

HIV-nakkuse testimise ja HIV-positiivsete isikute ravile suunamise tegevusjuhise

HIV-nakkuse testimise ja HIV-positiivsete isikute ravile suunamise tegevusjuhise koostas multidistsiplinaarne töörühm Sotsiaalministeeriumi juhtimisel. Tööprotsessi olid kaasatud:

- Eesti Laborimeditsiini Ühing
- Eesti Infektsioonhaiguste Selts
- Eesti Dermatoveneroloogide Selts
- Eesti Perearstide Selts
- Eesti Naistearstide Selts
- Eesti Haigekassa
- Narva Haigla
- Ida-Viru Keskhaigla
- Tervise Arengu Instituut
- Terviseamet
- HIV-nakkuse referentlabor
- MTÜ Eesti HIV-positiivsete Võrgustik

2012

SISUKORD

SISSEJUHATUS	3
TAUST	3
HIV-TESTIMINE	4
3.1 Konfidentsiaalsus ja HIV-testimine.....	4
3.2 Testieelne informeerimine	4
3.3 HIV-testi tulemusest teavitamine ja testijärgne nõustamine	4
3.4 Kontaktsete teavitamine	4
SOOVITUSED HIV-TESTIMISEKS	5
4.1 Milliseid meetodeid kasutada testimiseks?	5
4.2 Kes võib HIV-testi määrata?	5
4.3 Kellele tuleb HIV-test määrata?	5
4.4 Kui sageli tuleb testida?.....	6
RAVILE SUUNAMINE	6
HIV-RISKIRÜHMAD	6
HAIGUSED, MILLE KORRAL HIV-TESTIMINE ON NÄIDUSTATUD	7
Lisa 1 Kinnitava diagnostika skeem	8
Lisa 2 HIV kinnitava diagnostika lihtsustatud skeem.....	9
Kasutatud kirjandus.....	9

SISSEJUHATUS

30 aastat pärast HIV-nakkuse esmakordset kirjeldamist ületab HIV-positiivsete isikute arv maailmas 33 miljonit. Nendest umbes 60% (18–80% erinevates Euroopa riikides) ei tea, et nad on HIVi nakatunud. Eestis on HIV-nakkust diagnoositud ligi 8000 korral, kuid UNAIDSi ja ekspertide hinnangul võib HIVi nakatunud inimeste tegelik arv küündida 12 000 inimeseni. Inimesed, kes ei ole oma HIVi nakatumisest teadlikud, on suurema tõenäosusega nakkuse allikaks. Ilma nende avastamise ja ravita ei ole võimalik HIV-nakkuse levikut tõhusalt ennetada. Lisaks sellele hilineb oma nakkusest mitteteadlikele isikutele arstiabi andmine, mis põhjustab hiljem asjatult suuri ravikulusid ning HIVi nakatunud laste sündi. Varajane HIVnakkuse avastamine võimaldab hakata jälgima patsiendi tervislikku seisundit ning alustada õigeaegselt antiretroviirusravi (ARV-ravi). Tänapäeval aitab tõhus ja õigeaegne ARV-ravi säilitada head elukvaliteeti aastateks.

Käesoleva HIV-nakkuse testimise juhise eesmärk on tagada HIVi nakatunute varajane avastamine, vähendades seeläbi nakatumisest mitteteadlike inimeste osakaalu, võimaldada õigeaegselt alustada ravi ning aidata kaasa nakkuse edasise leviku ennetamisele. Juhises kirjeldatakse patsiendigruppe, keda tuleb HIV-nakkuse suhtes uurida. Lisaks antakse suunised HIV-nakkuse testimise läbiviimiseks, testimise sageduseks, testieelseks informeerimiseks, testijärgseks nõustamiseks ja nakatunud patsientide edasistele uuringutele ja ravile suunamiseks.

