



Nacionalni inštitut
za javno zdravje

Okužba s HIV v Sloveniji

Letno poročilo 2016

ISSN 2350-3734

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

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

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



Okužba s HIV v Sloveniji: letno poročilo 2016 [Elektronski vir]. - El. časopis. - Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2006-

Način dostopa (URL): <http://www.nijz.si/epidemiolosko-spremljanje-nalezljivih-bolezni-letna-porocila>. Urednici : Irena Klavs, Tanja Kustec

ISSN 2335-2922 = Okužba s HIV v Sloveniji

614

COBISS.SI-ID 2822117

Ljubljana, november 2017

Pregled vsebine

Ključni poudarki	1
Priporočila	1
1 Uvod	2
2 Diagnosticirani primeri	3
3 Testiranje	8
4 Pozne diagnoze	10
5 Aids in smrt po diagnozi aidsa	13
6 Delež okuženih v skupinah z različnim tveganjem	14
7 Vedenje moških, ki imajo spolne odnose z moškimi	17
8 Vedenje injicirajočih uživalcev drog	18
9 Spolno vedenje prebivalcev	19
10 Izzivi za epidemiološko spremljanje	21
11 Izzivi za raziskovanje	22
12 Priporočila za preprečevanje in obvladovanje	23
13 Reference	24

Seznam slik

Slika 1:	Diagnosticirani primeri okužbe s HIV, aidsa in smrti po diagnozi aidsa, Slovenija, 2007–2016...	3
Slika 2:	Diagnosticirani primeri okužbe s HIV glede kategorij izpostavljenosti, Slovenija, 2007–2016	4
Slika 3:	Diagnosticirani primeri okužbe s HIV glede kategorij izpostavljenosti, skupaj in v 2016, Slovenija, 2007–2016	4
Slika 4:	Diagnosticirani heteroseksualno pridobljeni primeri okužbe s HIV glede vrste partnerjev, Slovenija, 2007–2016	5
Slika 5:	Diagnosticirani primeri okužbe s HIV glede regije bivanja ob diagnozi, Slovenija, 2007–2016 ...	6
Slika 6:	Diagnosticirani primeri okužbe s HIV glede na spol in starost ob diagnozi, Slovenija, 2007–2016	7
Slika 7:	Diagnosticirani primeri okužbe s HIV med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi, glede na starost ob diagnozi, Slovenija, 2007–2016	7
Slika 8:	Število diagnostičnih testov na okužbo s HIV, Slovenija, 2007–2016	8
Slika 9:	Odstotek moških, ki imajo spolne odnose z moškimi in so poročali o testiranju na okužbo s HIV v preteklem letu, zbirališče v Ljubljani, 2007–2016	9
Slika 10:	Delež poznih diagnoz okužbe s HIV, Slovenija, 2007–2016	10
Slika 11:	Delež poznih diagnoz okužbe s HIV med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi, Slovenija, 2007–2016	11
Slika 12:	Pogostost poznih diagnoz okužbe s HIV, Slovenija, 2007–2016	11
Slika 13:	Pogostost poznih diagnoz okužbe s HIV med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi, Slovenija, 2007–2016	12
Slika 14:	Mesta vzorčenja in skupine, zajete v sistem spremljanja spreminjanja deleža okuženih z nevezanim anonimnim testiranjem, Slovenija, 2007–2016	14
Slika 15:	Uporaba kondoma med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi, pri analnih spolnih odnosih v preteklem letu, priložnostni vzorec, Ljubljana, Slovenija, 2007–2016	17
Slika 16:	Izbrani kazalniki tvegane vedenja med injicirajočimi uživalci drog, ki so prvič zaprosili za pomoč v mreži centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, Slovenija, 2007–2016	18

Seznam tabel

Tabela 1:	Indikatorske bolezni ob diagnozi aidsa, Slovenija, 2007–2016	13
Tabela 2:	Delež okuženih med injicirajočimi uživalci nedovoljenih drog, moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi, pacienti s spolno prenesenimi okužbami in nosečnicami, Slovenija, 2007–2016	15

