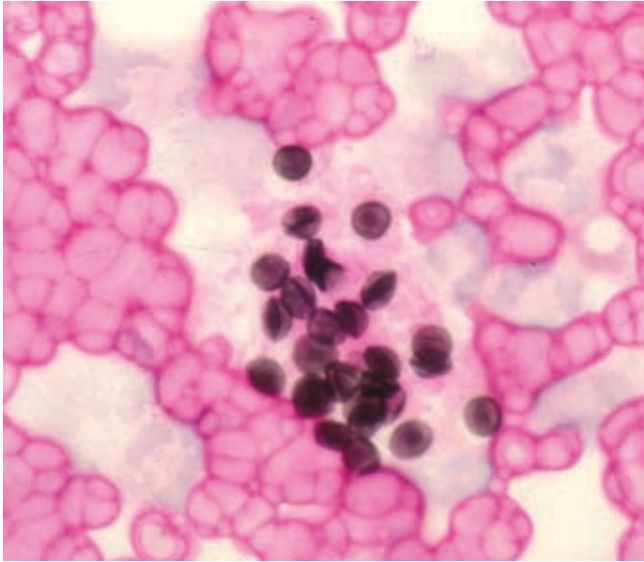
Postotak odgovora na terapiju u vidu trajnog uklanjanja HCV-a varira od 30% kod ljudi inficiranih HCV-genotipovima 1 ili 4 do 60-70% kod inficiranih genotipovima 2 ili 3. Odgovor na terapiju nakon 12 tjedana liječenja može biti rana naznaka učinkovitosti terapije. Čak i ako se HCV ne izbac iz organizma, terapija može poboljšati stanje jetre i usporiti progresiju bolesti.

❖ Profilaksa: Efikasna cjepiva postoje za hepatitis A i hepatitis B, za hepatitis C ne postoji cjepivo.

❖ Daljnja istraživanja: Liječenje HCV-infekcije duže od jedne godine možda je efikasnije za neke osobe. U tijeku su obimna istraživanja s ciljem da se pronađu lijekovi koji imaju drukčiji način djelovanja i manje nuspojave od interferona. Nadamo se da će neka od tih istraživanja postati novi lijek u slijedećih 5-10 godina.

CMV (citomegalovirus)

❖ Vrsta infekcije: Infekcija CMV je virusna infekcija koja postaje ozbiljan problem kada broj CD4 stanica padne ispod 50. Ona je jako rasprostranjena (kod više od 50% opće populacije, kod više od 60% intravenskih korisnika droga



i kod više od 90% homoseksualaca), ali postaje problem samo kada je smanjena obrambena sposobnost organizma – većinom kod HIV-pozitivnih osoba i kod osoba kojima su transplantirani organi.

⚡ Glavni simptomi: CMV-infekcija može zahvatiti mnogo različitih organa. CMV-retinitis (upala retine koja je dio oka, mrežnica) može rezultirati brzim i trajnim gubitkom vida. Rani simptomi su pokretne točkice ili niti u vidnom polju, slijepe točke, zamućen ili taman dio vidnog polja, svjetlucaje ili bilo kakav oblik gubitka vida.

Važno je da svatko kome je broj CD4 limfocita ispod 50 ide redovito na pregled očiju (svakih 1-3 mjeseca) jer nekad osoba nije svjesna simptoma kada je zahvaćen periferni vid. CMV-infekcija može da zahvati i druge organe: organe sustava za probavu – jednjak (bol iza prsne kosti, otežano gutanje – na sluzokoži jednjaka mogu se vidjeti plitki, ali veliki čirevi), želudac, crijeva, rektum (u ovom se slučaju može javiti proljev i krv u stolici), pluća (često zajedno s PCP-om), mozak i središnji živčani sustav.

⚡ Dijagnoza: CMV-retinitis se dijagnosticira pomoću pregleda očiju. Ako CMV zahvati druge organe, za dijagnozu je obično potrebna biopsija i/ili nalaz CMV-a.

⚡ Liječenje: Ako je došlo do razvoja CMV-retinitisa, potrebno je hitno liječenje jer je oštećenje vida nepovratno. Glavna tri lijeka su ganciklovir, foskarnet i cidofovir. Ganciklovir i foskarnet su prvi lijekovi izbora i daju se u sporoj intravenskoj infuziji, dvaput na dan od trenutka kada se ot-

krije bolest, i to u idućih 14 - 21 dan po preporuci liječnika. Nakon infuzije lijek se nastavlja uzimati oralno. Osim ganciklovira, za oralnu upotrebu dostupan je i valganciklovir koji se može piti umjesto ganciklovira.

Antiretrovirusna terapija koja podiže broj CD4 na više od 50 stanica/mm³ najbolji je oblik liječenja za duže razdoblje. Kada se poslije nekoliko mjeseci broj CD4 podigne na više od 100 stanica/mm³ (možda i samo više od 50), lijekovi za CMV-infekciju se obično mogu sigurno prestati uzimati. U suprotnom, to se komplicirano liječenje mora provoditi cijeli život.

Ponekad lijekovi kojima se liječi HIV-infekcija mogu uzrokovati odgovor imunološkog sustava koji komplicira liječenje CMV-a, što je u domeni infektologa.

Kada CMV zahvati druge organe, za liječenje se koriste isti lijekovi za intravensku i oralnu upotrebu.

⚡ Profilaksa: Primarna i sekundarna profilaksa u vidu proganciclovira (valganciklovir) može imati zaštitnu ulogu kod osoba čiji je broj CD4 ispod 50 stanica/mm³ i koji ne reagiraju dobro na antiretrovirusnu terapiju. U tom slučaju mora se voditi računa o nuspojavama lijekova i o riziku od razvoja rezistencije.

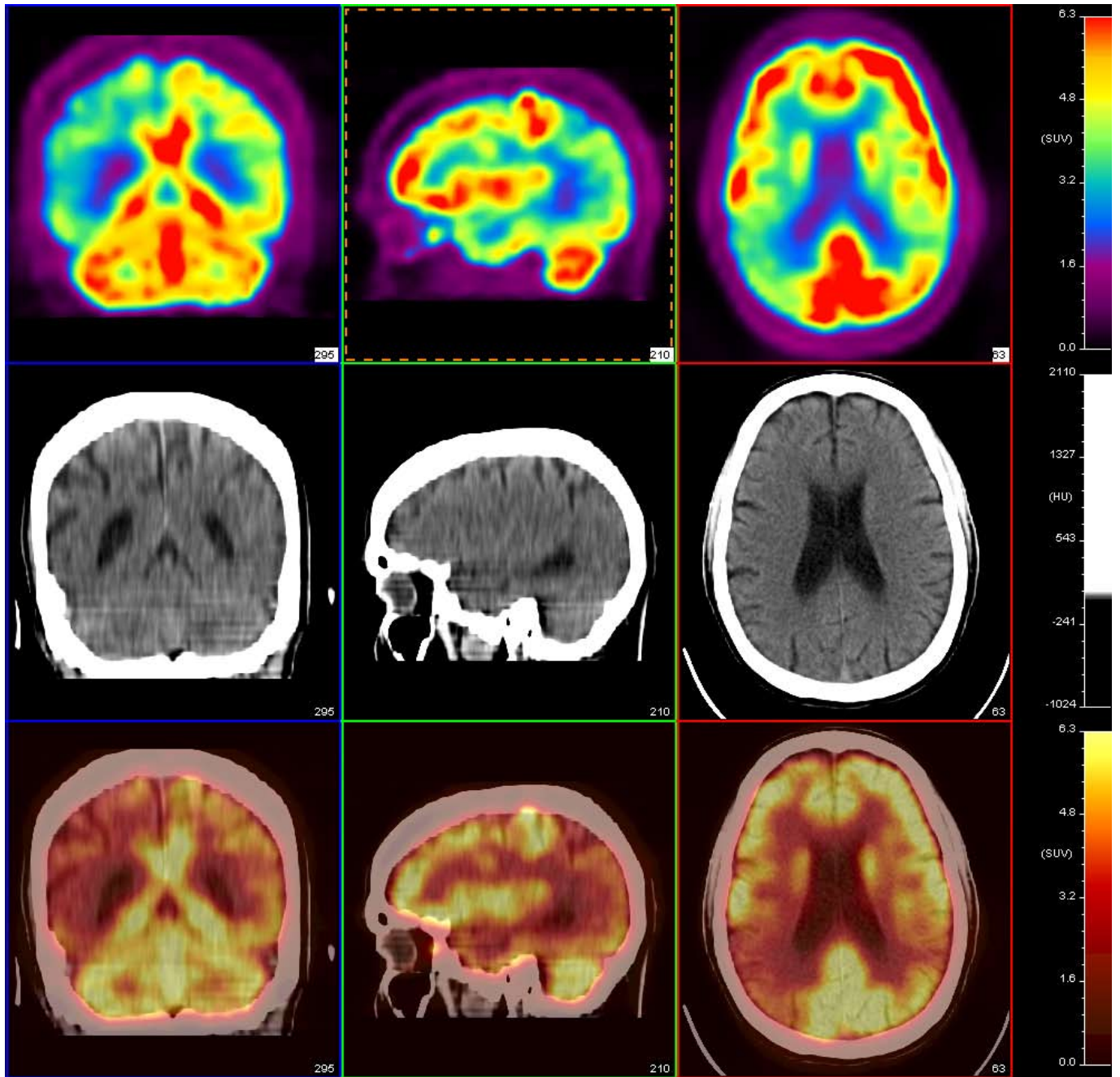
⚡ Daljnja istraživanja: Nekoliko drugih istraživanja za liječenje CMV-infekcije se istražuje. Ipak, s njima se ne žuri zbog djelovanja antiretrovirusnih lijekova koji su doveli do smanjenja pojave CMV-retinitisa.

Toksoplazmoza

⚡ Vrsta infekcije: Toksoplazmoza je bolest koju izaziva protozoa. Obično se prenosi tako što se jede sirovo i nedovoljno pečeno meso. Drugi izvor infekcije je izmet mačke. Mada su mnoge odrasle osobe izložene uzročniku toksoplazmoze, rizik od pojave bolesti obično se javlja kada je broj CD4 ispod 200 stanica/mm³.

⚡ Glavni simptomi: Toksoplazma najčešće uzrokuje lezije u mozgu. Osim povišene temperature i glavobolje, javljaju se različiti simptomi od strane živčanog sustava - dezorijentacija, konfuzija, gubitak pamćenja i vida, nemogućnost govora, a ako bolest napreduje, može doći do promjene ponašanja. Ako se ne liječi, toksoplazmoza može biti fatalna.

⚡ Dijagnoza: Dijagnosticiranje može biti teško jer testovi iz krvi kojima se traže antitijela, pa čak i viral load iz likvora,



nisu uvijek pozitivni. Magnetna rezonanca ili skener mozga mogu pokazati oštećenje mozga, ali ne daju dovoljno informacija pa se na osnovu njih ne može odrediti uzrok oštećenja.

Početni simptomi obično su dovoljni za odluku da se počne s terapijom i ako se smanje tijekom iduća dva tjedna, onda je toksoplazma vjerojatno uzrok problema. Na snimkama NMR-om i skenerom oštećenja bi se trebala početi povlačiti nakon tri tjedna liječenja.

❖ Liječenje: Terapija je učinkovita i najčešće se liječi antibioticima pirimetaminom i sulfadiazinom obično u

vidu tableta, ponekad u vidu intravenske infuzije kod vrlo ozbiljnih manifestacija. Mogu se koristiti i drugi antibiotici ako sulfadiazin izaziva nuspojave – klindamicin, klaritromicin ili azitromicin s pirimetaminom, ali ti su lijekovi manje učinkoviti.

Nakon uspješnog odgovora na liječenje (obično tri tjedna) nastavlja se s lijekovima, ali s manjim dozama održavanja pirimetamin plus ili sulfadiazin ili klindamicin.