HIV-nakkuse testimise juhise koostamisprotsessi olid kaasatud valdkonnas aktiivselt tegutsevad tippspetsialistid ning erialaseltsid, kes kõik ühiselt leidsid, et HIV-nakkuse testimise hoogustamine on meie olukorda arvestades väga oluline. HIV-nakkuse testimise juhise koostamise töösse olid kaasatud Eesti Laborimeditiini Ühing, Eesti Infektsioonhaiguste Selts, Eesti Dermatoveneroloogide Selts, Eesti Perearstide Selts, Eesti Naistearstide Selts, Eesti Haigekassa, Narva Haigla, Ida-Viru Keskhaigla, Tervise Arengu Instituut, Terviseamet, HIV-nakkuse referentslabor ja MTÜ Eesti HIV-positiivsete Võrgustik.

TAUST

Alates aastast 1988 on Eestis 23 aasta vältel HIV-nakkust diagnoositud 8034 korral (02.12.2011 aasta seisuga). 2010. aastal diagnoositi 372 uut juhtu (28 juhtu 100 000 elaniku kohta; 10% vähem kui 2009. aastal). Uutest juhtudest 144 olid naised (39%). Valdav osa uutest HIV-juhtudest registreeriti Ida-Virumaal ja Tallinnas – vastavalt 45% (n=168; 100 juhtu 100 000 elaniku kohta) ja 44% (n=165; 41 juhtu 100 000 elaniku kohta). Mujal Eestis diagnoositi kokku 39 uut HIV-juhtu (5 juhtu 100 000 elaniku kohta).

Kinnipidamisasutuses viibinud inimesi oli uute juhtude seas 19% (n=72). AIDSi nõustamiskabinetides avastatud uutest HIV-juhtudest (n=153; 41% kõigist uutest HIV juhtudest) olid 43% inimesed, kes on narkootikume süstinud. Suurem osa HIV-juhtudest on aastate jooksul avastatud vanuserühmas 15–29 eluaastat, seda nii naiste kui meeste seas. Enam kui 29-aastaste osakaal uute HIV-juhtude seas on kasvamas, kuid absoluutarvud olid aastatel 2006–2010 suhteliselt stabiilsed (115–130 juhtu meeste ja 60–75 juhtu naiste seas aastas).

Riikliku HIVi ja AIDSi strateegia raames on HIV-testimine üheks prioriteediks. Lisaks testimisele tervishoiuasutustes rahastatakse riikliku strateegia raames ka anonüümset HIV testimise ja nõustamise teenust, mis on eelkõige suunatud riskirühmadele.

HIV-TESTIMINE

3.1 Konfidentsiaalsus ja HIV-testimine

Kuna HIV-nakkus ja sellega seotud riskikäitumine on ühiskonnas häbimärgistatud, peavad tervishoiutöötajad HIV-testimisel arvestama konfidentsiaalsusega ja käitlema eriti delikaatseid isikuandmeid samamoodi kui kõikide teiste seisundite ja haiguste korral. HIV-testimine ja nõustamine peab toimuma privaatset ja toetavas õhkkonnas. HIV-testi tegemiseks ei ole vajalik patsiendi kirjalik nõusolek. Kui HIV-testi tegemine on näidustatud, piisab patsiendi suuliselt nõusolekust tema bioloogilise materjali uurimiseks.

3.2 Testieelne informeerimine

- Patsiendile tuleb selgitada, et HIV-testimine on vabatahtlik ning patsiendil on õigus testimisest keelduda. Igale patsiendile tuleb selgitada testimise olulisust tulenevalt tema riskiastmest, esinevast indikaatorhaigusest jne (vt käesoleva juhendi p 4.3).
- Patsiendilt ei ole vaja võtta eraldi kirjalikku informeeritud nõusolekut HIVtestimiseks, piisab suulisest teavitamisest.
- Testieelselt tuleb selgitada testimise olemust ja nn aknaperioodi võimalust. Aknaperiood on konkreetse testi tulemuse saamise aeg nakatumisest kuni ajani, mil test muutub positiivseks.