Ključni poudarki

- Število okuženih s HIV v Sloveniji narašča, vendar je predvidoma še vedno okužena manj kot ena oseba na 1.000 prebivalcev.
- Moški, ki imajo spolne odnose z moškimi (MSM), imajo nesorazmerno veliko okužb s HIV.
- V letu 2016 je bilo prepoznanih 56 primerov okužbe s HIV (2,7/100.000 prebivalcev), kar je bilo najvišje število prijavljenih primerov okužbe s HIV v enem letu.
- Med 54 primeri novih diagnoz okužbe s HIV med moškimi v letu 2016 je bilo 46 primerov med MSM (4,5/100.000 moških prebivalcev), kar je bilo najvišje število v enem letu.
- Skoraj polovica oseb z diagnozo okužbe s HIV v letu 2016 (45 odstotkov) je imela že hudo prizadet imunski sistem (<350 CD4 celic/mm³) in bi že nujno morali prejemati protiretrovirusna zdravila.
- Pri devetih od desetih bolnikih, ki so zboleli za aidsom v letu 2016, je bila tudi okužba s HIV prepoznana v istem letu. V letu 2016 sta umrla dva bolnika po diagnozi aidsa.
- Zaradi poznih diagnoz okužbe s HIV zamujamo številne priložnosti za uspešnejše zgodnje zdravljenje in preprečevanje novih okužb.

Priporočila

- Prva prednost je preprečevanje okužbe s HIV z znano učinkovitimi intervencijami, predvsem med MSM.
- Spodbujati moramo odgovorno in varno spolno vedenje, vključno z uporabo kondoma v vsem prebivalstvu, predvsem med mladimi in med MSM.
- Spodbujati moramo prostovoljno zaupno testiranje na okužbo s HIV v vseh skupinah z v povprečju višje tveganim vedenjem, predvsem med MSM, ki jim moramo omogočiti tudi svetovanje in testiranje na okužbo s HIV v njihovi skupnosti.
- Testiranje na okužbo s HIV v okviru zdravstvenega varstva je najbolj smiselno pri bolnikih z znaki in bolezenskimi težavami, ki kažejo na okužbo s HIV; otrocih, rojenih okuženim materam; pacientih ambulant za spolno prenesene okužbe; osebah z okužbam, ki kažejo na tvegano spolno vedenje; injicirajočih uživalcih prepovedanih drog (IUD) in bolnikih z okužbami, ki so povezane z injiciranjem prepovedanih drog. Omogočiti ga moramo tudi vsem, ki zanj zaprosijo, ker menijo, da so se izpostavili.
- Preprečevanje okužbe s HIV vključuje tudi zdravljenje okuženih in protiretrovirusno poekspozicijsko profilakso po izpostavljenosti okužbi s HIV pri delu v zdravstvu, nezaščitenih spolnih odnosih z znano okuženimi ali s pripadniki skupin z višjim tveganjem ter pri izpostavljenosti okuženi krvi pri souporabi pribora za injiciranje.
- Vsem z diagnozo okužbe s HIV moramo zagotoviti dostop do kakovostnega zdravljenja in oskrbe, ki vključuje tudi aktivno odkrivanje in zdravljenje drugih spolno prenosljivih okužb ter svetovanje za psihosocialno podporo okuženih in varnejšo spolnost, pa tudi podporo pri obveščanju partnerjev.

1 Uvod

Epidemiološko spremljanje okužbe s HIV smo koordinirali na NIJZ v skladu z določili Zakona o zdravstveni dejavnosti (1, 2) in slovensko Strategijo preprečevanja in obvladovanja okužbe s HIV za obdobje 2010-2015 (3). Temeljilo je predvsem na rednem zbiranju, analiziranju in interpretiranju podatkov o prijavljenih primerih. Prijava prepoznanih primerov z ustreznim naborom podatkov in posredovanje podatkov o obsegu testiranja sta obvezni v skladu z zakonskimi (Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva – ZZPPZ in Zakon o nalezljivih boleznih – ZNB) in podzakonskimi določili (4-6). Za zagotavljanje dobre primerljivosti podatkov o prijavljenih primerih se uporabljajo definicije za namene epidemiološkega spremljanja in standardiziran nabor podatkov (7-10).

V poročilu za obdobje 2007-2016 prikazujemo podatke o prijavljenih primerih okužbe s HIV, aidsa in smrti po diagnozi aidsa in podatke o obsegu diagnostičnega testiranja na okužbo s HIV v Sloveniji ter podatke o presejalnem testiranju za preprečevanje prenosa okužbe s HIV s krvnimi pripravki. Navajamo tudi deleže testiranih na okužbo s HIV v majhnih priložnostnih vzorcih moških, ki imajo spolne odnose z moškimi (MSM).