Liječenje je doživotno ako je vaš broj CD4 ispod 200. Kao i za druge oportunističke infekcije, dobar odgovor na anti-retrovirusnu terapiju u vidu podizanja broja CD4 preko 200

znači da se lijekovi za liječenje toksoplazmoze mogu ukinuti. To zavisi od ozbiljnosti same bolesti i od toga održava li se broj CD4 iznad 200.

🔴 Profilaksa: kotrimoksazol (trimetoprim + sulfametoksazol (Bactrim)) - u širokoj je upotrebi kod osoba čiji je broj CD4 ispod 200 - pretežito zato jer se istovremeno koristi i kao profilaksa za zaštitu od PCP-a. Za osobe koje ne toleriraju kotrimoksazol, za profilaksu toksoplazmoze i PCP-a može se koristiti i atovakon ili dapson.

🔴 Daljnja istraživanja: Alternativni antibiotici poput atovakona, azitromicina i doksiciklina su predmet istraživanja.

Kriptokokni meningitis

🔴 Vrsta infekcije: Kriptokokus je gljivica koja se nalazi u tlu gdje dospijeva iz ptičijih izlučevina, a može se i udahnuti kroz prašinu. Ne prenosi se s inficirane osobe na druge ljude. Infekcija može mirovati godinama. Isto kao i kad su u pitanju druge oportunističke infekcije, problem u vidu aktivne bolesti nastaje ako vam broj CD4 padne ispod 200 stanica/mm³. Pušači i osobe koje rade vani su u većem riziku od ove bolesti.

🔴 Glavni simptomi: Najznačajnija i veoma ozbiljna manifestacija je kriptokokni meningitis (upala moždanih ovojnica). Nastaje tako što gljivica dospije u krv nakon plućne infekcije. Glavni simptomi su povišena temperatura, mučnina, intenzivna glavobolja, ukočen vrat, fotofobija (smeta vam svjetlost), konfuzija i dezorijentacija te poremećaj svijesti koji može napredovati do kome. Ako kriptokokus zahvati pluća, simptomi su slični onima kao i kod PCP-a, kao što su kašalj, kratak dah, vrućica i malsalost, mada često i nema nekih simptoma.

🔴 Dijagnoza: Dijagnoza se postavlja tako što se likvor (tekućina koja obavija mozak i leđnu moždinu) ili krv pregleda kako bi se našla gljivica ili se radi testiranje na kriptokokne antigene ili se zasijava kultura. Uspješnost liječenja se potvrđuje tim istim testovima.

🔴 Liječenje: Srednje teška i veoma ozbiljna inicijalna infekcija (kada su prisutni simptomi od strane mozga) liječi se amfotericinom B ili lipozomalnim (obložen mastima) amfotericinom B. Terapija se daje preko središnje venske linije u duboku venu.

Sve ovo je dosta komplicirano i može trajati i po šest i više tjedana. Lijekovi koji se piju, flukonazol i itrakonazol, djeluju

na kriptokokus, ali nisu dovoljno učinkoviti pa se koriste kod lakših infekcija. Ako se kod meningitisa pojavi i povišen intrakranijalni tlak, kao dio liječenja može se određena količina likvora povremeno vaditi van kako bi se smanjila opasnost od oštećenja mozga. Kada se infekcija iskorjenu i dalje je neophodno piti terapiju održavanja (sekundarna profilaksa) da bi se spriječilo vraćanje infekcije. U tom cilju piju se kapsule flukonazola i to 400 mg/dan prvih osam tjedana, a potom se doza smanjuje na 200 mg/dan sve dok je broj CD4 stanica ispod 100-200. Terapija održavanja se može ukinuti tek kada dođe do uspješnog odgovora na anti-HIV lijekove u vidu povećanja broja CD4 stanica iznad 100. Kao i kod drugih lijekova koji se daju u manjim dozama za održavanje, ako broj CD4 ponovno padne, ponovno treba uključiti sekundarnu profilaksu.

🔴 Profilaksa: Ako živite u zemlji u kojoj se infekcija kriptokokusom često javlja, može vas zaštititi profilaksa koja podrazumijeva flukonazol (200 mg/dan) ili itrakonazol, i to ako imate manje od 100 CD4 stanica. Pri tome se mora voditi računa o mogućnosti da se jave rezistentne infekcije i o troškovima liječenja. Ako je moguće, bilo bi bolje da pijete antiretrovirusnu terapiju koja će rezultirati podizanjem broja CD4 na sigurniji nivo što će vas štititi od ove infekcije.

Limfom, uključujući Kaposi sarkom (KS), Non-Hockins limfom (NHL), Hockinsovu bolest (HB)

Nekoliko značajnih tumora povezano je sa HIV-om i nalaze se na listi bolesti koje definiraju AIDS. Među njima su NHL, KS i rak grlića maternice.

I mnogi drugi tumori javljaju se češće kod HIV-pozitivnih osoba u usporedbi s općom populacijom (npr. melanom, karcinom anusa, rak pluća, Hockinsova bolest), oni nisu svrstani u grupu AIDS definiranih. Ovo će se možda promijeniti u budućnosti.

Neki tumori (npr. rak dojke) ne javljaju se češće kod HIV-pozitivnih osoba.

Rak (kancer, tumor) je bolest koju karakterizira nekontrolirani rast i širenje abnormalnih stanica.

Benigni tumori su ograničeni na ćelije porijeklom od originalnih stanica tkiva u kom se i nalaze i ukoliko svojim rastom ne ometaju funkciju organa, nisu opasni. Maligni tumori se šire u druge dijelove tijela i mnogo su ozbiljniji.



Ako se šire nekontrolirano, mogu biti i fatalni.

Limfomi su tumori koji se razvijaju u limfnom sustavu.

Najčešći tip limfoma je Hockinov. Svi ostali se nazivaju non-Hockin limfomi (NHL).

Sarkomi su tumori čije su stanice porijeklom iz kosti, hrskavice, masnog tkiva, mišića, krvnih žila, kože i drugih vezivnih i potpornih tkiva. Najučestaliji sarkom udružen s HIV-om je Kaposijev sarkom (KS).

Karcinom je naziv za tip raka koji se razvija u tkivima koja pokrivaju ili oblažu određene organe (epitel) kao što su koža, maternica, pluća ili dojke.

Svaki rak ima različite karakteristike, simptome i način liječenja. Svi imaju bolju prognozu što se ranije otkrije.

Općenito, tumori udruženi s HIV-om, osim Kaposijevog sarkoma, su bolesti koje ne nestaju, niti se dramatično poboljšavaju kao odgovor na primijenjenu antiretrovirusnu terapiju, ali ako se ona pije, to će spriječiti ili odgoditi njihovu pojavu. Zato je veoma važan njihov skrining (traženje) i redovito praćenje.

Skorašnja istraživanja dovela su u vezu mnoge tumore udružene s HIV-om s drugim virusnim infekcijama:

- ❖ Kaposijev sarkom (KS) je tumor koji se najčešće javlja na koži i sluzokožama, ali može zahvatiti i neke unutrašnje organe. Smatra se da je njegova pojava povezana s infekcijom s HHV-8 (Humani Herpes Virus-8). Važno je redovito pregledavati kožu i dostupne sluzokože (npr. usnu duplju) kako biste na vrijeme primijetili bilo kakve promjene, koje mogu biti različite boje (obično crvenkasto-ljubičaste) i različitih oblika (okrugle, mrljaste, trakaste).

- ❖ Rak grlića materice i anusa su povezani s infekcijom HPV-om (Humani Papiloma Virus). HPV je velika obitelj

virusa koji također uzrokuju genitalne i analne bradavice (kondilome). Neke vrste (16, 18, 31, 33, 35) su više povezane s nastankom raka nego druge.

- ❖ Infekcija Epstein-Barr virusom povezana je s nastankom NHL. Limfom se može javiti bilo gdje u organizmu, ali se ipak javlja češće u nekim dijelovima (potkožnom tkivu, u desnim, sinusima, jetri, CZŠ-u, probavnom traktu...). Limfom se može proširiti na više mjesta u organizmu.

- ❖ Nastanak raka jetre vezan je s infekcijom hepatitis C virusom (HCV).

Gubitak težine u vezi s HIV-om i mršavljenje

Gubitak težine može biti simptom mnogih infekcija, uključujući i samu HIV-infekciju, a uzrok može biti i više različitih faktora istovremeno. Zato će možda biti potrebno više različitih pristupa da se postavi prava dijagnoza i odredi način liječenja. Čak i osobama koje su na antiretrovirusnoj terapiji može biti teško održati željenu težinu i nadoknaditi ranije izgubljene kilograme. Značajno propadanje i gubljenje na težini opasno je po život, ali kad se počne liječenje antiretrovirusnom terapijom, obično se povrti staro stanje. Kod osobe koja ima proljev, a i mršavi, mora se naći uzrok proljeva. Isto vrijedi i za mučninu i povraćanje. Istovremeno s liječenjem uzroka mršavljenja mora se promijeniti i način ishrane u vidu posebne dijeta kako bi se smanjio projev i poboljšao unos potrebnih namirnica. Ako je proljev uzrok mršavljenja, njega treba liječiti. Najbolji dugoročni način da se riješi problem proljeva je uključivanje učinkovite anti-retrovirusne terapije. Ako postoji mučnina i povraćanje, onda liječnik može propisati lijekove protiv mučnine i povraćanja.

- ❖ Tip bolesti: Gubitak težine jedan je od najčešćih problema koji se sreće tijekom HIV-infekcije. Uzroci su različiti: većina OI koje su prethodno opisane, nuspojave lijekova koje pijete kao i sama HIV-infekcija. Gubitak težine nastaje zbog povraćanja, proljeva ili gubitka apetita. Ako postoje ti simptomi, mora se istražiti što ih je izazvalo. Sama HIV-infekcija može biti uzrok gubitka na težini i propadanja jer energiju koju dobivate iz hrane koristi virus. Količina potrebne energije koja je potrebna tijelu da normalno funkcionira, čak i kada se samo sjedi ili leži (potrošnja energije u odmoru) - je veća kod HIV-pozitivnih osoba. Potrebe za energijom postaju još veće kako bolest napreduje. Druge



bolesti i infekcije također povećavaju potrebu za energijom koja je potrebna da se tijelo s njima izbori.

⚡ Glavni simptomi: Općenito, gubitak težine znači smanjenje telesne težine. Gubitak težine u vezi s HIV-om uključuje smanjenje mišićnog tkiva i ostalih nemasnih tkiva. Hrana je izvor energije, a ako svaki dan unosite manje kalorija nego što je potrebno tijelu, onda se potrebna energija nadoknađuje iz zaliha koje se nalaze u masnom tkivu. Ako su te zalihe već postrošene, energija se troši iz proteina neophodnih za izgradnju i održavanje mišića.

⚡ Dijagnoza: Dijagnoza samog gubitka težine je laka i brza jer je za to potrebna samo vaga. Gubitak težine za više od 10% od normalne tjelesne težine, a koji se ne može objasniti djelovanjem drugih faktora (npr. dijeta, vježbanje, druge infekcije ili lijekovi), postaje bolest definirana za AIDS. Neobjašnjiv gubitak težine od 5% tijekom 6 mjeseci govori u prilog da će se povećati i na 10%, tako da se mora shvatiti ozbiljno.

Kada se lipoatrofija i gubitak težine pojave kod iste osobe, onda je postavljanje dijagnoze i liječenje znatno kompliciranije jer je u pitanju potpuno druga stvar u odnosu na gubitak težine u vezi s HIV-om.