3.3 HIV-testi tulemusest teavitamine ja testijärgne nõustamine

HIV-testi tulemusest teavitamisega peab alati kaasnema testijärgne nõustamine.

Vastusest teavitamine

- Patsienti tuleb testi tulemusest teavitada silmast silma.
- Tulemuse annab patsiendile teada testi määranud tervishoiutöötaja isiklikult.
- Kui ambulatoorselt testitud patsient ei ole vastusele järele tulnud, tuleb temaga telefoni teel ühendust võtta ja kutsuda ta vastuvõtule. Ilmtingimata tuleb seda teha positiivse testitulemuse korral 2 nädala jooksul.

Testijärgne nõustamine

- Testijärgne nõustamine viiakse läbi vastavalt patsiendi riskikäitumisele ja testi tulemusele.
- Negatiivse tulemuse korral tuleb selgitada aknaperioodi võimalust ja korduva testimise vajadust (kui hoolimata negatiivsest tulemusest on hiljutise nakatumise kahtlus).
- Positiivse tulemuse korral tuleb patsient suunata nakkushaiguste arsti vastuvõtule. Võimalusel kasutatakse sotsiaaltöötaja abi.

3.4 Kontaktsete teavitamine

Kontaktsete isikute teavitamise (partnerite väljaselgitamise) eesmärk on korraldada HIVnakkuse uuringud HIVi nakatunu seksuaal- ja süstimispartnerite seas, tagades seeläbi nende HIV-nakkuse võimalikult varane diagnoosimine. Sotsiaalministri 31. oktoobri 2003. a määrus nr 123 „Nakkushaiguste tõrje nõuded“ (RTL 2003, 116, 1853) kehtestab, et tervishoiutöötaja selgitab seksuaalsel teel levivate infektsioonide (ka HIV-nakkus) korral välja nakkusallika ja haige partnerid (määruse lisa punkt 13.2: Tervishoiutöötaja selgitab välja HIV-haige seksuaal- ja süstlavahetuspartnerid, säilitades nende konfidentsiaalsuse). Partnerite teavitamine võib toimuda patsiendi poolt (patsient teavitab oma võimalikke kontakteid ja edastab info vastavatest tervishoiuteenustest) või selleks määratud tervishoiutöötaja abil (patsient annab tervishoiutöötajale partneri(te) info – nime ja telefoninumbri või aadressi).

Viimasel juhul jääb patsient oma partnerite jaoks anonüümseks, sest tervishoiutöötaja ei avalda nendega ühendust võttes patsiendi nime.

SOOVITUSED HIV-TESTIMISEKS

4.1 Milliseid meetodeid kasutada testimiseks?

HIV-testimiseks on kaks peamist võimalust:

- automatiseeritud või poolautomatiseeritud uurimine veeniverest (aknaperiood umbes 3–4 nädalat) ja
- kiirtest veeni või näpuotsaverest (aknaperiood 8–12 nädalat).

Laboriuuringu korral võib patsiendile teada anda ainult referentslaboris kinnitatud positiivse tulemuse.

Kiirtestimise korral antakse kohe teada ka positiivne tulemus ning selgitatakse selle tähendust, valepositiivsuse võimalust ja kinnitava diagnostika vajadust. Patsiendilt tuleb võtta veeniveri ja saata kinnitavaks diagnostikaks referentslaborisse. Olenemata sellest, millist esmast testi kasutatakse, tuleb positiivse tulemuse korral saata analüüs kinnitamiseks referentslaborisse. Kinnitava diagnostika skeem on esitatud juhise lisana.

4.2 Kes võib HIV-testi määrata?

HIV-nakkuse uuringuks võib analüüsi määrata arst või muu tervishoiutöötaja.