Spremljanje spreminjanja deleža okuženih s HIV v lahko dostopnih priložnostnih vzorcih različnih skupin prebivalcev (treh z v povprečju visoko tveganim vedenjem: injicirajoči uživalci prepovedanih drog (IUD), MSM in pacienti s spolno prenesenimi okužbami (SPO) in tudi ene z v povprečju nizko tveganim vedenjem, nosečnice) in nekaj kazalnikov tveganih vedenj v dveh skupinah z v povprečju visoko tveganim vedenjem (MSM in IUD) poteka v skladu s slovensko Strategijo preprečevanja in obvladovanja okužbe s HIV za obdobje 2010–2015 (3).

V poročilu prikazujemo rezultate spremljanja spreminjanja deleža okuženih s HIV med IUD, MSM, pacienti s SPO in nosečnicami ter nekaj kazalnikov tveganih vedenj za MSM in IUD za obdobje 2007-2016.

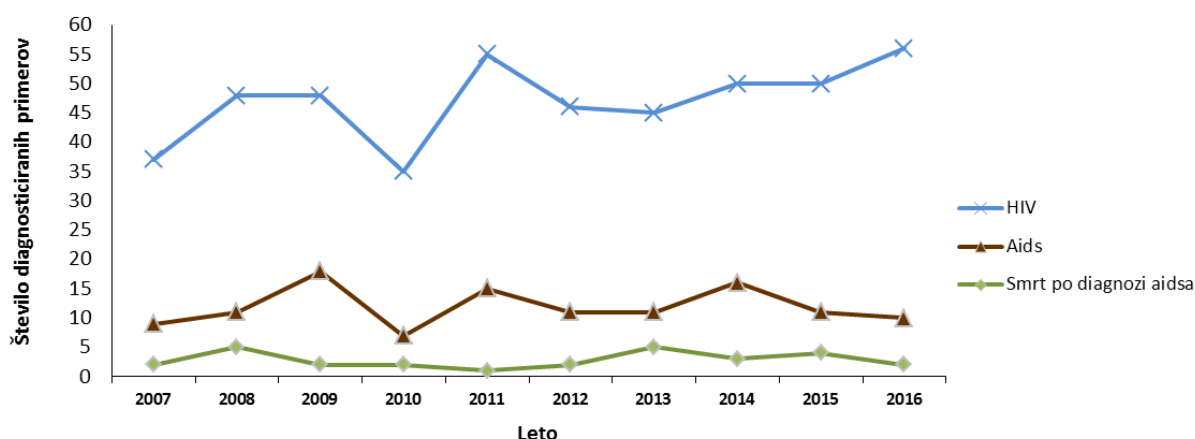
Na kratko povzemamo tudi objavljene rezultate prve slovenske nacionalne raziskave življenjskega sloga, stališč, zdravja in spolnosti v verjetnostnem vzorcu prebivalcev Slovenije, starih od 18 do 49 let, ki smo jo izvedli leta 2000. Z raziskavo smo dobili prve zanesljive podatke o spolnem vedenju prebivalcev Slovenije in njihovih stališčih v zvezi s spolnostjo, ki so pomembni za načrtovanje promocije spolnega in reproduktivnega zdravja vključno s preprečevanjem in obvladovanjem okužbe s HIV.

2 Diagnosticirani primeri

V letu 2016 je bilo NIJZ prijavljenih 56 primerov novih diagnoz okužbe s HIV (2,7/100.000 prebivalcev), 54 med moškimi (5,3/100.000 moških) in dva med ženskami (0,2/100.000 žensk). Poleg teh primerov je bilo v letu 2016 prijavljenih še sedem primerov okužbe s HIV pri osebah, ki jim je bila diagnoza postavljena v tujini že pred letom 2016 in so se leta 2016 začeli zdraviti v Sloveniji.