⚡ Liječenje: Jednostavno rečeno, vraćanje težine bi trebalo biti jednostavno tako što se poveća broj unijetih kalorija na dan. U praksi je to složenije. Ovisno o uzroku gubitka težine, stvari koje se čine normalnim kao što je unos visokokalorične hrane, nisu uvijek i najprikladnije. Na primjer, ako osoba koja ima proljev poveća unos masne hrane, to će samo pojačati proljev i pri tome će vjerojatno smanjiti mogućnost unosa i drugih hranljivih sastojaka. Zato svako treba dobiti savjete za specijalnu dijetu.

Ako je uzrok proljeva, mučnine i povraćanja neka druga oportunistička infekcija, onda će se ti simptomi najvjerojatnije povući nakon primjene antiretrovirusne terapije i terapije za liječenje te oportunističke infekcije. Osobe koje počnu s uzimanjem antiretrovirusne terapije obično ubrzo povećaju tjelesnu težinu kad shvate da im se povećao apetit i da imaju više energije.

Ako je uzimanje hrane bolno zbog kandidate u ustima ili jednjaku ili ako postoje ranice u ustima, onda će uzimanje antiretrovirusne terapije slično pomoći i u rješavanju ovih problema.

⚡ Profilaksa: Ako ste HIV-pozitivni i niste na ARV-terapiji, lakše je izgubiti na težini nego je povratiti. Sve što preuzmete ranije, lakše je i efikasnije.

Rječnik:

Biopsija - postupak kojim se uzima uzorak tkiva ili stanica koji se kasnije pregleda mikroskopom.

Bronhoskopija - postupak kojim se tankom savitljivom cijevi ulazi u dišne organe kako bi se vidjela njihova unutrašnjost i eventualno uzeli uzorci za različita ispitivanja.

Ciroza - dugotrajna "povreda" jetre koja dovodi do nastanka ožiljaka u njezinom tkivu. Dolazi do poremećaja u normalnoj strukturi jetre i obnavljanju stanica. Zbog toga jetra ne može kvalitetno obavljati svoje funkcije, kao što je, primjerice, prerada lijekova.

Likvor (cerebrospinalna tekućina) - bezbojna, prozirna tekućina koja okružuje središnji živčani sustav (mozak i leđnu moždinu).

GI (gastro intestinalni) - sustav za probavu koji obuhvaća želudac i crijeva.

Profilaksa - preuzimanje određenih mjera kako bi se spriječila pojava bolesti (npr. preventivno uzimanje nekih lijekova). Ima poseban značaj kada je broj CD4 mali i u slučajevima kada liječenje antiretrovirusnom terapijom iz bilo kojeg razloga nije moguće. Pod sekundarnom profilaksom se podrazumijeva da se određeni lijekovi piju (obično u manjim dozama) i nakon što se određena bolest izliječi s ciljem da se smanji rizik od njenog ponovnog javljanja (ponovne infekcije ili ponovne aktivacije bolesti).

Protozoa - mali paraziti koji mogu uznemiriti trbuh i izazvati ozbiljan proljev.

Cijepljenje - mala doza ili neaktivni oblik infektivnog organizma ili njegovog dijela koji se daje u vidu injekcije kako bi se stimuliralo tijelo da proizvodi antitijela. Ta antitijela osiguravaju zaštitu kad dođe do infekcije upravo tim organizmom. Važno je da se HIV-pozitivnim osobama ne daju cjepiva napravljena od živih virusa. Ako ste HIV-pozitivni, trebalo bi da koristite cjepiva u kojima su samo neaktivni infektivni organizmi ili njihovi dijelovi.

Preuzeto iz: [Treatment trainig for advocates, HIV i-base, VB](#)

Rizici od malignih oboljenja kod osoba s HIV-infekcijom su sve manji

Velika studija provedena u Sjedinjenim Američkim Državama (SAD) pokazala je da osobe s HIV-infekcijom imaju šest puta veći rizik za razvoj ne-AIDS definiranih karcinoma čiji je uzrok infekcija. Većina tih karcinoma povezana je s humanim papiloma virusom (HPV).

Ipak, studija je pokazala da se od uvođenja antiretrovirusne terapije taj rizik znatno smanjio.

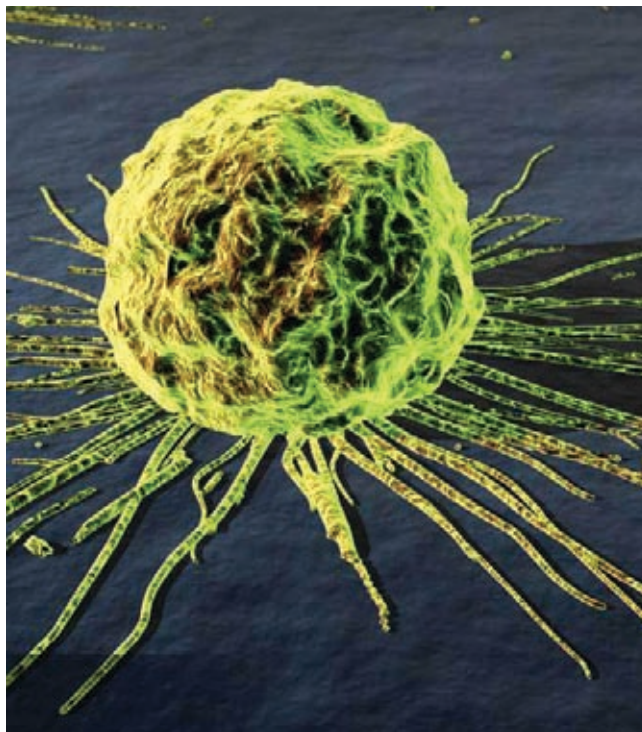
Ovakvi karcinomi, koji nisu primarno uzrokovani AIDS-om, postaju sve učestaliji u populaciji osoba s HIV-infekcijom ponajprije zato jer ta populacija sada živi duže i stari.

Neki karcinomi, kao što je karcinom pluća, pojavljuje se češće u populaciji osoba s HIV-infekcijom.

Doduše, nije jasno raste li rizik od razvoja ovih karcinoma ili raste zbog efekata antiretrovirusne terapije.

Podaci o karcinomima uzeti su iz Kaiser Permanente karcinom registra, a grupirani su u karcinome povezane s infekcijom ili nepovezane s infekcijom. Karcinomi povezani s infekcijom smatraju se: karcinomi glave, vrata, jetre, anusa i cerviksa te Hodgkin limfom.

U ispitivanoj populaciji pronađeno je 480 karcinoma kod HIV-pozitivnih osoba: 220 povezanih s infekcijom i 269 nepovezanih s infekcijom. Ukupan broj ispitivanih HIV-pozitivnih osoba bio je 18 890. Kod HIV-negativnih osoba pronađeno je 3065 karcinoma: 398 povezanih s infekcijom



i 2698 nepovezanih s infekcijom. Ukupan broj ispitivanih HIV-negativnih osoba bio je 189 804.

Nije pronađena značajna razlika između HIV-pozitivnih i HIV-negativnih osoba za rizik od razvoja Hodgkin limfoma, karcinoma jetre te orofarinksa.

U istraživanju je pronađeno da HIV-pozitivne osobe imaju povećan rizik od razvoja karcinoma bubrega, pluća, melanoma, karcinoma prostate te colorektalnog karcinoma.

Treba uzeti u obzir da se zaključci iz ove studije ne mogu generalizirati na populaciju žena, ali u svakom slučaju daje određenu sliku i informacije o karcinomima među populacijom HIV-pozitivnih osoba.

Preuzeto sa: www.aidsmap.com (Risk of cancer with infectious cause going down in people with HIV)

HIV/AIDS i seksualni rad u Zagrebu i Splitu

Za razliku od afričkih zemalja gdje je epidemija HIV-a rasprostranjena među općom populacijom, izvan tog kontinenta epidemija je uglavnom koncentrirana među visoko rizičnim skupinama poput muškaraca koji imaju seksualne odnose s muškarcima, intravenskih ovisnika i seksualnih radnica. To se odnosi i na tranzicijske postkomunističke zemlje istočne i srednje Europe (Rhodes i Simic, 2005). Mnoge od njih su se nakon demokratskih revolucija i državnog osamostaljivanja početkom devedesetih našle u siromaštvu, masovnoj nezaposlenosti i reduciranim javnim uslugama poput zdravstva i socijalne skrbi. Kako su rasli socijalni problemi, razvijale su se ilegalne industrije poput trgovanja drogom kao i popratna epidemija uporabe teških droga. Dobar primjer je Ukrajina u kojoj je zabilježena jedna od najbrže rastućih epidemija u svijetu s procjenom da 1,6% opće populacije u dobi između 15 i 49 godina živi s HIV-om. Pritom je prevalencija HIV-a među intravenskim ovisnicima viša od 40%. U mnogim je zemljama zabilježen i porast u trgovanju seksualnim uslugama, uključujući trgovanje ženama u svrhu prostitucije. Među tim zemljama zatekle su se i zemlje bivše Jugoslavije koje je vezalo slično tranzicijsko iskustvo s dugotrajnim socijalnim posljedicama. Stigmatizacija i diskriminacija seksualnih radnica, pogotovo u tradicionalnijim društvima i zemljama u kojima je to ilegalna aktivnost, može dovesti do ozbiljnih negativnih posljedica po njihovo zdravlje. Strah od državnih institucija može ih spriječiti da se koriste zdravstvenim uslugama koje stoje na raspolaganju svim građanima, a strah prouzročen društvenom stigmom može ih onemogućiti da se zauzmu za svoja prava kada su ona narušena, kao što to može biti

U Hrvatskoj znamo vrlo malo o seksualnim radnicama, osobito po pitanju rizičnog ponašanja i socijalnih uvjeta prijenosa HIV-a.

slučaj s nasiljem od strane klijenata i svodnika.

Do sada je napravljeno tek nekoliko istraživanja o rizicima vezanima uz HIV među seksualnim radnicama u jugoistočnoj Europi, i to s podijeljenim uspjehom. Primjerice, istraživanje koje je 2005. provedeno u Crnoj Gori pokazalo je kako je seksualne radnice izrazito teško regrutirati u istraživačke svrhe (Simic i sur., 2006). Njihovo sudjelovanje u istraživanju iste godine u Srbiji polučilo je veći uspjeh, no uzorak nije postigao očekivanu veličinu (Simic i sur., 2006). Nedavno je pak napravljena kvalitativna studija u susjednoj Srbiji koja je utvrdila visoku razinu institucionalnog nasilja koje je znatno utjecalo na rizično seksualno ponašanje seksualnih radnica (Rhodes i sur., 2008). Pritom je nasilje uglavnom dolazilo od strane policajaca koji su koristili tehnike zastrašivanja da bi dobili besplatne – i nezaštićene – seksualne usluge. Uzorci su, međutim, bili izrazito maleni i raznovrsni što znatno onemogućava bilo kakvu generalizaciju nalaza.

U Hrvatskoj znamo vrlo malo o seksualnim radnicama, osobito po pitanju rizičnog ponašanja i socijalnih uvjeta



prijenosa HIV-a. Iz tog smo razloga proveli prvo sustavno istraživanje o rizičnom ponašanju među seksualnim radnicima na području Zagreba i Splita. Suradnici su nam bile nevladine udruge Help i Let koje su 2006. i 2008. godine prikupile podatke u svojim prostorijama i lokacijama gdje su ispitanice radile. Splitski uzorak uključio je 89, a zagrebački 65 ispitanica. One su ispunjavale kratki upitnik koji je obuhvaćao pitanja o sociodemografskim karakteristikama, iskustvima u seksualnom radu poput broja klijenata u posljednjih mjesec dana, rizičnom seksualnom ponašanju, intravenskoj uporabi droga, pobolu i znanju o spolno prenosivim infekcijama te psihičkom i fizičkom zlostavljanju.