4.3 Kellele tuleb HIV-test määrata?

HIV-testimist tuleb pakkuda (nii ambulatoorsete kui statsionaarsete tervishoiuteenuste osutamisel) järgmistele isikutele järgmistes olukordades:

- kõik rasedad arvele võtmisel ja 30. rasedusnädalal (sotsiaalministri 31. oktoobri 2003. a määruse nr 118 „Nakkushaiguse ja nakkuskandluse uurimise ning ravimise kord rasedal“ ja Eesti Naistearstide Seltsi 2006. a märtsis kinnitatud raseduse jälgimise juhendi kohaselt);
- kõik HIV-positiivsete naiste vastsündinud (HIV-positiivse ema vastsündinut uuritakse HIV suhtes PCR meetodil kokku 4 korda: esimese kahe elunädala jooksul, 1-kuuselt, 3-kuuselt ja 6-kuuselt. Edasi uuritakse last HIV antikehade suhtes 1-aastaselt ja 1,5-aastaselt. Seda tehakse, et selgitada välja, kas laps on nakatunud või mitte. Lõplikult saab öelda, et laps ei ole nakatunud, lapse 1,5-aastaseks saamisel);
- kõik seksuaalsel teel leviva nakkuse kahtlusel arsti (dermatoveneroloog, günekoloog, uroloog, perearst) vastuvõtule pöörduvad inimesed (seksuaalsel teel levivate infektsioonide ravijuhise kohaselt);
- kõik tuberkuloosi kahtlusel kopsuarsti vastuvõtule pöörduvad inimesed (tuberkuloosi diagnostika, ravi ja ravi jälgimise juhiste kohaselt);
- kõik vanglasse karistust kandma saadetud inimesed (justiitsministri 22. märtsi 2011. a käskkirja nr 34 kohaselt);
- kõik sõltuvusravi- ja rehabilitatsiooniprogrammide patsiendid (programmiga liitumisel ja edaspidi vähemalt kord aastas nendel, kelle viimane analüüs oli negatiivne);
- doonoriveri ja veretooted (sotsiaalministri 31. oktoobri 2003. a määruse nr 121 „Nakkustekitajate suhtes doonori ning doonorivere ja veretoote uurimise kord“ kohaselt);
- rakkude, kudede ja elundite doonorid (sotsiaalministri 19. detsembri 2008. a määruse nr 82 „Rakkude, kudede ja elundite doonorite valiku kriteeriumid ja doonoritele ettenähtud kohustuslike laboratoorsete uuringute loetelu ning uuringute tegemise

tingimused ja kord“ kohaselt);

- naised, kes otsustavad raseduse katkestada (Harjumaal, sh Tallinnas, ja Ida-Virumaal kõik naised, mujal Eestis riskikäitumise korral);
- kõik indikaatorhaigustega patsiendid (vt punkt 7);
- kõik riskirühma kuuluvad patsiendid (vt punkt 6).

Kõikjal Eestis tuleb HIV-test teha kõigile ambulatoorsel ravil (v.a erakorralise meditsiini osakond, kus testitakse vastavalt kliinilistele näidustustele) ja statsionaarsel ravil (sh päevakirurgia) viibivatele patsientidele sõltumata vanusest indikaatorhaiguste olemasolul (vt punkt 7) ja/või riskirühma kuulumisel (vt punkt 6).

Harjumaal ja Ida-Virumaal tuleb HIV-test teha kõigile 16–49-aastastele ambulatoorsel ravil (v.a erakorralise meditsiini osakond, kus testitakse vastavalt kliinilistele näidustustele) ja statsionaarsel ravil (sh päevakirurgia) viibivatele patsientidele.

4.4 Kui sageli tuleb testida?

- Indikaatorhaiguste ja -seisundite korral tuleb testida esmakordsel diagnoosimisel. Korduv testimine on vajalik, kui uuel külastusel või hospitaliseerimisel selgub, et patsient on pärast viimast negatiivset HIV-testi tulemust käitunud riskeerivalt (vt punktid 6.1–6.5).

