

**Zlepšení prevence HIV
Nové strategie pro měnící se epidemii
Spojené státy, 21. 8. 2003**

**Zlepšení prevence HIV:
Prozatímní technické směrnice pro vybrané
intervence**

**Centers for Disease Control and Prevention
National Center for HIV, STD, and TB Prevention
Division of HIV/AIDS Prevention**

Úvod

Od roku 1981, kdy byly poznány první případy HIV/AIDS, bojují proti této epidemii Střediska pro kontrolu a prevenci chorob (Centers for Disease Control and Prevention, CDCs) a jejich partnerské organizace. Naším cílem je zastavit přenos HIV/AIDS a zmenšit břímě, které představuje. Nová iniciativa nazvaná *Advancing HIV Prevention: New Strategies for a Changing Epidemic* (MMWR, 18. dubna 2003; 52:329-356) podporuje práci, jež byla na poli prevence během uplynulých dvou desetiletí vykonána, a rozšiřuje a posiluje naše snažení tím, že modeluje nové strategie podle osvědčených přístupů, které byly s úspěchem použity při prevenci jiných infekčních chorob.

Morbidity a mortalita spojená se stabilní HIV, obavy z možného nárůstu výskytu HIV a skutečnost, že nyní máme k dispozici jednoduchý rychlý test na HIV, ve spojení s výraznou spoluprací mezi komunitami těžce postiženými virem HIV, to vše vyvíjí tlak na to, aby některá střediska CDC své aktivity v oblasti prevence HIV přehodnotila a popřípadě změnila. Dosáhnout poklesu počtu nově infikovaných osob a snížení morbidity a mortality v souvislosti s HIV se může podařit, bude-li se klást větší důraz na usnadnění přístupu k testování a na poskytování služeb v oblasti prevence a zdravotní péče osobám žijícím s HIV. Mimoto může zjednodušení prenatálních a dalších testovacích postupů vést k efektivnějšímu využívání zdrojů, jež mají CDC vyčleněné na prevenci perinatálního i jiného přenosu HIV.

Během uplynulých dvou desetiletí se aktivity středisek CDC v oblasti prevence HIV zaměřovaly na to, aby neinfikovaným osobám, u nichž je vysoké riziko nákazy virem HIV, pomáhaly změnit a udržovat chování a jednání tak, aby se tyto osoby infikování vyhnuly. Tyto snahy o snížení výskytu HIV byly sice koncem osmdesátých a počátkem devadesátých let minulého století úspěšné, ovšem od počátku devadesátých let zůstává počet nových infekcí HIV podle odhadu konstantní na úrovni 40 000 osob ročně a počet osob žijících s HIV soustavně narůstá. Nové naděje jsou vkládány do příštího desetiletí, kde se zdůrazňují tři primární oblasti prevence HIV: včasné zjišťování HIV-pozitivních osob a jejich odkazování do zdravotních služeb a péče, prevence u osob žijících s HIV a prevence u osob vystavených vysokému riziku nákazy virem HIV.

Nová iniciativa se zaměřuje na první dvě z těchto tří oblastí – rozšíření našich prevenčních aktivit k zesílení boje proti HIV.

CDC, další federální organizace a celá komunita zabývající prevencí HIV budou pokračovat ve svém úsilí o zlepšení snah o prevenci se zaměřením na tyto tři oblasti a budou v tomto spojeném a integrovaném úsilí podporovány a posilovány. Díky tomuto širokému zaměření se v boji proti HIV/AIDS uplatní věda o prevenci tak, aby se zredukoval přenos HIV, včetně přenosu z matky na dítě.

Spolupráce

Nová iniciativa bude vyžadovat partnerské svazky s rozsáhlým zapojením a koordinací mezi CDC, komunitou v oblasti veřejného zdraví a komunitou poskytující zdravotní péči. Za podpory federálního ministerstva zdravotnictví (Department of Health and Human Services), budou CDC a jeho partneři včetně dalších federálních institucí, zdravotnické úřady na úrovni jednotlivých států a obcí, organizace na bázi komunit, nevládní poskytovatelé a profesní organizace tuto novou iniciativu realizovat a posilovat naše úsilí v boji s problémy této měnící se epidemie.

Ke koordinaci realizace této iniciativy rozšiřuje CDC svou spolupráci se Správou zdravotnických zdrojů a služeb (Health Resources and Services Administration), s Americkým sdružením nemocnic (American Hospital Association) i se soukromými poskytovateli zdravotní péče. K partnerům při realizaci patří programy financované z Ryan White Care, obecní zdravotní střediska, nemocnice i soukromé zdravotnické služby. CDC je rovněž ve styku s profesními lékařskými a ošetrovatelskými organizacemi, včetně Amerického lékařského sdružení, Národního lékařského sdružení, Americké koleje porodníků a gynekologů, Amerického sdružení ošetrovatelek, Lékařského sdružení pro HIV v rámci Americké společnosti pro infekční choroby a Sdružení ošetrovatelek pečujících o nemocné AIDS, aby je získala ke spolupráci a podpoře při vypracovávání doporučení pro praxi, prohlášení o příslušné politice a šíření aktivit této iniciativy.

Současná situaci na poli HIV/AIDS ve Spojených státech

V rozmezí let 1995 – 1998 klesl roční počet nových případů AIDS o 38%, z 69,242 na 42,832, a počet úmrtí na AIDS o 63%, z 51,670 na 18,823. Od roku 1998 se pokles ustálil zhruba na 40 000 výskytů případu AIDS a 16 000 úmrtích. Počet případů perinatálního AIDS poklesl o 89%, z 954 v roce 1992 na 101 v roce 2001, ovšem přenosem z matky na dítě se každoročně nakazí přibližně 300 kojenců.

Podle odhadu CDC žije s HIV ve Spojených státech 850 000 až 950 000 osob, z nichž odhadem 25% o své nákaze neví. Jsou doklady ukazující, že až ke dvěma třetinám z oněch 40 000 každoročních nových infekcí virem HIV dochází přenosem z osob, které o tom, že jsou HIV pozitivní, nevědí. Řada osob se o své diagnóze doví až pozdě ve stadiu průběhu choroby. Až 40 – 45 % osob s pozitivním testem na HIV obdrželo první pozitivní výsledek méně než rok před diagnostikováním AIDS. Při tom, že mezi nákazou virem HIV a diagnózou AIDS uplyne v průměru doba 10 let, to ukazuje, že lidé žijí s virem HIV řadu let, než se o své infekci dozvědí.

Nová iniciativa

V této nové iniciativě se zdůrazňuje, že je zapotřebí provádět testy na HIV a prevenční opatření jak v klinickém, tak v neklinickém prostředí, aby se zvýšil podíl infikovaných osob, které se o svém stavu co nejdříve dovědí a jsou s úspěchem odkázány na zdravotnické a preventivní služby. Důležitou strategií je zařazení plošného testování (screeningu) na HIV do služeb zdravotní péče na stejné dobrovolné bázi, jako je tomu u dalších zdravotnických testů, aby se tak zvýšil podíl osob žijících s virem HIV, které jsou si svého nakažení vědomy.

Další oblastí zájmu je testování v neklinickém prostředí, protože se tak zvyšuje možnost podchytit příslušníky rasových a etnických menšin a osob vystavených vysokému riziku nákazy virem HIV.

Také rutinním testováním v nápravných zařízeních, kde je prevalence AIDS mezi vězeňskou populací pětinasobně vyšší než v celkové populaci USA, se zvýší počet osob, které o své nákaze virem HIV vědí a jimž se dostane potřebných služeb jak během výkonu trestu, tak po něm.

K včasné diagnóze a napojení na zdravotnické, preventivní a další služby může napomoci služba zajišťující poradenskou činnost pro partnery a jejich odkazování na specializovaná pracoviště, tzv. Partner Counseling and Referral Services (PCRS). Ve studiích věnovaných PCRS v oblasti HIV mělo 8 – 39% testovaných partnerů dosud

nediagnostikovanou nákazu virem HIV. Větší možnosti, jak zajistit u osob s infekcí virem HIV prevenci, poskytují současné intervence, jež se na tyto osoby zaměřují. Tyto intervence jsou různé intenzity, od intervencí na skupinové úrovni u osob, kde je potřeba prevence menší, až po intenzivní *prevention case management* u jednotlivců s mnoha zdravotními a psychosociálními problémy.

U perinatálního přenosu bylo sice dosaženo významného poklesu, nicméně i tak činil počet žen nakažených virem HIV, které v roce 2000 v USA rodily, 6 000 – 7 000, a narodilo se tak 280-370 infikovaných kojenců. Ve zhruba 40% případů perinatálního přenosu o matčině infekci virem HIV poskytovatelé zdravotní péče až do porodu nevěděli.

CDC si je vědomo, že zvýšené zaměření na prevenci u HIV-pozitivních osob může být chápáno jako cosi, co je pro lidi s HIV/AIDS stigmatizující. CDC povede v roce 2003 celonárodní konzultace s HIV/AIDS Stigma, v jejichž rámci bude diskutovat strategie pro řešení tohoto problému a stanovení konkrétních kroků, které mohou CDC a jeho partneři učinit, aby se zmírnilo nebezpečí, že se stigma, které osoby žijící s touto nemocí již nyní pociťují, ještě více zjitří.

Strategie

Sám primární cíl nové iniciativy, totiž snížit míru přenosu viru HIV, není nový. Čtyři strategie, jež byly k dosažení tohoto cíle vytyčeny, se zaměřují přímo na snížení zábran vůči včasné diagnóze; zlepšení na poli odkazování postižených osob na nejmodernější preventivní služby a zdravotnickou a ošetrovatelskou péči a na zajištění, aby byly praktikovány programy prevence na pomoc osobám žijícím s virem HIV. V iniciativě prevence HIV se zdůrazňuje potřeba uplatňovat ke snížení výskytu a šíření choroby osvědčené hygienické přístupy. Iniciativa sestává ze čtyř prioritních strategií:

Strategie č. 1: Běžnou součástí zdravotní péče by se mělo stát dobrovolné testování.

Strategie č. 2: Realizovat nové modely diagnostikování nákazy virem HIV.

Strategie č. 3: Zabránit novým infekcím cestou spolupráce s osobami, u nichž byl virus HIV diagnostikován.

Strategie č. 4: Dále snižovat četnost perinatálního přenosu HIV.

Prozatímní technické směrnice

Jedním z prvních počínů CDC v rámci nové iniciativy bylo vypracování těchto prozatímních technických směrnic pro ty, kdo čerpají granty na prevenci HIV. Jejich účelem je podat informace, které by měly pomoci při realizaci aktivit na poli prevence HIV. Informace v tomto dokumentu nejsou žádným nadiktovaným, povinným souborem aktivit; jsou to principy, nikoli praktická opatření, a my plně očekáváme, že si místní odborníci tyto intervence přizpůsobí tak, aby vyhovovaly potřebám komunity, které mají sloužit.

V těchto směrnicích je podán výklad sedmi aktivit k realizaci a dosažení výše uvedených strategií. Doufáme, že se směrnice uplatní, až budete plánovat své aktivity, a popřípadě vyvolají pro naše současné aktivity na poli prevence nové ideje a nové směry. Dále je jejich účelem pomoci vám při plánování příslušného školení.

Jedná se o těchto sedm aktivit:

- Rutinně doporučované testování na HIV v rámci běžné zdravotní péče [strategie č. 1]

- Rychlé testování v neklinickém prostředí [strategie č. 2]
- Rutinní dobrovolné testování na HIV u osob ve výkonu trestu [strategie č. 2]
- Poradenské služby a odkazování na specializovaná pracoviště pro partnery rizikových osob [strategie č. 2 a 3]
- Snižování rizik u osob žijících s virem HIV [strategie č. 3]
- Prevence ve zdravotnictví [strategie č. 3]
- Dosažení všeobecného testování na HIV u těhotných žen [strategie č. 4]

V každé kapitole tohoto materiálu jsou uvedeny podrobné informace o stávající situaci a o současných znalostech tématu; cíle; postupy k uskutečnění strategií; jak spolupracovat s partnery, včetně překonávání bariér bránících realizaci; příklad současného programu ze skutečné praxe, kde se využívají přinejmenším některé elementy směrnice („medailónek“); a konečně požadavky sledování a vyhodnocování. Každá kapitola je zakončena literaturou, kde lze k danému tématu nalézt podpůrné a hlubší informace, a prameny jako pomůcku pro lepší porozumění programům a jejich realizaci. CDC také na období let 2003 – 2005 plánuje demonstrační projekty. Časem budou na základě těchto projektů a našich zkušeností z realizace těchto prozatímních směrnic vypracovány směrnice revidované.

CDC poskytne svým příjemcům grantu školení a technickou pomoc, aby zajistilo, že zdravotní úřady a obecní organizace budou patřičně vybaveny k provádění nejúčinnějších preventivních opatření u osob, které představují z hlediska přenosu viru HIV největší riziko nebo jež jsou nákazou nejvíce ohroženy. CDC bude při realizaci těchto aktivit poskytovat rady a na základě vaší zpětné vazby a údajů shromážděných během nadcházejícího roku bude postupy dále zlepšovat. Těšíme se na pokračující pevné partnerské vztahy se státními a místními institucemi v terénu při realizaci nejmodernějších preventivních opatření tak, aby se snižoval počet nově infikovaných osob.

S virem HIV žije dnes v USA více lidí než kdy dříve za celou dobu epidemie. Díky pokrokům v léčbě mohou dnes lidé infikovaní virem HIV žít déle a zdravěji. Pro CDC jsou tyto lidi při prevenci HIV velmi důležitými partnery.

Účelem této nové iniciativy je umožnit lidem snadnější přístup k testování, aby mohli zjistit svůj stav a aby se jim dostalo patřičných zdravotnických a preventivních služeb, a pomoci chránit další ohrožené osoby před nákazou. Tyto směrnice by měly být v nové iniciativě prvním krokem k vypracování silnějších, účinnějších programů vycházejících z osvědčených hygienických strategií. Toto úsilí, i to, které bude následovat, nám pomůže dosahovat nových úspěchů v našem boji proti této nemoci a budovat potřebné základy k účinnému zaměření na osvědčená opatření a snížení přenosu viru HIV.

Prameny

CDC. *Advancing HIV Prevention: New strategies for a changing epidemic*. *MMWR* 2003;52:329-332. Viz: <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/wk/mm5215.pdf>

Webová stránka *Advancing HIV Prevention*: <http://www.cdc.gov/hiv/partners/ahp.htm>

Profily státní politiky vypracované společností *Infectious Disease Society of America (IDSA)* pro *Health Resources and Services Administration (HRSA)*: <http://www.hivma.org/HIV/CEN/ToC.htm>

The U.S. Department of Health and Human Services: <http://www.hhs.gov.htm>

Health Resources and Services Administration (HRSA): <http://www.hrsa.gov.htm>

Webová stránka *AIDS Education and Training Centers (AETC) National Resource Center (NRC)*: <http://www.aids-ed.org>

Běžné doporučení testu na HIV v rámci pravidelné zdravotní péče

Současný stav znalostí

V roce 1987 doporučila *Public Health Service* (Hygienická služba) provádět testování na HIV, pokud o to požádá pacient nebo je s ohledem na rizikové chování nebo klinické symptomy dané osoby doporučí poskytovatel zdravotní péče. I když byla z těchto důvodů testována řada lidí, nebylo mnoho HIV-pozitivních osob na tuto diagnózu vyšetřeno vůbec nebo byla jejich diagnóza zjištěna až v pokročilém stadiu nemoci: z osob nahlášených jako osoby s AIDS jich 45% získalo své první pozitivní výsledky testu na HIV méně než jeden rok předtím, než u nich byl diagnostikován AIDS.¹ Z toho vyplývá, že mnoho lidí o své infekci virem HIV neví, a proto nemohou využívat preventivních a zdravotnických služeb, které by mohly snížit morbiditu a mortalitu na HIV. Mimoto mohou tito lidé nevědomky přispívat k soustavnému přenosu nákazy virem HIV.

Zařazení screeningu na HIV do rutinních zdravotnických služeb v zařízeních s vysokou prevalencí HIV představuje perspektivní doplňkovou strategii ke zvýšení podílu osob nakažených virem HIV, které o své infekce vědí.² Dosud bylo převládajícím paradigmatem diagnostiky HIV *testování* – provádění testů z důvodu klinických symptomů nebo rizikového chování dané osoby. *Screening*, tedy provádění testu u všech osob v definované populaci, je základním, účinným nástrojem obecné hygieny ke zjištění nerozpoznaného stavu, tak aby bylo možno nabídnout léčbu dříve, než se rozvinou symptomy.³ Screening na HIV splňuje všechny obecně akceptované principy, jež se screening vztahují.⁴

- HIV je závažná choroba, která se dá spolehlivým, levným, přijatelným a neinvazivním testem zjistit dříve, než se projeví symptomy.
- Léčba dříve, než se projeví symptomy, a ne až potom, je účinnější z hlediska snížení nemocnosti a úmrtnosti.
- Náklady v porovnání s očekávaným přínosem jsou přiměřené.

Infekce virem HIV na klinikách a v zařízeních, kde je mezi populací vysoká prevalence HIV, se dá srovnat s jinými infekčními chorobami, jako je syfilis, tuberkulóza nebo lidský papillomavirus, kde screeningové programy výrazně zmenšily břemeno nemoci a vedly ke zlepšení zdraví. V zařízeních s nízkou prevalencí HIV by poradenství, testování a odkazování na specializovaná pracoviště mělo být i nadále klientům poskytováno na základě screeningu rizik.⁵

Screening na HIV v prostředí s vysokou prevalencí je rozumný, protože při testování výhradně na základě rizik zůstává mnoho infikovaných osob nezjištěných.^{6,7,8} Lidé s AIDS docházejí předtím, než je u nich AIDS diagnostikován, často do nemocnic, na kliniky akutní péče a do organizací řízené péče, ale nikdy nejsou na HIV testováni.⁶ Mnoha poskytovatelům je nepříjemné probírat se svými pacienty jejich rizikové chování⁹ a mnoho lidí si rizikové chování své nebo svého partnera neuvědomuje nebo o něm nechtějí mluvit.^{10,11} Rutinní dobrovolný screening na HIV představuje možnost, jak stigma spojené s testováním na HIV zmírnit.^{3,12} Pacienti se necítí uraženi, pokud se testování prezentuje jako opatření prováděné u všech pacientů, protože se necítí být vyřazení jako „riziková“.³ Testování na HIV akceptuje více pacientů, je-li prováděno

rutinně, než když se provádí na základě hodnocení rizik.^{11,12} K rutinnímu dobrovolnému screeningu na HIV mají pacienti zjevně kladný postoj. Ukazuje se také, že mnozí pacienti, zvláště ti, kteří se podrobili testu na jiné pohlavně přenosné choroby (sexually transmitted diseases, STDs), se domnívají, že byli testováni na HIV, ať již tomu tak je nebo ne. V některých komunitách, kde je infekce virem HIV běžná, se na screening na HIV pohlíží jako na součást rutinní péče, jako je tomu třeba u mamografie nebo u měření krevního tlaku.¹³

Od roku 1993 CDC doporučuje, aby se v oblastech s vysokou prevalencí provádělo testování na HIV u všech pacientů zařízení akutní péče.^{5,14,15} Když se ve velkých zdravotnických zařízeních s vysokou prevalencí provádí testování na HIV rutinně, je podíl HIV-pozitivních testů (2 – 7% v nemocnicích a na pohotovostech)^{15,16} podobný nebo vyšší, než jak je tomu v celostátním měřítku ve veřejně financovaných zařízeních pro poradenství a testování na HIV (2,0%) a na klinikách pro STD (1,5%).¹⁷

K tomu, aby se přispělo ke zjištění oněch zhruba 25% osob žijících s virem HIV, které stávajícími opatřeními nebyly identifikovány, je třeba alternativních strategií. Začlenění dobrovolného screeningu na HIV do rutinní zdravotní péče je k dosažení tohoto cíle jen logickým krokem.

Cíle

Účelem tohoto materiálu a poskytnout státním a místním zdravotnickým orgánům vodítko při:

- vytipování zdravotnických zařízení sloužících populaci s vysokou prevalencí HIV, kde by se měl rutinní screening na HIV zavést,
- navrhování schématu a propagaci zjednodušených postupů screeningu na HIV tak, aby se dal rutinní screening provádět ve velkých zdravotnických zařízeních s vysokou prevalencí HIV, čímž by se mohla zmenšit stigmatizace, kterou testování na HIV představuje,
- zvyšování počtu osob, které procházejí screeninem na HIV ve zdravotnických zařízeních, podílu osob, které dostávají výsledky svého testu na HIV, a podílu osob infikovaných virem HIV, kterým se dostává péče.

Postupy

Kroky zdravotních úřadů

1. Spolupracovat s komunitními plánovacími skupinami při vytipování zdravotnických zařízení sloužících populaci s vysokou prevalencí HIV. Při výběru je možno použít několika kritérií:
 - a) Údaje o prevalenci (pokud jsou dostupné) prokazující, že u pacientů spadajících pod dané zařízení přesahuje prevalence HIV hodnotu 1%.
 - b) Četnost diagnózy AIDS 1 na 1 000 u osob propuštěných z nemocnice a ve zdravotnických střediscích a na klinikách, kam jsou pacienti z nemocnice odkazováni
 - c) Získání finančních prostředků v rámci Titulu I nebo II podle *Ryan White Care Act*.
 - d) Srovnávací údaje prokazující, že populace pacientů daného zařízení je podobná jako v některých jiných zdravotnických zařízeních, kde je prevalence HIV/AIDS

vysoká (například demografické údaje nebo vysoká četnost pohlavně přenosných chorob).

2. Propagovat rutinní screening na HIV ve zdravotnických zařízeních za použití mechanismů, jako je hodnocení, sociální marketing, pobídky, pomoc s náhradami škod nebo dostupnost poradenských a podpůrných služeb.
3. Spolupracovat s CDC a národními zdravotnickými a poskytovatelskými organizacemi při prosazování rutinního screeningu na HIV ve zdravotnických zařízeních, jež slouží populaci s vysokou prevalencí HIV.
4. Vypracovat směrnice pro screening na HIV pomocí zjednodušených postupů pro screening rizika a poradenství v oblasti prevence tam, kde je to vhodné. Screening rizika a poradenství v oblasti prevence nemusejí být vhodné nebo realizovatelné při epizodických návštěvách nebo návštěvách pro akutní péči a nesmějí se stát pro testování na HIV bariérou. Preventivní poradenství je nejvhodnější při těch návštěvách zdravotnického zařízení, kde je screening na HIV a poradenství v souladu s kontextem vlastní návštěvy, například.
 - a) v odpověď na pacientovu žádost,
 - b) když má důvod návštěvy vztah k rizikovému chování nebo klinickému riziku, jako je drogová závislost nebo symptomy pohlavně přenosné choroby,
 - c) když se obvykle nabízejí další služby na podporu zdraví (např. v rámci celkového hodnocení zdravotního stavu, při reprodukční zdravotní péči nebo při plánování rodičovství).

Spolupráce mezi zdravotním úřadem a zdravotnickým zařízením

Každé zdravotnické zařízení, kde je prevalence HIV vysoká, by si mělo vypracovat individuální plán pro provádění rutinního screeningu na HIV. Zdravotní úřady by měly poskytovat poradenství a pomoc, aby se dosáhlo následujícího:

1. Stanovit politiku daného zdravotnického zařízení v oblasti rutinního screeningu na HIV.
2. Uvést plán pro rutinní screening na HIV v život:
 - a) Zhodnotit tok pacientů k posouzení možnosti zařadit rutinní screening na HIV do ordinační činnosti (např. po evidenci, během čekání nebo v rámci měření vitálních znaků).
 - b) Určit, kteří pracovníci budou testováni na HIV doporučovat (např. kliničtí lékaři, sestry nebo obojí)
 - c) Určit, kteří pracovníci budou vybírat informovaný souhlas. Během návštěvy:
 - i. by měli pacienti dostat do ruky písemné informace o nákaze virem HIV, jejím testování a prevenci, a to na přiměřené kulturní úrovni;
 - ii. by mělo být pacientům řečeno, že je testování na HIV běžnou záležitostí, která se doporučuje všem pacientům;
 - iii. je třeba pacientům říci, že je testování na HIV dobrovolné a mají právo je odmítnout.
 - d) Stanovit takový postup testování na HIV, který je pro dané zařízení a jeho pacienty nejvhodnější. Přitom je třeba zvážit tyto faktory:

- i. Typ testu (sérový test, ústní tekutina nebo rychlý test). Zde může mít vliv to, zda je snadno dostupná flebotomie, jaká je pravděpodobnost, že si pacienti výsledek vyzvednou a obvyklá doba patientské návštěvy.
 - ii. Místo, kde se budou odebírat vzorky resp. kde se bude testování provádět.
 - iii. Konkrétní pracovníci, kteří budou vzorky odebírat resp. test provádět.
 - iv. Nejvhodnější způsoby, jak výsledek testu sdělit a zadokumentovat.
 - v. Potřebné školení pracovníků zdravotnického zařízení, kteří budou do testování zapojeni.
 - vi. Dodržování důvěrného charakteru akce.
3. Propagovat rutinní screening u poskytovatelů zdravotní péče cestou informačních schůzek a zajištěním nástrojů, jako je revidovaný patientský formulář.
 4. Propagovat rutinní dobrovolný screening mezi pacienty pomocí informačních brožur, plakátů, videopořadů promítaných v čekárnách a dalších komunikačních nástrojů.
 5. Propagovat postupnou integraci rutinního screeningu: zpočátku může být k nastartování procesu a k prokázání akceptovatelnosti, realizovatelnosti a efektivnosti rutinního screeningu zapotřebí finanční podpory nebo angažování pracovníků zdravotních úřadů. CDC financuje demonstrační projekty, které pomohou stanovit, jak screening na HIV co nejlépe do rutinní péče integrovat.
 6. Stanovit následné postupy pro pacienty s pozitivním testem na HIV, jako je poradenství (v souladu se směrnicemi CDC) nebo dojednání návštěvy či odkázání na služby v oblasti prevence a zdravotní péče. Doporučení pro poradenství a úspěšné odkázání na služby příslušných specializovaných pracovišť jsou uvedena v příloze. Pro kteréhokoliv pacienta, který by potřeboval okamžitou radu nebo podporu, by měly být na místě k dispozici zdroje (např. přes sociální pracovníky zařízení).
 7. Stanovit postupy a odpovědnosti za nahlašování případů HIV zdravotnímu úřadu a za vyžadování pomoci s poradenskými a odkazovacími službami pro partnery, pokud je tak zapotřebí.
 8. Stanovit mechanismy, jak realizaci rutinního screeningu na HIV sledovat, například shromažďováním informací o počtech pacientů, kteří byli v zařízení vyšetřeni, kterým bylo nabídnuto testování na HIV, kteří byli testováni a kteří si výsledek svého testu vyzvedli.
 9. Stanovit mechanismy pro sledování, jak se rutinní screening na HIV udržuje, včetně evidování podílu pacientů testovaných za jeden měsíc.
 10. Stanovit mechanismy ke sledování výsledků této strategie v daném zařízení, včetně počtu pacientů, u nichž je infekce virem HIV nově diagnostikována, podílu pacientů, kteří si svůj potvrzený pozitivní výsledek testu na HIV vyzvedli, a podílu nově diagnostikovaných pacientů, kteří vstupují do systému péče, a ve kterém stadiu nemoci.
 11. Odhadnout, jak poklesne podíl HIV-pozitivních testů, když zařízení přejde od testování na základě rizik k testování plošnému (screeningu).