V obdobju zadnjih desetih let (2007-2016) je bilo v Sloveniji skupno 470 primerov novih diagnoz okužbe s HIV. Letno število prijavljenih primerov se je gibalo od najnižjega 35 (1,7/100.000 prebivalcev) v letu 2010 do najvišjega 56 (2,7/100.000 prebivalcev) v letu 2016 (Slika 1). V primerjavi z večino držav Evropske Unije (EU) imamo relativno nizko prijavno incidenco, saj je bila v letu 2015 povprečna prijavnica incidenca okužbe s HIV v 31 državah EU/EEA 5,8/100.000 prebivalcev in sta o nižji prijavnici kot Slovenija poročali samo dve državi (11). Pri interpretaciji teh podatkov pa se moramo zavedati, da prijavnica incidenca ne odraža dobro resnične pogostosti novih okužb v prebivalstvu, ker je diagnoza največkrat postavljena šele leta po okužbi.

Slika 1: Diagnosticirani primeri okužbe s HIV, aidsa in smrti po diagnozi aidsa, Slovenija, 2007-2016

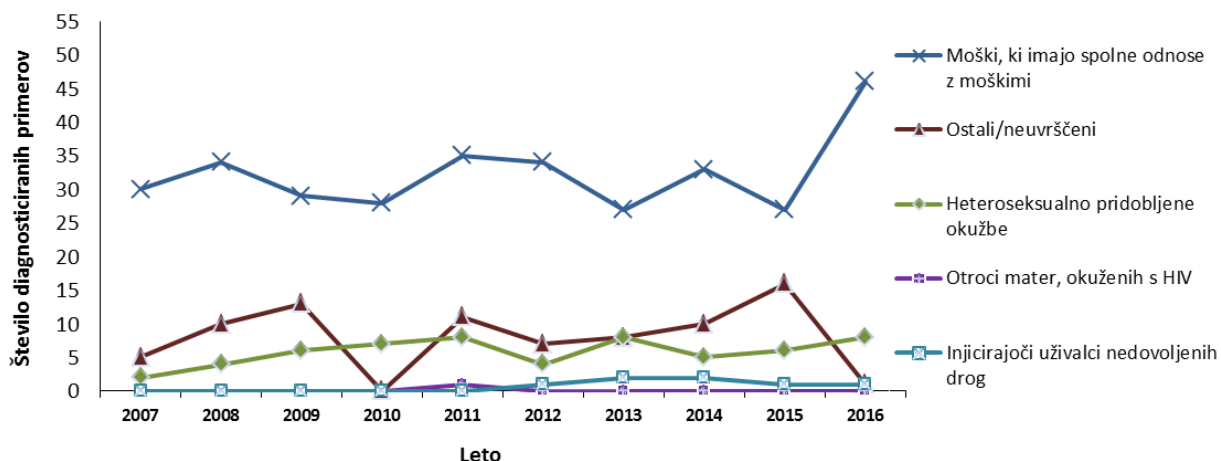


Vir: Zbirka podatkov IVZ (NIJZ) 52. Evidenca pojavnosti infekcije s HIV, aidsa in smrti zaradi aidsa po ZZPPZ, 20.11.2017.