Nalazi su pokazali da se dva uzorka razlikuju po nekim ključnim karakteristikama. Seksualne radnice u Zagrebu bile su nešto starije, slabije obrazovane i u većem broju nezaposlene. Nadalje, imale su više klijenata, koristile su kondome redovitije u posljednjih mjesec dana i imale su manji broj partnera u posljednjih godinu dana koji ih za seks nisu plaćali. S druge strane, intravensko korištenje droga pokazalo se prisutnijim među sudionicama iz Splita

(više od 50%) koje su također bile u manjoj mjeri izložene nasilju te su se češće testirale na HIV u usporedbi sa svojim zagrebačkim kolegicama.

Ključni je nalaz da je među sudionicama iz oba grada zabilježena visoka razina uporabe kondoma s klijentima. U Zagrebu su tako sve ispitanice izjavile da su koristile kondom pri posljednjem odnosu s klijentom, a u Splitu njih 97%. Znanje o HIV-u bilo je relativno nisko s obzirom da je 37% sudionica u zagrebačkom i 43% u splitskom uzorku ispravno odgovorilo na svih šest elementarnih pitanja o načinima prijenosa HIV-a. Prema očekivanju, razina obrazovanja bila je pozitivno korelirana sa znanjem o HIV-u. Otprilike 14% u oba uzorka imalo je dijagnosticiranu spolno prenosivu infekciju u posljednjih godinu dana, dok je ohrabrujući podatak da je u istom razdoblju više od 70% sudionica posjetilo ginekologa. Nalaz kojem je potrebno posvetiti više pozornosti jest raširenost nasilja od strane klijenata. U zagrebačkom uzorku je, primjerice, svaka druga sudionica navela da je bila žrtvom fizičkog ili psihičkog zlostavljanja.

U analizi je utvrđeno da na redovitu uporabu kondoma

s klijentima u posljednjih mjesec dana među ispitanim seksualnim radnicama utječu lokacija uzorka, obrazovanje, iskustvo testiranja na HIV i samoprocjena rizika zaraze HIV-om. Pokazalo se da je vjerojatnost da će sudionice iz Zagreba redovito koristiti kondom s klijentima bila 14 puta veća u usporedbi sa sudionicama iz Splita. Za one seksualne radnice sa srednjom školom i više bilo je pet puta vjerojatnije da će se redovito koristiti kondomima s klijentima od onih koje su završile samo osnovnu školu ili su stekle još nižu razinu obrazovanja. Iskustvo testiranja na HIV značajno je pridonijelo povećanoj vjerojatnosti, dok je viša procjena osobnog rizika zaraze HIV-om utjecala na smanjenju vjerojatnost redovite uporabe kondoma. Relativno visoke razine uporabe kondoma i testiranja na HIV vjerojatno su barem djelomično posljedica toga da smo intervjuirali one seksualne radnice koje su u kontaktu s nevladinim organizacijama i njihovim preventivnim aktivnostima. Jedan od najvažnijih nalaza ove studije jest relativno visoka razina intravenske uporabe droga u splitskom uzorku. Mnoge su studije utvrdile da intravenska uporaba droga povisuje rizično seksualno ponašanje među seksualnim radnicama i to je jedan aspekt kojem bi ubuduće trebalo posvetiti više istraživačke pozornosti. Učestalije nasilje od strane klijenata spram zagrebačkih seksualnih radnica može djelomično biti rezultat toga da su se one ranije počele baviti seksualnim radom i što imaju veći broj partnera za razliku od splitskih kolegica. Pozitivan utjecaj obrazovanja bio je očekivan s obzirom da je vjerojatnije da će obrazovanim osobama biti lakše doći do informacija o zdravstvenim problemima i stoga će biti spremnije pobri-nuti se za vlastito zdravlje. Taj je nalaz osobito važno uzeti u obzir pri izradi preventivskih programa jer ukazuje na to da bi slabije obrazovane seksualne radnice trebale biti jedna od prioritarnih populacija za prevenciju zaraze HIV-om i spolno prenosivim infekcijama.

Nužno je spomenuti da uzorak nije bio slučajan niti reprezentativan i da su uzorkom uglavnom bile obuhvaćene seksualne radnice koje rade na ulici, što znači da ne možemo nalaze generalizirati na druge tipove seksualnih radnica. Ove je nalaze, međutim, ipak bitno imati u vidu pri izradi preventivskih programa. Visoka prisutnost intravenskog korištenja droga u splitskom uzorku, nasilje u Zagrebu



te fragmentarno i razmjerno nisko znanje o načinima prijenosa i zaštite od HIV-a ukazuju na potrebu za dodatno prilagođavanje preventivskih inicijativa usredotočenih na seksualne radnice koje rade na ulici.

Predstavljeni nalazi preuzeti su iz rada o rizicima vezanima uz HIV među seksualnim radnicama u Splitu i Zagrebu koji će biti objavljen u časopisu AIDS Care: Štulhofer, A., Baćak, V., Drglin, T., Puljiz, M., Miklin, M. (2009.) Female Sex Work and HIV Risks in Croatia.

Reference:

Simic, M., Johnston, L. G., Platt, L., Baros, S., Andjelkovic, V., Novotny, T. i sur. (2006): Exploring barriers to 'respondent driven sampling' in sex worker and drug-injecting sex worker populations in Eastern Europe. *Journal of Urban Health*, 83(6 Suppl), 6-15.

Rhodes, T., Simic, M. (2005): Transition and the HIV risk environment. *British Medical Journal*, 331(7510), 220-223.

Rhodes, T., Simic, M., Baros, S., Platt, L., Zikic, B. (2008): Police violence and sexual risk among female and transvestite sex workers in Serbia: qualitative study. *British Medical Journal*, 337, 560-563.

Budi muško!

„BUDI MUŠKO“ je kampanja usmjerena prema mladima srednjoškolskog uzrasta u Srbiji, Bosni i Hercegovini te Crnoj Gori, u cilju promoviranja vrijednosti nenasilnog ponašanja, rodne ravnopravnosti i razvijanja svijesti o odgovornom seksualnom ponašanju.

Specifičnost kampanje je u činjenici da se realizira u neposrednoj suradnji s učenicima odabranih srednjih škola u Beogradu, Prokuplju, Sarajevu, Banja Luci i Zagrebu. Pripadnici ciljane grupe su, dakle, više od primatelja poruke – aktivno sudjeluju u osmišljavanju i izvođenju različitih sadržaja.

Zamisao BUDI MUŠKO kampanje je da kroz niz aktivnosti edukativnog i zabavnog karaktera potakne mlade na razvijanje kulture nenasilja i kritički odnos prema vladajućim rodним stereotipima. Proizašla je iz svijesti da se mladi kao ličnosti formiraju u okruženju koje, kako kroz tradicionalne kulturne obrasce tako i kroz proizvode suvremene medijske kulture, nameće predstavu o „pravom“ muškom identitetu kao neodvojivo povezanom s dominacijom fizičke snage, sklonošću nasilju, rodnom neravnopravnošću, tj. nužnošću da muškarac bude dominantan itd.

Veliki broj problema kao što su vršnjačko nasilje i nasilje u obitelji, nasilje nad ženama, vandalizam na stadionima i ulicama, delinkvencija i skretanje u kriminal, direktno je povezan s takvim iskrivljenim poimanjem „pravog muškarca“. Sintagma „BUDI MUŠKO“ odabrana je za slogan kampanje upravo zato što ona kao opće mjesto u svakodnevnom govoru izražava mnoštvo problematičnih značenja, koja zbunjuju i dezorijentiraju mladu osobnost. Namjera kampanje je da upravo tom općem mjestu udahne novi sadržaj, promovirajući drugačije vrijednosti kao odlike pravog muškarca.

U sklopu kampanje, u odabranim školama formirat će



se BUDI MUŠKO klubovi. Smisao kluba je u aktiviranju kreativnih potencijala učenika i kvalitetnijem ispunjavanju slobodnog vremena. Klupske aktivnosti vezane su za autentične interese članova: radionice hip hop-a, stripa, umjetnosti grafitu, web-a, filma... Princip edukacije kroz angažiranje mladih u kreativnim radionicama, poznat kao „Program H“ koji je adaptiran za potrebe našeg područja, već je dao značajne rezultate s obzirom da ga je brazilska organizacija Promundo primjenjivala u radu s dječacima iz „favela“ Rio de Janeira.

U promociji svake vrijednosti među mladima jako važnu ulogu imaju njihovi uzori iz svijeta poznatih. Kampanja BUDI MUŠKO pokrenuta je uz uvjerenje da će se javne osobe i pokazati kao odgovorne prema generacijama koje dolaze i biti spremne osobno se angažirati u nekoj od aktivnosti.

Kampanja BUDI MUŠKO dio je šireg projekta „Young Men Initiative“, čiji je glavni nosilac međunarodna neprofitna organizacija CARE, sa središtem u Banja Luci, u suradnji s lokalnim organizacijama: E 8 (Beograd), Inicijativa Prokuplje, Asocijacija XY (Sarajevo), Perpetuum Mobile (Banja Luka) i HUHIV (Zagreb).

Kampanju BUDI MUŠKO osmislio je Smart kolektiv iz Beograda, uz podršku organizacije Promundo (Brazil). Cjelokupan projekt realizira se zahvaljujući financijskoj podršci CARE Norveška i Ministarstva vanjskih poslova Kraljevine Norveške.

„Period prozora“ kontraproduktivan za smanjenje pri- jenosa HIV-a

U časopisu *Sexually Transmitted Infections* ove veljače autori konstatiraju da se može učiniti znatno više kako bi se dijagnosticirao HIV kod osoba koje svojeg HIV-statusa nisu svjesne.

Smatra se da velik broj HIV-pozitivnih osoba u Velikoj Britaniji i SAD-u ne znaju svoj HIV-status. Postoje i brojni dokazi da velik dio daljnje HIV-zaraze dolazi od osoba koje nisu svjesne svojeg HIV-statusa.

CDC (US Centers for Disease Control and Prevention) još je 2006. godine dao preporuke o rutinskom HIV-testiranju i „opt-out“ testiranju (osobu se ne testira samo ako to traži) u primarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti. Te preporuke donesene su za Sjedinjene Američke Države, a i stručnjaci diljem Europe raspravljali su o njima. Ovakav pristup testiranju je zaokret od prijašnjih smjernica usredotočenih na ciljanje visokorizičnih individua i grupa. Više o CDC preporukama mogli ste pročitati u prethodnim brojevima našega biltena.

Nove preporuke koje navode autori članka su:

- ❖ povećati broj osoba testiranih na HIV koje traže zdravstvenu uslugu ili skrb
- ❖ povećati učestalost testiranja na HIV-osoba koje su pod povećanim rizikom od zaraze HIV-om, npr. homoseksualaca.

Brzo i „opt-out“ HIV-testiranje bi mogli pomoći u posti-



zanju navedenih ciljeva. Istraživanja su pokazala kako se MSM (muškarci koji imaju seksualne odnose s muškarcima) češće testiraju na HIV ako im je ponuđeno kao „opt-out“. Pitanje je bi li se ovakve vrste testiranja mogle primijeniti i na Hrvatsku, bi li dovele do povećane diskriminacije onih za koje se otkrije da su HIV-pozitivni i bi li zapravo smanjile testiranja na HIV zbog straha pojedinaca od gubitka anonimnosti.