Spolupráce s partnery a integrace do stávajících služeb

Při integraci screeningu na HIV do rutinní zdravotnické péče musejí zdravotní úřady spolupracovat se zdravotnickými zařízeními a komunitními partnery. Této spolupráci mohou napomoci:

1. Koordinací aktivit s programy, jež financuje Správa zdravotnických zdrojů a služeb, včetně Ryan White Planning Councils a dalších organizací zajišťujících služby v oblasti HIV, sdruženími primární péče daného státu, zdravotními centry pro komunitu a migranty, zdravotní péčí o bezdomovce a klinikami primární péče při veřejném bydlení.
2. Koordinací školicích aktivit se vzdělávacími a školicími středisky pro AIDS.
3. Vypracováním strategie na dosažení podpory uskupení zastánců a vůdčích komunitních činitelů pro rutinní dobrovolný screening na HIV.
4. Získáním podpory místních zdravotnických a lékařských sdružení, administrátorů zařízení zdravotní péče a organizací řízené péče.
5. Podporou realizace alokací svých prostředků na poradenství a testování na HIV.

Co je třeba vzít v souvislosti s programem v úvahu

Před zavedením rutinního screeningu na HIV musejí zdravotní úřady a zdravotnická zařízení uvážit, jak překonat bariéry na poli politiky, financí a prostředků.

1. V některých oblastech mohou být integraci screeningu na HIV do rutinní zdravotní péče na překážku legislativní, regulační a logistické bariéry, jako je separátní informovaný souhlas s testováním na HIV.
2. Jednotlivé pojistné plány mají různou politiku úhrady testů na HIV prováděných pod různými kódy Mezinárodní klasifikace nemocí (International Classification of Disease, ICD) a Současné procedurální terminologie (Current Procedural Terminology, CPT). Někteří pacienti nebudou chtít nárok na úhradu testu na HIV uplatnit. Je třeba identifikovat prostředky pro pacienty, kteří nemají peníze na to, aby si test na HIV zaplatili.
3. Musejí existovat vazby a prostředky na péči v oblasti HIV. Péče v oblasti HIV zahrnuje preventivní a zdravotnické služby osobám s pozitivním testem na HIV a preventivní služby u vysoce rizikových osob s negativním testem na HIV.
4. Zdravotní úřady, zdravotnické instituce a další komunitní instituce musejí zvážit, jak alokovat prostředky, které jsou k patřičné realizaci screeningu na HIV nezbytné.

Medailónek

V roce 2000 doporučili poskytovatelé zdravotní péče nemocnice Grady Memorial Hospital v Atlantě ve státě Georgia dobrovolný screening na HIV u všech pacientů ve věku 18 – 65 let, u kterých nebylo známo, že by byli HIV-pozitivní nebo kteří v uplynulých 6 měsících nebyli testováni.¹⁵ Na propagaci této nové politiky byly použity informační brožury a plakáty vybízející k testování na virus HIV. Pacienti, kteří s testováním svolili, podepsali formulář souhlasu a byli otestováni buď rychlým testem nebo standardním enzymatickým imunologickým testem (EIA). Testy nebyly pacientům účtovány. Výsledky předávali kliničtí lékaři, poradci nebo školení výzkumní pracovníci. Jeden asistent lékaře kontaktoval HIV-pozitivní osoby, které si výsledek testu

nevyzvedly. Jak během období studie, tak během téhož období předchozího roku, kdy se testování na HIV provádělo na bázi rizik a symptomů, měla klinika zhruba 20 000 návštěv pacientů. Během studijního období bylo otestováno o 1687 pacientů více a bylo diagnostikováno o 27 infekcí virem HIV více a o 27 pacientů více bylo o své HIV-pozitivitě informováno. Do péče přešel dvojnásobek HIV-pozitivních pacientů (26 oproti 13) a vyšší byl i podíl osob testovaných v časnějším stadiu infekce (podle počtu buněk CD4 T >200 buněk/ml).

Monitoring

Na příjemcích grantů CDC, kteří dostávají prostředky na prevenci HIV, se bude vyžadovat, aby běžně nahlašovali následující ukazatele k monitorování svých programů testování na HIV ve zdravotnických zařízeních.

Ukazatele programu CDC pro prevenci nákazy virem HIV jsou tyto*:

1. Počet a procentický podíl nově diagnostikovaných infekcí virem HIV v prostředí s vysokou prevalencí při provádění rutinního screeningu na HIV (B.1)
2. Procentický podíl nově zjištěných a potvrzených případů HIV-pozitivity, kdy si výsledky testování pacienti vyzvedli (B.2)

Další ukazatele:

3. Procentický podíl nově zjištěných HIV-pozitivních pacientů, kteří vstupují do systému zdravotnické péče, dokumentovaný buď počtem buněk CD4 nebo návštěvou na klinice pro HIV.
4. Stadium infekce v době diagnózy podle počtu buněk CD4 nebo výskytu klinických kritérií definujících AIDS.
5. Souhrnné údaje z porovnání ukazatelů z rutinní zdravotní péče a týchž ukazatelů za všechny testy, jak je nahlásila pracoviště pro poradenství, testování a odkazování na specializovaná pracoviště financovaná z prostředků CDC v daném správním obvodu.

Literatura

1. CDC. Late versus early testing of HIV—6 Sites, United States, 2000-2003. *MMWR* 2003; 52:581-6.
2. Freedberg KA, Samet JH. Think HIV: Why physicians should lower their threshold for HIV testing. *Arch Intern Med* 1999;159:1994-2000.
3. Institute of Medicine, National Research Council. Reducing the odds: Preventing perinatal transmission of HIV in the United States. Washington, DC: National Academy Press, 1999.
4. Wilson JM, Junger CT. Principles and practice of screening for disease. World Health Organization Public Health Paper 34; 1968.
5. CDC. Revised guidelines for HIV counseling, testing, and referral. *MMWR* 2001;50(No RR-19);1-58. <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5019.pdf>

* Informace ke stanovení výchozího stavu, cíle a specifikaci ukazatelů, včetně pramenů dat, výpočtů a problematiky nahlašování, podává materiál *The CDC Technical Assistance Guidelines for Health Department HIV Prevention Program Performance Indicators*. Pozn.: Ukazatele je možno upravit s ohledem na konkrétní populaci nebo situaci.

6. Klein D, Hurley LB, Merrill D, Quesenberry Jr CP. Review of medical encounters in the 5 years before a diagnosis of HIV-1 infection: Implications for early detection. *JAIDS* 2003;32:143-152.
7. Chen Z, Branson B, Ballenger A, Peterman TA. Risk assessment to improve targeting of HIV counseling and testing services for STD clinic patients. *Sex Transm Dis* 1998;25:539-543.
8. Alpert PL, Shuter J, DeShaw MG, Webber MP, Klein RS. Factors associated with unrecognized HIV-1 infection in an inner-city emergency department. *Ann Emerg Med* 1996;28:159-164.
9. Epstein RM, Morse DS, Frankel RM, Frarey L, Anderson K, Beckman HB. Awkward moments in patient-physician communication about HIV risk. *Annals of Internal Medicine* 1998;128(6):435-442.
10. Kellerman SE, Lehman JS, Lansky A, Stevens MR, Hecht FM, Bindman AB, Wortley PM. HIV testing within at-risk populations in the United States and the reasons for seeking or avoiding HIV testing. *JAIDS* 2002;31(2), 202-10.
11. Walensky RP, Losina E, Steger-Craven KA, Freedberg KA. Identifying undiagnosed human immunodeficiency virus: The yield of routine, voluntary inpatient testing. *Arch Intern Med* 2002;162:887-892.
12. Irwin KL, Valdiserri RO, Holmberg SD. The acceptability of voluntary HIV antibody testing in the United States: A decade of lessons learned. *AIDS* 1996;10(14):1707-17.
13. Vernon KA, Mulia N, Downing M, Knight K, Riess T. "I don't know when it might pop up": Understanding repeat HIV testing and perceptions of HIV among drug users. *Journal of Substance Abuse* 2001;13:215-27.
14. CDC. Recommendations for HIV testing services for inpatients and outpatients in acute-care hospital settings. *MMWR* 1993;42(No. RR-2):1-6.
<http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr4202.pdf>
15. CDC. Routinely recommended HIV testing at an urban urgent-care clinic – Atlanta, Georgia, 2000. *MMWR* 2001;50:538-541.
<http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/wk/mm5025.pdf>
16. Kelen GD, Shahan JB, Quinn TC. Emergency department-based HIV screening and counseling: experience with rapid and standard serologic testing. *Ann Emerg Med* 1999;33:147-155.
17. CDC. Anonymous nebo confidential HIV counseling and voluntary testing in federally funded testing sites – United States, 1995-1997. *MMWR* 1999;48(24):509-13.
<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm4824a1.htm>.

Prameny

Patient Flow Analysis (PFA). http://www.cdc.gov/nccdphp/drh/sata_pfa_ssd_new.htm

Recommendations for HIV testing services for inpatients and outpatients in acute-care hospital settings. *MMWR* 1993;42(no. RR-2).

<http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr4202.pdf>

Revised Guidelines for HIV Counseling, Testing, and Referral. MMWR 2001: 50 (No. RR-19);1-58. <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5019.pdf>

Routinely recommended HIV testing at an urban urgent-care clinic – Atlanta, Georgia, 2000. MMWR 2001;50:538-541. <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/wk/mm5025.pdf>

CDC. Technical Assistance Guidelines for CDC's HIV Prevention Program Performance Indicators. <http://www.cdc.gov/hiv/dhap.htm>

Rychlé testování na HIV mimo zdravotnická zařízení

Současný stav znalostí

V rámci rozšiřování prevence HIV se také zasahuje do těžko dostupných populací vystavených vysokému riziku HIV. Mnohé správní oblasti nabízejí poradenství a testování na HIV mimo pevná zdravotnická zařízení, často v mobilních podmínkách. Díky tomu, že Úřad pro potraviny a léky (U.S. Food and Drug Administration, FDA) schválil v roce 1994 testování na HIV spočívající v analýze ústní tekutiny, se výrazně zvýšily možnosti nabízet testování na HIV i v prostředích, která by pro odběr krevních vzorků, manipulaci s nimi a jejich skladování nebyla vhodná.

V rámci programů testování mimo zdravotnická zařízení je větší pravděpodobnost dosáhnout příslušníky některých rasových a etnických minorit a osob vystavených zvýšenému riziku nákazy virem HIV. Oproti osobám testovaným v obvyklých testovacích prostorách byla u osob testovaných venku dvakrát větší četnost lidí, kteří nahlašovali vysoce rizikové heterosexuální styky a třikrát až čtyřikrát větší četnost osob nahlašujících, že berou injekční drogy nebo že mají sex mezi muži.¹ Existuje kalifornský program nazvaný *Neighborhood Interventions Geared to High-risk Testing (NIGHT)*, který nabízí pomoc lidem na ulici, poradenství a testování na HIV a odkazování na specializovaná pracoviště ve skříňových automobilech (vanech). V rámci akce NIGHT bylo v období let 1997 – 2001 provedeno přes 104 000 testů. V porovnání s ostatními způsoby testování měla akce NIGHT vyšší záběr Afroameričanů (28% oproti 13%), osob beroucích drogy injekční cestou (23% oproti 11%), osob beroucích stimulační drogy (45% oproti 25%) a osob nabízejících sexuální služby (12% oproti 5%).²

Podíl HIV-pozitivních testů mimo zdravotnická zařízení je všeobecně vysoký a soustavně vyšší než v běžných testovacích institucích.¹ Ve Wisconsinu byla u osob testovaných venku četnost HIV-pozitivních testů o 23% vyšší než u osob testovaných na klinikách.³ Z 597 osob testovaných ve skříňových automobilech a v pouličních zařízeních v rámci iniciativy z roku 1999 ke zlepšení prevence u afroamerických a latinskoamerických komunit ve čtyřech severoamerických velkoměstech jich bylo HIV-pozitivních 8.7%.⁴ V Jižní Karolíně bylo 54% mužů kontaktovaných v jednom baru pro gaye ochotno podrobit se testu ústní tekutiny, a i když jich už bylo 78% testováno předtím, 6% jich bylo nově diagnostikováno s virem HIV.⁵ V průzkumu mezi mladými muži organizovaném CDC v sedmi velkoměstech bylo celkem 3592 mužů ve věku od 15 do 22 let, kteří měli pohlavní styk s muži a kteří byli kontaktováni ve 194 nezdravotnických prostředích (veřejné prostory), ochotno se nechat testovat na HIV. Celková prevalence činila 7.2%. I když 79% z nich již bylo testováno předtím, 203 (82%) z oněch 249 HIV-pozitivních mužů o své současné HIV-pozitivitě nevědělo.⁶ Bohužel mnoho lidí z těch, kdo se nechávají testovat v nezdravotnickém prostředí, si své výsledky nevyzvedává. Celonárodní údaje CDC z roku 2000 ukazují, že téměř polovina výsledků HIV-pozitivních testů zůstává nevyzvednuta. Při kalifornském programu NIGHT byla u klientů testování v mobilním zařízení třikrát menší četnost vyzvedávání výsledků než u klientů testovaných v obvyklých institucích. Naproti tomu zkušenosti s rychlým testováním, jakkoliv jsou dosud omezené, jsou povzbudivé. V rámci jednoho minnesotského programu docházel jeden pracovník pravidelně do komunitních organizací (community-based organizations, CBOs), útulků pro bezdomovce a středisek pro drogově závislé a pro výměnu jehel, kde nabízel rychlé

testování na HIV. Jsou-li výsledky k dispozici týž den, vyzvedává si své výsledky 99.9% testovaných osob.⁷

Co je pro úspěch tohoto typu testování důležité, vyplývá z pohovorů s osobami v nezdravotnickém prostředí. Z vysoce ohrožených osob v programu výměny jehel a v koupelích pro gaye jich 36% z těch, kdo se nikdy nedali testovat, a 28% z těch, kdo byli testováni opožděně, udalo jako svůj důvod, že „nechtějí jít na kliniku“.⁸ Účastníci jiných testovacích iniciativ uvádějí přání testovaných osob obdržet výsledek hned a požadavek, aby se testovalo v prodloužené pracovní době, jako důležité důvody k rozšíření alternativních možností testování.⁹ Skutečnost že FDA nedávno schválila OraQuick Rapid HIV-1 Antibody Test, který se může hodit do vybraných nezdravotnických míst a jenž poskytuje výsledky do 20 minut, dává možnosti využít výhod externího testování a přitom zajistit, že testované osoby dostanou svůj výsledek do ruky.

Cíle

Cílem tohoto materiálu je poskytnout státním a místním zdravotním úřadům* a spolupracujícím CBOs vodítko při:

- výběru vhodných nezdravotnických míst, kde se může osoba ohrožená nákazou virem HIV dát rychle na HIV otestovat,
- vytváření kapacit v organizacích pro ohroženou populaci v nezdravotnických institucích k provádění poradenství, testování a odkazování na specializovaná pracoviště za využití rychlých testů na HIV,
- realizaci programů rychlého testování na HIV v těchto nezdravotnických prostředích mezi vysoce ohroženou populací ke zjištění osob, u kterých nebyla infekce virem HIV předtím diagnostikována.

Postupy

Kroky zdravotních úřadů

1. Spolupracovat s komunitními plánovacími uskupeními, komunitními poskytovateli služeb a zástupci populací ohrožených nákazou virem HIV při vypracovávání epidemiologického profilu populací, u kterých je pravděpodobné, že v nich není infekce virem HIV v plné míře diagnostikována, protože (a) si lidé neuvědomují, že jsou nákazou virem HIV ohroženi, a/nebo (b) nevyužívají tradičních služeb v oblasti poradenství, testování a odkazování na specializovaná pracoviště.
2. Hledat prameny, jak zjistit místa, na kterých se většinou zdržují vysoce ohrožené osoby, které by z intervenčních programů měly prospěch, a kde by se dalo bez objednání, s krátkou dobou čekání a bez překážek, jako je doprava, provádět rychlé testování. V komunitách, kde se prováděl průzkum *HIV Testing Survey (HITS)*, mohou být při výběru vhodných prostor údaje z něj pomoci (viz přílohu).

* I když se bude vlastní testování provádět v prostorách CBOs nebo jiných nezdravotnických institucí, bude napojení a transfer zdravotnické techniky k realizaci těchto programů vyžadovat nápomocnou ruku zdravotních úřadů či jiných lékařských a laboratorních partnerů. Proto jsou informace, jak jsou zde prezentovány, cíleny jak na zdravotní úřady, tak na poskytovatele mimo zdravotnické instituce.

3. Vyžádat si od komunitních uskupení a příslušníků vysoce ohrožené populace návrhy k organizacím, jež k této populaci získaly přístup a nabyly její důvěry. Zdravotní úřady by měly vytipovat CBOs a další nezdravotnické instituce, kde by se příslušníci této populace mohli dát rychle testovat a kde by o HIV získali rady, popřípadě se mohli dát odeslat na specializované pracoviště.
4. Navázat partnerské vztahy s dalšími organizacemi, které mají s ohroženou populací kontakty. Důležitý bude inkrementální přístup, kdy se začne s malou skupinou vytipovaných organizací a s omezeným počtem nezdravotnických míst, kde se bude pracovat na počátečním rozvoji a realizaci (kroky č. 5 a 6). Potom je možno iterativním postupem pokračovat v úspěšných programech, přičemž se ke zlepšení postupů při zapojování dalších skupin programů dá využít zkušeností získaných jak z úspěšných, tak z neúspěšných programů.
5. Uspořádat schůzky s první (nebo další) skupinou potenciálních partnerských organizací, kde se objasní, proč je rychlého testování na HIV v nezdravotnickém prostředí zapotřebí, a bude snaha získat jejich podporu a návrhy, jak tuto aktivitu realizovat.
6. Realizovat a zhodnotit programy testování, jen několik míst najednou, aby se zjistilo, co funguje dobře, co je na podporu úspěšného programu zapotřebí a jaké jiné typy míst (institucí) by se pro testování hodily. S tím jak bude přibývat zkušeností a poučení z nich, zahájit novou vlnu poradenských a testovacích programů v nezdravotnických prostředích (krok č. 4).

Kroky pro CBOs

1. Zhodnotit možnosti realizace rychlého testování na HIV posouzením těchto faktorů: je v daném místě pro testování dost světla, vhodná teplota a soukromý prostor pro sdělování výsledků? Je k dispozici vhodný prostor vyhovující dané instituci (například nabídka testování klientům programu výměny jehel)? Setrvávají příslušníci oné prioritní populace v místě dost dlouho, aby se jim dalo poskytnout poradenství, provést testování a předat výsledky?
2. Uzavřít písemnou dohodu mezi CBO a zdravotním úřadem resp. laboratoří zajišťující, že budou dodržovány zásady dokumentu „Clinical Laboratory Improvement Amendments“ (CLIA) a státní a místní předpisy a postupy. Měla by být vytyčena jasná struktura dozoru k zajištění odpovědnosti za školení a vedení, dohled nad postupy testování a koordinace.
3. Navázat vztah s některou laboratoří ke kontrolnímu (stvrzujícímu) testování předběžně pozitivních vzorků z rychlého testování. Tomuto vztahu je třeba dát příslušnou dokumentací formální podobu.
4. Postarat se o navázání vztahů mezi organizacemi na jednotlivých testovacích pracovištích a příslušnými zdravotnickými a sociálními institucemi (např. instituce bytové, Medicaid, partnerské poradenství a služby odesílání na specializovaná pracoviště) za účelem ucelené následné péče o osoby infikované virem HIV.
5. Stanovit postupy a odpovědnosti za nahlašování případů HIV zdravotnímu úřadu.
6. Spolupracovat s CDC při vypracovávání, realizaci a monitorování školicích programů k vyškolení poskytovatelů mimo řady zdravotnických pracovníků v provádění rychlých testů na HIV. Školením by se měl účastník naučit, jak:
 - a) test provádět (včetně procedur před vlastním testem, během něj a po něm)

- b) začlenit testování do celkového programu poradenství a testování
 - c) vypracovat a realizovat program zajištění jakosti (QA)
 - d) shromažďovat a převážet vzorky ke kontrolnímu testování
 - e) dokumentovat výsledky kontrolních testů a předávat je osobám, u nichž byl rychlý předběžný test pozitivní
 - f) dodržovat bezpečnostní opatření obecného i biologického rázu
 - g) zajistit utajení a zabezpečení údajů
 - h) zajistit dodržování platných státních a místních předpisů.
7. Posoudit připravenost k zavedení rychlého testování na HIV.
 8. Vytvořit systém pro dokumentování souhlasů s testováním a výsledků testů a pro evidenci vzorků odeslaných ke kontrolnímu testování. V případě soustavy více testovacích pracovišť fungujících pod zastřešením jednoho zdravotního úřadu nebo jedné CBO lze vytvořit jeden centrální evidenční systém.
 9. Získat podrobné informace o tom, kde jsou klienti s předběžně pozitivními výsledky k zastižení, tak aby – pokud se sami nedostaví sjednat si následnou návštěvu – bylo možno je kontaktovat a pobídnout, aby přišli. Zdravotní úřad a testovací program by měly konkrétně stanovit, kdo odpovídá za kontaktování klientů, kteří si nepřijdou kontrolní výsledek vyzvednout.
 10. Shromažďovat testovací potřeby k snadnému skladování a dopravě na jednotlivá testovací pracoviště.
Jednotlivě balené soupravy pro rychlý test obsahují všechny potřeby a spotřební materiál k provedení testu u jednoho klienta na nezdravotnickém pracovišti.
 11. Na nezdravotnických testovacích pracovištích zajistit rutinní monitorování zajištění jakosti, zvláště správné zacházení s infekčním odpadem, dodržování předpisů Úřadu bezpečnosti a zdraví při práci (*Occupational Safety and Health Administration*) a plán kontroly expozice pro potenciální pracovní expozici.

Spolupráce s partnery a integrace do stávajících služeb

1. Provádění testování na HIV v nezdravotnických prostorách, jako jsou bary, lázně nebo programy výměny jehel může být riskantní z hlediska bezpečnosti personálu. Do zavádění programů testování je třeba zařadit i školení o bezpečnosti práce a je třeba stanovit odpovídající bezpečnostní opatření (např. práce v týmech). Před zahájením testovacích aktivit je třeba uzavřít smlouvy s orgány vymáhání zákona, vlastníky podniků jako jsou lázně nebo sex-kluby, sousedská sdružení a další klíčoví partneři.
2. Klienti, kterým je testování na HIV nabídnuto v nezdravotnických podnicích, mohou být pod vlivem alkoholu nebo drog nebo mohou trpět chronickým duševním stavem, který by narušoval jejich schopnost poskytnout k dobrovolnému testování informovaný souhlas, popřípadě porozumět výsledku testu. CBO a zdravotní úřad by měly spolupracovat s komunitními poskytovateli v oblasti duševního zdraví při vypracování směrnic a definování standardů střízlivosti, s jejichž pomocí budou moci poradci určit, zda je klient schopen poskytnout informovaný souhlas nebo ne. Tyto směrnice by měly být jednoznačné a měly by se dít snadno realizovat.
3. Po předání pozitivních výsledků z rychlého testu by měly existovat následné postupy, které klientovi usnadní vstup do příslušné péče. Například by se mělo

uvážit, že by se naplánovalo konkrétní datum, kdy se pacient dostaví do zdravotnického zařízení pro kontrolní výsledek. Klienta může do zdravotnického zařízení doprovodit poradce pro HIV z nezdravotnického pracoviště, čímž mu poskytne podporu a zajistí kontinuitu péče.

4. Potom, co je klientovi předán výsledek potvrzující HIV-pozitivitu, může být příhodné, aby poradce, který s klientem navázal dobré vztahy, se začal dotazovat na informace o partnerech nebo klienta spojil se službami poradenství a odkazování na specializovaná pracoviště pro partnery.

Co je třeba vzít v souvislosti s programem v úvahu

1. Realizaci rychlého testování na HIV na nezdravotnickém pracovišti mohou ohrozit právní a regulační bariéry, jako je zákaz v daném státě USA, politika zdravotního úřadu nebo státní laboratorní předpisy bránící předávání předběžných výsledků z testů na HIV.
Pokud takové bariéry působí, je třeba zvážit, jak je překonat.
2. Aby se při spolupráci zajistila zodpovědnost a kontinuita, měla by být při zdravotním úřadě a při jednotlivých testovacích pracovištích a komunitních programech provádějících rychlé testování na HIV jmenovány hlavní kontaktní osoby.
3. Je třeba identifikovat a nezdravotnickému personálu poskytujícímu výsledky testů na HIV zpřístupnit vazby a zdroje pro péči v oblasti infekce virem HIV.
K těmto zdrojům patří léčba, prevence a sociální služby pro osoby s pozitivním výsledkem testu na HIV a preventivní služby pro ohrožené osoby s negativním výsledkem testu.
4. Pro veškeré testování na HIV musejí existovat písemné předpisy pro praktiky a postupy k zajištění utajení.