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

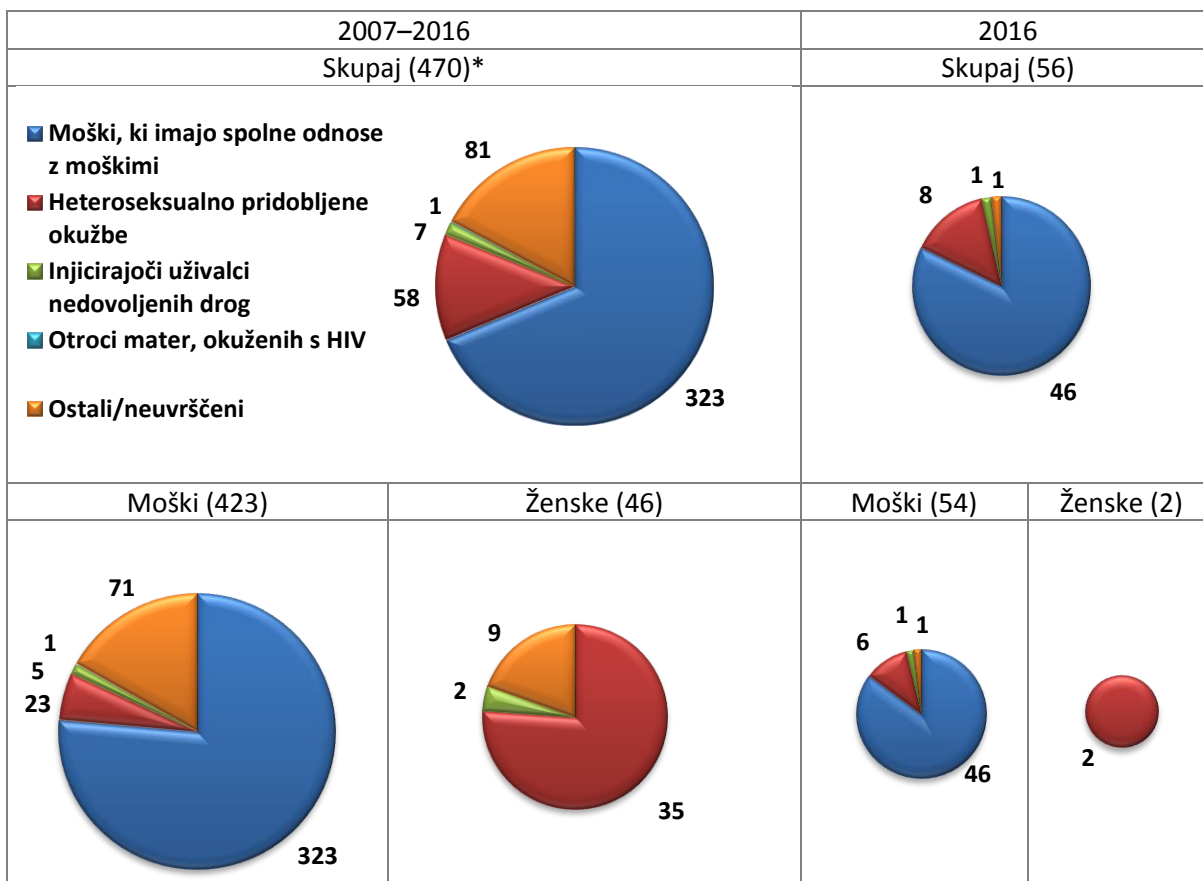
Med 54 primeri novih diagnoz okužbe s HIV med moškimi v letu 2016 jih je bilo 46 med MSM (4,5/100.000 moških), 19 več kot leta 2015. Šest moških se je najverjetneje okužilo s heteroseksualnimi spolnimi odnosi (trije moški s spolnimi odnosi z žensko iz držav z visokim deležem okuženega prebivalstva, pri treh ni bilo podatka o partnerki iz skupine z višjim tveganjem za okužbo ali njeni okužbi). En moški se je predvidoma okužil pri injiciranju prepovedanih drog, enega moškega pa nismo mogli uvrstiti v nobeno od znanih skupin z višjim tveganjem. Obe ženski sta se predvidoma okužili s heteroseksualnimi spolnimi odnosi (ena se je najverjetneje okužila s spolnimi odnosi z znano okuženim moškim, pri eni pa ni bilo podatka o partnerju iz skupine z višjim tveganjem za okužbo ali o njegovi okužbi) (Sliki 2 in 3).

Slika 2: Diagnosticirani primeri okužbe s HIV glede kategorij izpostavljenosti, Slovenija, 2007–2016



Vir: Zbirka podatkov IVZ (NIJZ) 52. Evidenca pojavnosti infekcije s HIV, aidsa in smrti zaradi aidsa po ZZPPZ, 20.11.2017

Slika 3: Diagnosticirani primeri okužbe s HIV glede kategorij izpostavljenosti, skupaj in v 2016, Slovenija, 2007–2016



Vir: Zbirka podatkov IVZ (NIJZ) 52. Evidenca pojavnosti infekcije s HIV, aidsa in smrti zaradi aidsa po ZZPPZ, 20.11.2017.

* En primer okužbe je bil pri transeksualni osebi.