Neke osobe nedavno testirane HIV-negativne ili izložene riziku obično odgađaju testiranje zbog perioda prozora od

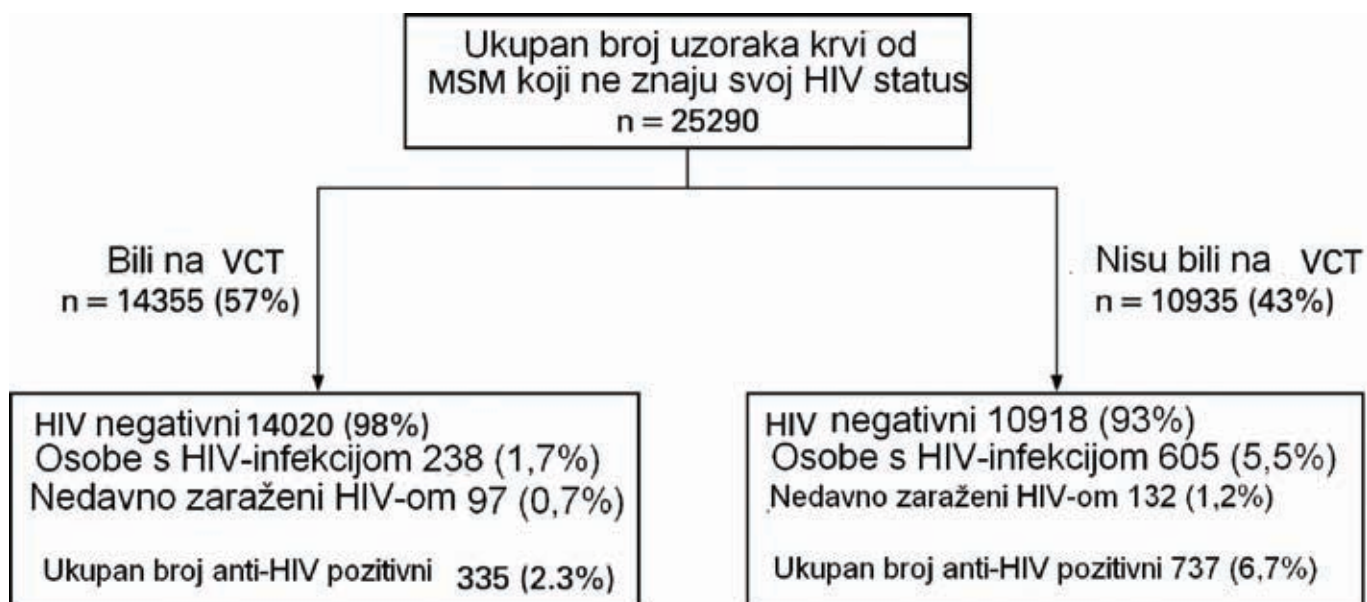
tri mjeseca. No, novi anti-HIV testovi daju dovoljno pouzdane rezultate i nakon mjesec dana.

Vrlo je važno rano testiranje na HIV iz više razloga: sprječavanje daljnjeg, nehoteičnog širenja HIV-a rano dijagnosticiranje i liječenje.

Poznato je da u razdoblju akutne HIV-infekcije osobe imaju vrlo visoke vrijednosti kopija HIV-a te da su vrlo infektivne.

Sadašnje HIV-testiranje ima pasivni pristup čekajući osobe izložene riziku da dođu same na testiranje. Moderne tehnologije koje sada imamo na raspolaganju (e-mail, SMS i dr.) daju veliki potencijal javnom zdravstvu da ima snažniju i aktivniju ulogu u povećanju učestalosti HIV-testiranja, posebno kod osoba pod povećanim rizikom.

***MSM (muškarci koji imaju seksualne odnose s muškarcima)**
***VCT (dobrovoljno i anoni-mno testiranje i savjetovanje)**



Učinkovitije HIV-testiranje bilo bi moguće uz:

- ✚ uklanjanje barijera za testiranje, pismeni pristanak i savjetovanje
- ✚ više „opt-out“ testiranja, testiranje ponuđeno automatski uz druge vrste zdravstvenih usluga
- ✚ upotrebu osjetljivijih testova
- ✚ povećano učestalo testiranje, posebno kod MSM i osoba pod povećanim rizikom.

Reference:

Stekler, J. D. i dr. (2009): Learning from the missed opportunities for HIV testing, 85; 2-3 Sex Transm Inf.

Kako i dalje osigurati nisku razinu oboljenja od HIV-infekcije i AIDS-a ?



U organizaciji UN-ove Tematske skupine za HIV/AIDS, u Rovinju se od 23. - 24. travnja 2009. održala Radionica za kontrolu i praćenje provedbe Hrvatskog nacionalnog programa za prevenciju HIV/AIDS-a (2005-2010). Radionici je prisustvovalo pedesetak predstavnika državnih tijela, zavoda za javno zdravstvo, akademske zajednice i nevladinog sektora.

Nacionalni program za prevenciju HIV/AIDS-a ima za cilj osigurati i dalje nisku razinu pobola od HIV infekcije i AIDS-a u Republici Hrvatskoj.

Ciljevi Radionice su bili:

- ❖ Osigurati bolji uvid u sve segmente i ciljeve Hrvatskog nacionalnog programa za prevenciju HIV/AIDS-a
- ❖ Poboljšati koordinaciju i suradnju među organizacijama koje provode pojedine dijelove programa
- ❖ Upoznati sudionike sa metodama praćenja i evaluacije programa baziranog na rezultatima
- ❖ Uspostaviti koordinirani sistem izvještavanja, koji treba poslužiti za praćenje kretanja pokazatelja na nacionalnom nivou, a ne samo u odnosu na pojedinačni projekt
- ❖ Na osnovi predloženih pokazatelja izraditi potrebne instrumente i definirati uloge dionika u organizaciji i provođenju pojedinih istraživanja

Od 1985. godine, kada su zabilježeni prvi slučajevi HIV-a u Hrvatskoj, do kraja 2008. godine registrirano je 732 osoba kojima je dijagnosticirana HIV infekcija, od kojih je 289 razvilo AIDS i 156 umrlo (podaci Registra za HIV/AIDS za

Hrvatsku). U posljednjih 10 godina prosječno se registrira 15 oboljelih od AIDS-a u Hrvatskoj (17 registriranih 2008. godine), što Hrvatsku uvrštava u zemlje s niskom incidencijom oboljelih od AIDS-a (godišnja incidencija se kreće u vrijednostima manjim od 4 na milijuna stanovnika.

Alessandro Fracassetti, zamjenik Stalnog predstavnika UN-DP-a, je naglasio pri otvaranju Radionice kako Republika Hrvatska pruža odličan primjer u borbi protiv HIV/AIDS-a koji uključuje besplatno i kvalitetno liječenje za osobe koje žive s HIV-om, postojanje programa smanjenja štete od 1996. godine, izdvajanje proračunskih sredstava za mjere i aktivnosti sprečavanja širenja te postojanje 10 Centara za besplatno i povjerljivo savjetovanje i testiranje.

U borbi protiv HIV/AIDS-a zaštita ljudskih prava podjednako je važna kao i zaštita javnog zdravlja. Međusobna povezanost i ovisnost ljudskih prava i javnog zdravlja utječu na naš pristup borbi protiv ove epidemije. Osoba koja živi s HIV-om može voditi ispunjen život ukoliko nije izložena različitim ograničenjima od strane države, diskriminaciji i stigmatizaciji te ukoliko joj se zajamči poštovanje njenih prava. Poštovanje ljudskih prava je nužno da bi se potaklo ljude na dobrovoljno testiranje, savjetovanje, obrazovanje, obavještanje partnera, pravovremeni tretman. Jednostavno je nemoguće nametnuti silom promjene u ponašanju kako bi se smanjilo upražnjavanje nesigurnih spolnih odnosa i smanjilo dijeljenje zaraženih igala. Tamo gdje se ne poštuju ljudska prava slabija je i djelotvornost javnog zdravstva.



Zaključci Radionice:

- ❖ Povećati broja Centara za savjetovanje i testiranje (sa otvaranjem najmanje dva nova centra)
- ❖ Riješiti problem testiranja starijih maloljetnika (bez roditeljskog pristanka) jer se smatra kako će se tada veći broj mladih ljudi odlučiti na testiranje
- ❖ Razvijanje sustava pružanja psihosocijalne pomoći osobama koje žive s HIV-om kroz suradnju sa udrugama i Centrima za savjetovanje i testiranje te pružanje pomoći na više lokacija diljem Hrvatske kako bi se sa tom vrstom usluga obuhvatile osobe koje žive izvan Zagreba
- ❖ Razvijanje sustava pružanja pravne pomoći osoba koje žive s HIV-om i pripadaju skupinama pod povećanim rizikom i zaštita njihovih ljudskih prava
- ❖ Proglašavanje Nacionalnog dana testiranja
- ❖ Postignut je dogovor oko pokazatelja za ostvarivanje Univerzalnog pristupa liječenju, skrbi i prevenciji do 2010. godine

- ❖ Postignut je dogovor oko dostave i izgleda mjesečnih izvještaja prema HZJZ-u i MZSS-u
- ❖ Najavljena je provedba Evaluacije Hrvatskog nacionalnog programa od strane UN Tematske skupine za HIV/AIDS i postignut dogovor o suradnji sa organizacijama na terenu
- ❖ Postignut je dogovor da www.aids.hr postane centralno mjesto za objavu svih publikacija i materijala kao i za razmjenu informacija
- ❖ Izražena je potreba za boljom povezanosti među implementacijskim organizacijama
- ❖ Postignut je dogovor o održavanju još jedne Radionice u listopadu 2009. godine

UN-ova Tematska skupina za HIV/AIDS, kao glavni instrument koordinacije rada Ujedinjenih naroda na području HIV/AIDS-a u Republici Hrvatskoj, kontinuirano pruža podršku nacionalnim institucijama, razvija sustav kontrole i praćenja te razvija aktivnosti kosponzora UNAIDS-a sa glavnim ciljem unapređenja borbe protiv HIV/AIDS.

HIV/AIDS u Sjedinjenim Američkim Državama

Prvi slučaj koji je kasnije prepoznat kao AIDS prijavljen je daleke 1981. godine. Od tada pa do danas prijavljeno je više od 1,7 milijuna oboljelih od HIV-infekcije, uključujući više od 565 000 ljudi koji su preminuli od AIDS-a u tom razdoblju te više od 1,1 milijun ljudi koji danas žive s HIV-infekcijom.

Odgovor prema infekciji dobiven je kroz brojne uspjehe, ali izazovi su još uvijek pred nama:

Kako je broj novih slučajeva HIV-infekcije godišnje u padu, brojka od 130 000 tijekom 80-ih godina, nove prognoze CDC-a (Centar za kontrolu infekcija) ukazuju da je broj novoinficiranih osoba u SAD-u samo u 2006. bio oko 56 000, što je više od očekivanog broja. Ipak, ta je brojka novozaraženih od HIV-infekcija na cijelom području SAD-a već godinama ista.

Testiranje na HIV veoma je važno u smislu prevencije, ali i samog liječenja. No, dostupnost lijekova danas je mnogo veće nego prije. 21% inficiranih slučajeva uopće ne zna da ima HIV (brojka je manja od stanja u 2005. kada se kretala oko 25%), a veliki broj oboljelih (oko 38%) otkriven je u kasnijoj fazi HIV-infekcije koji su tijekom 12 mjeseci dijagnosticirani kao AIDS. Danas CDC preporučuje rutinsko testiranje svoj populaciji u dobi od 13 do 64 godine starosti. Poboljšanje u liječenju HIV-infekcije smanjilo je smrtnost od AIDS-a te produžilo život mnogim HIV-oboljelima. Novo provedeno istraživanje pokazalo je da samo 55% od svih koji su se susreli s terapijom nju i prima. Epidemija nastavlja nerazmjerni udar na određene populacije, posebno prema rasnim i etničkim manjinama.

Kretanje epidemije u SAD-u

- ✚ Broj novih slučajeva HIV-infekcije u 2006. godini - 56 300
- ✚ broj osoba koje žive s HIV/AIDS-om – 1,1 milijun, uključujući više od 440 000 slučajeva AIDS-a
- ✚ broj umrlih od AIDS-a od početka epidemije: 565 927, uključujući 14 627 slučaja u 2006. godini
- ✚ broj HIV-inficiranih slučajeva koji ne znaju da imaju HIV: 21%.