Medailónek

V roce 2002 byl v Minneapolis ve státě Minnesota realizován program testování na HIV za použití testovacích souprav OraQuick HIV-1. Díky spolupráci s různými CBOs se program mohl zaměřit na specifické zeměpisné oblasti, etnické skupiny a osoby s rizikovým chováním (např. osoby beroucí drogy injekční cestou), které byly vytipovány jako prioritní populace v rámci komunity. Předtím než testovací tým zahájil v dané CBO testování, uskutečnil úvodní plánovací návštěvu. Sešel se s osazenstvem a dozvěděl se něco o jejich programu. Dotazy: Jak se může poradenství a testování na HIV začlenit do jejich rozvrhu? Už se tam někdy bavili o prevenci HIV, takže by testování mohlo být snáze akceptováno? Během této plánovací návštěvy se pracovníci CBO dověděli o programu testování, včetně informací o testu OraQuick, způsobu odkazování klientů na specializovaná pracoviště a nutnosti zachovávat důvěrný charakter poznatků.

Při této návštěvě posuzoval tým také prostorové poměry. Většina CBOs měla dostatečný zasedací prostor, který se dal využít jako poradenská místnost pro skupiny před vlastním testováním.

Větším problémem bylo najít místnosti pro jednotlivé testování a poradenství po testu.

Tým se dotazoval na dvojí omezení. Co budou klienti dělat, zatímco čekají na testování a potom na výsledky testu? CBOs určily, nakolik je třeba klienty vzdělat. Některé

programy měly velmi strukturovaný kurz prevence HIV, kde se testování plánovalo hned po přednášce o prevenci HIV. Jiné CBOs, například útulky pro bezdomovce, obvykle neměly strukturované zdravotnické přednášky, takže poskytované informace o HIV musely být kompletnější.

Po prodiskutování skupinového předtestového poradenství se tým přesunul do prostor pro individuální testování. Zapsali si jednoho pracovníka CBO, který bude řídit a udržovat konstantní efektivní tok klientů procesem. Provedli jeden test OraQuick podle návodu na příbalovém letáku, a to tzv. „jednomužným“ postupem. Po přípravě soupravy a materiálů provedl pracovník test na klientovi A, nastavil časomíru A na 20 minut a zaznamenal dobu startu testu klienta A. Když klient A odešel, vstoupil klient B. Pracovník si pak připravil materiály pro další test a následoval stejný postup jako předtím. Právě když klient B odcházel, zazvonila časomíra pro klienta A. Pracovník odečetl a zaznamenal výsledek testu a potom uskutečnil následné poradenství s klientem A. Výhodou „jednomužného“ postupu je, že jedna osoba může pracovat efektivně.

Kontinuita je pro klienta výhodná, protože poradenství před testem, vlastní testování a poradenství po něm zajišťuje stále táž osoba. Nevýhodou tohoto postupu je, že pracovník může trpět únavou z „pásové výroby“ a že mohou být zapotřebí zvláštní postupy, pokud je test pozitivní a je po něm zapotřebí komplexnější poradenství. Pracovník musí mít schopnost vykonávat více různorodých úkolů. Na velkých pracovištích mohou testování provádět najednou až čtyři pracovníci.

Monitoring

Na příjemcích grantu od CDC, kteří dostávají prostředky na prevenci HIV, se bude požadovat, aby ke sledování svého programu testování na HIV na nezdravotnických pracovištích pravidelně sdělovali tyto ukazatele:

Ukazatele programu CDC pro prevenci nákazy virem HIV jsou tyto* :

1. Počet a procentický podíl nově diagnostikovaných infekcí virem HIV v nezdravotnickém prostředí (B.1).
2. Počet a procentický podíl nově zjištěných a potvrzených případů HIV-pozitivity, kdy jsou výsledky osobám testovaným na nezdravotnickém pracovišti předány (B.2).
3. Procentický podíl zařízení nahlásivších prevalenci HIV-pozitivních testů, která se rovná nebo je větší než cílová hodnota stanovená pro příslušný správní obvod v B.1 (B.3).

Další ukazatele:

4. Procentický podíl nově zjištěných HIV-pozitivních pacientů, kteří vstupují do péče a jejichž zdravotní záznamy obsahují dokumentaci, jako je počet buněk CD4 nebo návštěva zdravotnického zařízení pro HIV, pokud se dá rozumně zjistit.
5. Souhrnné údaje z porovnání ukazatelů z nezdravotnických pracovišť a týchž ukazatelů za všechny testy, jak je nahlásila pracoviště pro poradenství, testování a

* Informace ke stanovení výchozího stavu, cíle a specifikaci ukazatelů, včetně příslušných pramenů údajů, výpočtů a problematiky nahlásování podává materiál *The CDC Technical Assistance Guidelines for Health Department HIV Prevention Program Performance Indicators*. Pozn.: Ukazatele je možno upravit s ohledem na konkrétní populaci nebo situaci.

odesílání na specializovaná pracoviště financovaná z prostředků CDC v daném správním obvodu.

Literatura

1. Greby S, Frey B, Royalty J, et al. Use of simple oral fluid HIV-tests in CDC-funded facilities. V publikaci: Program and abstracts of the XIV International Conference on AIDS; July 2002; Barcelona, Spain. Abstract TuPeD4991.
2. Rasmussen H, Chen M, Myrick R, Truax S. An evaluation of California's neighborhood interventions geared to high-risk testing (NIGHT) outreach program. V publikaci: Program and abstracts of the XIV International Conference on AIDS; July 2002; Barcelona, Spain. Abstract ThOrD1401.
3. DiFrancesco W, Holtgrave DR, Hoxie N, et al. HIV seropositivity rates in outreach based counseling and testing services: program evaluation. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1998;19:282-288.
4. Dean HD, Gates CH. Conducting HIV counseling, testing and referral within the context of rapid assessment, response and evaluation in crisis response team cities. V publikaci: Program and abstracts of the XIV International Conference on AIDS; July 2002; Barcelona, Spain. Abstract MoPeF3980.
5. Sy FS, Rhodes SD, Choi ST, et al. The acceptability of oral fluid testing for HIV antibodies: a pilot study in gay bars in a predominantly rural state. *Sex Transm Dis* 1998; 25:211-215.
6. Valleroy LA, MacKellar DA, Karon JM, et al. HIV prevalence and associated risks in young men who have sex with men. *JAMA* 2000;284:198-204.
7. Keenan PA, Keenan JM. Rapid HIV testing in urban outreach: a strategy for improving posttest counseling rates. *AIDS Educ Prev* 2001;13:541-550.
8. Molitor F, Bell RA, Truax SR, et al. Predictors of failure to return for HIV test result and counseling by test site type. *AIDS Educ Prev* 1999;11:1-13.
9. Spielberg F, Branson BM, Goldbaum GM, et al. Overcoming barriers to HIV testing: preferences for new strategies among clients of a needle exchange, a sexually transmitted disease clinic, and sex venues for men who have sex with men. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003;32:318-328.

Prameny

CDC. Revised Guidelines for HIV Counseling, Testing, and Referral.
<http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5019.pdf>

CLIA application and requirements: www.cms.hhs.gov/clia

NASTAD Primer on implementing rapid HIV testing:
<http://www.nastad.org/PDF/RAPIDIPRIMER.PDF>

Product information, OraQuick Rapid HIV-1 Antibody Test:
<http://www.oraquick.com/products/>

Quality Assurance Guidelines for Testing Using the Oraquick Rapid HIV-1 Antibody Test: http://www.cdc.gov/hiv/rapid_testing/materials/QA_Guidelines_OraQuick.pdf

Rapid HIV Testing: www.cdc.gov/hiv/rapid_testing CDC. Technical Assistance Guidelines for CDC's HIV Prevention Program Performance Indicators.
<http://www.cdc.gov/hiv/dhap>

Příloha č. 1: Rychlé testování v nezdravotnických zařízeních

Průzkum testování na HIV

Přehled

Průzkum testování na HIV (HIV Testing Survey, HITS), který financovala CDC, proběhl na různých pracovištích v období let 1996-2002 za pomoci fondů kooperativní dohody HIV/AIDS Surveillance. V rámci HITS se sledovaly charakteristiky testování na HIV: posuzovaly se důvody, proč někdo testování vyhledal nebo se mu naopak vyhnul, zjišťovalo se, jaké jsou znalosti státní politiky dohledu nad HIV, a posuzovalo se, jak se na HIV testuje mezi osobami ohroženými možností infekce virem HIV. Mimoto byly shromažďovány informace o rizikovém chování osob ohrožených možností infekce.

Průzkum HITS byl anonymní a průřezový a týkal se populace vysoce ohrožené možností nákazy virem HIV. Jednalo se zejména o muže, kteří mají pohlavní styk s muži (men who have sex with men, MSM), osoby beroucí drogy injekční cestou (injection drug users, IDUs) a ohrožené heterosexuální dospělé osoby. V oblastech mohli zvolit vzorek populace místního zájmu. K náboru účastníků HITS byla studie prováděna v několika velkoměstech v rámci státu (obecně) na třech místech: v barech pro gaye, v pouličních lokalitách v oblastech, kde se ve značné míře berou drogy, a na klinikách pro pohlavně přenosné choroby (sexually transmitted diseases, STD). Pohovor byl veden minimálně se 100 osobami z každé populační skupiny. To znamená, že v každém zúčastněném státě tvořil vzorek minimálně 300 osob. Pohovory se vedly s osobami, které nebyly testovány nebo které neohlásily, že měly HIV test pozitivní; rovněž byly pohovory vedeny s osobami, které ohlásily, že jsou HIV-negativní.

Populace

Bez ohledu na to, kde se rozhovor odehrával, se pro něj kvalifikovaly osoby ve věku minimálně 18 let, které byly schopny poskytnout informovaný souhlas a ve státě žily minimálně jeden rok. Dále platila pro jednotlivé rizikové skupiny tato kritéria chování: muži v prostorách pro MSM (např. v barech pro gaye), jestliže měli během uplynulých 12 měsíců pohlavní styk s mužem; uživatelé injekčních drog, pokud si během uplynulých 12 měsíců injikovali drogy, a heterosexuální vysoce ohrožení jedinci, kteří se dostavili na kliniku pro pohlavní choroby z důvodu podezření na pohlavně přenosnou chorobu, nebyli během uplynulých 90 dnů v léčbě, nebyli na klinice proto, že by tam byli bývali posláni nebo kvůli následné péči, a během uplynulých 12 měsíců neměli homosexuální pohlavní styk.

Kde a ve kterých letech se HITS pořádal

HITS–1 (1996): Arizona, Colorado, Maryland, Missouri, Mississippi, Nové Mexiko, Severní Karolína, Oregon, Texas. HITS–II (1998): Arizona, Colorado, Missouri, Mississippi, Nové Mexiko, Oregon, Texas. HITS–2000: Florida, Illinois, Kansas, Nevada, New York, Texas, Washington a město New York. HITS–2001: Kalifornie, Louisiana, Vermont a Filadelfie. HITS–2002: Florida, Illinois, Michigan, New Jersey, Washington a Houston, okres Los Angeles, město New York City a Filadelfie.

HITS mezi osobami pocházejícími z asijsko-pacifických ostrovů (2002): okres Seattle/King County, Washington. HITS mezi migrujícími zemědělskými dělníky

(2002): Kalifornie. HITS mezi původními obyvateli Ameriky: Portland, Oregon (2001, 2002) a Houston (2002). Transgender HITS (2002): San Francisco.

Kontaktní osoby: Státní nebo místní zdravotní úřad, koordinátor dohledu nad HIV/AIDS nebo místní koordinátor HITS. CDC, Division of HIV/AIDS Prevention, Behavioral and Clinical Surveillance Branch.

Rutinní testování na HIV u osob v nápravných zařízeních

Současné znalosti

V současné době jsou ve Spojených státech ve výkonu trestu zhruba 2 miliony lidí.¹ Další 4 miliony byly propuštěny na čestné slovo nebo na podmínku.² Mezi osobami ve výkonu trestu tvoří drtivou většinu muži (92%), ovšem podíl žen v posledních letech trvale vzrůstá.² Zastoupení minoritních populací mezi osobami ve výkonu trestu je neúměrně vysoké; podle posledních odhadů je ve výkonu trestu 12% Afroameričanů mužského pohlaví a 4% Hispánců mužského pohlaví ve věku dvacet až něco přes třicet let.²

Ve věznicích se nacházejí osoby odsouzené obvykle minimálně na 1 rok³. Ve státních a federálních věznicích se v současnosti nachází 1,3 milionu osob.¹ Ve vazebních věznicích je zadržováno přibližně 600 000 osob.² Vazební věznice spravují obce nebo okresy a nalézají se v nich osoby před výslechem, soudním projednáváním, převozem do výkonu trestu nebo pro přestupky. Osoby zadržované ve vazebních věznicích bývají odsouzeny k odnětí svobody na dobu kratší než jeden rok, většinou dokonce na méně než dva týdny.³ Většina uvězněných osob bývá časem propuštěna, ale mnozí jsou během půl roku uvězněni znovu.⁴ Důsledkem toho je, že každoročně je propuštěno 7,5 milionů osob.⁵

Mnozí z těch, kdo se do nápravných zařízení dostávají, mají anamnézu rizikového sexuálního chování nebo zneužívání [omamných a psychotropních] látek, popřípadě obojího. Důsledkem toho je, že mezi osobami nastupujícími výkon trestu je dokumentován vysoký podíl HIV a pohlavně přenosných chorob (STDs).⁵ V roce 1999 se o více než 25 000 (2.0%) osob ve výkonu trestu ve federálních a státních věznicích a o více než 8 600 osobách ve vazebních věznicích (1,7%) vědělo, že jsou HIV-pozitivní.⁶ Prevalence AIDS mezi vězeňskou populací je oproti celkové populaci USA pětinasobná (0,60% oproti 0,12%).⁶ Podle posledních odhadů téměř 25% osob žijících s HIV projde nápravným zařízením.⁷ Testování na HIV při vstupu se v současnosti provádí v méně než polovině věznic pro výkon trestu a jen v některých vazebních věznicích.⁸ To znamená, že se testování na HIV rutinně nenabízí řadě osob, které mohou být infikovány.

Nápravná zařízení by měla testování na HIV nabízet rutinně všem vězněným osobám v rámci standardní vstupní lékařské prohlídky. Rutinní testování na HIV by se mělo dít formou standardního enzymatického imunologického testu (EIA) a testu Western Blot nebo rychlého testu na HIV s příslušným kontrolním testováním. Zdravotní úřady by se měly starat o to, aby tyto osoby infikované virem HIV kontaktovaly služby poradenství a odkazování na specializovaná pracoviště pro partnery (PCRS).

Osobám odsouzeným k méně než 30 dnům odnětí svobody se obvykle tradičního poradenství a testování (Counselling and Testing, C&T) na HIV nedostává, a pokud ano, bývají tyto osoby propuštěny dříve, než je výsledek testu k dispozici. Zde by pomohlo rychlé testování, díky kterému by tato populace výsledky testu do ruky obdržela. Jak ukázala studie RESPECT 2, je C&T s využitím rychlého screeningového testu stejně efektivní jako tradiční C&T v oblasti HIV.⁹ Z toho plyne, že kdyby se rychlé služby C&T na HIV poskytovaly této populaci rutinně, mohl by se výrazně zvýšit podíl testovaných osob a ty by se mohly výsledky dovědět před propuštěním. Osoby nakažené virem HIV a osoby vysoce ohrožené možností nákazy by měly být zjištěny a předány do péče zdravotní a preventivní služby příslušného nápravného

zařízení. U propouštěných infikovaných osob je důležité, aby byly odeslány a napojeny na tyto služby v komunitě.

Cíle

Účelem tohoto materiálu je poskytnout vodítko státním a místním zdravotním úřadům a nápravným zařízením k dosažení:

- rutinního testování na HIV v rámci vstupní lékařské prohlídky, aby se mezi vězni zjistily nově infikované osoby, jejichž status HIV není znám nebo jejichž výsledky při předchozích testech byly negativní,
- rutinního testování na HIV v rámci vstupní lékařské prohlídky, aby se u vězňů, kteří nahlašují, že jsou nakaženi, HIV pozitivita potvrdila
- důvěrného informování všech testovaných vězňů o výsledcích jejich testů
- předání HIV-infikovaných osob do péče příslušné antiretrovirové léčebné a preventivní služby; pokud je to možné, měly by tyto osoby být předány do péče programů a služeb v nápravném zařízení, v komunitě nebo v obojím
- odkázání osob vystavených vysokému riziku nákazy virem HIV na preventivní služby; sem patří napojení na dostupné programy a služby jak v nápravném zařízení, tak v komunitě.

Postupy

Kroky zdravotních úřadů

1. Spolupracovat se státními a místními soudními a nápravnými orgány na vypracování praktik a postupů, kterými se bude testování na HIV běžně nabízet všem osobám nastupujícím výkon trestu v rámci vstupní lékařské prohlídky. Testování by mělo spočívat v použití standardního testu EIA následovaného testem Western Blot nebo v rychlém testu nebo v obojím. O tom, zda použít test EIA nebo rychlý test, by měla rozhodovat předpokládaná délka pobytu dané osoby v nápravném zařízení.
2. Zajistit personálu školení ze strany nápravného zařízení, zdravotního úřadu nebo komunitních organizací (community-based organizations, CBOs) fungujících v nápravných zařízeních, a to na tato témata:
 - a) Utajení a zabezpečení údajů z testování na HIV.
 - b) Rutinní nabízení testování na HIV, včetně rychlých testů, v rámci vstupní lékařské prohlídky.
 - c) Zadokumentování výsledků testů resp. odmítnutí dát se testovat.
 - d) Jak porozumět tomu, co výsledek testu znamená, zvláště v případě rychlého testu na HIV.
 - e) Jak osobám ve výkonu trestu důvěrně sdělovat výsledky jejich testů.
 - f) Jak u osob ve výkonu trestu s pozitivním výsledkem rychlého testu zajistit kontrolní test.

- g) Pečovatelské. a lékařské služby a odkazování na specializovaná pracoviště v nápravném zařízení a v komunitě pro osoby ve výkonu trestu s pozitivním testem na HIV.
 - h) Předávání všech osob s pozitivním výsledkem testu a osob vystavených vysokému riziku nákazy do péče pečovatelských, lékařských a preventivních služeb.
 - i) Provádění poradenských a odkazovacích služeb pro partnery.
3. Do nápravných zařízení ve své působnosti distribuovat informační leták o testování na HIV a formuláře pro dokumentování výsledků testů resp. odmítnutí dát se testovat.

Kroky nápravných zařízení

1. Všem osobám nastupujícím výkon trestu poskytovat informační leták o HIV.
2. V rámci vstupní lékařské prohlídky nabízet všem osobám nastupujícím výkon trestu rutinní testování na HIV.
3. Rutinně nabízet preventivní poradenství v souladu se směrnicemi CDC pro poradenství, testování a odkazování na specializovaná pracoviště.
4. Běžně zajišťovat pro všechny testované osoby důvěrné sdělování výsledků jejich testů.
5. Vytvořit systém pro dokumentování souhlasu s testováním a výsledků testů a pro vysledovatelnost vzorků odeslaných na kontrolní testy.
6. Sdělovat všem osobám s pozitivním výsledkem rychlého testu, že se předběžně jeví jako HIV-pozitivní a že je třeba provést kontrolní test. Od těchto osob je třeba získat krevní vzorek a odeslat jej na kontrolní test.
7. Stanovit postupy a odpovědnost za to, že budou případy HIV nahlašovány zdravotnímu úřadu a že bude požadována pomoc s poradenskými a odkazovacími službami pro partnery.
8. Každé nápravné zařízení musí mít písemný řád a postupy pro:
 - a) stanovování, kdo se kvalifikuje pro test EIA a kdo pro rychlý test; obecně by se osobám, které budou nejspíše propuštěny dříve, než bude k dispozici výsledek testu EIA, měl v rámci vstupní prohlídky nabízet rychlý test;
 - b) zajištění péče a léčby podle předpokládané doby výkonu trestu dané osoby;
 - c) zajištění utajení a zabezpečení údajů z testování na HIV.
9. Zahájit předávání všech HIV-infikovaných osob a osob vysoce ohrožených možností se virem HIV nakazit do péče příslušných specializovaných pracovišť, a to sjednáním první schůzky s příslušným poskytovatelem péče, CBO nebo obojími. Kdykoliv je to možné, měla by první schůzka proběhnout, dokud je daná osoba ještě ve výkonu trestu. Pokud to možné není, měl by si zdravotní úřad nebo pracovníci CBO vyžádat z nápravného zařízení kontaktní údaje, vejít s propuštěnou osobou do styku a případně ji i na schůzku doprovodit.
10. Spolupracovat se zúčastněnými CBOs na vypracování postupů a stanovení odpovědností za služby předávání osob propouštěných z výkonu trestu do specializované péče, a to v rámci plánování propouštění.

Co je třeba vzít v souvislosti s programem v úvahu

Zdravotní úřady by měly zahájit diskusi s nápravnými zařízeními, jež osobám nastupujícím výkon trestu v rámci vstupní lékařské prohlídky testování na HIV rutinně nenabízejí, a zjistit, zda by byly ochotny rutinní testování zavést. Před zavedením rutinního testování musejí ovšem zdravotní úřady, nápravná zařízení a CBOs zvážit, jak budou řešit problematiku příslušné politiky a bariér týkajících se financí a zdrojů.

1. V situaci, kdy se při screeningu na HIV v nápravném zařízení používá rychlý test, mohou realizaci ohrozit právní a regulační bariéry, jako je zákaz v daném státě nebo politika zdravotního úřadu týkající se předávání předběžných výsledků. Tam, kde to přichází v úvahu, by se měla zvážit revize takového zákazu.
2. Pro osoby zadržované v nápravném zařízení nebo propuštěné do komunity musejí existovat vazby a zdroje pro péči související s infekcí virem HIV.
3. Ve zdravotním úřadě a v jednotlivých nápravných zařízeních a CBOs je třeba jmenovat hlavní kontaktní osobu, která ponese odpovědnost a bude odpovídat za kontinuitu této spolupráce.

Spolupráce s partnery a integrace do stávajících služeb

1. Spolupráce mezi zdravotním úřadem, nápravným zařízením a pracovníky CBO má zásadní význam pro úspěšnost školení a realizace rutinního screeningu na HIV a preventivních služeb jak v nápravném zařízení, tak v komunitě. Pokud se práva nápravného zařízení rozhodne, že součástí rutinního screeningu bude rychlé testování, je k němu třeba uspořádat speciální školení a navázat spolupráci s vhodnou laboratoří.
2. Mezi zdravotními úřady, nápravnými zařízeními a CBOs musejí být navázány partnerské vztahy, tak aby osoby mohly být předávány do péče pečovatelských, léčebných i preventivních služeb jak v nápravných zařízeních, tak v komunitě. Tyto vztahy je třeba dojednat a písemně podchytit, například formou dohody o spolupráci nebo memoranda.
3. Existují i další instituce, se kterými by mohla nebo měla být navázána spolupráce, jako je státní, okresní nebo místní policie a útvar šerifa.

Medailónek

Osoby přijímané do Nápravného zařízení pro dospělé na Rhode Island procházejí vstupní lékařskou prohlídkou.¹⁰ Přitom sdělují svou anamnézu a absolvují povinné testování séra na syfilidu. Zdravotničtí pracovníci zodpovídají dotazy týkající se testování na HIV a pobízejí všechny vězně, aby se v rámci nástupu do výkonu trestu nechali rutinně testovat na HIV. Testování nevychází z pocitovaného rizika a je nabízeno způsobem umožňujícím vězňům je odmítnout. Před testováním dostávají vězňové standardní formulář písemného souhlasu. Poradenství před testováním se sice běžně při nástupu do výkonu trestu neposkytuje, ale přesto se rutinně testovat nechává pře 90% vězňů. Výsledky testů předává mezi čtyřma očima poradce proškolený v problematice HIV. V rámci demonstračního projektu nazvaného Project Bridge se jedenácti HIV-pozitivním vězňům dostává pomoci s využíváním zdravotnických a sociálních služeb v komunitě. Jsou k ní přihlašováni 1 – 3 měsíce před propuštěním a dělají se plány k tomu, aby se jim po propuštění dostalo konkrétních služeb. Podpora se poskytuje po dobu 18 měsíců od propuštění.

Všechny zdravotní údaje, včetně výsledků testů na HIV, jsou bezpečně uchovávány na lékařské klinice nápravného zařízení. Všichni účastníci podepisují souhlas a propouštěcí formulář udílející povolení k zapojení do akce Project Bridge.

Monitoring

Na příjemcích grantů CDC, kteří dostávají prostředky na prevenci HIV, se bude vyžadovat, aby ke sledování svých programů testování na HIV v nápravných zařízeních běžně nahlašovali následující ukazatele:

Ukazatele programu CDC pro prevenci nákazy virem HIV jsou tyto*:

1. Počet a procentický podíl osob v nápravných zařízeních, u nichž je nově diagnostikována infekce virem HIV (B.1).
2. Počet a procentický podíl nově zjištěných a potvrzených případů HIV-pozitivity, kdy jsou výsledky osobám ve výkonu trestu předány (B.2).

Další ukazatele:

3. Počet osob s virem HIV, které jsou během výkonu trestu odkázány na péči příslušných služeb.
4. Počet osob s virem HIV, které využívají služeb, na něž jsou během výkonu trestu odkázány.
5. Počet osob vysoce ohrožených možností nákazy virem HIV, které jsou během výkonu trestu odkázány na péči příslušných služeb.
6. Počet osob vysoce ohrožených možností nákazy virem HIV, které využívají služeb, na něž jsou během výkonu trestu odkázány.
7. Počet osob, jež jsou kvůli novému výkonu trestu znovu testovány.
8. Soubor údajů o riziku přenosu HIV podle směrnic CTR.

Literatura

1. Harrison P, Beck A. Prisoners in 2001. Bureau of Justice statistics bulletin, U.S. Dept of Justice, Office of Justice Programs. 2002;1-16.
2. Beck A, Karberg J, Harrison P. Prison and jail inmates at midyear 2001. Bureau of Justice statistics bulletin. Washington D.C.: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs. 2002;1-16.
3. Polonsky S, Kerr S, Harris B, Gaiter J, Fichtner RR, Kennedy MG. HIV prevention in prisons and jails: Obstacles and opportunities. Public Health Reports. 1994;109(5):615-625.
4. Petersilia J. When prisoners return to the community: Political, economic, and social consequences. Sentencing & Corrections. Issues for the 21st Century. U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice. 2000;No. 9.

* Informace ke stanovení výchozího stavu, cíle a specifikaci ukazatelů, včetně pramenů dat, výpočtů a problematiky nahlašování, podává materiál *The CDC Technical Assistance Guidelines for Health Department HIV Prevention Program Performance Indicators*. Pozn.: Ukazatele je možno upravit s ohledem na konkrétní populaci nebo situaci.