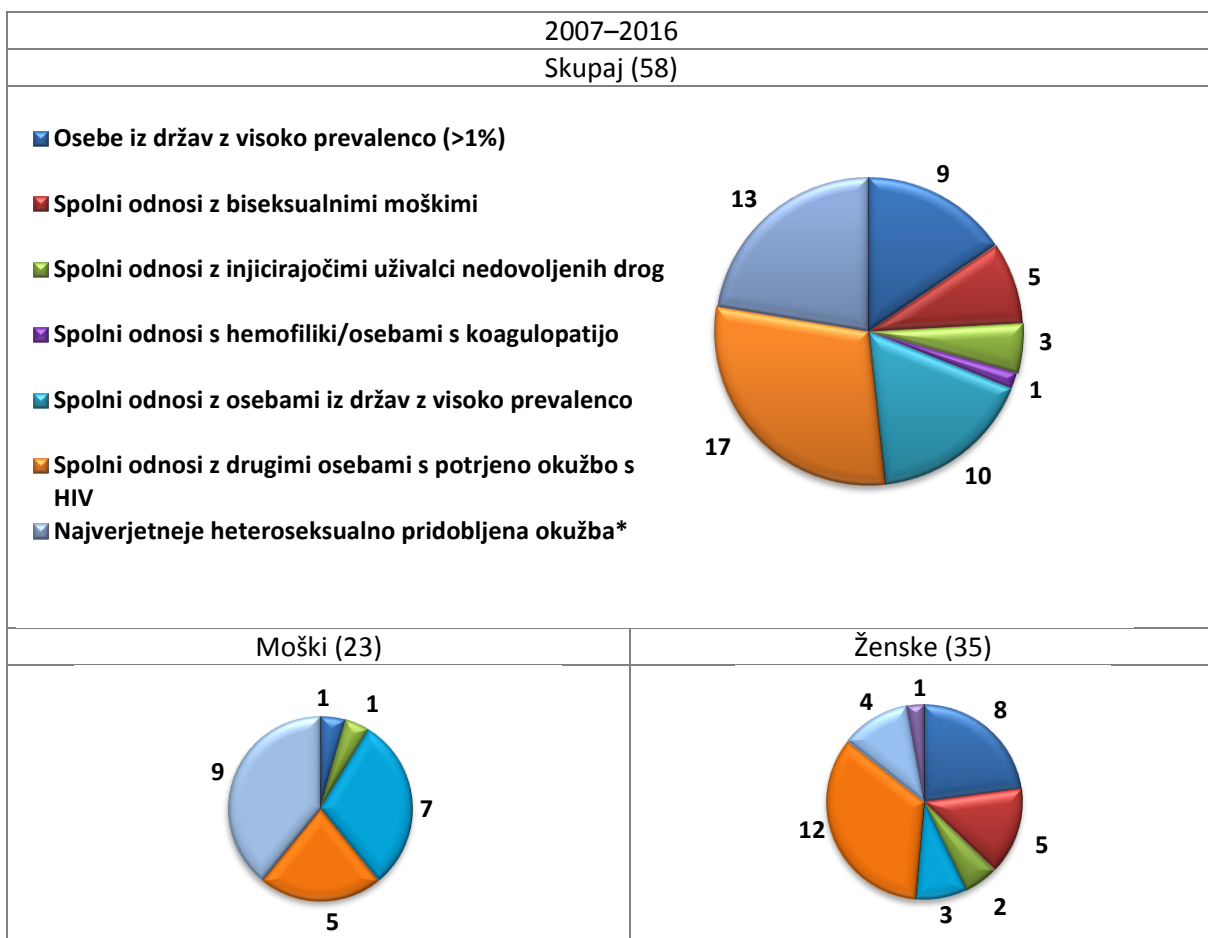
Tudi v vseh letih v obdobju 2007–2016 je bil največji delež novih diagnoz okužbe s HIV med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi. Letno število novih diagnoz se je gibalo med najnižjim 27 v letih 2013 in 2015 in najvišjim 46 v letu 2016.

V letu 2016 je bil prepoznan en primer okužbe s HIV pri IUD, enako kot v letu 2015. Poleg teh dveh primerov je bilo v obdobju 2007–2016 prepoznanih še pet primerov (po dva v letih 2013, 2014 in en primer v letu 2012). Za štiri od sedmih primerov smo imeli podatek, da so prepevedane droge injicirali tudi v tujini.

V obdobju 2007–2016 je bil prijavljen en sam primer okužbe, prenesene z matere na otroka (leta 2011). Otrok je bil rojen v državi z visokim deležem okuženega prebivalstva in se je šele kasneje priselil v Slovenijo. Zadnji otrok z okužbo preneseno z matere je bil rojen v Sloveniji leta 2001.