- Punktides 6.1–6.5 nimetatud riskirühma kuuluvaid isikuid tuleb testida esmakordsel külastusel ja edaspidi pakkuda testimist kord aastas või vajaduse korral sagedamini, kui sümptomid viitavad võimalikule serokonversioonile või kui inimene käitub jätkuvalt riskeerivalt. Punktides 6.6–6.8 nimetatud isikuid tuleb testida riskiolukorra järel aknaperioodi möödudes ja soovitavalt 3 kuu möödudes.

- Harjumaal, sh Tallinnas ja Ida-Virumaal, tuleb HIV-nakkuse suhtes testida kõiki patsiente vanuses 16–49, kes on sattunud statsionaari (k.a päevakirurgia; perearst peab saatekirjale märkima, kas on testitud). Nooremaid ja vanemaid statsionaari patsiente tuleb testida vastavalt riskirühmale ja/või indikaatorhaigusele.

- Harjumaal, sh Tallinnas ja Ida-Virumaal, tuleb HIV-nakkuse suhtes uurida kõiki ambulatoorseid patsiente (v.a erakorralise meditsiini osakonnas, kus tuleb testida vastavalt kliinilistele näidustustele) vanuses 16–49 aastat esmakülastusel ja edaspidi vastavalt indikaatorhaigusele või kui patsient on pärast viimast negatiivset HIV-testi tulemust jätkanud riskikäitumist.

RAVILE SUUNAMINE

Positiivse testitulemuse korral suunab HIV-nakkuse diagnoosinud tervishoiutöötaja patsiendi nakkushaiguste arsti vastuvõtule. Võimalusel kasutatakse sotsiaaltöötaja abi. ARV-ravi on HIVi nakatunud patsientidele tasuta ning Eesti riik tagab selle kõigile vajajatele.

HIV-RISKIRÜHMAD

HIV-riskirühma kuuluvad:

- 6.1 süstitavaid narkootikume tarbinud või tarbivad isikud;
- 6.2 prostitutsiooni kaasatud isikud;
- 6.3 meestega seksivad mehed;
- 6.4 eespool nimetatud isikute sekspartnerid;

- 6.5 isikud, kellel on olnud sekskontakt HIV-positiivse isikuga;
- 6.6 tervishoiu- ja teiste valdkondade töötajad, kellel on olnud tööalane kokkupuude potentsiaalselt nakkusohtlike kehavedelikega;
- 6.7 isikud, kelle kallal on tarvitatud seksuaalvägivalda;
- 6.8 korduvaid vere- või verekomponentide ülekandeid saanud isikud.

HAIGUSED, MILLE KORRAL HIV-TESTIMINE ON NÄIDUSTATUD

HIV-test tuleb teha järgmiste indikaatorhaiguste ja -seisundite korral (välja arvatud lastel):

- tuberkuloos (nii kopsu kui muude paikmete);
- seksuaalsel teel levivad nakkused (k.a ureaplasmoos, mükoplasmoos, genitaalherpes, papilloomviirusinfektsioon, gonorröa, süüfilis, klamüdioos, trihhomonoos);
- lümfoom;
- Kaposi sarkoom;
- emakakaela ja anaalpiirkonna vähk ja prekantseroossed seisundid;
- herpes zoster alla 65-aastastel isikutel;
- dissemineeritud herpes simplex nakkus;
- äge või krooniline B-hepatiit ja C-hepatiit;
- mononukleoosi sündroom;
- ebaselge põhjusega leukopeenia või trombotsütopeenia kestusega > 4 nädalat;
- generaliseerunud seborroiline dermatiit/follikuliit;
- generaliseerunud seeninfektsioonid (k.a oportunistlikud seeninfektsioonid);
- generaliseeritud tüükad ja nakkuslikud molluskid;
- korduv pneumoonia ühe aasta jooksul (rohkem kui üks kord aastas).

Kroonilise haiguse korral tuleb patsienti testida diagnoosimisel ja edasi üks kord aastas.