5. Hammett TM, Harmon P, Rhodes W. The burden of infectious disease among inmates of and releasees from U.S. correctional facilities, 1997. *Am J Public Health*. 2002;92(11):1789-1794.
6. Maruschak L. HIV in prisons and jails, 1999. *Bureau of Justice Statistics Bulletin, Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice*. 2001;1-11.
7. Spaulding A, Stephenson B, Macalino G, Ruby W, Clarke JG, Flanigan TP. Human immunodeficiency virus in correctional facilities: A review. *Clinical Infectious Diseases*. 2002;35:305-312.
8. Hammett TM, Harmon P, Maruschak LM. 1996-1997 update: HIV/AIDS, STDs, and TB in correctional facilities. Washington, D.C.: U.S. Department of Justice, National Institute of Justice. July 1999.
9. Metcalf CA, Cross H, Dillon BA, et al. Randomized controlled trial of HIV counseling with rapid and standard HIV tests (RESPECT-2). XIV International AIDS Conference: Barcelona, Spain. July 7-12, 2002.
10. Desai AA, Latta TE, Spaulding A, Rich JD, Flanigan TP. The importance of routine HIV testing in the incarcerated population: The Rhode Island experience. *AIDS Education and Prevention*. 2002;14(Supplement B):45-52.
11. Rich JD, Holmes L, Salas C, et al. Successful linkage of medical care and community services for HIV-positive offenders being released from prison. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2001;78(2):279-289.

Prameny

AIDS Education and Training Centers: <http://hab.hrsa.gov/educating.htm>

Bureau of Justice Statistics: <http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/> CDC

Revised Guidelines for HIV Counseling, Testing, and Referral.
<http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5019.pdf>

National Commission on Correctional Health Care: <http://www.ncchc.org>

Public Health and Corrections Collaboration: <http://www.ncjrs.org/pdffiles/169590.pdf>

Rapid testing: http://www.cdc.gov/hiv/rapid_testing/

CDC. Technical Assistance Guidelines for CDC's HIV Prevention Program Performance Indicators: <http://www.cdc.gov/hiv/dhap>

Poradenství a péče o partnery HIV-infikovaných osob

Současný stav znalostí

Máme doklady toho, že většina nových infekcí virem HIV pochází od infikovaných osob, které o své infekci dosud nevědí.¹ Proto je třeba osoby virem HIV infikované zjišťovat a co nejdříve potom, co se infikovaly, je napojit na lékařské, preventivní a další služby. Jednu ze strategií k realizaci tohoto záměru představují dobrovolné poradenské a odkazovací služby pro partnery (partner counseling and referral services, PCRS), kam patří i informování partnerů (partner notification, PN).^{2,3,4} PCRS pomáhá HIV-infikovaným osobám tím, že jejich partnery o tom, že jsou vystaveni viru HIV, informuje.

Takto informovaný partner, který na toto riziko nemusel mít ani podezření, se může rozhodnout, zda podstoupí test na HIV, s tím, že bude-li jeho test bude pozitivní, dostane se mu včas lékařského posouzení, léčby a preventivních služeb, včetně poradenství v oblasti snižování rizik. Klíčovým úkolem PCRS je informovat současné i bývalé partnery o tom, že určitá osoba, která je infikovaná virem HIV, je označila za své sexuální partnery nebo za osoby, s nimiž sdílela injekční pomůcky při užívání drog, a doporučit jim, aby se obrátili na poradenské a testovací služby. Pokud jde o sexuální partnery, pak u blízkých partnerů a partnerů, se kterými měla daná osoba styk v nedávné době nebo často nebo po dlouhou dobu, je větší pravděpodobnost, že budou informováni,^{5,6,7,8} ovšem PCRS by se měly starat také o náhodné či občasné partnery (nebo kontakty).

Informování partnerů o tom, že byli nebo jsou vystaveni riziku HIV, je *důvěrné* v tom smyslu, že se tito partneři nedovědí, kdo jejich jméno nahlásil ani kdy k oznamované expozici došlo; informace o partnerech také není sdělována zpět původní infikované osobě. Informování je také *dobrovolné* v tom smyslu, že se infikovaná osoba sama rozhodne, či jméno pracovníkovi, který pohovor vede, sdělí.

PCRS mohou být účinným nástrojem při kontaktování osob vysoce ohrožených možnou nákazou virem HIV: ve studiích HIV PCRS byla u 8 – 39 % testovaných partnerů zjištěna dříve nediagnostikovaná infekce virem HIV.⁹ Ovšem v jednom nedávném průzkumu mezi pracovníky zdravotního úřadu v oblastech USA o vysoké četnosti nahlašovaných případů HIV se zjistilo, že oblastech, kde je nahlašování nálezů virem HIV povinné, bylo pouze 52% infikovaných osob interviewováno pro PCRS.¹⁰ Bylo zjištěno, že z ekonomického hlediska jsou PCRS efektivní.^{11,12,13} Že jsou PCRS přijatelné, se ukázalo při průzkumu mezi osobami žádajícími o testování na HIV, infikovanými osobami a uvědoměnými partnery, kdy se většina respondentů vyjádřila pro PN.^{14,15,16} HIV PCRS zahrnují více elementů: je třeba zjistit a kontaktovat infikované osoby, pohovořit si s nimi (podchycení pacienti) s nabídkou PCRS a pokusit se dovědět se od nich jména jejich partnerů, tyto partnery pak kontaktovat a informovat je o jejich expozici viru HIV a poskytnout jim poradenské a testovací služby, případně je odkázat na specializovaná pracoviště. PCRS obvykle zajišťují zdravotní úřady.

V některých oblastech zajišťují alespoň část PCRS (například pohovory s podchycenými pacienty za účelem zjištění jmen partnerů) komunitní organizace (CBOs) nebo jiné instituce, ovšem výkon aktivit na poli PCRS mimo zdravotní úřad může být omezen nebo zakázán místními zákony a předpisy.

K tomu, jak kontaktovat a informovat partnery o jejich expozici, existují tři základní strategie. Při variantě nazvané *provider referral* informuje partnera se svolením

infikované osoby pracovník organizace poskytující zdravotní péči nebo pracovník zdravotního úřadu; ten ho pak také odkáže na poradenské, testovací a další podpůrné služby. O to, vzít si na starost informování partnerů, mají sice zájem někteří lékaři, ovšem z jedné studie vyplynulo, že v pohovorech s pacienty a kontaktování partnerů jsou specialisté zdravotního úřadu úspěšnější než lékaři.¹⁸ Při variantě *patient or client referral* přejímá plnou zodpovědnost za to, že bude své partnery o expozici viru HIV informovat a že je odkáže na příslušné poradenské a testovací služby, sama infikovaná osoba. Často se ovšem stává, že někdo chce své partnery informovat sám, ale pak zjistí, že je to těžší než čekal. Mimoto se ukazuje, že je sdělení ze strany pracovníka zdravotního úřadu podstatně účinnější, než sdělí-li věc sama infikovaná osoba.¹⁹ Při variantě *contract referral* má infikovaná osoba na to, aby své partnery informovala, vymezených jen několik dní. Pokud se do smlouveného data partneri nedostaví pro rady a testování, kontaktuje je zdravotní úřad. Ve variantě *dual referral* informují partnera infikovaný klient a poskytovatel společně. Byly nahlášeny případy, kdy se partner potom, co se věc dověděl, dopustil násilí, takže je třeba určité opatrnosti, ale tyto případy zřejmě nejsou příliš časté.^{20,21} V mnoha státech a v některých městech nebo lokalitách platí pro informování partnerů o expozici viru HIV určité zákony a předpisy. Některé zdravotní úřady vyžadují, aby i když pacient odmítne partnera nahlásit, lékař úřadu nahlásil každého partnera, o kterém ví. V některých státech také mají zákony, které vyžadují, aby lékař informovat třetí osoby, o nichž ví, že jsou významně ohroženy možným budoucím přenosem viru HIV od pacientů, o nichž je mu známo, že jsou infikováni. Říká se tomu povinnost varovat.²² Zákon „The Ryan White CARE Reauthorization Act“ vyžaduje, aby zdravotní úřady, které dostávají prostředky z Ryan White fondu, vykazovaly snahu „v dobré víře“ informovat manžele HIV-infikovaných pacientů.

Cíle

Účelem tohoto materiálu je poskytnout vodítka státním a místním zdravotním úřadům k dosažení:

- rutinního poskytování PCR/S osobám s nově diagnostikovanou nákazou virem HIV, a to ve veřejném i soukromém prostředí
- průběžného poskytování PCR/S HIV-infikovaným osobám, které zůstávají sexuálně aktivní nebo pokračují v užívání drog injekční cestou
- efektivního nasměrování osob diagnostikovaných s HIV prostřednictvím PCR/S na lékařskou prohlídku, léčbu, prevenci a další odpovídající služby; ostatní instituce a poskytovatelé musejí úzce spolupracovat se svými zdravotními úřady a dodržovat platné zákony a předpisy.

Postupy

Kroky zdravotních úřadů

1. Vypracovat a uskutečnit programy, aby byly PCR/S ve veřejném i soukromém sektoru poskytovány všem osobám, u nichž je nově diagnostikován virus HIV. Tyto programy by se měly zabývat všemi kroky PCR/S, tj.:
 - a) Kontaktovat osoby s novou diagnózou HIV a nabídnout jim PCR/S.

- b) S osobami, které PCRS akceptují, si pohovořit a snažit se získat od nich jména a místo pobytu sexuálních partnerů a partnerů, se kterými sdílejí (sdílely) injekční potřeby.
 - c) Tyto partnery vyhledat, informovat, poskytnout jim poradenství a testování a předat jim výsledky testu.
 - d) Partnery – zvláště ty, u nichž je test pozitivní – nasměrovat na odpovídající lékařské vyšetření, léčbu a preventivní a další služby.
2. Zajistit, aby PCRS byly:
 - a) ve všech aspektech důvěrné
 - b) dostupné pro důvěrné i anonymní poradenství a testování
 - c) kulturně senzitivní a pro dotčenou populaci přijatelné
 - d) včasné (tedy aby byly osoby kontaktovány a uvědoměny neprodleně).
 3. Zajistit, aby informace o tom, jak se dostat ke službám PCRS, byly poskytovatelům zdravotní péče ve veřejném i soukromém sektoru, CBOs i dalším institucím, jež HIV diagnostikují nebo HIV-infikovaným osobám poskytují služby, snadno dostupné.
 4. Pobízet poskytovatele, CBOs a další instituce, jež poskytují HIV-infikovaným osobám služby, k tomu, aby u klientů prováděli rutinní screening na průběžnou sexuální aktivitu a užívání drog injekční cestou a aby novým partnerům, kteří mohli být vystaveni nebezpečí nákazy virem HIV, poskytovali PCRS, ať již přímo nebo odkázáním na odpovídající specializovaná pracoviště.
 5. Zajistit, aby poskytovatelé, CBOs a další instituce, jež HIV diagnostikují nebo HIV-infikovaným osobám poskytují služby, byli obeznámeni se všemi zákony a předpisy o PCRS, jež se jich týkají.
 6. Zajistit, aby u všech klientů, kterým se dostává PCRS, byla posouzena možnost, že se partneři dopustí násilí, a pokud ano, aby byli odkázáni na instituce, které v tomto směru mají potřebné znalosti a zkušenosti.
 7. Zajistit, aby se všem pracovníkům provádějícím PCRS dostalo počátečního i průběžného školení o metodách PCRS, aby byl nad nimi vykonáván bedlivý dohled a aby byli pravidelně hodnoceni. Osnovy pro školení v oblasti PCRS a PN lze obdržet od CDC a mnohé kurzy lze získat od zdravotních úřadů a od Národní sítě školicích středisek v oblasti prevence pohlavně přenosných chorob a HIV.
 8. Ve vzájemné součinnosti vzdělat poskytovatele zdravotní péče, CBOs a další instituce, jež slouží HIV-infikovaným osobám nebo je zastupují, v tom, jaký potenciální prospěch přinášejí PCRS HIV-infikovaným osobám, jejich partnerům i celé komunitě, a získat pro tyto služby podporu komunity.
 9. Úzce spolupracovat s nezdravotnickými institucemi (např. s CBOs), jež poskytování služeb PCRS zvažují, a pomáhat jim tyto programy naplánovat, včetně stanovení, které elementy PCRS by měla daná instituce zajišťovat, jak budou její aktivity koordinovány s obdobnými aktivitami PCRS zdravotního úřadu, jak bude zajišťováno příslušné nahlašování zdravotnímu úřadu a které zákony a předpisy a mohou programu týkat.

Spolupráce s partnery a integrace do stávajících služeb

1. PCRS jsou součástí souhrnného balíku služeb, které HIV-infikované osoby a jejich partneři potřebují. Je třeba je mezi tyto služby plně integrovat, počínaje okamžikem,

kdy se klientovi dostane k HIV prvních rad a testování, a pokračuje s tím, jak klient vstoupí do péče ošetřovatelských a léčebných služeb.

2. PCRS nemohou fungovat jako izolovaná aktivita zdravotního úřadu. Zdravotní úřady musejí úzce spolupracovat se soukromým sektorem i s dalšími poskytovateli (včetně programů financovaných z Ryan White Care) a pomáhat jim vypracovávat strategie pro integraci PCRS do svých služeb (jakou je například rutinní screening HIV-pozitivních klientů na rizika chování i klinická rizika přenosu viru HIV za účelem vytipování osob, kterým by měly být služby PCRS nabídnuty).
3. Ať již HIV PCRS provádějí pracovníci programu HIV/AIDS nebo specialisté na intervenci při chorobě (disease intervention specialists DIS) v rámci programů pohlavně přenosných chorob (sexually transmitted diseases, STD), kde se provádí PN také u ostatních pohlavně přenosných chorob, měly by programy HIV/AIDS a STD spolupracovat, aby poskytovaly ty nejefektivnější služby a aby prostředky využívaly co nejefektivněji.

Co je třeba vzít v souvislosti s programem v úvahu

1. Některé programy PCRS se zaměřují v první řadě na pacienty diagnostikované ve veřejném sektoru, zvláště na klinikách pohlavních chorob, ovšem většina osob s HIV je diagnostikována v sektoru soukromém. Zdravotní úřady by měly pracovat v součinnosti s poskytovateli zdravotní péče v soukromém sektoru (včetně programů financovaných podle Ryan White Care Act), aby napomohly porozumění a podpoře poskytování PCRS HIV-infikovaným osobám diagnostikovaným v soukromém sektoru.
2. PCRS mohou pro zdravotní úřady představovat značnou finanční zátěž. Manažeři by měli u aktivit PCRS stanovit priority, například v jakém pořadí se má HIV-infikovaným osobám PCRS nabízet nebo v jakém pořadí se mají partneři vyhledávat a PCRS jim nabízet.
3. Obavy, které v souvislosti s HIV PCRS často zaznívají, se týkají potenciálního porušení utajení, stigmatu, jež je s HIV spojeno, a možností násilného jednání partnerů v souvislosti s PCRS. Je proto zásadně nezbytné, aby měly všechny programy PCRS striktní postupy k zachování soukromí a utajení a zabezpečení údajů a aby obsahovaly screening a řešení případného násilí ze strany partnerů.
4. V některých státech platí zákony a předpisy omezující možnosti uvědomovat partnery. Aby se daly PCRS úspěšně provádět, je třeba v odpovídajících případech uvažovat o novelizaci takových zákonů.
5. V některých případech se stává, že HIV-pozitivní klient má pohlavní styk nebo se podílí o injekční vybavení s osobami, které nezná. Za takových okolností je možno použít obecných informací, získaných prostřednictvím PCRS, k vytipování vysoce rizikových oblastí a míst, kde mohou programy PCRS zajistit nebo zorganizovat venkovní služby. V poslední době se k vyhledání sexuálních partnerů dá využít i internet; strategie pro PCRS v této situaci je třeba prozkoumat.
6. V některých situacích může být problematické zajistit utajení. Například pokud má HIV-pozitivní klient (sledovaný pacient) manžela či manželku nebo jiného partnera, o němž je známo, že žádného jiného partnera neměl, pak by poskytovatel PCRS a sledovaný pacient měli plně probrat všechny dostupné alternativy, jak partnera uvědomit, a měli by společně zformulovat nejvhodnější plán. V této situaci může být

například vhodný přístup „dual referral“, kdy HIV-infikovaný klient partnera o svém stavu informuje v přítomnosti poskytovatele PCRS. Tím, že je přítomen profesionální poradce, se klientovi dostává podpory a mohou se snížit další potenciální rizika. Jsou-li obavy, že bude partner reagovat násilně, je třeba požádat o pomoc osoby se znalostmi a zkušenostmi v oblasti prevence násilného jednání.

7. Na rozdíl od bakteriálních pohlavních chorob se HIV nedá vyléčit, takže PCRS by mělo být průběžným procesem pro klienty, kteří mají nového sexuálního partnera nebo partnera, se kterým se podílejí o injekční potřeby. Klientům, kteří zůstávají sexuálně aktivní nebo pokračují v užívání drog injekční cestou, by se mělo dostat rad o tom, jak mají o svém stavu sami informovat, a možností tyto své schopnosti rozvíjet.
8. Zbývá ještě mnoho otázek, pokud jde o optimální přístup k provádění PCRS (např. optimální metody vedení pohovoru a získávání jmen partnerů, optimální časová délka pohovoru, otázka, jak postup k získání jmen a informování partnerů přizpůsobit konkrétní specifické populaci, potenciální role ostatních institucí mimo zdravotní úřady). Tyto otázky je třeba řešit cestou vyhodnocování stávajících programů a prováděním operativního průzkumu a výzkumu.

Medailónek

Od roku 1989 nabízí Severní Karolína PCRS v oblasti HIV osobám s pozitivním testem na HIV. Zajišťují je DIS, což jsou speciálně vyškolení zdravotničtí profesionálové, kteří se snaží vyhledávat HIV-infikované pacienty a jejich ohrožené partnery a postarat se o to, aby byli obojí odesíláni k rozboru na HIV a syfilidu, léčení a k preventivním službám. Když se místní zdravotní úřad od poskytovatele zdravotní péče nebo z klinické laboratoře doví o pozitivním výsledku testu na HIV, je k šetření přidělen DIS. Po ověření, že daná osoba dosud jako HIV-pozitivní hlášena nebyla, kontaktuje DIS k zahájení PCRS pacientova poskytovatele zdravotní péče. DIS si prostuduje lékařské záznamy, aby o nahlášeném (tj. sledovaném) pacientovi získal demografické a klinické informace, pokusí se sledovaného pacienta kontaktovat, povede s ním důkladný dobrovolný důvěrný pohovor, při kterém si vyžádá informace o všech sexuálních partnerech resp. osobách sdílejících s pacientem injekční pomůcky za poslední rok a posoudí možnosti, že budou partneři reagovat násilným jednáním. DIS zajistí, aby se všem HIV-infikovaným klientům dostalo poradenství v oblasti prevence, aby byli informováni o opatřeních ke snížení nebo prevenci přenosu viru HIV a podle potřeby byli odkázáni do péče a managementu v oblasti HIV.

Když DIS informace o partnerech získá, projde si regionální evidenci, aby zjistil, zda jmenovaní partneři nejsou již nahlášeni jako nositelé viru HIV. DIS pak sledovaným pacientům nabídne možnosti „provider referral“ nebo „contract referral“, aby jim pomohl partnerům, kteří dosud nejsou evidováni jako HIV pozitivní, jejich ohrožení možnou nákazou virem HIV oznámit. Když jsou partneři zastiženi, jsou informováni, že mohli být virem HIV ohroženi, a jsou odkázáni buď na lékařské poradenské a testovací služby, nebo jsou jim tyto služby poskytnuty přímo na místě.

V roce 2001 bylo v Severní Karolíně 1 603 nově diagnostikovaných případů HIV a AIDS; z nich 166 (10%) bylo diagnostikováno díky PCRS. Prostřednictvím PCRS bylo uvědoměno 1 532 sexuálních partnerů a partnerů sdílejících injekční jehly; z nich již bylo předtím 404 (26%) testováno jako HIV pozitivní. Z oněch 1 128, kteří nebyli evidováni jako HIV-pozitivní, jich bylo 610 (64%) uvědoměno, byly jim poskytnuty

rady a byli otestováni na HIV a 125 (20%) z nich bylo nově diagnostikováno jako nositelé viru HIV. Z oněch 1,532 interviewovaných partnerů jich polovina dosud testována nebyla; 488 (64%) z nich byla otestována v rámci PCRS a u 108 (22%) byla zjištěna HIV-pozitivita. Ze 188 partnerů, jejichž předchozí výsledky byly negativní, jich 122 (65%) bylo v rámci PCRS testováno znovu a u 17 (14%) z nich byla infekce virem HIV nově diagnostikována.

Monitoring

Na příjemcích grantu CDC, kteří dostávají finanční prostředky na prevenci HIV, se bude požadovat, aby rutinně nahlašovali tyto ukazatele charakterizující jejich služby v oblasti poradenství pro partnery a odkazování partnerů na specializovaná pracoviště:

Ukazatele programu CDC pro prevenci nákazy virem HIV jsou tyto*:

1. Počet a procentický podíl kontaktů o neznámém nebo dříve negativním serostatusu HIV, které po oznámení PCRS absolvovaly test na HIV (C.1)
2. Počet a procentický podíl kontaktů s nově zjištěným a potvrzeným pozitivním testem na HIV ze všech testovaných kontaktů (C.2)
3. Počet a procentický podíl kontaktů se dříve známým a potvrzeným pozitivním testem na HIV ze všech testovaných kontaktů (C.3)

Další ukazatele:

4. Počet osob nově diagnostikovaných s HIV a jako takových zaevidovaných (sledování pacienti)
5. Soubor údajů o riziku přenosu viru HIV podle směrnic CTR
6. Počet sledovaných pacientů, kteří byli kontaktováni, kterým byly nabídnuty služby PCRS a kteří je akceptovali
7. Demografie sledovaných pacientů a kontaktů (např. rasový/etnický původ, pohlaví, sociálněekonomické postavení)
8. Počet jmenovaných kontaktů
 - a) od každého sledovaného pacienta, který akceptoval PCRS
 - b) které byly vyhledány, jimž byly nabídnuty PCRS a které je přijaly
 - c) s pozitivním výsledkem testu, které byly úspěšně předány do služeb lékařského, zdravotní péče a prevence

Literatura

1. Marks GS, Senterfitt W, Crepaz N. Relative contribution of HIV-positive persons aware and unaware of their serostatus to sexual HIV exposure in the United States: Findings from a meta-analytic review. V tisku.
2. Macke BA, Maher JE. Partner notification in the United States: An evidence-based review. *Am J Prev Med* 1999;17:230-242.

*Informace ke stanovení výchozího stavu, cíle a specifikaci ukazatelů, pramenů dat, výpočtů a problematiky nahlašování, podává materiál *The CDC Technical Assistance Guidelines for Health Department HIV Prevention Program Performance Indicators*. Pozn.: Ukazatele je možno upravit s ohledem na konkrétní populaci nebo situaci.

3. West GR, Stark KA. Partner notification for HIV prevention: A critical reexamination. *AIDS Education and Prevention: HIV Counseling and Testing*. 1997;9(Suppl. B):68-78.
4. Fenton K, Peterman TA. HIV partner notification: Taking a new look. *AIDS* 1997;11:1535-1546.
5. Perry SW, Card CA, Moffatt M, et al. Self-disclosure of HIV infection to sexual partners after repeated counseling. *AIDS Educ Prev* 1994;6:403-11.
6. van Duynhoven YT, Schop WA, van der Meijden WI, van de Laar MJ. Patient referral outcome in gonorrhea and chlamydial infections. *Sex Transm Infect* 1998;74:323-330.
7. Kissinger PJ, Niccolai LM, Mangus M, et al. Partner notification for HIV and syphilis: effects on sexual behaviors and relationship stability. *Sex Transm Dis* 2003; 30(1):75-82.
8. Hoxworth T, Spencer N, Peterman TA, Craig T, Johnson S, Maher JE. Changes in partnerships and HIV risk behavior after partner notification. *Sex Transm Dis* 2003;30(1):83-8.
9. Golden MR. HIV partner notification: A neglected prevention intervention [editorial]. *Sex Transm Dis* 2002;29:472-475.
10. Golden MR, Hogben M, Handsfield HH, et al. Partner notification for HIV and STD in the United States: low coverage for gonorrhea, chlamydial infection, and HIV. *Sex Transm Dis* 2003;30:490-496.
11. Holtgrave DR, Valdiserri RO, Gerber AR, Hinman AR. Human immunodeficiency virus counseling, testing, referral, and partner notification services. A cost-benefit analysis. *Arch Intern Med* 1993;153:1225-1230.
12. Toomey KE, Peterman TA, Dicker LW, et al. Human immunodeficiency virus partner notification: cost and effectiveness data from an attempted randomized controlled trial. *Sex Transm Dis* 1998;25:310-316.
13. Varghese B, Peterman TA, Holtgrave DR. Cost-effectiveness of counseling and testing and partner notification: a decision analysis. *AIDS* 1999;13:1745-1751.
14. Jones JL, Wykoff RF, Hollis SL, et al. Partner acceptance of health department notification of HIV exposure, South Carolina. *JAMA* 1990;264:1284-1286.
15. Carballo-Diéguez A, Remien RH, Benson DA, et al. Intention to notify sexual partners about HIV exposure among New York City STD clinics' clients. *Sex Transm Dis* 2002;29:465-471.
16. Golden MR, Hopkins SG, Morris M, Holmes KK, Handsfield HH. Support among persons infected with HIV for routine health department contact for HIV partner notification. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003;32:196-202.
17. Giesecke J, Ramstedt K, Granath F, Ripa T, Rado G, Westrell M. Efficacy of partner notification for HIV infection. *Lancet* 1991;338:1096-100.
18. Landis SE, Schoenbach VJ, Weber DJ, et al. Results of a randomized trial of partner notification in cases of HIV infection in North Carolina. *New Engl J Med* 1992;326:101-106.

19. Rothenberg KH, Paskey SJ. The risk of domestic violence and women with HIV infection: implications for partner notification, public policy, and the law. *Am J Public Health* 1995; 85:1569-76.
20. Maher JE, Peterson J, Hastings K, et al. Partner violence, partner notification, and women's decisions to have an HIV test. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2000;25:276- 82.
21. Gostin LO, Webber DW. HIV infection and AIDS in the public health and health care systems: the role of law and litigation. *JAMA* 1998;279:1108-13.