Slučajevi AIDS-a prijavljeni su u svih 50 država, okrugu Columbia, U.S. teritorijima, vlasništvima i pridruženim nacijama. Deset država broji oko 71% od ukupnih slučajeva AIDS-a prijavljenih od samog početka epidemije. Devet od tih zemalja vodećih je među deset po broju prijavljenih slučajeva AIDS-a u 2006. godini. Okrug Columbia (Washington D.C.) ima najveći broj slučajeva AIDS-a, dok šest vodećih država po broju slučajeva AIDS-a je sa samog juga Sjedinjenih Američkih Država.

Najveća koncentracija slučajeva AIDS-a nalazi se u najvećim gradovima u SAD-u, oko 85%, dok deset najvećih gradova u SAD-u broji 52% od ukupnog broja prijavljenih slučajeva AIDS-a. Broj slučajeva koji dolaze s područja malih gradova i ruralnih dijelova u laganom je porastu svake godine.

Prema regijama, sjeveroistok SAD-a ima najveći postotak slučajeva AIDS-a na 100 000 stanovnika (17,4), slijedi ga jug (15,7), zapad (8,8) i srednji zapad (6,3).

Jug SAD-a broji gotovo polovicu od novoprijavljenih slučajeva AIDS-a u 2006. (46%), što je gotovo dvaput više



**Deset država
koje imaju najveći broj
prijavljenih slučajeva AIDS-a
u SAD-u na 100 000
stanovnika**

ljaju većinu od novoprijavljenih slučajeva AIDS-a (70%), novih slučajeva HIV-infekcije (65%) i smrtnosti od AIDS-a (72%) u 2006. godini.

Crna i latino populacija broji neproporcionalan broj novih slučajeva AIDS-a u odnosu na ukupan broj populacije SAD-a. Također, i broj novih slučajeva HIV-infekcije i osoba koje žive s HIV-om je neproporcionalan. Prema CDC-u, procjena HIV/AIDS prevalencije u SAD-u ima više od 500 000 crne populacije koja živi s HIV/AIDS-om, tako se prema analizama i anketama dokazuje da je 2% više obojelih od HIV-infekcije u ovoj populaciji veći od bilo koje druge.

Crna populacija također ima najveći broj slučajeva AIDS-a od bilo koje druge etničke populacije, slijede je latino populacija, tek na trećem mjestu nalazi se bijela populacija. Ukupan broj slučajeva AIDS-a na 100 000 stanovnika devet

DRŽAVA	Broj slučajeva AIDS-a u 2006. (% na 100 000 stanovnika)	DRŽAVA	Stopa slučajeva AIDS-a u 2006. na 100 000 stanovnika
NEW YORK	177 262 (17,9%)	OKRUG KOLUMBIJA	146,7
KALIFORNIJA	142 918 (14,4%)	DJEVIČANSKI OTOCI	29,5
FLORIDA	105 614 (10,6%)	MARYLAND	29,0
TEKSAS	70 127 (7,1%)	NEW YORK	28,5
NEW JERSEY	49 528 (5 %)	FLORIDA	27,3
ILLINOIS	33 902 (3,4 %)	PUERTO RICO	21,6
PENSILVANIJA	33 782 (3,4 %)	LOUISIANA	19,2
GEORGIA	31 965 (3,2 %)	GEORGIA	17,1
MARYLAND	30 571 (3,1 %)	SOUTH CAROLINA	16,3
PUERTO RICO	29 911 (3%)	PENNSYLVANIA	15,2
UKUPNO:	705 580 (71,1%)	---	---
SAD UKUPNO	992 865 (100%)	STOPA U SAD-u	12,9

od sjeveroistoka (26%), koji je druga najveća regija po broju novih slučajeva AIDS-a. U razdoblju od 2002. do 2006. broj novih slučajeva AIDS-a je u padu, 10% na zapadu, 6% na sjeveroistoku, dok broj novoprijavljenih slučajeva AIDS-a stagnira na jugu i srednjem zapadu. Također, broj smrtnih slučajeva na području Sjedinjenih Američkih Država je u padu.

Utjecaj na rasne i etničke manjine

Rasne i etničke manjine su u nerazmjeru kada je riječ o HIV/AIDS infekciji od samog početka epidemije i predstav-

je puta veći od bijele populacije, a broj novozaraženih od HIV-infekcije sedam je puta veći od broja bijele populacije u 2006. godini. U ovoj populaciji broji se 56% smrtnih slučajeva u 2004. godini, dok u latino populaciji samo 14%. HIV-bolest je na četvrtom mjestu po smrtnosti među muškarcima crne populacije, dok je na trećem mjestu među ženskom crnom populacijom. Zaraza HIV-infekcijom u dobi od 25 do 44 godina starosti u 2004. među ovom populacijom bila je najveća među svim drugim etničkim ili rasnim skupinama.



Utjecaj na žene i mlade

Žene predstavljaju novu rastuću populaciju novozaraženih HIV-infekcijom u odnosu na raniji tijek epidemije. Znatno povećanje HIV-infekcije među ženama zabilježeno je na kraju 80-ih, dok je lagani pad uočen tijekom 90-ih godina prošlog stoljeća. Brojka se danas kreće oko 27% od ukupne brojke novozaraženih od HIV-infekcije. Prema CDC-u, prevalencija HIV-inficiranih žena stoji na broju od 280 000 žena koje žive s HIV-infekcijom u SAD-u. Najveći broj novih slučajeva AIDS-a među ženama dolazi iz crne populacije, njih čak 2/3, dalje slijede latino žene sa 16% i žene iz bijele populacije sa čak 17% u 2006. godini. Žene iz crne populacije također prednjače u zbroju od novozaraženih žena HIV-infekcijom (61%).

Mladi i tinejdžeri, mlađi od 30 godina, nastavljaju biti među najranjivijim skupinama. Oni u razdoblju od 13 do 29 godina broje 34% od novozaraženih HIV-infekcijom u 2006., koja je najveća od bilo koje dobne skupine. Najčešći put prijenosa među tom populacijom je spolni put. Među mladima, djevojke tinejdžeri i manjine najviše su zahvaćene infekcijom. U 2006. djevojke tinejdžeri bile su zastupljene s 39% slučajeva AIDS-a prijavljenih među 13 - 19 godina starosti.

Mladi crne populacije zastupljeni su sa 69% prijavljenih slučajeva među mladima između 13 -19 godina, a latino mladi s 19%.

Prijenos HIV-infekcije tijekom trudnoće znatno je u opadanju u SAD-u, najviše tijekom antiretrovirusnog liječenja. Ipak, prijenos tijekom trudnoće, s majke na dijete, događa se svake godine kontinuirano, i to najviše u crnoj populaciji.

Utjecaj na homoseksualnu populaciju

Unatoč odbijanju da HIV-infekcija među ovom popu-

lacijom raste tijekom ranih godina pojave epidemije, ova populacija ipak spada u jednu od najrizičnije od zaraze HIV-om - zabilježeno je oko 53% od ukupne populacije novih HIV-infekcija. Ukupno gledajući, ova populacija jedina je kod koje je zabilježen porast novozaraženih od HIV-infekcije u posljednjih nekoliko godina. Mladi i pripadnici manjina iz ove populacije su pod povećanim rizikom od zaraze HIV-om. Homoseksualna populacija u dobi od 13 do 29 godina broji oko 29% od ukupnog broja od 38% među ovom populacijom zaraženih HIV-infekcijom u SAD-u. Najveći broj dolaze iz crne populacije, njih 52%. Studija CDC-a također je otkrila podatke o visokoj incidenciji i prevalenciji HIV-infekcije među homoseksualnom populacijom u većim gradovima, posebno među crnom i latino populacijom, te vrlo nizak stupanj svjesnosti o HIV-infekciji općenito.

Odgovor vlade SAD-a na problem HIV/ AIDS-a

Tijekom 2008. državni fond SAD-a za HIV/AIDS imao je proračun od 23,3 milijuna dolara. 50% od ukupnog proračuna otpada na skrb, 12% na istraživanje, 10% na novčanu pomoć i pomoć u kući, 4% za prevenciju i 25% na borbu protiv epidemije na svjetskoj razini.

Ključni programi su oni koji osiguravaju pokrivanje zdravstvenog osiguranja, njegu i podršku oboljelima od HIV/AIDS-a u SAD-u, uključujući Medicaid, Medicare, The Ryan White program, HOPWA.

Mnoštvo novčanih podrški, odnosno natječaja koji pokrivaju područje prevencije, su na državnoj ili lokalnoj razini koji financiraju zdravstvene institucije i nevladine udruge. Nedavno je CDC izdao Nacionalni plan prevencije HIV-infekcije u kojem se najavljuje smanjenje broja

novozaraženih od HIV-infekcije za 5% godišnje, ili barem za 10% do kraja 2010., fokusirajući se ponajprije na uklanjanje rasnih i etničkih nejednakosti u novim slučajevima HIV-infekcije.

HIV-infekcija na području Washingtona D.C., okrug Columbia

Kretanje HIV-infekcije i AIDS-a na području Washingtona D.C. širi se brzinom deset puta većom od prosjeka cijele države. Washington D.C. ima najveću stopu kretanja među mladima i adolescentima. U jednom je letku METRO TEEN AIDS udruge iz Washingtona napisano AIDS IS DEVASTATING THE DISTRICT, što bi u našem slobodno prijevodu značilo AIDS RAZARA OKRUG.

U SAD-u je prosjek 14 slučajeva AIDS-a na 100 000 stanovnika, no ovom okrugu brojka se penje vrtoglavo, čak i do 128,4 slučajeva na 100 000 stanovnika.

Put prijenosa je najčešće heteroseksualan. Najveći broj prijenosa u ovom okrugu je prema bazi podataka heteroseksualan (37%), dalje slijedi homoseksualan (27%) te intravenoski uživatelji droga (14%). Ostalih 22% slučajeva pojavilo se preko nepoznatog puta transmisije.

U razdoblju od 1997. do 2006. od svih slučajeva AIDS-a u Washingtonu njih oko 70% u roku od 12 mjeseci prešlo je iz stadija HIV-infekcije u AIDS. Razlog tome je kasno testiranje, dok je na nacionalnom nivou u tom razdoblju kod istog slučaja prelaska HIV infekcije u AIDS oko 39%.

Područje Washington D.C. okruga u 2005. broji također oko 9% slučajeva AIDS-a među djecom na području cijele države.

Afroamerički državljani broje oko 57% od ukupne populacije na ovom području te se među tom populacijom brojka od novih HIV-inficiranih penje čak do 81% slučajeva u ovom gradu.

Afroameričke državljanke broje oko 58% cijele ženske populacije u ovom gradu, ali i prednjače u 90% slučajeva među novozaraženom ženskom populacijom.

Procjenjuje se da u Washingtonu živi oko 6 000 mladih koji su također HIV-pozitivni ili žive u obiteljima koje za člana imaju barem jednu HIV-pozitivnu osobu.

HIV-infekcija među mladima se u razdoblju od 2000. do 2005. utrostručila u odnosu na petogodišnje prijašnje razdoblje.

Na jednom od zanimljivijih sastanaka bio je i onaj s tri najutjecajnije udruge na ovom području - METRO TEEN AIDS, HOLLY CHURCH HIV MINISTRY i WOMENS COLLECTIVE.

Predstavnice ovih udruga upoznale su nas sa svojim radom i djelovanjem na području svog okruga.

METRO TEEN AIDS – jedina organizacija koja već 20 godina koja radi s mladima s ovog područja. Svoj rad usmjerava na dva načina: individualno i prema zajednici.

Prema pojedincu rad se sastoji u savjetovanju mladih do 25 godina starosti kroz centre za testiranje i savjetovanje (VCT). Savjetovanja se vrše preko edukativnih radionica za srednjoškolsku i studentsku populaciju, a nakon toga, naravno, ako žele, mogu se i testirati. Zakon u SAD-u kaže da je dobrovoljno i anonimno testiranje moguće od 13. godine starosti bez dopuštenja roditelja.