Lisa 1 Kinnitava diagnostika skeem

Eesti Laborimeditsiini Ühing
26.03.2012

Kinnitamisele kuuluvad kõik esmasel testimisel positiivseks/piiripealseks osutunud tulemused, mis on saadud HIV-antikehade või kombineeritult HIV-antikehade ning HIV antigeeni määramisel.

Sõltuvalt esmasel testimisel kasutatud meetodikast ja mõõtetulemustest kasutatakse kinnitavaks diagnostikaks järgmisi meetodikaid: 4-nda põlvkonna EIA HIV-1/HIV-2 antigeeni ja antikehade määramiseks, immunoblot HIV-1 ja HIV-2 spetsiifiliste antikehade määramiseks, HIV-1 antigeeni määramine, HIV-1 antigeeni neutralisatsioonitest ja HIV-1 RNA määramine. Standartne skeem kinnitaval testimisel on järgmine:

1. Positiivse esmase tulemuse korral tehakse kinnitav uuring esmalt kahe erineva EIA testsüsteemiga. Kui mõlema testsüsteemiga saadakse negatiivne tulemus, loetakse kinnitava uuringu tulemus negatiivseks. Kui EIA uuring on positiivne, uuritakse proovi edasi immunobloti abil (tugevalt positiivse tulemuse korral) või antigeeni testi abil (nõrgalt positiivse või selgusetu tulemuse korral).

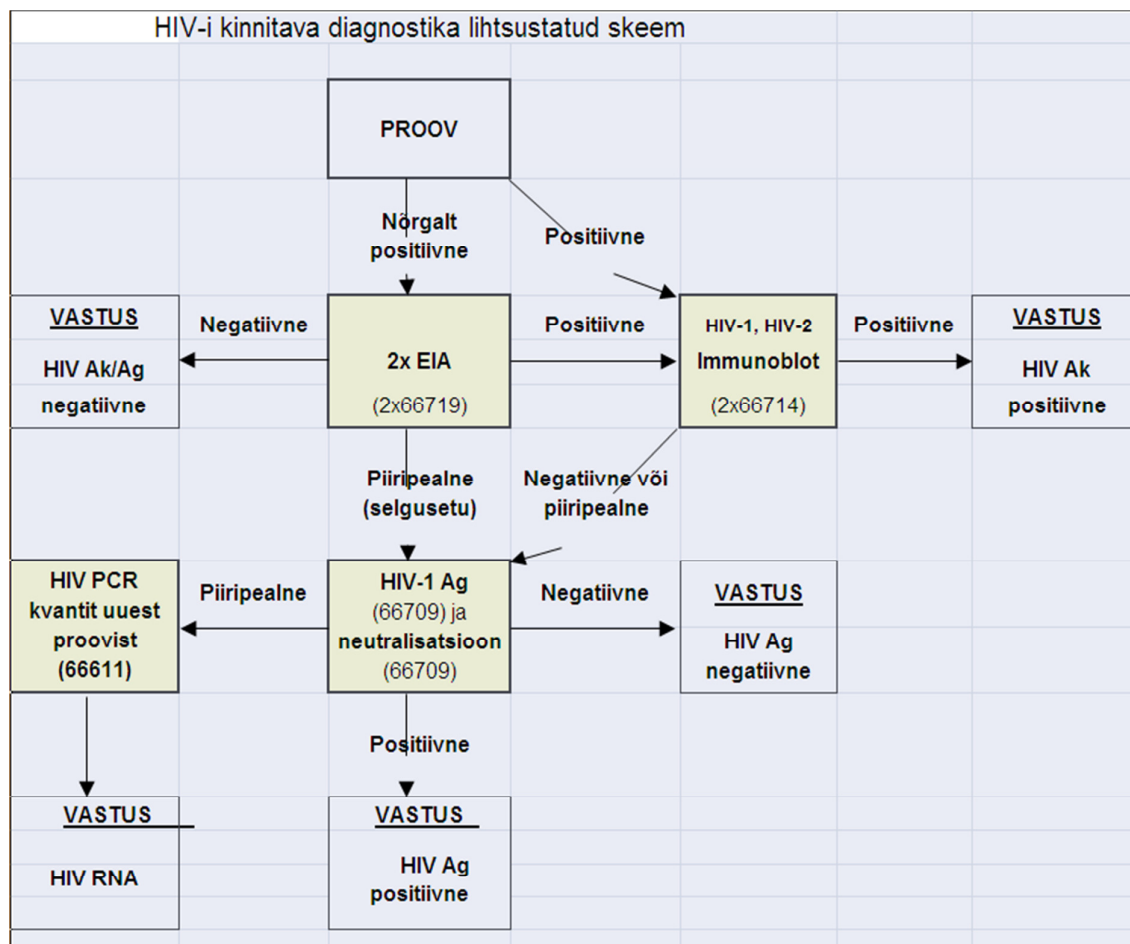
2. Immunoblot HIV-1/HIV-2 antikehadele tehakse antikehade suhtes selgelt positiivse EIA tulemuse spetsiifilisuse kinnitamiseks. Kui immunoblotiga saadakse positiivne tulemus, loetakse tulemus kinnitatult positiivseks, vastasel korral uuritakse proovi edasi HIV-1 antigeeni suhtes.