Prameny

Směrnice a doporučení

CDC. Program operations. Guidelines for STD prevention. Partner services:
<http://www.cdc.gov/std/program/partners.pdf>

CDC. Revised Guidelines for HIV Counseling, Testing, and Referral:
<http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5019.pdf>

CDC. HIV partner counseling and referral services. Guidance. December 1998:
<http://www.cdc.gov/hiv/pubs/pcrs.htm>

CDC. Technical Assistance Guidelines for CDC's HIV Prevention Program Performance Indicators: <http://www.cdc.gov/hiv/dhap.htm>

Školení

National Network of STD/HIV Prevention Training Centers:
<http://depts.washington.edu/nnptc/>

State or local health department HIV/AIDS prevention programs. State AIDS Directors and contact information from the National Alliance of State and Territorial AIDS Directors (NASTAD): <http://www.nastad.org>

Preventivní opatření u osob žijících s HIV

Současný stav znalostí

Díky nasazování nových a účinnějších zdravotních postupů žije ve Spojených státech stále více osob s HIV déle. Podle odhadů CDC žije v USA 850 000 – 950 000 osob s HIV a z nich 25% o svém serostatusu neví.^{1,2} Zatímco na HIV-negativní populaci se soustředí řada efektivních preventivních opatření, pouze několik se jich zatím zaměřuje na osoby HIV-pozitivní.³⁻⁵

Většina lidí, kteří se dovědí, že jsou HIV-pozitivní, redukuje své sexuální chování a užívání drog.⁵ Některé HIV-pozitivní osoby mají ovšem s tím, aby své chování změnily a zaměřily se na prevenci HIV, přechodné nebo průběžné problémy. U některých lidí stačí k tomu, aby významně změnil své chování, i nepříliš intenzivní opatření (např. podpůrná slupina nebo strukturované snižování rizik, skupina pro vypěstování schopností), zatímco u jiných HIV-pozitivních lidí je zapotřebí preventivních služeb intenzivnějších (například ve dvojicích nebo individuální přístup) nebo se musí použít kombinace preventivních služeb.

Lidé, kteří potřebují intenzivnější služby, často bojují s dalšími psychosociálními faktory, jako je duševní choroba, zneužívání látek, domácí násilí, bezdomovectví nebo ekonomické stresory, které mají vliv na jejich rizikové chování. Psychosociální problémy mohou mít na HIV-pozitivní osoby nepříznivý vliv, kterým se zhoršují možnosti, že se těmto osobám dostane patřičné zdravotní péče a že se jí budou řídit nebo že upraví své rizikové jednání. Je nezbytně nutné začlenit úvahy o těchto věcech do programů prevence pro HIV-pozitivní osoby. Instituce by měly 1) zajišťovat nebo mít kontakty na celou řadu služeb různé intenzity, včetně psychosociálních služeb a léčebné péče a 2) provádět u HIV-pozitivních osob screening a předávat je službám potřebného zaměření.

Na začátku je třeba, aby osoby, které jsou nově diagnostikovány jako nositelé viru HIV, byly zařazeny do zdravotní péče. Pomůže-li se HIV-infikovaným osobám začlenit se do systému zdravotní péče, tak aby se jim dostalo léčby, například kombinovanou antiretrovirovou terapií, může se jejich virová zátěž potlačit až na velmi nízkou úroveň a postup nemoci se může zpomalit. HIV-infikované osoby, kterým se dostane zdravotní péče, mohou mít také prospěch z profylaxe oportunních infekcí a budou se řešit i jejich další zdravotní problémy. Podle nedávných údajů ze studií *Antiretroviral Treatment Access Studies (ARTAS)* byla u nově diagnostikovaných osob resp. u osob, které jinak nebyly ve zdravotní péči, pravděpodobnost, že se jim péče dostane, větší, když se jich ujal *case manager*, než když byly na péči pouze pasivně odkázány.⁶ V rámci studie ARTAS pomáhali *case managers* klientům najít poskytovatele a potom jim pomáhali s pojištěním, dopravou, hlídáním dětí a dalšími záležitostmi. Tím se zdůrazňuje úloha *Ryan White Case Managers (RWCMS)*, které cestou čtených grantů financuje Správa zdravotnických zdrojů a služeb (Health Resources and Services Administration, HRSA). Tito *case managers* aktivně napojují své klienty na primární péči o osoby s HIV/AIDS a pomáhají jim překonávat další bariery vůči podpůrným službám. Výsledkem činnosti *case managers* je, že se obvykle do soustavy primární péče v oblasti HIV začleňuje více klientů. V rámci podobného systému zkoušeného v rámci celostátního programu ve státě Minnesota se využívali specialisté na intervenci při chorobě (DIS) k tomu, aby HIV-pozitivní mládež ve věku 13-22 let aktivně a úspěšně napojovali na zdravotní péči a další odpovídající služby.⁷ Instituce pomáhající HIV-pozitivním osobám začlenit se do soustavy zdravotní péče a zajišťující celou škálu

dalších služeb, ať již přímo nebo předáním osoby na aktivně navázaná specializovaná pracoviště, by mohly výrazně přispět ke snižování daně, kterou si epidemie HIV v USA vybírá. K významným vedlejším službám pro HIV-pozitivní osoby mohou patřit:

- behaviorální intervence ke zmírnění rizikového chování
- opatření k tomu, aby se lépe dodržovaly komplexní léčebné režimy
- opatření proti zneužívání látek
- léčba duševního zdraví
- prevence domácího násilí
- poradenství o přínosech/příspěvcích
- služby v oblasti plánování rodiny
- bydlení

Řadu z těchto služeb lze získat od RWCM, které financuje HRSA.

Ryan White CARE Act je kupcem péče a služeb v oblasti HIV pro osoby bez pojištění, o které nemůže být ani postaráno v rámci jiných programů.⁸ RWCMs se snaží napojit HIV-pozitivní osoby na péči a další služby cestou poradenství a odkazování v oblasti benefitů. RWCMs sice směřují probírat s klienty snižování rizik, není to však jejich hlavní pracovní náplň a pro poradenství v oblasti redukce rizik nejsou obvykle ani vyškoleni.

Pro instituce, které se chtějí zaměřit na preventivní opatření (intervence) u osob žijících s nakažou virem HIV, může být problémem novost preventivních aktivit pro tuto cílovou populaci a skutečnost, že efektivnost byla hodnocena jen u malého počtu programů. Existuje řada programů pro HIV-pozitivní osoby, které zajišťují různá opatření, od méně intenzivních skupinových až po intenzivní individualizované intervence. Tyto zavedené intervence poskytují institucím celou řadu možností prevence, které mohou HIV-pozitivním osobám nabídnout. Výzkumní pracovníci v současnosti testují přes 10 dalších opatření s tím, že ta, které budou shledána efektivními, by se mohla pro širší používání zavést během několika příštích let..

I když je počet stávajících účinných opatření omezený, byly v rámci nedávné kontroly zkoumány korelace sexuálního rizika mezi HIV-pozitivními osobami.⁹ V tomto článku je podáno určité vodítko pro instituce, které si vypracovávají programy, a to tak, že je uvedeno, o čem se ví, že je respektive že není spojeno se sexuálním rizikem mezi HIV-pozitivními osobami. Dále je pravděpodobné (i když ne ověřené), že by se na HIV-pozitivní populaci dala adaptovat stávající opatření pro osoby HIV-negativní. Sdělení adaptovaných opatření by měla odrážet potřebu, aby HIV-pozitivní osoby chránily jak své partnery, tak sebe samé.

Tento materiál podává stručný přehled opatření o různé intenzitě, od méně intenzivních skupinových intervencí až po nejintenzivnější intervence na snížení rizik u osob s HIV, individuální management prevence.

Intervence pro HIV-pozitivní osoby na skupinové úrovni

Od počátku epidemie AIDS bylo použito mnoho opatření určených pro HIV-pozitivní osoby v rámci programů podpůrných skupin nebo strukturovaných skupin, jež se zaměřovaly na zlepšování duševního zdraví, sociální podporu nebo na to, jak se vyrovnávat s rizikovým chováním, nikoli ovšem jak je snižovat.¹⁰⁻¹⁵ V rámci některých z těchto programů byly hodnoceny změny v rizikovém chování a v některých případech se zjistilo, že zaměření na to, jak se s ním vyrovnat, nebo na duševní zdraví vedlo ke snížení rizikosti chování.¹⁶ Po roce 1996, kdy se začaly používat nové, úspěšnější

léky na HIV, se opatření na snížení rizik u HIV-pozitivních osob dostala do centra zájmu výzkumu a programů. Během několika minulých let byly provedeny další studie programů na snížení rizika HIV pro HIV-pozitivní osoby, výsledky jsou však k dispozici pouze ze tří studií.

U všech tří studií se vyhodnocovaly intervence na skupinové úrovni, jejichž účelem je snížit rizikové chování HIV-infikovaných osob, a bylo zjištěno, že účastníci, jimž se intervence dostalo, zredukovali své rizikové chování více než ve srovnávací skupině(ách) minimálně v jednom ukazateli.^{3,4,17} V rámci jedné studie navštěvovaly malé skupinky HIV-infikovaných mužů a HIV-infikovaných žen 5-hodinovou intervenci vycházející ze sociálně-kognitivní teorie nebo 5-hodinovou podpůrnou skupinu pro udržování zdraví.³ Akce se zaměřovala na strategie na praktikování bezpečného sexu, rozvíjení schopností se s nákazou vyrovnat, zlepšování rozhodovacích schopností pro sdělení stavu HIV rodině, přátelům a sexuálním partnerům a rozvíjení schopností dodržovat bezpečnější sex. Ti, kdo se intervence zúčastnili, nahlašovali po 6 měsících od jejího skončení méně nechráněných styků a častější používání kondomů než účastníci srovnávacích skupin.

V jiné studii byly účastníky HIV-pozitivní osoby, které si injikovaly drogy a jež se přihlašovaly do metadonového programu.⁴ Po dobu 6 měsíců se účastníci zapojovali do jedné ze dvou intervencí:

1. Srovnávací intervence, kam spadal každodenní metadon, týdenní individuální poradenství v oblasti zneužívání látek, case management a 6 sezení zaměřených na redukci HIV rizika
2. Intervence za účelem snížení újmy, kam spadalo všechno z porovnávací akce plus manuálně vedená skupinová psychoterapeutická sezení dvakrát týdně.

Následně osoby přidělené do intervence k snížení újmy nahlašovaly nižší hodnocení závažnosti drogové závislosti a méně praktikovaly vysoce rizikový sex a drogově závislé chování. Konečně ve studii Rotheramové-Borusové a spol. byly HIV-pozitivní mládeži poskytnuty 1 nebo 2 různé moduly („Zůstaň zdrav“, skupina s 12 sezeními, a „Chovej se bezpečně“, skupina s 11 sezeními).¹⁷ Ti, kdo se zúčastnili prvního modulu, měli více problémů, zatímco účastníci druhého modulu měli méně nechráněných pohlavních styků, méně sexuálních partnerů, méně HIV-negativních sexuálních partnerů a méně užívali drogy.

Tato akce byla testována před HAARTem a nyní byla aktualizována a její název je „CLEAR: Choosing Life: Empowerment, Action, Results Intervention for youth living with HIV.“ (Příručky k této aktualizované akci pro mládež i k dalším akcím této výzkumné skupiny jsou k dispozici na internetu – viz dále Prameny.)

Dvě z těchto tří efektivních skupinových intervencí jsou cíleny na určité HIV-pozitivní populace – na osoby vstupující do metadonového programu⁴ nebo na mládež¹⁷. Instituce, které s těmito populacemi pracují, by si měly dostupné intervenční materiály prostudovat a pokud možno tyto intervence u identifikovaných populací uplatnit. Instituce pracující s všeobecnější populací HIV-pozitivních osob by měly zvážit, že by uplatnily intervenci podle Kalichmana a spol. pro osoby, u kterých je intervence na skupinové úrovni vhodnější.³

Další dvě studie se zabývají perspektivními intervencemi pro hemofilní muže a jejich partnery a muže propuštěné z výkonu trestu.^{18,19} V obou studiích však bylo uspořádání průzkumu nebo hodnocení nepostačující k tomu, aby se dal vyhodnotit vliv na změny

v chování. Instituce, jež se zabývají hemofilními muži nebo muži, kteří mají být propuštěni z výkonu trestu, by si měly tyto intervence prostudovat a pohovořit si s autory o nejnovějších informacích, které o těchto programech mají.

Intervence pro HIV-pozitivní osoby na úrovni jednotlivce

Intervence na úrovni jednotlivce mohou být vhodné pro ty, pro koho se intervence na skupinové úrovni nehodí nebo kde nevedou účinně ke snížení rizikového chování. Ze studií, které se zabývaly efektivitou intervencí na individuální úrovni, jsou výsledky smíšené.

Studie, kde byl výsledek nejúspěšnější, se zaměřila na HIV-pozitivní ženy; zde se zjistilo, že se při snižování rizikového chování osvědčují podpora a služby osob ve stejném postavení (peer), včetně komponenty, která se podobá *peer-based case managementu*.²⁰ v této studii byly HIV-pozitivní ženy randomizovány pro jednu ze dvou šestiměsíčních intervencí. Ty obsahovaly srovnávací stav, kde byly zajištěny ucelené reprodukční zdravotní služby včetně zdravotní výchovy a poradenství v relevantních tématech, nebo rozšířený stav, který zahrnoval ucelené reprodukční zdravotní služby plus „peer“ advokátské služby.

HIV-pozitivní *peer* advokáti pracovali se ženami individuálně nebo ve skupinách, aby se podělili o informace o tom, jak s primárními a sekundárními partnery používat kondom. *Peer* advokát také poskytoval informace o používání antikoncepčních prostředků. Volitelné podpůrné skupiny se scházely jednou týdně, individuální sezení se konala podle potřeby. Ta byla trojího druhu:

1. „Zahřívací“ setkání, kde se pomáhalo vypracovávat hlášení
2. Setkání ve stadiu změny, kdy *peer* účastníkům radili ve specifickém cílovém chování za použití zpráv odpovídajících stadiu
3. Další setkání, kdy se *peers* zabývali aktuálními potřebami, jako je bydlení nebo opatrování dětí. Tento typ setkání je podobný *peer case managementu*.

Následně výzkumní pracovníci zjistili, že ženy, které absolvovaly rozšířenou intervenci, používaly soustavněji kondom, vnímaly jej jako výhodnější a byly v jeho užívání obratnější. Pracovníci shledávají pro úspěšnost intervence čtyři důvody:

1. Využití HIV-pozitivních *peerů*, o kterých ženy při formativním průzkumu uváděly, že je upřednostňují.
2. Úzká spolupráce s *case managery* a komunitními kontaktovacími institucemi s ohledem na výrazné neuspokojené potřeby účastnic,
3. Individuální přizpůsobení poselství ke změně chování tak, aby se týkalo současné motivace, záměrů a charakteristik partnerů.
4. Posílení intervenčních poselství u žen v prostředí primární péče, protože většina byla ve zdravotní péči.

V rámci dvou studií intervencí na individuální úrovni pro HIV-pozitivní osoby nebyly zjištěny žádné rozdíly v poklesu rizikového chování mezi intervenční skupinou (skupinami) a skupinou srovnávací.^{21,22} Ve studii nebyly ve snižování rizik mezi *peer-based case managementem* a obvyklou péčí zjištěny žádné rozdíly;²² autoři soudí, že možným důvodem je buď příliš stručný kontakt mezi *peer case managery* a účastníky, nebo dostupnost rozsáhlých služeb pro HIV-pozitivní osoby ve studijním městě (San

Francisco), takže intervence může jen těžko vyvolat mezi účastníky v oblasti rizikového chování nějaký zásadní rozdíl.

Prevention case management

K uspokojení specializovaných potřeb HIV-pozitivních osob s četnějšími zdravotními, sociálními a ekonomickými problémy může být zapotřebí intenzivnější intervence. Intenzivní intervenci, kde se kombinuje individuální snižování rizika HIV s *case managementem* za účelem poskytování intenzivní průběžné podpory, představuje *prevention case management (PCM)*.^{23,24} Tato intervence určena pro osoby, které mají (nebo kde lze čekat, že budou mít) problémy se započatím nebo pokračováním v jednání ke snížení nebo zábraně přenosu viru HIV.²³

Podle směrnic CDC k PCM sestává PCM z těchto komponent:

1. Zjištění klientů s největšími potřebami, jejich nábor do programu a zapojení.
2. Screening a posouzení klientova rizikového chování a jeho psychosociálních potřeb.
3. Vypracování individuálního plánu, jak snížit klientovo rizikové chování.
4. Uspořádání několika sezení zaměřených na poradenství v oblasti snížení rizika HIV k udržení preventivního chování.
5. Koordinace služeb s následným sledováním, pokud jde o to, jak úspěšně byl klient předán na specializovaná pracoviště, a o potřebu dalších služeb, včetně koordinace s dalšími typy *case managerů*, jako jsou *case managers* financovaní z Ryan White fondu, *case managers* v rámci Medicaid nebo případní další *case managers*.
6. Monitoring a přehodnocení klientových potřeb, rizik a pokroku.
7. Propuštění z PCM po dosažení cílů snížení rizika.

Podle směrnic pro PCM jsou také důležité tyto faktory:

1. Nízký počet klientů (12–20), aby se s nimi mohl provádět intenzivní *case management*.
2. Integrované služby a koordinace komunitních a ostatních poskytovatelů služeb.
3. Dobře vypracovaný plán hodnocení.

Cíl

Účelem tohoto materiálu je podnítit zdravotní úřady a komunitní organizace a dát jim vodítko pro poskytování specializované pomoci HIV-pozitivním osobám s vícečetnými a komplexními potřebami v oblasti snižování rizika HIV prostřednictvím PCM.

Postupy

1. Vytipovat potenciální klienty a spolupracovat s komunitními organizacemi (community-based organizations, CBOs), zdravotními úřady, klinikami pro pohlavně přenosné choroby (sexually transmitted diseases, STD), klinikami pro HIV, nemocnicemi, klienty a dalšími na tom, aby byli vysoce riziková HIV-infikovaná klienti předáni PCM. Přístup PCM vychází z premisy, že někteří lidé nedokáží přiznat prevenci HIV vysokou prioritu, střetnou-li se s problémy, které považují za důležitější nebo naléhavější. PCM by měl být vyhrazen pro osoby, které jsou ochotny probírat intimní chování v oblasti sexu a užívání drog. Pro nárok na PCM by se mělo stanovit pořadí tak, aby jeho klienty byly osoby s vícečetnými

rizikovými faktory, jako je nedávno získaná pohlavně přenosná choroba, během posledních 3 měsíců několik sexuálních partnerů nebo partnerů sdílejících injekční jehlu, jejichž HIV status je neznámý nebo negativní, a dále psychosociální situace, které mají na tyto faktory vliv (duševní choroba, zneužívání látek, bezdomovství nebo násilí /nátlak).

2. Zapojit do PCM HIV-infikované osoby, které nahlašují rizikové chování vzhledem k přenosu viru HIV. Jelikož klienti, kteří PCM potřebují, mají více rizikových faktorů, je k jejich zjištění, zapojení a náboru zapotřebí značných prostředků.
3. PCM by měli provádět profesionální poradci a sociální pracovníci se zkušenostmi s prací s vysoce rizikovými klienty (např. licencovaní sociální pracovníci). Počet případů na jednoho *case managera* by měl zůstat nízký (12–20 klientů). Má-li obvod na *case management* hojné prostředky, může *prevention case manager* provádět méně úkolů na poli *case managementu* a více aktivit v oblasti snižování rizik. V takovém případě může být zátěž (tj. počet klientů) *prevention case managera* o něco vyšší.
4. Vypracovat nástroje pro screening a hodnocení přizpůsobené cílové populaci, včetně některých (popřípadě všech) z těchto tematických okruhů: zdraví, dodržování léčby, výskyt pohlavních chorob, užívání omamných a psychotropních látek včetně alkoholu, historie výkonu trestu, duševní zdraví, sexuální anamnéza, sociální podpora, schopnost snížit přenos, překážky vůči bezpečnějšímu chování, silné stránky a schopnosti a konečně demografické informace. Vypracovat směrnice pro sběr data a provádění hodnotících opatření. Tyto údaje jsou klíčové pro stanovení, na jaká specializovaná pracoviště je třeba klienta poslat, jaké jsou jeho potřeby a jak poskytnout účinný PCM.
5. Při počátečním hodnocení musí dát *case manager* klientovi k podpisu formulář dobrovolného informovaného souhlasu, který zajistí důvěrný charakter aktivit vztahujících se k PCM. Komunikace s dalšími poskytovateli nebo specializovanými pracovišti týkající se určitého klienta vyžaduje, aby tento klient poskytl rovněž písemný informovaný souhlas s předáním příslušných informací. Všechny informace o klientech musejí být bezpečně uchovávány v uzamčených skříních a klient o tom musí být zpraven. Tyto záruky zajištění jsou jedním z prvních kroků při budování ovzduší důvěry s klienty PCM a jejich zapojování do procesu.
6. *Prevention case managers* vypracovávají v součinnosti s jednotlivými klienty plány prevence soustředěné na daného klienta, s měřitelnými výsledky v oblasti chování tak, aby se vysoce rizikové chování zredukovalo a nízkorizikové chování se udrželo. Mezi aktivity ke snížení rizika by mělo patřit individualizované sezení na téma redukce rizik, což lze doplnit poradenstvím pro dvojice nebo skupiny. Aktivity ke snížení rizika mají vycházet z teorie a být přizpůsobeny životní situaci dané osoby. Klientům se musí dostat vzdělání o zvýšeném riziku přenosu viru HIV spojenému s tím, má-li člověk další pohlavně přenosné choroby. Mimoto se musí klientům dostat služeb poradenství a odkazování na specializované pracoviště pro partnery (PCRS), tak aby byl o potenciálním ohrožení virem HIV důvěrně uvědoměn i partner.
7. *Prevention case managers* musejí zajišťovat aktivní koordinaci s podpůrnými službami a napojení na ně – jedná se zejména o zdravotní služby, psychologickou péči, léčbu drogové závislosti, léčbu pohlavních chorob, různé sociální služby a další služby v oblasti prevence HIV. Je třeba uzavřít smlouvy, aby se cílové

populaci zajistila dostupnost a přístupnost hlavních těchto služeb. Pro předávání na tato specializovaná pracoviště je třeba vypracovat standardizovaný postup, včetně evidence a vysledovatelnosti toho, kam byl klient odeslán.

8. *Prevention case managers* by se měli s klienty pravidelně scházet, aby mohli sledovat a přehodnocovat jejich potřeby a rizika. V pravidelně dohodnutých intervalech by měl *case manager* společně s klientem podle situace revidovat Plán prevence a průvodní aktivity.
9. *Prevention case managers* by měli stanovit časový rámec pro propuštění klienta z PCM potom, co klient dosáhne svých cílů na poli snížení rizika, nebo tehdy, když se již klient programu nezúčastňuje.
10. V kterékoliv době PCM od klientova zapojení až po jeho propuštění je třeba uvažovat o pobídkách, pokud jejich použití schválí příslušný orgán a zdroj finančních prostředků. Ke vhodným pobídkám mohou patřit průkazky pro dopravu, stravenky a jiné základní potřeby, v některých případech i peníze v hotovosti. Použití peněžních či nepeněžních pobídek by nemělo být nadměrné, aby plnily donucovací funkci.
11. Programy prevence mají obsahovat dobře definovaný plán hodnocení.

Spolupráce s partnery a integrace do stávajících služeb

1. Klienti mohou být vytipováni a odkázáni na PCM různými zdroji, například institucemi provádějícími testování na HIV, jako jsou veřejné kliniky a zařízení primární péče. Nejvhodnější jsou pro programy PCM instituce, které v současnosti slouží HIV-infikovaným osobám v integrovaném prostředí (například v situaci, kde jsou dostupné četné služby týkající se HIV, například zdravotní a lékařské služby a služby psychosociální podpory), nebo CBOs, jež jsou s těmito službami úzce provázány, takže jsou velmi dobře přístupné. Klienty, kterým je PCM doporučen, ale přitom na něj nemají nárok, musejí být odkázáni na jiné odpovídající služby.
2. V některých situacích PCM se může stát, že klienti již mají manažera v rámci systému Ryan White nebo jiného *case managera*.

Směrnice PCM stanoví dva standardy, kterými je třeba se ve všech správních oblastech řídit:

- a) Musí být stanoven explicitní protokol pro strukturalizaci vztahů k poskytovatelům *case managementu* v rámci Ryan White CARE Act nebo k dalším poskytovatelům *case managementu* a musí v něm být rozvedeno, jak se klienti převádějí resp. sdílejí.
- b) U osob žijících s HIV nesmí docházet k duplikaci Ryan White *case managementu* nebo jiného *case managementu*, ovšem je možno PCM do těchto služeb zahrnout.

V praxi to znamená, že by měly správní obvody spolupracovat na koordinaci služeb mezi těmito dvěma programy. Obecně je účelem *case managementu* financovaného z prostředků Ryan White zajistit koordinaci a kontinuitu potřebných titulů, zdravotní péče a léčby, bydlení a dalších sociálních služeb. Mají povoleno probírat s klienty chování ke snížení rizikovitosti, ale často na to nemají čas ani vzdělání v behaviorální teorii, aby to mohly provádět efektivně. PCM je první a přední aktivitou na poli prevence HIV, kterou se dá snížit přenos viru HIV. Integrace těchto dvou služeb je

ovlivněna tím, jaké služby jsou v komunitě k dispozici a jaké požadavky pro nárokovatelnost jednotlivé programy mají.

Co je třeba vzít v souvislosti s programy v úvahu

1. Potřeby pro snížení rizika jsou u různých osob a v různém čase různé. Instrukce pracující s HIV-infikovanými klienty by se při pomoci klientům snížit rizika měly vyhýbat přístupu „univerzální velikosti, která padne každému“, nýbrž by své úsilí na poli PCM měly cílit v první řadě na ty, u nichž je potřeba prevence největší (například na osoby, u kterých je nejvyšší pravděpodobnost, že nákazu virem HIV přenesou na své sexuální partnery nebo partnery v užívání drog).
2. Intervenční věda není ještě vyvinuta do bodu, kde by měla nějaký jednoduchý vzorec pro to, jak klienta zařadit do jedné určité intervence. Ale přitom, jak řídké zdroje jsou, by se instituce měly zaměřovat na ty nejefektivnější intervence pro klienty, kteří jsou z hlediska přenosu viru nejvíce ohroženi.