Veliki problem u ovom okrugu kao i u cijeloj državi je stigma. Zanimljiv podatak je da je oko 60% mladih u srednjim školama spolno aktivno. Kroz različite aktivnosti podiže se svijest mladih o ovoj problematici, a najbolji primjer je organizacija koncerata gdje mladi kao mogućnost uz slobodan ulaz mogu obaviti testiranje. Na jednom takvom koncertu se među 200 testiranih mladih osoba došlo do brojke od 2% HIV-pozitivnih.

U zajednici ova udruga djeluje na način da kroz škole, obitelji pa čak i crkvu promiču zaštitu od HIV-infekcije. Napravljena je standardizacija edukacije koja im omogućuje da se na kvalitetan način provodi jednaka edukacija na svim područjima u ovom okrugu i prema usvojenim propisima.

HOLLY CHURCH HIV MINISTRY – udruga je osnovana 1990. te je svoj rad na prevenciji počela kroz crkvu. Projekti koje uspješno provode su individualno savjetovanje, podjela kondoma i lubrikanata mladima, a ponajprije ženama. Najposjećenije su im edukacije nakon nedjeljnih misa. WOMENS COLLECTIVE – udruga koju je osnovala žena nakon što je saznala da je HIV-pozitivna nakon suprugove smrti. Put u organizaciji rada sa ženama bio je težak, jer je stigma i nepovjerenje među oboljelim ženama od HIV-infekcije jako velik. Kroz organizaciju tjednih okupljanja žena, kroz grupe samopodrške, došlo se do novih problema koje su te žene morale riješiti - nasilje u obitelji, rak dojke te prijenos HIV-a tijekom trudnoće.

Tečaj “HIV i stomatološki tim”

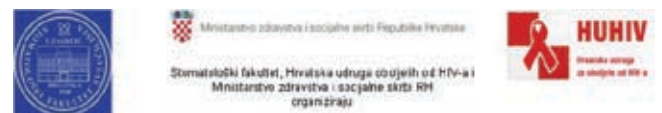
U organizaciji Hrvatske udruge za oboljele od HIV-a, Stomatološkog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu i Hrvatskog društva za oralnu medicinu i patologiju Hrvatskog liječničkog zbora, 14. veljače 2009. na Stomatološkom fakultetu održan je tečaj trajne izobrazbe za stomatologe “HIV i stomatološki tim”.

Uz prof. dr. sc. Josipa Begovca, voditelja referentnog centra za HIV, predavači su bili djelatnici Zavoda za oralnu medicinu Stomatološkog fakulteta u Zagrebu, dulji niz godina aktivno uključeni u problematiku stomatološkog liječenja osoba s HIV-om. Teme obrađene na tečaju obuhvaćale su epidemiološka i klinička obilježja zaraze HIV-om (prof. dr. Josip Begovac), oralne manifestacije infekcije HIV-om (doc. dr. Ivan Alajbeg), profesionalne rizike transmisije HIV-a za stomatološki tim (mr. sc. Danica Vidović Juras), kontrolu infekcije u stomatološkoj ordinaciji (doc. dr. Vanja Vučićević Boras), etičke i pravne norme odnosa stomatologa i osobe s HIV-om (prof. dr. Ana Cekić Arambašin) te modifikacije stomatoloških postupaka u osoba s HIV-om (dr. sc. Vlaho Brailo). O interesu stručne javnosti svjedoči podatak da je tečaj pohodilo preko 160 stomatologa i stomatoloških sestara. Budući da je velika predavaonica Stomatološkog fakulteta bila premalena za sve sudionike, predavanja su se odvijala paralelno u dvije dvorane. Za tehničku besprijekornost simultanih projekcija zaslužni su djelatnici Stomatološkog multimedijalnog centra.

Ovaj tečaj, organiziran pod pokroviteljstvom Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi, još je jedan od doprinosa stomatološke struke destigmatizaciji osoba s HIV-om. Vjerujemo da će znanja dobivena na ovom tečaju pomoći kolegama u otklanjanju predrasuda i ispravljanju pogrešnih stavova prema osobama s HIV-om, što će pridonijeti boljoj

kvaliteti njihove stomatološke skrbi.

Ohrabreni ovakvim odazivom, organizatori planiraju tijekom godine napraviti još 3 radionice u različitim regijama Hrvatske.



Tečaj trajne izobrazbe za doktore stomatologije

HIV I STOMATOLOŠKI TIM

14. veljače 2009.
Zagreb, Predavaonica Stomatološkog fakulteta, Gundulićeva 5

Dodjeljuje se 7 bodova prema pravilniku HSK
Kotizacija: 100 kn (uključuje ručak)

9,00-9,30 Prijava sudionika
9,30-9,35 Tomislav Beganović (HUHIV) – Uvodna riječ
9,35-10,05 Prof. dr. sc. Josip Begovac – Epidemiološka i klinička obilježja zaraze HIV-om u Hrvatskoj
10,05-10,35 Doc. dr. sc. Ivan Alajbeg – Oralne manifestacije HIV infekcije u doba HAART-a
10,35-11,00 Pauza za kavu
11,00-11,30 Mr. sc. Danica Vidović Juras – Profesionalni rizici transmisije HIV-a za stomatološki tim
11,30-12,00 Doc. dr. sc. Vanja Vučićević - Boras – Kontrola infekcije u stomatološkoj ordinaciji
12,30-13,00 Prof. dr. sc. Ana Cekić - Arambašin – Etičke i pravne norme odnosa stomatologa – HIV+ osoba
12,45-13,00 Mr. sc. Vlaho Brailo – Modifikacije stomatoloških postupaka u HIV+ osoba
13,00-14,30 Podjela diploma
Ručak (uključen u cijenu kotizacije)

Iako je svaki stomatolog u Hrvatskoj zakonski obavezan liječiti sve, pa tako i HIV+ osoba, iskustvo kazuje da je stanje na terenu značajno drugačije. Specifičnost stomatološke zaštite nalaze veću opreznost kod HIV inficiranih osoba, posebno oboljelih od AIDS-a, zbog imunodeficijencije ili trombocitopenije koja može prati ovu bolest. Održavanje ovakvog tečaja nastavak je doprinosa stomatološke struke u destigmatizaciji HIV+ ljudi. Predavajima ovog tečaja pojačat ćemo znanje liječnika stomatologa: o broju inficiranih i oboljelih od HIV-a u našoj zemlji, epidemiološkim trendovima, kao i aktualnim terapijskim smjernicama; o prepoznavanju oralnih manifestacija HIV infekcije, o eventualnim modifikacijama stomatološke skrbi HIV pozitivnih bolesnika, o kontroli krvno prenosivih infekcija u stomatološkoj ordinaciji; o etičkim obvezama liječnika stomatologa i pratećeg tima prema HIV inficiranim osobama. Nadajmo se, otklonit ćemo predrasude i pogrešne stavove u pristupu zaraženim bolesnicima.

Prijava: Lada Pršić, tel: 4802 523, fax: 4838 804, email: ladap@stom.fak.hr
Broj žiro računa: 2360000 110326295, Poslovni broj: 20 3

HU HIV je u veljači sudjelovao na East-East susretu u Budimpešti. Cilj susreta bio je razgovor o primjeni ljudskih prava u prekograničnom sustavu pružanja zdravstvenih usluga te pokušaj stvaranja prijedloga Europskoj Uniji u kreiranju novih propisa. Okupljeni predstavnici Češke, Slovačke, Rumunjske, Poljske, Slovenije, Bugarske, Mađarske i Hrvatske u dvije su radne skupine razgovarali o ljudskim pravima u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti općenito te o ljudskim pravima osoba oboljelih od HIV/AIDS-a u primanju zdravstvenih usluga u svojoj zemlji te u prekograničnom sustavu. Zajednička izjava kreirana na radionici poslana je svim članovima europskog parlamenta te europskom pravobranitelju.

Zajednička izjava s radionice “Primjena ljudskih prava u prekograničnom pružanju zdravstvenih usluga”

26. - 28. veljače 2009., Budimpešta

Od 26. do 28. veljače 2009. u Budimpešti je održan susret i radionica pod nazivom Application of patients' rights in cross border health care. Radionica je održana u okviru East-East Partnership Beyond Borders programa pod pokroviteljstvom OSI-ja (Open Society Institute). Sudjelovali su predstavnici Bugarske, Češke, Hrvatske, Mađarske, Poljske,

Slovačke, Slovenije i Rumunjske, ispred nevladinih organizacija i javnih tijela. Osim umrežavanja, svrha susreta bila je i formiranje zajedničke izjave istočnih zemalja Europske Unije te Hrvatske (koja će se uskoro priključiti).

Europska Unija je pred usvajanjem novih propisa o prekograničnoj zdravstvenoj skrbi. Istočnoeuropske zemlje suočene su sa sličnim problemima u svojim zdravstvenim sustavima te poštivanjem ljudskih prava u okviru zdravstvenog sustava i zaštiti zdravlja. Sudionici susreta formirali su svoja mišljenja u vezi prava pacijenata u planiranom prekograničnom sustavu pružanja zdravstvene pomoći.

Unatoč velikom broju pravnih inicijativa, u svim su zemljama implementacija i poštivanje ljudskih prava slabi. Zbog važnosti dobre implementacije potpisnici zajedničke izjave traže sredstva dostatna za jačanje i implementaciju, kako na nacionalnom, tako i na europskom nivou.

Željeli bismo naglasiti važnost prava na ne-diskriminaciju koje je od ključne važnosti. Članice EU-a naći će djelotvorne načine prevencije diskriminacije i odštete u slučaju da do diskriminacije dođe. Pod diskriminacijom se ne misli samo na diskriminaciju između različitih etničkih grupa nego i između raznih vrsta oboljenja i različitih skupina unutar društva. Marginalizirane skupine, kao što su etničke manjine, homoseksualna populacija, socijalno ugroženi pojedinci, pod visokim su rizikom od diskriminacije. Najvažnije je pronaći najbolju praksu prevencije i kompenzacije. Prema načelu slobodnog kretanja osoba i usluga, naglašavamo da EU i zemlje članice moraju zaštititi mobilnost pacijenta i zajamčiti zaštitu temeljnih prava pacijenata u kontekstu zdravstvene zaštite u prekograničnom sustavu kako bi se poštovala individualnost pacijenata te etičke i legalne norme zemlje domaćina u kojoj se vrši tretman. U našim zemljama pacijenti vrlo često nisu upoznati



sa svojim pravima. Vjerujemo da će svaka zemlja iskoristiti učinkovite načine informiranja svojih građana o mogućnostima korištenja prekograničnih zdravstvenih usluga, uvjeta za dobivanje takvih usluga i slično. Osim komunikacije na nacionalnoj razini, neophodno je i staviti u pogon mrežnu stranicu s općim informacijama na kojoj bi građani mogli pristupiti informacijama o standardima kvalitete, kvalifikacijama zdravstvenih djelatnika i slično.

Prava osoba koje žive sa HIV/AIDS-om stajalište radne skupine

I nakon 25 godina epidemije HIV i AIDS još uvijek su tabu, a osobe koje s HIV-om žive trpe stigmatu i diskriminaciju, čak i u okviru zdravstvenog sustava.

Često se događa da su osuđeni zbog načina života ili nakon što otkriju svoj status.

Zbog toga mi, zagovaratelji prava osoba koje žive s HIV/AIDS-om, organizacije civilnog društva te profesionalci iz zemalja sudionica East-East regionalnog susreta u Budimpešti, preporučujemo sljedeće:

Na polju prevencije HIV/AIDS-a:

- ✚ univerzalni pristup dobrovoljnom testiranju i savjetovanju, uključujući predtestno i posttestno savjetovanje
- ✚ u većini zemalja u regiji rad centara je formuliran pravno, ali ipak u praksi još uvijek postoje mnogi problemi:
- ✚ testovi se rade bez pristanka pacijenta
- u nekim slučajevima testiranje se vrši bez savjetovanja, najčešće zbog slabe obučivosti djelatnika

osobe koje pripadaju grupama pod povećanim rizikom podvrgnute su diskriminaciji, čak i u ustanovama u kojima se vrši testiranje.