3. HIV-1 antigeen määratakse kinnitava testina, kui uuringud HIV antikehade tuvastamiseks on andnud selgusetu tulemuse. Kinnitav uuring HIV-1 antigeenile loetakse positiivseks, kui positiivne tulemus on saadud nii HIV-1 antigeeni määramisel, kui ka selle neutralisatsioonitestil. Kui HIV-1 antigeeni uuring või vastav neutralisatsioonitest osutuvad negatiivseks, siis loetakse kinnitava uuringu tulemus negatiivseks.

4. HIV RNA kvantitatiivset sisaldust proovimaterjalis määratakse juhul, kui esmast positiivset tulemust ei ole õnnestunud eelnevate uuringutega ei kinnitada ega ümber lükata (tulemus on piiripealne või selgusetu). Uuringuks tellitakse täiendavalt teine proovimaterjal. Vastusena väljastatakse uuringu tulemus koos kasutatud meetodika määramispiiriga. Juhul, kui intervall, mille möödudes on võetud uus proovimaterjal, on pikem kui kaks nädalat, alustatakse proovimaterjali uurimist uuesti antikehade ja antigeeni kombineeritud määramisega.

Positiivne HIV p24 antigeeni või HIV RNA tulemus kinnitavad HIV infektsiooni olemasolu, kuid ei kinnita HIV serokonversiooni.

Lisa 2 HIV kinnitava diagnostika lihtsustatud skeem



Kasutatud kirjandus

1. Commission Decision of 28/IV/2008 amending Decision 2002/253/EC laying down case definitions for reporting communicable diseases to the Community network under Decision No 2119/98/EC of the European Parliament and of the Council.
2. Commission Decision of 28/IV/2008 amending Decision 2002/253/EC laying down case definitions for reporting communicable diseases to the Community network under Decision No 2119/98/EC of the European Parliament and of the Council.
3. European Centre for Disease Prevention and Control. HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union. Stockholm: ECDC; 2010.

4. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2010), Guidelines for testing HIV, viral hepatitis and other infections in injecting drug users, EMCDDA Manuals, Lisbon.
5. UK National Guidelines for HIV Testing 2008. British HIV Association 2008.
6. Centers for Disease Control and Prevention. Revised Guidelines for HIV Counseling, Testing, and Referral and Revised Recommendations for HIV Screening of Pregnant Women. MMWR 2001;50(No. RR-19).
7. Scaling up HIV testing and counseling in the WHO European Region as an essential component of efforts to achieve universal access to HIV prevention, treatment, care and support. Policy Framework. World Health Organization. Geneva 2010.