Medailónek

V květnu 2000 vytvořila Kansas City Free Clinic, což je servisní organizace v oblasti AIDS poskytující HIV-pozitivním osobám široký sortiment služeb, program PCM pro vysoce ohrožené HIV-negativní osoby a nově diagnostikované HIV-pozitivní osoby, které ještě nejsou napojeny na komunitní systém péče a podpory. Klienti jsou na služby PCM odkazováni prostřednictvím celé řady klinických programů, včetně poradenství a testování na HIV, primární péče v oblasti HIV, Ryan White HIV-financovaného case managementu a výchovy na poli prevence, a celou řadou poskytovatelů v komunitě. Když jsou nárokovateli, *prevention case manager* se nejprve s účastníky týdně schází a v mezidobí má s nimi telefonický kontakt podle potřeby. Typické sezení v rámci *case managementu* zahrnuje kontrolu plánu na snížení rizika, sledování na komunitních specializovaných pracovištích a využívání technik pro změnu chování, jako jsou motivační pohovory. Při průběžném poradenství ke snížení rizika se probírá, jak HIV status sdělovat. Využívají se stimuly, jako jsou průkazky na autobusy, průkazky do kina, certifikáty pro dárky a pomůcky pro bezpečnější sex.

PCM je integrován do kliniky cestou školení personálu, rozvoje, společných porad o klientském případě a protokolů o poskytování služeb klientům. *Prevention case managers* koordinují preventivní služby s *case managers* financovanými z Ryan White fondů, s poskytovateli primární péče v oblasti HIV a s programem vzájemné péče *peer-to-peer* (mezi sobě rovnými). *Prevention case managers* absolvovali školení v oblasti HIV/AIDS/STD, poradenství na poli prevence, směrnic CDC PCM a prevence u HIV-pozitivních osob a jsou průběžně doškoleni. Každý *case manager* má na starosti 30-60 osob, měsíčně se setkává se 40% svých klientů k poradenství na poli snižování rizika a čtvrtletně bývá z PCM propuštěno asi 5 klientů. Klinika používá u personálu i u programu celou řadu postupů zajištění jakosti a hodnotících metod. Například v prosinci 2002 provedl personál PCM se svými HIV-pozitivními klienty, což byli hlavně MSM [homosexuální muži], *focus group* za účelem vzdělání personálu na poli preventivních potřeb MSM a k posílení PCM programu kliniky. Pracovníci zjistili, že klienti potřebují: 1) více podpory a informací o zneužívání látek, 2) flexibilní úřední dobu, kdy by se mohli scházet s pracovníky PCM a 3) více informací o tématech, jako je každodenní zápas, medikace, zdravotní stav při HIV a obecná zdravotní problematika.

Monitoring

Na příjemcích grantů CDC, kteří dostávají prostředky na prevenci HIV, se bude požadovat, aby běžně nahlašovali následující ukazatele k monitorování svých programů prevenčních intervencí u osob žijících s HIV, včetně programů *prevention case managementu*.

Ukazatele programu CDC pro prevenci nákazy virem HIV jsou tyto*:

1. Podíl HIV-infikovaných osob, které absolvují zamýšlený počet sezení v rámci PCM (H.1)
2. Podíl skutečně dostižených osob z celkového počtu HIV-infikovaných osob, jejichž dostižení bylo zamýšleno (H.2)
3. Průměrný počet externích kontaktů potřebných k tomu, aby se jedna HIV-infikovaná osoba přiměla k napojení se na služby *prevention case managementu* (H.3)
4. Procentický podíl HIV infikovaných osob, které po určité specifické době účasti v programu *prevention case managementu* nahlašují redukci rizikového chování v sexuální oblasti respektive v oblasti užívání drog nebo zachovávají ochranné chování vůči seronegativním partnerům respektive partnerům o neznámém statusu (I.2)

Další ukazatele:

5. Počet osob, jimž se dostává preventivních intervencí a kteří jsou diagnostikováni s novou pohlavní chorobou, což poukazuje na přenosově rizikové chování
7. Demografické údaje osob, jimž se dostává preventivních intervencí, a celkově HIV-infikovaných osob v komunitě (např. rasový/etnický původ, pohlaví, sociálně-ekonomický status)
8. Soubor údajů o riziku přenosu viru HIV podle směrnic CTR

Literatura

1. Centers for Disease Control and Prevention. (2003). Advancing HIV Prevention: New Strategies for a Changing Epidemic – United States, 2003. *MMWR*, 52, 329-332.
2. Centers for Disease Control and Prevention. (2002). Update: AIDS – United States, 2000. *MMWR*, 51, 592-5.
3. Kalichman SC, Rompa D, Cage M, DiFonzo K, Simpson D, Austin J, Buckles J, Kyomugisha F, Benotsch E, Pinkerton S, Graham J. (2001). Effectiveness of an intervention to reduce HIV transmission risks in HIV-positive people. *American Journal of Preventive Medicine*, 21(2):84-92.
4. Margolin A, Avants SK, Warburton LA, Hawkins A, Shi J. (2003). A randomized clinical trial of a manual-guided risk reduction intervention for HIV-positive injection drug users. *Health Psychology*, 22(2):223-8.

* Informace ke stanovení výchozího stavu, cíle a specifikaci ukazatelů, včetně příslušných pramenů údajů, výpočtů a problematiky nahlašování podává materiál *The CDC Technical Assistance Guidelines for Health Department HIV Prevention Program Performance Indicators*. Pozn.: Ukazatele je možno upravit s ohledem na konkrétní populaci nebo situaci.

5. Marks G, Burris S, Peterman TA. (1999). Reducing sexual transmission of HIV from those who know they are infected: The need for personal and collective responsibility. *AIDS*, 13, 297-306.
6. Gardner L, Metsch L, Loughlin A, Mahoney P, Del Rio C, Strathdee S, Gaul Z, Greenberg AE, Holmberg S, for the ARTAS Study Group (July 2003). *Initial results of the Antiretroviral Treatment Access Studies (ARTAS): Efficacy of the case management trial*. Presentation at the 2003 National HIV Prevention Conference, Atlanta, GA.
7. Remafedi G. (1998). The University of Minnesota Youth and AIDS Projects' Adolescent Early Intervention Program: A model to link HIV-seropositive youth with care. *Journal of Adolescent Health*, 23, 115-121.
8. Parham D, Conviser R. (2002). A brief history of the Ryan White CARE Act in the USA and its implications for other countries. *AIDS Care*, 14 (suppl 1), S3-S6.
9. Crepaz N, Marks G. (2002). Towards an understanding of sexual risk behavior in people living with HIV: a review of social, psychological, and medical findings. *AIDS*, 16, 135-149.
10. Blanch J, Rousaud A, Hautzinger M, Martinez E, Peri J, Andres S, Cirera E, Gatell J, Gasto C. I (2002). Assessment of the efficacy of a cognitive-behavioural group psychotherapy programme for HIV-infected patients referred to a consultation-liaison psychiatry department. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 77-84.
11. Coates TJ, McKusick L, Kuno R, Stites DP. (1989). Stress reduction training changed number of sexual partners but not immune function in men with HIV. *American Journal of Public Health*, 79, 885-887.
12. Lechner SC, Antoni M H, Lydston D, LaPerriere A, Ishii M, Devieux J, Stanley H, Ironson G, Schneiderman N, Brondolo E, Tobin JN, Weiss S. (2003). Cognitive behavioral interventions improve quality of life in women with AIDS. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 253-261.
13. Perry S, Fishman B, Jacobsberg L, Young J, Frances A. (1991). Effectiveness of psychoeducational interventions in reducing emotional distress after human immunodeficiency virus antibody testing. *Archives of General Psychiatry*, 48, 143-147.
14. Rotheram-Borus MJ, Murphy DA, Wight RG, Lee MB, Lightfoot M, Swendeman D, Birnbaum JM, Wright W. (2001). Improving the quality of life among young people living with HIV. *Evaluation and Program Planning*, 24, 227-237.
15. Rotheram-Borus MJ, Lee MB, Gwadz M, Draimin B. (2001). An intervention for parents with AIDS and their adolescent children. *American Journal of Public Health*, 91, 1294-1302.
16. Kelly JA, Murphy DA, Bahr G R, Kalichman SC, Morgan MG, Stevenson Y, Koob JJ, Brasfield TL, Bernstein BM. (1993). Outcome of cognitive-behavioral and support group brief therapies for depressed, HIV-infected persons. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1679-1686.
17. Rotheram-Borus MJ, Lee MB, Murphy DA, Futterman D, Duan N, Birnbaum JM, Lightfoot M. (2001). Efficacy of a preventive intervention for youths living with HIV. *American Journal of Public Health*, 91, 400-405.

18. Parsons JT, Huszti HC, Crudder SO, Rich L, Mendoza J. (2000). Maintenance of safer sexual behaviors: Evaluation of a theory-based intervention for HIV seropositive men with haemophilia and their female partners. *Haemophilia*, 6, 181-190.
19. Grinstead O, Zack B, Faigeles B. (2001). Reducing postrelease risk behavior among HIV seropositive prison inmates: The health promotion program. *AIDS Education and Prevention*, 13, 109-119.
20. Fogarty LA, Heilig CM, Armstrong K, Cabral R, Galavotti C, Gielen AC, Green BM. (2001). Long-term effectiveness of a peer-based intervention to promote condom and contraceptive use among HIV-positive and at-risk women. *Public Health Reports*, 116, 103-119.
21. Patterson TL, Shaw WS, Semple SJ. (2003). Reducing the sexual risk behaviors of HIV+ individuals: Outcome of a randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 25, 137-145.
22. Sorensen JL, Dilley J, London J, Okin RL, Delucchi KL, Phibbs CS. (2003). Case management for substance abusers with HIV/AIDS: A randomized controlled trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29, 133-150.
23. Purcell DW, DeGross AS, Wolitski R J. (1998). HIV prevention case management: Current practice and future directions. *Health & Social Work*, 23:282-9.

Prameny

CDC. HIV prevention case management: Guidance. (1997).

<http://www.cdc.gov/hiv/pubs/hivpcmg.htm>

CDC. HIV prevention case management: Literature review and current practice. (1997).

<http://www.cdc.gov/hiv/pubs/pcml/pcml-toc.htm>

Interventions developed by Mary Jane Rotheram-Borus, Ph.D. and her research team at UCLA. <http://chipts.ucla.edu>

San Francisco Department of Public Health. (2000). *HIV prevention case management: Standards and guidelines for the delivery of services in San Francisco*. Available from: Project Director, Prevention Case Management Standardization and Evaluation Project, AIDS Office, San Francisco Department of Public Health, 25 Van Ness Ave. Suite 500, San Francisco, CA 94102, (415) 554-9031.

CDC. Technical Assistance Guidelines for CDC's HIV Prevention Program Performance Indicators. <http://www.cdc.gov/hiv/dhap.htm>

UCSF, AIDS Policy Research Center, Prevention with Positives Resources <http://ari.ucsf.edu/policy/pwp.htm>

Prevence v prostředí zdravotní péče

Současný stav znalostí

Přes významný pokrok v léčbě infekce virem HIV zůstává již téměř po deset let odhadovaný roční počet nových infekcí HIV ve Spojených státech na úrovni 40 000 případů.¹ Historicky se prevence HIV v této zemi obecně soustředí na neinfikované osoby s cílem pomoci jim infekci se vyhnout. Avšak další snižování přenosu nákazy virem HIV si bude vyžadovat nové strategie, včetně většího důrazu na předcházení přenosu těmi HIV-infikovanými osobami, které o svém stavu vědí.^{2,3} To se může projevit jako vysoce ekonomicky efektivní strategie v tom, že je prevence směřována přímo na potenciální zdroje nové nákazy.

Řada osob, jejichž test na HIV je pozitivní, redukuje chování, kterým by se virus HIV mohl přenášet na druhé lidi.^{4,5} Ovšem studie z poslední doby ukazují, že tyto změny v chování nepraktikují všechny HIV-infikované osoby. nýbrž že některé z nich pokračují v chování, které ostatní uvádí v nebezpečí nákazy virem HIV.^{6,7}

K tomu, aby se HIV-infikovaným osobám pomohlo zmírnit rizikové chování a udržet bezpečnější chování v letech následujících po diagnóze infekce, jsou zapotřebí rutinní programy HIV prevence a podpora. Existují studie, kde byly v této populaci testovány intervence a kterými se prokázala významná redukce rizikového chování v sexuálním chování i v užívání drog. Například v jedné studii provedené na veřejných klinikách HIV, kde byly sledovány HIV-infikované osoby, jež na počátku měly více sexuálních partnerů, poklesla po stručném průběžném preventivním poradenství provedeném poskytovateli primární péče prevalence nechráněného análního i vaginálního styku o 38%.⁸ Úspěšné intervence za účelem redukce rizika u HIV-infikovaných osob byly také provedeny ve skupinovém uspořádání.⁹ Dále, intervencemi u HIV-infikovaných osob, které si injikují drogy, se snížilo užívání drog i ne-bezpečný sex.^{10,11} Řada studií prokázala kladný vliv léčby drogové závislosti, zvláště léčby metadonové, na HIV-rizikové chování drogově závislých osob.¹² Vcelku vzato z těchto zjištění vyplývá, že sladěné trvalé úsilí poskytovat preventivní poradenství a patřičně odkazovat na služby může HIV-infikovaným osobám velice prospět a pomoci jim udržovat si bezpečné chování, kterým se předchází tomu, aby se ostatní virem HIV nakazili. Studie z poslední doby ovšem poukazují na to, že pro poradenství v oblasti prevence přenosu viru HIV je potřebné cílené lékařské proškolení.¹³

Cíle

Účelem tohoto materiálu je pomoci poskytovatelům zdravotní péče v oblasti HIV, zdravotním úřadům a komunitním organizacím (CBOs) zlepšit své služby v oblasti prevence HIV pro HIV-infikované osoby, a to :

- zvyšováním podílu HIV-pozitivních osob, které jsou informovány o rizicích přenosu a jimž se dostává pravidelně poradenství o způsobech, jak riziko přenosu viru HIV na další lidi zmírnit
- zvyšováním podílu sexuálně aktivních HIV-infikovaných osob, které procházejí screeningem a testováním na pohlavně přenosné choroby (STDs)

- zvyšováním možností a schopností provádět efektivní preventivní poradenství a odkazování na specializované služby (např. sociální, psychiatrické, pro drogově závislé, uvědomování partnerů)
- posilováním propojení mezi zdravotními úřady, CBOs a poskytovateli péče v oblasti HIV tak, aby se napomohlo odkazování HIV-infikovaných osob na služby, které potřebují

Postupy

Kroky poskytovatelů péče v oblasti nákazy virem HIV

1. Poradenství na poli prevence HIV se musí stát standardní součástí péče o osoby infikované virem HIV, které nadále pokračují v chování vedoucím k přenosu viru HIV. Poskytovatelé péče v oblasti HIV musejí zhodnotit současnou úroveň a charakteristiky své činnosti na poli prevence, včetně alokace zdrojů, personálního obsazení, materiálů a času, jenž je této činnosti věnován.

Hodnocení by mělo sloužit jako podklad pro plánování a školení potřebné k tomu, aby se uspokojily jednotlivé potřeby prevence u HIV-infikovaných mužů a žen.

2. Kliniky pro osoby nakažené virem HIV by měly mít v čekárnách a ordinacích vyvěšené plakáty a vystaveny další tiskoviny zaměřené na prevenci (například brožury popisující poradenské a odkazovací služby pro partnery a další preventivní chování) upozorňující na důležitost bezpečnějšího sexu a bezpečnějšího chování při užívání drog. Materiály věnované prevenci by měly zdůrazňovat, jak jsou abstinence, bezpečnější sex a zredukování nebo abstinence v užívání drog důležité pro to, aby člověk chránil své partnery i své vlastní zdraví. Příklady sdělení o prevenci a způsobech, jak snížit rizika, jsou uvedeny v příloze č. 1.
3. V rámci programů péče na poli HIV by měli pacienti dostávat písemné informace (brožury a letáky) o:
 - a) tom, jakým chováním se zvyšuje respektive snižuje riziko přenosu
 - b) tom, jakou roli hrají pohlavně přenosné choroby v nárůstu přenosu viru HIV, a proč je třeba nechat se testovat na pohlavně přenosnou chorobu (a popřípadě se na ni léčit) již při prvních známkách infekce nebo při podezření na ni
 - c) tom, jak je důležité, aby HIV-infikovaná osoba o tomto svém statusu řekla svým sexuálním partnerům
 - d) virové zátěži a riziku přenosu; přitom je třeba zdůraznit, že to, že člověk má virovou zátěž nízkou až nejistitelnou, ještě neznamená, že nemůže nákazu virem HIV přenášet
 - e) užívání drog a jeho potenciální úloze při zvyšování sexuálního rizika
4. Při každé návštěvě by se měl poskytovatel zdravotní péče pacienta dotázat na chování vzhledem k přenosu viru HIV, a to přímým a nesoudícím přístupem. Při první klinické návštěvě by měl být pacient dotázán na symptomy a měl by být laboratorně vyšetřen na pohlavní choroby. Rozhodnutí o následném testování by mělo vycházet z behaviorálního screeningu a projevů pacientových symptomů. K testům ke zjištění asymptomatických pohlavních chorob viz přílohy č. 2 a 3.
5. Poskytovatel primární péče (např. lékař či jeho asistent nebo zdravotní sestra) by měl mít s pacientem při každé jeho návštěvě 3- až 5-minutové poradenské sezení.

Měl by také mít pro osobní použití jednostránkový arch s nástinem intervenčního postupu (viz schéma intervencí níže), který poslouží jako pomůcka a připomene, že se má intervence provést. Poskytovatel by měl zdůrazňovat partnerství nebo týmový přístup.

Poskytovatel by měl říci: „Naši zdravotní pracovníci dělají všechno pro to, aby byli naši pacienti co nejzdravější. K tomu ovšem musíme fungovat jako tým; to znamená, že si já i vy musíme dát závazek, že uděláme všechno, co můžeme, abyste byl v pořádku a abychom zastavili postup nemoci. Mojí úlohou je, poskytnout vám léčebnou péči, podpořit vás v tom abyste se správně rozhodoval, a zodpovědět vám otázky. Ale vaše zdraví závisí hlavně na vás samé(m), na tom, jak se budete chovat a co budete dělat. K tomu, abychom vás udrželi co nejzdravější(ho), musíme spolupracovat jako tým.“

6. Poskytovatel primární péče by měl pacientovi ústně předat sdělení o prevenci (viz přílohu č. 1) a začít diskusi o cílech v oblasti chování. U některých pacientů bude cílem pokračovat v abstinenci, u jiných nadále praktikovat bezpečnější sex. U dalších bude cílem zredukovat své rizikové chování (například používat vždy kondom nebo snížit počet svých sexuálních partnerů). Cíle je třeba zaznamenat do pacientovy lékařské karty na formulář určený ke sledování intervence na poli prevence.

Ve formuláři by mělo být místo, kam poskytovatel zaznamená, že určitého dne bylo pacientovi poskytnuto poradenství.

7. Poselství o prevenci mohou během následujících návštěv dále zdůrazňovat i ostatní poskytovatelé péče, sociální pracovníci a pracovníci v oblasti zdravotnické osvěty; pacientova vnímavost ke sdělení se může zvýšit, podává-li je více osob.
8. Při příští návštěvě by se měl poskytovatel dotázat na pokrok v dosahování cílů a znovu pacientovi poselství ústně sdělit. Měl by zdůrazňovat (tedy chválit) zdravé chování a podle potřeby diskutovat nové cesty, jak překonávat bariéry. Pro příští návštěvu by si poskytovatel a pacient měli stanovit cíle znovu.
9. Během poradenského sezení může být zřejmé, že pacient potřebuje intenzivnější poradenství nebo že potřebuje, aby byl odeslán na specializované pracoviště, kde by řešili nějaký osobní problém, který poskytovatel zdravotní péče vyřešit nemůže (například užívání drog, domácí násilí, deprese, potřeba ubytování nebo útulku). Každý poskytovatel by měl mít při ruce seznam specializovaných pracovišť, na něž může pacienta odkázat (včetně adres, telefonních čísel a jmen kontaktních osob) na klinice, ve zdravotnickém zařízení a v komunitě. Při odkazování by se měl poskytovatel (nebo jiný pracovník kliniky) pokusit pacienta na službu napojit přímo tím, že pomůže sjednat schůzku ještě předtím, než pacient z kliniky odejde.

(Viz schéma)

10. Na odkazování pacientů by se měl poskytovatel připravit tím, že:
 - a) si zjistí informace o místních službách v oblasti prevence HIV a podpůrných sociálních službách, včetně těch, jež jsou financovány cestou Ryan White CARE Act;
 - b) zjistí si dostupné zdroje a opatří si vodítko pro odkazování, kde jsou tyto zdroje uvedeny;

- c) k usnadnění ostatního odkazování se spojí s pracovníky místních programů. Od programů prevence a péče na poli HIV/AIDS zajišťovaných místními a státními zdravotními úřady lze obvykle získat průvodce odkazováním na specializované služby a další informace; stručný souhrn pro efektivní odkazování na specializované služby je součástí přílohy tohoto materiálu.

Kroky zdravotních úřadů a CBOs

Ke zlepšení a rozšíření služeb HIV-infikovaným osobám na zdravotních úřadech a v CBOs jsou předkládána následující doporučení. Na zdravotní úřady a CBOs se dají mj. aplikovat některá doporučení pro poskytovatele péče na poli HIV, jako je vyvěšování plakátů a poskytování tištěných materiálů, aby se pacienti upozornili na důležitost bezpečnějšího sexu (viz výše bod 2), poskytování informací o snižování rizika (viz výše bod 3) a poselství o prevenci (příloha č. 1) a zdokonalování mechanismů odkazování na specializované služby (viz výše body 8 a 9).

1. Zdravotní úřady v součinnosti se Vzdělávacími a školicími středisky pro AIDS (AIDS Education and Training Centers, AETC) při Správě zdravotnických zdrojů a služeb (Health Resources and Services Administration, HRSA) nebo střediska pro školení na poli prevence pohlavně přenosných chorob/HIV financovaná CDC by měly napomáhat školení a podpoře poskytovatelů primární péče v oblasti HIV při provádění poradenství o prevenci nákazy virem HIV pro pacienty během rutinních lékařských vyšetření.
2. Ředitelé programů prevence HIV/AIDS při zdravotních úřadech by měli navázat resp. stvrdit již navázané pracovní vztahy s CBOs a se zdravotními řediteli veřejných i soukromých klinik HIV. Tyto vztahy je třeba formalizovat písemnou smlouvou. Každá ze smluvních stran by měla mít pracovní znalosti o službách, jež poskytuje strana druhá. Tímto vztahem se napomůže koordinovanému úsilí v poskytování služeb na poli prevence, mechanismům odkazování na specializovaná pracoviště a zdravotní péči pro HIV-infikované osoby. Je důležité, aby se zdravotní úřady a CBOs snažily napojit HIV-infikované osoby na lékařskou péči, pokud tomu tak dosud není, a aby se poskytovatelé péče na poli HIV snažili pacienty rychle a správně odkazovat na preventivní nebo sociální služby, které klinika poskytovat nedokáže.
3. Zdravotní úřady a CBOs by také měly HIV-infikovaným osobám poskytovat celou škálu služeb. Měly by nabízet *prevention case management* (PCM), který zahrnuje poradenství v oboru prevence zaměřené individuálně na daného klienta, aby lidem pomohly přijmout a udržet si chování vedoucí ke snížení rizika a dostat se ke zdravotním, psychologickým a sociálním službám.¹⁴ Mezi potřeby může patřit léčba drogové závislosti (včetně alkoholismu), služby v oblasti duševního zdraví, intervence při sexuálním nebo fyzickém zneužívání (oběť nebo pachatel), bydlení nebo doprava, stravování, finanční nebo právní záležitosti či pojištění. Zdravotní úřady by měly mít pracovníky a postupy pro informování partnerů. Všechny HIV-infikované osoby, které přijdou se zdravotními úřady a CBOs do styku, by měly dostat informace o způsobech, jak zredukovat přenos viru HIV, a mělo by se jim dostat sdělení o prevenci (příloha č. 1).

Spolupráce s partnery a integrace do stávajících služeb

1. Zdravotní úřady a zdravotní ředitelé klinik HIV by měli s HRSA a místními školicími středisky pro HIV/ pohlavně přenosné choroby konzultovat, jak uspořádat

pomoc při školení klinického lékařského personálu v tom, jak se posuzuje riziko přenosu a provádí poradenství na poli prevence.

2. Kliniky HIV, zdravotní úřady a CBOs by měly spolupracovat s místními komunitními plánovacími skupinami na navrhování, realizaci a vyhodnocování intervencí, které řeší místní potřeby, jak je komunitní plánovací skupina stanovila.
3. Že bylo odkázání infikované osoby na specializované pracoviště úspěšné, je třeba potvrdit kontaktováním odkázané osoby i instituce, kam byla osoba odkázána. To se týká napojení HIV-infikovaných osob jak na preventivní a sociální služby, tak na zdravotní péči. Bližší pokyny k odkazování viz v příloze.

Co je třeba vzít v souvislosti s programem v úvahu

1. Personál klinik HIV, zdravotních úřadů a CBOs by se měl ve svých institucích scházet a prodiskutovávat způsoby, jak prevenci integrovat do služeb, které HIV-pozitivním osobám poskytují. Tyto služby musejí být nabízeny a inzerovány způsobem, který nebude pro HIV-pozitivní osoby stigmatizující, ani nevyčlení žádnou konkrétní skupinu jakožto odpovědnou za nové infekce.
2. Je důležité, aby se všechny intervence, včetně screeningu na chování a na pohlavní choroby, diskuse o sexuálním chování a užívání drog a odkazování na specializované služby uskutečňovaly s kulturní citlivostí.