Na polju prava oboljelih tražimo:

- ✚ jednaka prava za osobe oboljele od HIV-a u pristupanju zdravstvenoj skrbi
- ✚ osobe s HIV-om često su izložene diskriminaciji od strane zdravstvenih djelatnika nakon što otkriju svoj status. Najproblematičnija područja su: kirurgija, ginekologija, stomatologija, dermatologija, proktologija, urologija, psihologija, oftalmologija, opća medicina. Liječnike i zdravstvene djelatnike potrebno je konstantno educirati.
- ✚ anonimne registre i standardizirano prikupljanje podataka
- ✚ u većini zemalja podaci od epidemiološkog interesa se sakupljaju, ali ponekad dolazi do uzimanja osobnih podataka i ignoriranja onih koji su više bitni za epidemiološku sliku.

Zbog toga su potrebni:

- ✚ anonimni HIV-registri
- ✚ standardizirano prikupljanje epidemioloških podataka.
- ✚ procedure postupanja s povjerljivim podacima
- ✚ zaštita medicinske dokumentacije jedan je od glavnih dijelova zaštite prava osoba koje žive s HIV/AIDS-om

Zbog toga se strogo preporučuje izobrazba zdravstvenih

djelatnika i drugih osoba koje rukuju s medicinskim i sličnim osobnim podacima.

❖ zabrane uzimanja medicinskih podataka u nemedicinskim procedurama

❖ većina zemalja naše regije ima strogu legislativu vezanu uz zaštitu podataka, u kojima se posebna pozornost posvećuje medicinskoj dokumentaciji, kao posebnoj vrsti osobnih podataka. Ipak, u nekim nemedicinskim procedurama, kao što su bankovni krediti i osiguranje, neki su podaci neophodni za ostvarivanje usluge. Takve procedure trebale bi biti strogo zabranjene.

❖ standardizirane šifre u medicinskoj dokumentaciji

❖ u prekograničnom zdravstvenom sustavu, problemi bi mogli nastati zbog jezične barijere. Zbog toga je potrebno uvesti standardizirane šifre u medicinske dokumente koji se tiču liječenja, medicinskih intervencija i boravaka u bolnici.

Zaključci

Kao što je vidljivo iz izvještaja pojedinih zemalja, sve istočnoeuropske zemlje susreću se sa sličnim problemima. Svi izvještaji navode diskriminaciju kao jedan od najvećih problema na području zdravstvene skrbi. Vrlo je bitno preventivnim djelatnostima spriječiti diskriminaciju i vrijeđanje. Prevencija se može osnažiti naglašavanjem ljudskih prava i prava pacijenata u edukaciji zdravstvenih djelatnika. Osim prevencije, važno je uspostaviti vrlo jasan i lako dostupan pravni lijek.

Preporučujemo ispitivanje trenutnih postupaka antidiskriminatornih procedura i pronalaženje načina za kreiranje pravnog lijeka sa stvarnim sankcijama. Ništa manje važno nije ni omogućiti brze i jednostavne pravne putove kojima pacijenti mogu primiti kompenzaciju u slučaju da im je sigurnost bila ugrožena. Prema našem mišljenju, EU mora usvojiti standardne principe kako bi se svim europskim građanima omogućilo jednako pravo na odštetu.

Unapređenje razine javne informiranosti i značaja prava pacijenata te prekograničnog pristupanja zdravstvenoj skrbi su ključna pitanja.

Zalažemo se za omogućavanje jednakog pristupa informacijama svim građanima Europe. Kao što je već spomenuto u uvodu, predlažemo kreiranje mrežne stranice i informacija koje će objašnjavati građanima standarde

kvalitete određenih zdravstvenih ustanova, perioda čekanja za određene zahvate, tretmane itd.

Osim zajedničke opće mrežne stranice, preporučujemo i zemljama sudionicama da kreiraju mrežne stranice i druge izvore informacija putem kojih bi građani bili informirani o proceduri korištenja zdravstvenih usluga u inozemstvu te o mogućim troškovima usluga koje se potražuju. Kako internet nije dostupan svim građanima, potrebno je osmisliti i način pružanja informacija i tom dijelu populacije (npr. posebna telefonska linija), pogotovo ako se u obzir uzme činjenica da su pripadnici marginaliziranih skupina najčešće i socijalno najosjetljiviji te pod većim rizikom od pogoršanja zdravstvenog stanja i kršenja ljudskih prava.

Bitno je informirati građane o mogućnostima i uvjetima korištenja zdravstvenih usluga u drugim zemljama. Iz tog razloga preporučuje se pokretanje kampanje na europskoj razini kako bismo pristupili sve većem broju građana te im ukazali na mogućnost potraživanja zdravstvenih usluga u ostalim zemljama članicama. Kampanja bi trebala naglasiti osnovne činjenice i uvjete te uputiti na kontaktna mjesta na nacionalnoj razini.

U svim zemljama regije, pacijenti se susreću i sa sličnim poteškoćama u vezi s pravima na informiranost i pristup medicinskoj dokumentaciji. Nove direktive trebale bi jasno regulirati čija je dužnost informirati pacijenta o prednostima i nedostacima određenog tretmana te pokrivanju troškova prevoditelja, ukoliko je potreban.

U vezi s pravom na pristup medicinskoj dokumentaciji, pozivamo EU da usvoji jasna i realna pravila o pohranjivanju medicinske dokumentacije.

Zahtijevamo uključivanje Europskog dokumenta o pravima pacijenata u propise, kako bi svakom građaninu Europe barem minimalna prava pacijenata bila zagarantirana.

Organizacije potpisnice pozivaju institucije Europske Unije da procijene učinak i implementaciju direktive nakon što bude usvojena. Nakon usvajanja direktive, predlažemo monitoring njenog ozakonjenja i implementacije direktive u skladu s ljudskim pravima i pravima pacijenta. Predlažemo i uključivanje građanskih organizacija u proces monitoringa.

Popis centara za HIV savjetovanje i testiranje

ZAGREB

Referentni centar za HIV/AIDS, Klinika za infektivne bolesti «Dr. Fran Mihaljević» Mirogojska 8, Zagreb
Radno vrijeme: od ponedjeljka do petka od 15,30 do 19,00 sati i prva subota u mjesecu od 10 do 13 sati
Telefon: 01/4678 243

Hrvatski zavod za javno zdravstvo
Rockefellerova 7, Služba za epidemiologiju zaraznih bolesti - Savjetovalište za HIV/AIDS, Rockefellerova 12
Radno vrijeme: utorkom i četvrtkom od 16 do 19 sati i svaka druga (parna) subota od 10 do 12 sati
Telefon: 01/ 4863 237
Info telefon (od ponedjeljka do petka): 01/ 4683 004 ili 01/ 4683 005

DUBROVNIK

Zavod za javno zdravstvo Dubrovačko-neretvanske županije
Branitelja Dubrovnika 41
Radno vrijeme: ponedjeljkom i srijedom od 16 do 18 sati
Telefon: 020/341 082, 020/341 000

KORČULA

Plokata bb, Korčula
Radno vrijeme: utorkom od 11 do 13 sati

OSIJEK

Zavod za javno zdravstvo Osiječko-baranjske županije
Franje Krežme 1
Radno vrijeme: ponedjeljkom od 7 do 16 sati, od utorka do četvrtka od 7 do 15 sati
Telefon: 031/225 711 i 031/225 717

PULA

Zavod za javno zdravstvo Istarske županije
Nazorova 23
Radno vrijeme: ponedjeljkom i četvrtkom od 15 do 17 sati
Telefon: 052/529 017 i 052/529 046

RIJEKA

Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije, Epidemiološki odjel Krešimirova 52a, Rijeka
Radno vrijeme: srijedom od 12 do 17 sati, ponedjeljkom i četvrtkom od 12 do 15 sati
Telefon: 051/358 798 ili 098/369 844

SLAVONSKI BROD

Zavod za javno zdravstvo Brodsko-posavske županije, V. Nazora bb
Radno vrijeme: utorak i četvrtak od 15 do 16 sati
Telefon: 035/ 447-228

SPLIT

Zavod za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije, Služba za epidemiologiju, Ambulanta za AIDS, Vukovarska 46
Radno vrijeme: od ponedjeljka do petka od 8 do 15 sati
Telefon: 021/ 539 824, 091/ 88 03 513

Udruga HELP, Mihovilova širina 1, Split
Radno vrijeme: ponedjeljak i četvrtak od 15 do 17 sati
Telefon: 021/ 346 664

ZADAR

Zavod za javno zdravstvo Zadar, Kolovare 2
Radno vrijeme: od ponedjeljka do petka od 9 do 11 sati
Telefon: 023/300-841

Ulica Don Ive Prodana 12 (kod crkve sv. Šime)
Radno vrijeme: ponedjeljkom i srijedom od 16 do 18 sati
Telefon: 023/318-152

izdavač Hrvatska udruga za oboljele od HIV-a, HUHIV
Medveščak 9, 10000 Zagreb
T. 01/ 4666655, 4669 042, F. 01/ 4666655,
M. 091 3377113
HIV SOS TEL: 0800 448 767
E. info@huhiv.hr, huhiv@huhiv.hr
www.huhiv.hr

broj žiro-računa kod PBZ-a 2340009 - 1100195705

naklada 10000 primjeraka (bilten izlazi četiri puta godišnje)

glavna urednica Ivana Crnčić, dipl. ing.

uredništvo Vlatka Matković, prof. defektolog
Tomislav Beganović
Kristina Duvančić, dipl. soc. rad
Dragan Miličić
Željana Mičić

stručni suradnici Josip Begovac, prof. dr. sc.
Snježana Židovec Lepej, dr. sc.
Šime Zekan, dr. med.
Tihana Kniewald, dr. med.
Vlasta Hiršl Hečej, mr. sc. dr
Nada Radin, dr. med.
Rok Čivljak, dr. med.
Ivica Pavić, doc. dr.
Tomislav Maretić, prim. dr.
Duška Grgić, dr. med.
Dragutin Ptiček, dr. med.
Maja Harambašić, dr. sc.
Siniša Zovko, dr. med.
Iva Jovović, dipl. soc. rad.
Dejan Travica
Tomislav Vurušić
Mario Puljiz
Nevenka Mardešić, dr. sc.
Davorka Lukas, dr. med.
Miroslav Lisić, dr. med.
Branko Kolarić, dr. med.
Vlaho Brailo, dr. stom.
Kornelija Gedike, vms.
Slavko Sakoman, prof. dr. sc.
Aleksandar Štulhofer, prof. dr. sc.
Mario Poljak, prof. dr. sc.
Natalija Domljanović, dipl. ing. med. biokem.
Ante Ivančić, dr. med.
Irena Hrstić, dr. med., dr. sc.
Maja Drašković, dr. med.
Vanja Mrša, mr.ph
Zoran Gardašanić, dr.med.
Sanja Macan Galetović, dr.med.
Adriana Vince, doc. dr. sc.
Vitimir Burek, prof. dr.
Tatjana Nemeth Blažić, dr. med.
Ana Planinić, dipl. ing.
Valerio Bačak, mr.sc

lektor Jasmina Sočo

dizajn Rafaela Dražić

tisak Kerschhoffset, Zagreb

ovaj broj biltena GlaxoSmithKline
sufinanciraju Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi



Nacionalna zaklada za razvoj civilnog društva - institucija koja financira institucionalnu potporu stabilizaciji i / ili razvoju Hrvatske udruge za oboljele od HIV-a