Medailónek

Příkladem úspěšné behaviorální intervence je intervence nazvaná „Partnerství pro zdraví“ (Partnership for Health, PfH), prováděná v Kalifornii na šesti veřejných klinikách HIV.⁸ Na klinice ji prováděli většinou poskytovatelé primární péče po poměrně krátkém zaškolení. Zdůrazňovala se důležitost týmového přístupu pacient-poskytovatel při řešení zdravotních a behaviorálních dimenzí péče, aby se HIV-infikovaným pacientům pomohlo zůstat co nejzdravější. Intervence zahrnovala toto: (a) Tištěná informace (brožura) představovala úvod do tématu partnerství, obsahovala sdělení zdůrazňující důležitost bezpečnějšího sexu a podávala příklady konkrétního chování ke snížení rizika. Při dalších návštěvách na klinice dostávali pacienti letáky s informacemi o prevenci. (b) Plakáty v čekárně kliniky se věnovaly tématu PfH a plakáty v ordinacích zdůrazňovaly konkrétní sdělení o prevenci. (c) Poskytovatel primární péče prováděl krátké (3- až 5-minutové) poradenství, kdy zdůrazňoval význam partnerství, sděloval informace o prevenci a diskutoval s pacienty behaviorální cíle (např. snižování rizika, zachovávání bezpečnějšího chování). Výsledky ukázaly, že se u pacientů, kteří při příjmu vykazovali rysy rizikového chování, intervencí sexuálně rizikové chování významně zredukovalo.

Monitoring

Na příjemcích grantů CDC, kteří dostávají prostředky na prevenci HIV a již spolupracují s poskytovateli péče na poli HIV ve zdravotnických zařízeních, se bude požadovat, aby k monitorování realizace běžně nahlašovali následující ukazatele.

Ukazatele programu CDC pro prevenci nákazy virem HIV jsou tyto*:

1. Procentický podíl HIV-infikovaných osob, kterým bylo skutečně předáno sdělení o prevenci, z celkového počtu osob, kde to bylo zamýšleno (H.2)
2. Procentický podíl HIV-infikovaných osob, které po určité stanovené době účasti na poradenství v oblasti prevence nahlašují, že zredukovaly své rizikové chování na sexuálním poli nebo při užívání drog resp. dodržují ochranné chování se seronegativními partnery nebo s partnery, jejichž status v tomto směru není znám (I.2)

K dalším programovým ukazatelům, jež vyžadují spolupráci s poskytovateli zdravotní péče, kteří mají na starosti prevenci ve zdravotnickém zařízení, patří:

3. Počet osob s HIV, které jsou odkázány na další služby v oblasti prevence, jako jsou služby poradenství pro partnery a jejich odkazování na specializovaná pracoviště (PCRS) a preventivní intervence pro osoby žijící s HIV
4. Počet osob s HIV, které využívají služeb v oblasti prevence, na něž byly odkázány
5. Počet osob s HIV, které ve stanoveném období mají novou diagnózu pohlavně přenosné choroby
6. Soubor údajů o přenosu viru HIV podle směrnic CTR
7. Stručný přehled poskytovatelů na klinikách HIV před školením a po něm, aby se ukázalo, nakolik se poskytovatelé cítí připravenější provádět s pacienty poradenství na poli prevence
8. Stručný přehled pacientů na klinikách HIV k posouzení, jakému podílu se dostalo sdělení v oblasti prevence, jak jsou tato sdělení přijímána, podíl osob, jimž se dostalo poradenství na poli prevence a jak je toto poradenství vnímáno a zda jsou hlášeny změny v rizikovém chování.

Literatura

1. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for national human immunodeficiency virus case surveillance, including monitoring for human immunodeficiency virus infection and acquired immunodeficiency syndrome. *MMWR* 1999;48(RR-13):1-29.
2. Janssen RS, Holtgrave DR, Valdiserri RO, Shepherd M, Gayle HD. The serostatus approach to fighting the HIV epidemic: Prevention strategies for infected individuals. *Am J Public Health* 2001;91:1019-24.
3. Institute of Medicine/Committee on HIV Prevention Strategies in the United States. No time to lose: Getting more from HIV prevention. Ruiz MS, Gable AR, Kaplan EH, Stoto MA, Fineberg HV, Trussell J, editors. 2001. National Academy Press, Washington, D.C.
4. Valleroy LA, MacKellar DA, Karon JM, Rosen DH, McFarland W, Shehan DA, Stoyanoff SR, LaLota M, Celentano DD, Koblin BA, Thiede H, Katz MH, Torian

* Informace ke stanovení výchozího stavu, cíle a specifikaci ukazatelů, včetně příslušných pramenů údajů, výpočtů a problematiky nahlašování podává materiál *The CDC Technical Assistance Guidelines for Health Department HIV Prevention Program Performance Indicators*. Pozn.: Ukazatele je možno upravit s ohledem na konkrétní populaci nebo situaci.

- LV, Janssen RS. HIV prevalence and associated risk in young men who have sex with men. *JAMA* 2000;284:198-204.
5. Allen S, Serufulira A, Bogaerts J, Van de Perre P, Nsengumuremyi F, Lindan C, Carael M, Wolf W, Coates T, Hulley S. Confidential HIV testing and condom promotion in Africa: Impact on HIV and gonorrhea rates. *JAMA* 1992;268:3338-43.
 6. Centers for Disease Control and Prevention. Resurgent bacterial sexually transmitted disease among men who have sex with men — King County, Washington, 1997 – 1999. *MMWR* 1999;48:773-7.
 7. Crepaz N, Marks G. Towards an understanding of sexual risk behavior in people living with HIV: A review of social, psychological, and medical findings. *AIDS* 2002;16:135- 49.
 8. Richardson JL, Milam J, McCutchan A, Stoyanoff S, Bolan R, Weiss J, Kemper C, Larsen RA, Hollander H, Weismuller P, Marks G. Effect of brief provider safer-sex counseling of HIV-1 positive patients: A multi-clinic assessment. Under review.
 9. Kalichman SC, Rompa D, Cage M, DiFonzo K, Simpson D, Austin J, Luke W, Buckles J, Kyomugisha F, Benotsch E, Pinkerton S, Graham J. Effectiveness of an intervention to reduce HIV transmission risks in HIV-positive people. *Am J Prev Med* 2001;21:84-94.
 10. Sorensen JL, Copeland AL. Drug abuse treatment as an HIV prevention strategy: A review. *Drug and Alcohol Dependency* 2000; 59:17-31.
 11. Margolis AM, Avants SK, Warburton LA, Hawkins KA, Shi J. A randomized clinical trial of a manual-guided risk reduction intervention for HIV-positive injection drug users. *Health Psychology* 2003; 22:223-8.
 12. Gibson DR, Flynn NM, McCarthy JJ. Effectiveness of methadone treatment in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users [editorial review]. *AIDS* 1999;13:1807-18.
 13. Duffas WA, Barragan L, Metsch CS, et.al. Effect of physician specialty on counseling practices and medical referral pattern among physicians caring for disadvantaged human immunodeficiency virus-infected populations. *Clinical Infectious Diseases* 2003; 36:1577-84
 14. Centers for Disease Control and Prevention. HIV prevention case management guidance. U.S. Department of Health and Human Resources, September 1997.
 15. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. *MMWR* 2002;51(No. RR-6):1-82.
 16. Centers for Disease Control and Prevention. HIV prevention through early detection and treatment of other sexually transmitted diseases – United States recommendations of the Advisory Committee for HIV and STD prevention. *MMWR* 1998;47(RR-12):1-24.
 17. Collis TK, Celum CL. The clinical manifestations and treatment of sexually transmitted diseases in human immunodeficiency virus-positive men. *Clin Infect Dis* 2001;32:611- 22.

Prameny

AIDS Education and Training Centers (AETCs; <http://www.aids-ed.org>)

Doporučení CDC/HRSA/HIVMA IDSA: Zařazení prevence HIV do zdravotní péče o osoby žijící s HIV

(<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5212a1.htm>)

National Alliance of State and Territorial AIDS Directors (NASTAD);

<http://www.nastad.org>

National Preveance Informace Network (NPIN; 1-800-458-5231;

<http://www.cdcpin.org>)

STD/HIV Prevetion Training Centers (PTCs; <http://depts.washington.edu/nnptc>)

CDC. Technical Assistance Guidelines for CDC's HIV Prevention Program

Performance Indicators. <http://www.cdc.gov/hiv/dhap.htm>

CDC. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2002.

<http://www.cdc.gov/std/treatment/default.htm>

Příloha č. 1: Prevence ve zdravotnických zařízeních

Příklady sdělení v oblasti prevence

1. Budete-li praktikovat sex, který není bezpečnější, bude větším problémem, abyste zůstal zdrav.
2. Budete-li praktikovat sex, který není bezpečnější, vystavujete také další lidi hrozbě nákazy virem HIV
3. Budete-li praktikovat sex, který není bezpečnější, vystavujete se riziku, že dostanete pohlavní nemoc, například syfilis nebo kapavku, nebo takové kmeny HIV, které se nedají snadno léčit
4. Když nebudete mít pohlavní styk, nehrozí nebezpečí, že nakazíte další lidi
5. Když si vstříkujete drogy nebo je berete ústy, ohrožujete tím své zdraví
6. Když si vzájemně půjčujete injekční jehly, ohrožujete ostatní nebezpečím nákazy virem HIV a sám sebe ohrožujete jinými nemocemi, například hepatitidou
7. Jestliže vy a váš sexuální partner nepoužíváte při pohlavním styku latexový kondom nebo latexovou bariéru, pak:
 - vám zřejmě na vlastním zdraví ani na zdraví partnera příliš nezáleží
 - vám hrozí větší nebezpečí, že dostanete pohlavní nemoc, která se může obtížně léčit
 - se můžete nakazit jiným kmenem HIV, který se bude těžko léčit
 - ztěžujete zdravotnickým pracovníkům jejich práci, když vám věnují léčebnou péči
 - budete si dělat starosti, jestli jste svého partnera nenakazil, a po pohlavním styku budete mít pocit viny
8. Existuje celá řada způsobů, jak snížit riziko jako pro sebe, tak pro svého sexuálního partnera. Mnoho lidí používá jednu nebo více z těchto strategií:
 - Rozhodnou se, že nebudou mít žádný pohlavní styk
 - Rozhodnou se pro bezpečnější praktiky, například vzájemnou masturbaci
 - Rozhodnou se, že budou mít pohlavní styk s partnerem, který je infikován virem HIV, a že s tímto partnerem budou požívat ochranu (kondom)
 - Rozhodnou se pro méně riskantní praktiky, jako je orální sex, a to s latexovou bariérou
 - Rozhodnou se pro anální nebo vaginální sex, ale vždy s kondomem, aby se snížilo riziko přenosu nákazy
 - Rozhodnou se, že budou mít pohlavní styk jen s omezeným počtem lidí
 - Rozhodnou se, že přestanou pít alkohol resp. brát drogy, protože když jsou pod jejich vlivem, může to skončit pohlavním stykem, který nebude dost bezpečný

Příloha č. 2: Prevence ve zdravotnických zařízeních

Příklady laboratorních testů ke zjištění asymptomatických pohlavních chorob u asymptomatických osob

Tato doporučení se týkají osob bez symptomů nebo známek pohlavních chorob. Pacienti se symptomy (jako je uretrální nebo vaginální výtok, dysurie; intermenstruální krvácení, genitální nebo anální léze, anální svědění, pálení nebo výtok nebo bolesti v podbříšku bez horečky) nebo se známou expozicí by měli absolvovat příslušné diagnostické testy bez ohledu na nahlášené sexuální chování nebo další rizikové faktory.

První návštěva

U všech pacientů

- Test na syfilidu: Nontreponemální serologický test, jako je test RPR (rapid plasma reagin test) nebo VDRL (Venereal Disease Research Laboratory test)
- Test na urogenitální gonorrhoeu: uretrální (u mužů) resp. cervikální (u žen) vzorek ke kultivaci nebo NAAT (nucleic acid amplification test) na *Neisseria gonorrhoeae* v uretrálním/cervikálním vzorku nebo v první zachycené moči
- Test na urogenitální chlamydiální infekci: uretrální (u mužů) resp. cervikální (u žen) vzorek nebo vzorek první zachycené moči (tj prvních 10-30 ml vyprázdňené moči) k NAAT na *Chlamydia trachomatis*

U žen

U všech sexuálně aktivních žen do 25 let a u ostatních žen vystavených zvýšenému riziku, a když jsou asymptomatické, je třeba provést:

- Test na trichomoniasis: nativní mikroskopické vyšetření nebo kultivace vaginálního sekretu na *Trichomonas vaginalis*
- Test na urogenitální chlamydii: cervikální vzorek pro NAAT na *Chlamydia trachomatis*

U pacientů, kteří nahlašují receptivní anální pohlavní styk

- Test na rektální gonorrhoeu: kultura z análního výtěru na *Neisseria gonorrhoeae*
- Test na rektální chlamydii: kultura z análního výtěru na *Chlamydia trachomatis*, je-li k dispozici

U pacientů, kteří nahlašují receptivní orální pohlavní styk

- Test na faryngeální gonokokovou infekci: kultura na *Neisseria gonorrhoeae*

Pozn.: Výtěžek testování na *N. gonorrhoeae* a *C. trachomatis* se může měnit a screening na tyto patogeny by měl vycházet z uvážení pacientova rizikového chování, místní epidemiologie těchto infekcí, možnosti testů (např. kultura na *C. trachomatis*) a nákladů.

Pozdější rutinní návštěvy

- Výše uvedené testy je třeba u všech pacientů, kteří jsou sexuálně aktivní nebo si injikují drogy, pravidelně (minimálně jednou za rok) opakovat. U asymptomatických osob se zvýšeným rizikem může být indikováno testování častější, například po třech

měsících nebo po půl roce. Testování častější než jednou za rok může indikovat kterýkoliv z následujících faktorů:

- Větší počet sexuálních partnerů nebo anonymní sexuální partneři
- Anamnéza kterékoliv pohlavní choroby
- Zjištění jiného chování spojeného s přenosem viru HIV nebo jiných pohlavně přenosných chorob
- Sexuální partneři nebo partneři sdílející injekční jehlu vykazující kterékoliv z výše uvedených rizik
- Životní změny, které mohou vést ke zvýšeně rizikovému chování (např. rozvázání vztahu)
- Vysoká prevalence pohlavně přenosných chorob v oblasti nebo v pacientově populaci.

Pozn.: Testování nebo očkování proti hepatidě, pneumokokovým chorobám, chřipce a dalším infekčním nemocím (např. screening těhotných žen na syfilidu, kapavku, chlamydie a povrchový antigen hepatitidy typu B) by mělo být zařazeno do rutinní péče o HIV-infikované osoby, jak je doporučeno jinde.^{15,16,17}

Pozn.: Mezi HIV-infikovanými osobami je prevalentní symptomatická i asymptomatická infekce virem herpes simplex (HSV), zvláště typu 2, která může zvyšovat riziko přenosu viru HIV a nákazy jím. Proto někteří odborníci doporučují rutinní typově specifické serologické testování na HSV-2. Pacienti s pozitivním výsledkem by měli být informováni o zvýšeném riziku přenosu viru HIV a mělo by se jim dostat rad, jak příslušné symptomy poznat.¹⁷ Skutečně typově specifické a vhodné pro serologický screening na HSV-2 jsou pouze testy pro detekci HSV glykoproteinu G.

Pozn.: Místní a státní zdravotní úřady mají požadavky pro nahlašování HIV a ostatních pohlavních nemocí, jež jsou stát od státu různé. Informace o těchto požadavcích lze obdržet od zdravotního úřadu. Kliničtí lékaři mají požadavky, které platí v oblasti jejich praxe, znát a řídit se jimi.

Příloha č. 3: Prevence ve zdravotnických zařízeních

Dostupné diagnostické testování k detekci pohlavně přenášených chorob

Diagnostické testy jsou uvedeny v pořadí svého doporučení, takže ty nejvíce doporučované jsou uvedeny jako první. Alternativní testy se mají provést tehdy, nelze-li získat vzorek nebo není-li preferovaný test dostupný.

Syfilis

- Zkoumání v temném poli (darkfield examination) nebo přímý fluorescenční test na protilátky (DFA) v exudátu léze
- Sérový netreponemální testy, test RPR (rapid plasma reagin test) nebo VDRL (Venereal Disease Research Laboratory test) pro screening, následované sérovými treponemálními testy, jako je FTA-ABS (fluorescent treponemal antibody absorbed test) nebo aglutinace částic *Treponema pallidum* (TP-PA)

Trichomoniasa

- Mikroskopické vyšetření nativního preparátu nebo kultury vaginálních sekretů

Herpes

- Virová kultura genitálního nebo jiného mukokutánního vředu

Gonorrhoea

Ženský genitourinární (GU) trakt

- Kultivace vzorku z endocervikálního výtěru
- Testy NAAT (nucleic acid amplification tests) vzorku z endocervikálního výtěru
- NAAT moči

Mužský GU trakt

- Kultivace intrauretrálního výtěru
- NAAT intrauretrálního výtěru
- NAAT moči

Vzorek média z rektu/farynx

- Kultivace vzorku z rektálního nebo faryngeálního výtěru se selektivním

Chlamydie

- NAAT vzorku z endocervikálního výtěru

Ženský GU trakt

- NAAT moči
- Neamplifikovaný test hybridizace nukleové kyseliny, enzymatický imunologický test nebo přímý fluorescenční test na protilátky ve vzorku z endocervikálního výtěru
- Kultivace vzorku z endocervikálního výtěru

Mužský GU trakt

- NAAT vzorku z intrauretrálního výtěru

- NAAT moči
- Non-NAAT nebo kultivace vzorku z intrauretrálního výtěru

Rektum/farynx

- Kultivace vzorku z rektálního nebo faryngeálního výtěru
- Přímý fluorescenční test na protilátky ve vzorku z rektálního nebo faryngeálního výtěru

Pozn.: U moči je NAAT test méně citlivý než u vzorku z endocervikálního nebo intrauretrálního výtěru. *Chlamydia trachomatis* – použije se barvicí test specifický pro hlavní membránový protein (major outer membrane protein, MOMP).

Dosáhnout univerzálního testování těhotných žen na HIV

Současný stav znalostí

Od roku 1984, kdy byl dokumentován první pediatrický případ infekce virem HIV, bylo dosaženo značných úspěchů na poli medicínském i hygienickém v prevenci přenosu viru HIV z matky na dítě. K tomu, aby byly nabízené intervence vůči perinatální nákaze virem HIV efektivní, je důležité, aby poskytovatelé péče znali HIV status těhotných žen, jež ve své péči mají. Když se u ženy během těhotenství zjistí, že je virem HIV infikovaná, dá se antiretrovirovými a porodnickými intervencemi riziko infekce dítěte snížit až na $\leq 2\%$. Jestliže se až do porodu antiretrovirová léčba nezahájí, činí riziko přenosu 9 – 13 %.¹⁻³ Bez intervence představuje riziko přenosu v USA zhruba 25%.⁴ Maximální redukce perinatálního přenosu viru HIV lze ve Spojených státech dosáhnout, bude-li zajištěno, že:

- se těhotným ženám dostane prenatální péče
- se bude u všech těhotných žen provádět rutinní screening na HIV
- se u HIV-infikovaných žen a jejich dětí bude v prenatálním, porodním a poporodním období uplatňovat doporučený antiretrovirový režim a u žen během porodu [od porodních bolestí] také porodnické intervence
- nebyl-li dosud matčin HIV status určen, bude se u žen během porodu nebo u novorozenců provádět rutinní screening.⁵

V roce 2000 porodilo ve Spojených státech přibližně 6 000 – 7 000 HIV-infikovaných žen, které porodily odhadem 280 – 370 HIV-infikovaných dětí. Zhruba ve 40% případech perinatálního přenosu o matčině infekci poskytovatelé péče před porodem nevěděli. Mimoto v časopise *Morbidity and Mortality Weekly Report* ze dne 15. 11. 2002 zveřejnil CDC informace o nejnovějších dostupných číslech o prenatálním testování na HIV ve Spojených státech a v Kanadě,⁶ kde se porovnávají hodnoty pro různé způsoby testování.

Při variantě „opt-out“ je těhotným ženám sděleno, že mezi standardní soubor předporodních testů bude zařazen také test na HIV a že jej mohou odmítnout. Při běžnější variantě „opt-in“ se těhotným ženám dostává předtestového poradenství a k testování na HIV musejí dát výslovný souhlas, obvykle písemný.

Ve státech, které uplatňují přístup „opt-in“ a kde byly shromážděny údaje z lékařských záznamů za léta 1998-1999, se testovací míra pohybovala v rozmezí 25 – 69 %. Údaje z Kanady vycházející z populačních dat ukazují u tří provincií s přístupem „opt-in“ na míru v rozmezí 54 – 83 %. Naproti tomu z údajů z lékařských záznamů ve státě Tennessee, kde se uplatňuje přístup „opt-out“, plyne testovací míra ve výši 85 %. Pokud jde o kanadské provincie uplatňující přístup „opt-out“, pak v Albertě činí míra v Newfoundlandu 98% a v Labradoru 94%. Na osmi prenatálních klinikách Alabamské univerzity se po zavedení přístupu „opt-out“ zvýšila míra testování na HIV ze 75 % na 88 %.⁷

V dopise ze dne 22. 4. 2003 doporučila CDC ve svém kolegiálním dopise zdravotním úřadům, komunitním organizacím a poskytovatelům zdravotní péče, aby kliničtí lékaři prováděli rutinní screening všech těhotných žen na infekci virem při aplikaci přístupu „opt-out“ a aby tam, kde vůči takovému rutinnímu prenatálnímu screeningu existují

právní bariéry, příslušné orgány zvážily možnost příslušné zákony zrevidovat.⁸ U žen, jejich HIV status v okamžiku započetí porodu není znám, doporučila CDC rutinní rychlý test.⁹ CDC také vyzvala klinické lékaře, aby na HIV testovali všechny novorozence, u jejichž matky není HIV status znám.

Cíle

Účelem tohoto materiálu je poskytnout státním zdravotním úřadům vodítko k tomu, aby dosáhly:

- univerzálního rutinního prenatálního testování na HIV s cílem minimalizovat ve Spojených státech perinatální přenos viru HIV;
- rutinního rychlého testování na HIV během porodního procesu u žen, jejichž HIV status je v té době dosud neznámý;
- rychlého testování na HIV post partum u žen o neznámém HIV-statusu nebo u jejich novorozenců tam, kde není rychlé testování během porodu možné nebo kde bylo předtím odmítnuto;
- odpovídající antiretrovirové léčby a souhrnné následné péče u těhotných žen infikovaných virem HIV a u jejich dětí.

Postupy

V rámci prenatální péče

1. Zdravotní úřady v součinnosti se Vzdělávacími a školicími středisky pro AIDS (AIDS Education and Training Centers, AETC) při Správě zdravotnických zdrojů a služeb (Health Resources and Services Administration, HRSA), zdravotnickými organizacemi a dalšími partnery by měly napomáhat školení poskytovatelů prenatální péče v uplatňování přístupu „opt-out“, včetně zanesení výsledku testu nebo odmítnutí ženy nechat se testovat do jejích lékařských záznamů.
2. Školení by mělo zahrnovat tyto klíčové elementy přístupu „opt-out“:
 - a) Při první prenatální návštěvě by měly být ženě poskytnuty informace – například v písemné formě (brožura, leták) nebo promítnuté na videu – o perinatálním přenosu viru HIV, testování a prevenci.
 - b) Žena by se měla dovědět, že bude testování na HIV zahrnuto do standardního souboru prenatálních testů a procedur. Tato informace může být zařazena do formuláře souhlasu, který žena podepisuje k veškeré prenatální péči a službám. Konkrétní postupy, pokud jde o tento souhlas, závisejí na státních a místních zákonech, předpisech a postupech.
 - c) Ženě je třeba sdělit, že má právo testování odmítnout.
 - d) Výsledek testu na HIV, respektive odmítnutí ženy nechat se testovat, je třeba zanechat do její lékařských záznamů..
3. Zdravotní úřady by měly distribuovat materiály, které vypracovává resp. vypracovala Americká kolej porodníků a gynekologů (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG), včetně *fact sheet* o testování na HIV pro poskytovatele, informačního listu o testování na HIV a ostatních prenatálních testech pro ženy a formulářů pro zadokumentování výsledku testu na HIV respektive odmítnutí se nechat testovat.

4. Zdravotní úřady by měly vyzývat poskytovatele prenatální péče, kteří jsou činní v oblastech s vysokou prevalencí HIV, aby v průběhu třetího trimestru provedli u žen opakovaný screening na HIV.
5. Těhotným ženám, jejichž test na HIV je pozitivní, by měl zdravotní úřad pomoci v přístupu k příslušným porodnickým, zdravotním a sociálním službám pro prevenci, péči a léčbu.

Během porodu

Zdravotní úřady by měly v součinnosti s AETC, zdravotnickými organizacemi a dalšími partnery zajišťovat pro nemocniční personál školení o postupech, jak těhotným ženám, jejichž HIV status není znám, nabízet rychlé testování. Při školení by se měla zdůraznit nutnost výsledek testu nebo odmítnutí nechat se testovat zadokumentovat. Dále se jedná o tyto klíčové body:

1. V počátečních fázích porodu by měly být ženy, jejichž status HIV není znám, informovány, že jim bude rutinně proveden rychlý test na HIV, aby se tak pomohlo chránit zdraví dítěte, ledaže testování odmítnou.
2. Žena by měla být informována, že bude-li výsledek rychlého testu negativní, znamená to, že virem HIV infikována není, kdežto bude-li předběžný výsledek pozitivní, znamená to, že pravděpodobně infikována je.
3. Pokud bude výsledek testu pozitivní, je třeba ženu informovat, že na základě předběžného výsledku budou jí během porodu a posléze také novorozenci podávány léky, aby se snížila pravděpodobnost, že se dítě virem HIV infikuje.
4. Pokud je výsledek rychlého testu pozitivní, je třeba provést test kontrolní (stvrzující).

Po porodu

Zdravotní úřady by měly v součinnosti se zdravotnickými organizacemi a dalšími partnery zajišťovat školení nemocničního personálu v tom, že pokud zůstává matčin status HIV neznámý, je třeba u matky nebo dítěte nebo u obou co nejdříve provést screening rychlým testem na HIV. V některých státech je v takové situaci screening novorozence povinný.

Spolupráce s partnery a integrace do stávajících služeb

1. Státní ředitelé pro AIDS by měli zorganizovat školení v přístupu „opt-out“ a v rychlém testování v součinnosti se:
 - státními a místními zdravotnickými organizacemi
 - programy zdraví matky a dítěte (maternal and child health, MCH)
 - Vzdělávacími a školicími středisky pro AIDS
 - nemocnicemi poskytujícími porodnické služby
 - dalšími institucemi, jako jsou kliniky pro plánování rodiny a střediska pro léčbu drogové závislosti sloužící těhotným ženám.

Měli by zajistit, aby bylo školení pořádáno na prenatálních klinikách financovaných z programů MCH.

2. Ve spolupráci s ACOG a dalšími partnery vypracovala CDC vzorový protokol pro provádění rychlých testů na HIV během porodu. Protokol by se měl distribuovat poskytovatelům porodnických služeb.

Co je třeba vzít v souvislosti s programem v úvahu

1. Aplikace přístupu „opt-out“ na screening těhotných žen na HIV může vyžadovat změny ve státních zákonech k přizpůsobení předtestového poradenství a požadavků na souhlas a dokumentování výsledku testu resp. odmítnutí nechat se testovat.
2. Státní zdravotní úřady by měly místním představitelům národních organizací poskytovatelů zdravotní péče, komunitním uskupením zaměřujícím se na problematiku zdraví matky a dítěte a představitelům orgánů státní správy a samosprávy poskytnout informace o očekávaném přínosu přístupu „opt-out“ pro zdraví obyvatelstva.

Medailónek

V roce 1995 přijal stát Texas zákon povolující uplatňovat při prenatálním testování na HIV přístup „opt-out“. Poskytovatelé prenatální péče v Texasu rozdávají těhotným ženám brožury státního zdravotního úřadu, kde se popisují prenatální testy, včetně testů na HIV. Většina poskytovatelů získává obecný písemný souhlas se standardním souborem prenatálních testů, kam patří i test na HIV. Odmítnutí nechat se testovat na HIV musí být zadokumentován ve zdravotních záznamech.

Monitoring

Na příjemcích grantů CDC, kteří dostávají prostředky na prevenci HIV, se bude vyžadovat, aby běžně nahlašovali následující ukazatele k monitorování svého testování těhotných žen na HIV.

Ukazatele programu CDC pro prevenci nákazy virem HIV jsou tyto*:

1. Podíl žen, kterým byl v těhotenství proveden test na HIV (D.1)
2. Podíl těhotných žen infikovaných virem HIV, kterým jsou k prevenci perinatálního přenosu poskytnuty odpovídající intervence (D.2)
3. Podíl těhotných žen infikovaných virem HIV, jejichž děti jsou perinatálně infikovány (D.3)

Další programové ukazatele:

4. Celostátní poměrné údaje o perinatálním testování, například za využití údajů PRAMS (webová stránka PRAMS viz Prameny)
5. Poměrné údaje o perinatálním testování za jednotlivé nemocnice
6. Státy s nízkou prevalencí HIV mezi ženami v plodném věku nebo s nízkými kumulativními počty perinatálních infekcí virem HIV, které k získání tohoto ukazatele používají metodu *chart review*, se mohou rozhodnout, že vzorek pořídí pouze z nemocnice/nemocnic s nejvyšším podílem porodů ve státě.

* Informace ke stanovení výchozího stavu, cíle a specifikaci ukazatelů, včetně příslušných pramenů údajů, výpočtů a problematiky nahlašování podává materiál *The CDC Technical Assistance Guidelines for Health Department HIV Prevention Program Performance Indicators*. Pozn.: Ukazatele je možno upravit s ohledem na konkrétní populaci nebo situaci.

7. Charakteristika zákonů daného státu týkajících se perinatálního testování na HIV, včetně prenatálního testování na HIV a dokumentování, testování v průběhu porodu, testování novorozenců a používání rychlých testů na HIV.
8. Charakteristika opatření daného státu ke sledování poměrných údajů perinatálního testování na HIV.
9. Charakteristika opatření daného státu na podporu a propagaci rutinního prenatálního testování na HIV, kam patří například:
 - a) počet a místa školení poskytovatelů;
 - b) počet a povolání účastníků školení poskytovatelů;
 - c) témata probíraná během školení (např. počet, typ a určení distribuovaných materiálů)

Literatura

1. Dorenbaum A, Cunningham CK, Gelber RD a spol. Two-dose intrapartum/newborn nevirapine and standard antiretroviral therapy to reduce perinatal HIV transmission: A randomized trial. JAMA 2002;288:189-198.
2. Guay LA, Musoke P, Fleming T a spol. Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomised trial. Lancet 1999;354:795-802.
3. Wade NA, Birkhead GS, Warren BL a spol. Abbreviated regimen of zidovudine prophylaxis and perinatal transmission of the human immunodeficiency virus. N Engl J Med 1998;339:1409-1414.
4. Connor EM, Sperling RS, Gelber R a spol. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. N Engl J Med 1994; 331:1173-1180.
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Revised recommendations for HIV screening of pregnant women. MMWR 2001; 50 (RR 19: 50-86).
6. CDC. HIV testing among pregnant women – United States and Canada, 1998-2001. MMWR 2003;51:1013-1016.
7. Stringer EM, Stringer JS, Cliver SP, Goldenberg RL, Goepfert AR. Evaluation of a new testing policy for human immunodeficiency virus to improve screening rates. Obstetrics & Gynecology 2001;98(6):1104-1108.
8. CDC. Dopis „Dear Colleague“ ze dne 22. 4. 2003. Viz: <http://www.cdc.gov/hiv/partners/ahp.htm>
9. Cohen M a spol. Rapid point-of-care testing for HIV-1 in labor and delivery: Chicago, 2002. Připravuje se pro MMWR.

Prameny

ACOG: <http://www.acog.org/>

Vzdělávací a školicí střediska pro AIDS: <http://hab.hrsa.gov/educating.htm>

Webová stránka CDC pro perinatální prevenci HIV:

<http://www.cdc.gov/hiv/projects/perinatal>

Webová stránka PRAMS: http://www.cdc.gov/nccdphp/drh/srv_prams.htm

Rychlé testování: http://www.cdc.gov/hiv/rapid_testing/

CDC. Technical Assistance Guidelines for CDC's HIV Prevention Program Performance Indicators. <http://www.cdc.gov/hiv/dhap.htm>

Příloha

Pokyny pro poradenství nově zjištěným HIV-infikovaným osobám a pro jejich odkazování na specializované služby

V této příloze jsou shrnuty hlavní body poradenství pro osoby, u nichž je nově zjištěna infekce virem HIV, a jejich odkazování na specializované služby, jak jsou vyloženy v materiálu *Revised Guidelines for HIV Counseling, Testing, and Referral* (CDC. MMWR 2001;50(No. RR-19):1-54.). Podrobněji jsou tato doporučení rozvedena v <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5019.pdf>.

Základní informace a podpora

- Zajistit, aby klient obdržel výsledek testu a porozuměl jeho smyslu.
- Poskytnout psychologickou podporu, popřípadě odkázat na další psychologickou podporu, je-li pro to indikace.
- Zajistit, aby klient věděl, kde a jak získat další informace a služby.

Zdravotní posouzení a péče

- Provést lékařské posouzení a poskytnout zdravotní péči a léčbu (včetně screeningu na pohlavně přenosné nemoci a příslušné péče, screeningu a léčby virové hepatitidy nebo očkování proti ní a reprodukčních zdravotních služeb), popřípadě v této oblasti odkázat na příslušná pracoviště .

Prevence

- Poradit klientovi, aby nebyl dárce krve, plazmy či orgánů.
- Postarat se, aby měl klient dostatek správných informací o tom, jak se virus HIV přenáší a jak lze přenosu předcházet.
- Výslovně poukázat na mylné představy týkající se rizika přenosu viru HIV při určitých sexuálních praktikách nebo při sdílení pomůcek pro užívání drog a podat správný výklad.
- U sexuálně aktivních klientů se zabývat strategiemi pro prevenci dalších pohlavně přenosných chorob nebo krevních infekcí (jako je kapavka, syfilida, hepatitida typu B a hepatitida typu C).
- Poskytnout poradenství zaměřené na prevenci a soustředící se na klientovu osobní situaci a rizika s cílem pomoci mu stanovit si a dosáhnout konkrétních změn v chování za účelem snížení nebezpečí přenosu viru HIV, popřípadě odkázat v této věci na specializované pracoviště.
- Posoudit potřebu a poskytnout další služby v oblasti prevence HIV (např. individuální nebo skupinové poradenství, *prevention case management*), popřípadě v této věci odkázat na specializované pracoviště.
- Poskytnout služby v oblasti poradenství pro partnery a jejich odkazování na specializované služby v souladu s platnými zákony a předpisy, popřípadě v této věci odkázat na specializované pracoviště.

Speciální problematika těhotných žen

- Poskytnout informace o riziku perinatálního přenosu viru HIV, o způsobech, jak toto riziko snížit a o prognóze pro infikované děti.
- Poskytnout speciální službu poskytovatelů, kteří jsou znalí problematiky prevence perinatální nákazy virem HIV, popřípadě v této věci odkázat na specializované pracoviště.

- Poskytnout nedirektivní poradenství ve věci všech reprodukčních možností, popřípadě v této věci odkázat na specializované pracoviště.

Další podpora

- Posoudit potřebu a poskytnout další podpůrné služby, například v oblasti prevence a léčby drogové nebo alkoholové závislosti; služby v oblasti duševního zdraví, právní služby, pomoc v oblasti bydlení, stravování, zaměstnání, dopravy a péče o děti a domácího či partnerského násilí, popřípadě v této věci odkázat na specializované pracoviště.

Následné sledování

- Zvážit ujednání následné schůzky 3 – 6 měsíců po diagnostikování, aby se posoudilo, zda klient dokázal vstoupit do zdravotní péče, minimalizovat riziko přenosu na neinfikované osoby a využít dalších služeb, které potřebuje (například poradenství pro partnery a jejich odkázání na specializované služby).

Strategie k tomu, aby byl klient efektivně odkázán na specializované služby

- Promluvit si s klientem za účelem zjištění, které hlavní faktory (a) mají nejspíše vliv na jeho schopnost přijmout resp. dodržovat chování, kterým se sníží riziko přenosu nákazy virem HIV, nebo (b) podporují zdraví a brání postupu nemoci.
- Přizpůsobit odkaz na specializovanou službu tomu, které potřeby zjišťuje a priority si stanoví sám klient.
- Po poradě s klientem posoudit a řešit případné faktory, které využívání péče specializovaných služeb ztěžují (např. chybějící dopravní možnosti nebo péče o děti, pracovní doba nebo náklady).
- Poskytnout informace potřebné ke kontaktování specializovaných služeb, jako je jméno kontaktní osoby, podmínky nárokovatelnosti služby, místo, pracovní doba a telefonní číslo.
- Poskytnout nebo zajistit pomoc, je-li indikována (např. ujednat schůzku, řešit problém přepravy).
- Získat klientův souhlas s tím, že budou sděleny identifikační informace, aby bylo možno odkaz na specializovanou službu provést a zkontrolovat.
- Zadokumentovat, na které služby byl klient odkázán a jaká je v tomto ohledu situace (např. zda se tam klient dostavil); pokud se tam klient nedostavil, pak důvod; a jak je klient s těmito službami spokojen.

Slovníček anglických pojmů, jejich překlad a výklad

AIDS: Syndrom získané imunodeficiencie. Může ovlivnit imunitní systém a centrální nervovou soustavu a vyvolat neurologické potíže, infekci nebo rakovinu. Způsobuje jej virus humánní imunodeficiencie, HIV.

Anonymous (anonymní): Při anonymním testování nejsou k údajům z testu připojeny informace identifikující klienta; to platí i o žadance o test a výsledcích testu.

Antiretroviral therapy (antiretrovirová terapie): Léčba pomocí léků, jejichž účelem je zabránit tomu, aby se v HIV-infikovaných osobách virus HIV replikoval. Při antiretrovirovém režimu nazvaném „Vysoce aktivní antiretrovirová terapie“ (highly active antiretroviral therapy, HAART) se používá řada antiretrovirových léků různých skupin.

Capacity building (budování kapacity): Aktivita, kterými se posilují základní oblasti kompetentnosti organizace a jež přispívají k její schopnosti vypracovat a realizovat efektivní intervenci v oblasti prevence nákazy virem HIV a udržet infrastrukturu a bázi zdrojů potřebné k podpoře a udržení intervence.

Client-centered HIV prevention counseling (poradenství v oblasti prevence HIV soustředěné na konkrétního klienta): Interaktivní model poradenství v oblasti snižování rizika prováděný obvykle při testování na HIV, kdy poradce pomáhá klientovi identifikovat a poznat osobní rizikové chování z hlediska HIV a soustředit se na jeden dosažitelný krok ve změně chování, kterým se může klientovo riziko HIV snížit.

Collaboration (spolupráce): Součinnost s další osobou, organizací nebo uskupením k oboustrannému prospěchu výměnou informací, sdílením zdrojů nebo rozšiřováním kapacity druhé strany, často k dosažení společného cíle nebo účelu.

Community Planning Group (komunitní plánovací uskupení): Oficiální plánovací orgán v oblasti prevence HIV, které se řídí Komunitními plánovacími směrnici k prevenci HIV při vypracovávání uceleného plánu prevence HIV pro určitou projektovou oblast.

Confidentiality (důvěrný charakter, utajení): Týká se sdělení osobních údajů ve vztahu důvěry a při očekávání, že nebudou ostatním stranám odhaleny způsobem, jenž je s původním sdělením nekonzistentní. Důvěrný charakter je třeba zachovat o osob, které jsou doporučeny resp. kterým se dostává služeb poradenství v oblasti HIV, testování a odkazování na specializovaná pracoviště (CTR).

Confidential HIV test (důvěrný test na HIV): Test na HIV, kdy je záznam o testu a jeho výsledek zanesen do klientovy karty.

Confirmatory test (kontrolní, stvrzovací test): Vysoce specifický test sloužící k potvrzení výsledku dřívějšího (screeningového) test. Při testování na HIV se jako kontrolní test používá Western blot nebo, řidčeji, fluorescenční imunologický test (IFA).

Culturally Appropriate (vhodný z kulturního hlediska): Odpovídající akceptovatelným výrazům a standardům chování a myšlení dané kultury. U intervencí a vzdělávacích materiálů bude pravděpodobnost, že budou odpovídající z kulturního hlediska, vyšší, jestliže budou k jejich plánování, vývoje/vypracování a pilotního zkoušení přizváni představitelé cílové populace.

Demographics (demografické údaje): Statistická charakteristika určité lidské populace, jako je věk, rasa, etnický původ, pohlaví nebo velikost.

Duty to Warn (povinnost varovat): Právní koncepce, podle které poskytovatel zdravotní péče, který zjistí, že určitý infikovaný klient s určitou pravděpodobností přenáší virus HIV na další identifikovatelnou osobu, je povinen podniknout kroky k tomu, aby na to tuto osobu upozornil; co konkrétně „povinnost varovat“ obnáší, stanoví zákon daného státu.

EIA: Enzymatická imunologická zkouška. Někdy se jí říká ELISA (viz níže). Jedná se o běžně užívaný screeningový test ke zjištění protilátek k HIV.

ELISA: Enzyme-linked immunosorbent assay. Druh EIA (viz výše). Jedná se o běžně užívaný screeningový test ke zjištění protilátek na HIV.

Evaluation (hodnocení): Proces ke stanovení, jak dobře zdravotnický systém, ať již veřejný nebo soukromý, poskytuje resp. zlepšuje služby, a k prokazování výsledků investování zdrojů.

Evidence-based (vycházející z dokladů/důkazů): Behaviorální, sociální a strukturální intervence, které jsou relevantní pro snižování rizika HIV, jež byly testovány za uplatnění metodicky rigorózního schématu a ve výzkumném prostředí se osvědčily jako efektivní. Tyto intervence vycházející z dokladů či z vědy byly vyhodnoceny na základě behaviorálních nebo zdravotních výsledků; byly porovnány s kontrolní/srovnávací skupinou (skupinami) (nebo s pre-post údaji bez srovnávací skupiny, jedná-li se o studii politiky); nevyznačují se zjevnou systematickou odchylkou (biasem) při přiřazování osob intervenci nebo kontrolním skupinám nebo byly na zjevný bias v přiřazení adjustovány; a při porovnání s kontrolní/srovnávací skupinou (skupinami) poskytly významně větší pozitivní výsledky a neposkytly výsledky negativní.

Freestanding HIV test site (samostatná instituce testující na HIV): Instituce poskytující pouze služby na poli HIV. Někdy se jim říká alternativní testovací místo nebo anonymní testovací místo.

Group-level interventions (intervence na úrovni skupiny): Poradenství na poli zdravotní výchovy a snižování rizika, kde se poskytování služby přesouvá od jednotlivce na skupiny různé velikosti. Při intervencích na skupinové úrovni se používá peer i non-peer modelů (kde působí osoby stejného postavení nebo nikoli) s celou škálou schopností, dovedností a kvalifikací, informací, výchovy a podpory.

Guidance (vedení, usměrňování, pokyny): Informace pomáhající provádět aktivity na poli prevence HIV; vůdčí principy.

Guidelines (pokyny, směrnice): Nadiktovaný soubor aktivit; praktiky.

HIV: Virus humánní imunodeficiencie, způsobující AIDS. Existuje více typů HIV, z nichž je ve Spojených státech nejběžnější HIV-1.

HIV test (test na HIV): Přesněji řečeno test na protilátky HIV, jedná se o laboratorní postup, při kterém se detekují protilátky vůči HIV, nikoli virus sám.

HIV prevention counseling (poradenství na poli prevence nákazy virem HIV): Jedná se o interaktivní proces mezi klientem a poradcem, jehož cílem je zredukovat rizikové chování v oblasti sexu a sdílení injekčních jehel, které může vést k získání viru HIV (u osob tímto virem neinfikovaných) nebo k jeho přenosu (od klientů virem HIV infikovaných). Viz též heslo „Client-centered HIV prevention counseling“.

Incidence (incidence, výskyt, četnost): Pojem používaný v epidemiologii, kde značí počet nových případů infekce nebo nemoci, jež se objeví v definované populaci za určitou specifickou dobu.

Individual-level interventions (intervence na individuální úrovni/úrovni jednotlivce): Poradenství na poli zdravotní výchovy a snižování rizika poskytované postupně jednotlivým osobám. Tyto intervence pomáhají klientovi vypracovat si plán, jak změnit své chování, a své chování průběžně vyhodnocovat; zahrnují aktivity k vybudování schopností a dovedností.

Tyto intervence také pomáhají napojovat klienty na služby jak v klinickém, tak v komunitním prostředí (například při léčbě drogové závislosti) na podporu chování a praktik, kterými se předchází přenosu viru HIV, a pomáhají klientovi vypracovat si plán, jak tyto služby obdržet.

Informed consent (informovaný souhlas): Právně účinné svolení klienta nebo jeho zákonného zástupce (např. v případě nezletilce jeho rodiče nebo opatrovníka), že absolvuje určitý lékařský test nebo proceduru.

Injection drug user (osoba užívající injekční drogy): Člověk vpravující si drogy do těla injekčně za pomoci jehly.

Jurisdiction (jurisdikce, správní oblast): Oblast nebo region spadající do působnosti určitého státního orgánu. Výraz se obvykle používá pro oblast, kde státní nebo místní zdravotní úřad monitoruje aktivity na poli prevence HIV. (Například Jonestown spadá do jurisdikce zdravotního úřadu Jones County.)

Oral fluid test (test ústní tekutiny): Test, kde se využívá ústní mukozální transudát, sérová tekutina. K odlišení této tekutiny od slin se absorpční materiál po dobu několika minut ponechává v ústech. U HIV-infikovaných osob je pravděpodobné, že bude ústní mukozální transudát obsahovat protilátky proti viru HIV.

Outcome Monitoring (monitorování výsledku [akce]): Sledování pokroku u klientů nebo programu na základně výstupních parametrů stanovených v cílech programu. Posuzují se vlivy intervencí na klientovy parametry, jako jsou vědomosti, postoje, přesvědčení a chování.

Monitorováním je možno zjistit změny, které nastaly, ovšem ty nemusejí být důsledkem intervence. Zde by byl zapotřebí rigoróznější přístup (viz heslo „Outcome evaluation“).

Outcome evaluation (hodnocení výsledku [akce]): Hodnocení výsledku zahrnuje posouzení bezprostředních nebo přímých vlivů programu na jeho účastníky; například do jaké míry se v důsledku programu zvýšily vědomosti o HIV/AIDS, pocítuje se riziko infekce resp. snížil se úmysl praktikovat rizikové chování z hlediska přenosu viru HIV.

Hodnocením výsledku se také posuzuje, nakolik program dosahuje svého cíle, pokud jde o zamýšlené krátkodobé a dlouhodobé změny v cílové populaci.

Partner counseling and referral services (PCRS) (poradenské služby pro partnery a jejich odkazování na specializovaná pracoviště): Preventivní aktivita, jejímž účelem je a) poskytnout služby HIV-infikovaným osobám a jejich sexuálním partnerům resp. partnerům v používání injekčních jehel tak, aby dokázali snížit riziko infekce nebo, pokud již infikováni jsou, dokázali předejít přenosu na další osoby a b) pomoci partnerům získat dříve přístup k individualizovanému poradenství, testování na HIV, lékařskému posouzení, léčbě a dalším službám na poli prevence a podpory.

Perinatal HIV transmission (perinatální přenos viru HIV): Přenos viru HIV z matky na plod nebo dítě během těhotenství, porodu či kojení.

Positive test (pozitivní test): V případě HIV vzorek, který je reaktivní na první test ELISA, opakovaně reaktivní na druhý test ELISA téhož vzorku a potvrzen jako pozitivní v testu Western blot nebo jiném dodatečném testu prokazujícím, že je klient infikován.

Preliminary positive (předběžně pozitivní): V případě HIV vzorek, který je reaktivní na první test EIA nebo na rychlý test. Předběžně pozitivní test na HIV se musí dát potvrdit reaktivním testem typu Western blot nebo jiným dodatečným testem prokazujícím, že je klient infikován.

Prevalence: Počet nebo procentický podíl osob v dané populaci majících v daném časovém okamžiku určitou nemoc nebo stav.

Prevention case management (PCM): Aktivita na poli prevence soustředěná na daného klienta, jejíž snahou je, aby klient s vícečetnými, složitými problémy a potřebami snížení rizika přijal chování k redukci rizika HIV. PCM je hybridem poradenství v oblasti prevence HIV a tradičního case managementu, který vyúsťuje v intenzivní průběžné individualizované poradenství na poli prevence, podporu a odkázání na další potřebné služby.

Prevention counseling (poradenství na poli prevence): Interaktivní proces mezi klientem a poradcem zaměřený na snížení rizikového chování v oblasti sexu a sdílení injekčních jehel ve vztahu k získání nákazy virem HIV (u klientů, kteří virem HIV infikováni nejsou) nebo k přenosu viru HIV (u klientů, kteří virem HIV infikováni jsou). Viz též hesla „Client-centered HIV prevention counseling“ and „HIV prevention counseling“.

Quality assurance (zajištění jakosti): Průběžný proces k zajištění, že se programem CTR dostává klientům efektivně a soustavně služeb na vysoké úrovni.

Rapid HIV test (rychlý test na HIV): Test k detekci protilátek proti HIV, kde se dá odběr a zpracování provést během krátké doby (např. zhruba 10 – 60 minut).

Referral (odkázání na specializované pracoviště): Proces, kterým je klient napojen na služby řešící potřeby na poli prevence (zdravotnická, preventivní a psychosociální podpora). Existují čtyři typy: **Provider Referral:** Poskytovatel informuje partnera a odkazuje ho na služby v oblasti poradenství, testování a další podpory; **Patient or Client Referral:** HIV-infikovaný klient na sebe bere plnou odpovědnost za to, že partnery o tom, že jsou vystaveni riziku nákazy virem HIV, sám informuje a odkáže je na poradenské, testovací a další podpůrné služby; **Contract Referral:** pokud HIV-infikovaný klient nedokáže v dohodnuté době (např. 3 dnů) partnera informovat, má poskytovatel svolení a potřebné informace k tomu, aby tak učinil on; **Dual Referral:** HIV-infikovaný klient a poskytovatel informují partnera (partnery) společně.

Risk assessment (posouzení rizika): Posouzení rizika je základní částí poradního sezení v oblasti prevence HIV zaměřeného na konkrétního klienta, kdy je klient pobízen, aby identifikoval, uznal a podrobně prodiskutoval svá osobní rizika, že by mohl získat nebo přenášet nákazu virem HIV.

Risk factor or behavior (rizikový faktor, rizikové chování): Chování nebo jiný faktor, ze kterého vzniká pro člověka riziko onemocnění. Například užívání drog je faktorem, kterým se zvyšuje riziko, že se daná osoba nakazí virem HIV; k faktorům

zvyšujím riziko, že daná osoba získá nákazu virem HIV nebo že jej bude přenášet, patří sdílení injekčního vybavení pro užívání drog, nechráněný anální nebo vaginální pohlavní styk či prodejní nechráněný sex.

Risk screening (Screening rizika): Stručné zhodnocení rizikových faktorů z hlediska HIV, jak behaviorálních, tak klinických, prováděné za účelem rozhodnutí, komu je třeba doporučit poradenství a testování na HIV. Screening rizika není totéž co posouzení rizika.

Screening: Provedení testu u všech osob v definované populaci; jedná se o základní, efektivní nástroj v oblasti veřejné hygieny a zdraví ke zjištění nepoznaného stavu, tak aby bylo možno nabídnout léčbu dříve, než se rozvinou symptomy.

Sensitivity (citlivost): Pravděpodobnost, že jestliže je osoba infikována nebo je v určitém stavu, bude její příslušný test pozitivní.

Seroconversion (serokonverze): První vývoj detekovatelných protilátek na určitý antigen; změna výsledku serologického testu z negativního na pozitivní v důsledku protilátek vyvolaných zavedením antigenů nebo mikroorganismů do hostitelského organismu.

Specificity (specifická, specifčnost): Pravděpodobnost, že jestliže osoba infikována nebo v určitém stavu není, bude test negativní.

Testing (testování): Provedení testu s ohledem na klinické symptomy nebo rizikové faktory chování dané osoby; jedná se o predominantní paradigma pro diagnostikování nákazy virem HIV.

Voluntary HIV testing (dobrovolné testování na HIV): Testování na HIV, které se nabízí bez nátlaku. Při dobrovolném testování má účastník možnost se testování na HIV podrobit nebo je odmítnout.

Western blot: Laboratorní test, kterým se detekují specifické protilátky na komponenty určitého viru. Užívá se hlavně jako kontrolní test po opakovaně reaktivních testech EIA nebo rychlých testech.