Med prijavljenimi novimi diagnozami okužbe s HIV med moškimi v obdobju 2007–2016, ki so se predvidoma okužili s heteroseksualnimi spolnimi odnosi, prevladujejo tisti, pri katerih gre najverjetneje za heteroseksualno pridobljeno okužbo, vendar ni podatka o partnerki iz skupine z višjim tveganjem za okužbo ali podatka o njeni okužbi, tisti, ki so imeli spolne odnose z ženskami iz držav z visokim deležem okuženega prebivalstva, in tisti, ki so imeli spolne odnose z ženskami z znano okužbo s HIV. En moški prihaja iz države z visokim deležem okuženega prebivalstva in en je imel spolne odnose z IUD (Slika 4).

Slika 4: Diagnosticirani heteroseksualno pridobljeni primeri okužbe s HIV glede vrste partnerjev, Slovenija, 2007–2016



Vir: Zbirka podatkov IVZ (NIJZ) 52. Evidenca pojavnosti infekcije s HIV, aidsa in smrti zaradi aidsa po ZZPPZ, 20.11.2017.
*Ni podatka o pripadnosti partnerja skupini z višjim tveganjem za okužbo s HIV in podatka o potrjeni okužbi s HIV partnerja.

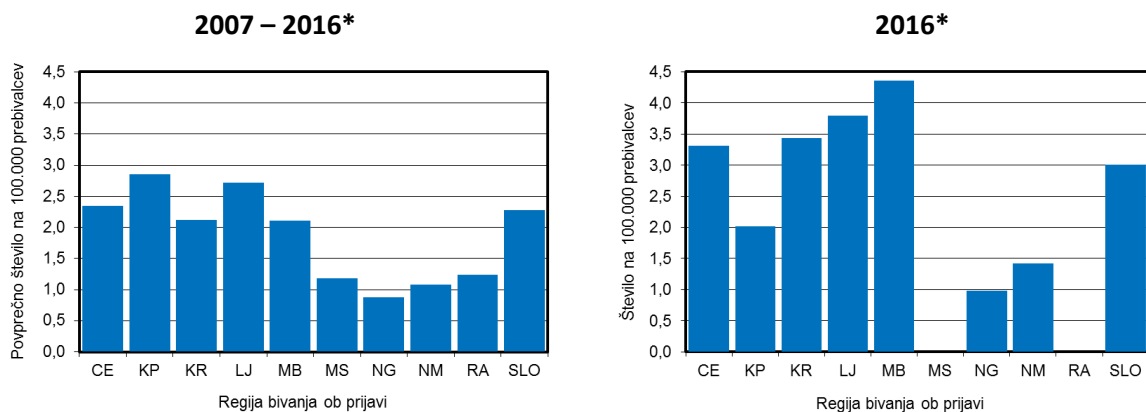
Med ženskami je bila v obdobju 2007–2016 večina okužb posledica spolnih odnosov z znano okuženimi moškimi, sledijo ženske iz držav z visokim deležem okuženega prebivalstva, ženske s spolnimi odnosi z biseksualnimi moškimi, ženske, ki so se najverjetneje okužile s heteroseksualnimi spolnimi odnosi, a ni bilo podatka o partnerju iz skupine z višjim tveganjem za okužbo ali njegovi okužbi, ženske s spolnimi odnosi z moškimi iz držav z visokim deležem okuženega prebivalstva, ženske s spolnimi odnosi z IUD in ženska s spolnimi odnosi s hemofilikom.

V letu 2016 je bila najvišja incidenčna stopnja novih diagnoz okužbe s HIV zabeležena v mariborski zdravstveni regiji (4,4/100.000 prebivalcev), v obdobju 2007–2016 je bila najvišja povprečna letna incidenčna stopnja novih diagnoz v koprski regiji (2,9/100.000 prebivalcev) (Slika 5).

Tako v letu 2016 kot v obdobju 2007-2016 je bilo največ primerov novih diagnoz okužbe s HIV med moškimi, starimi 30-39 let (Slika 6).

Tudi med MSM je bilo v letu 2016 in v obdobju 2007-2016 največ primerov novih diagnoz okužbe s HIV med moškimi, starimi 30-39 let (Slika 7).

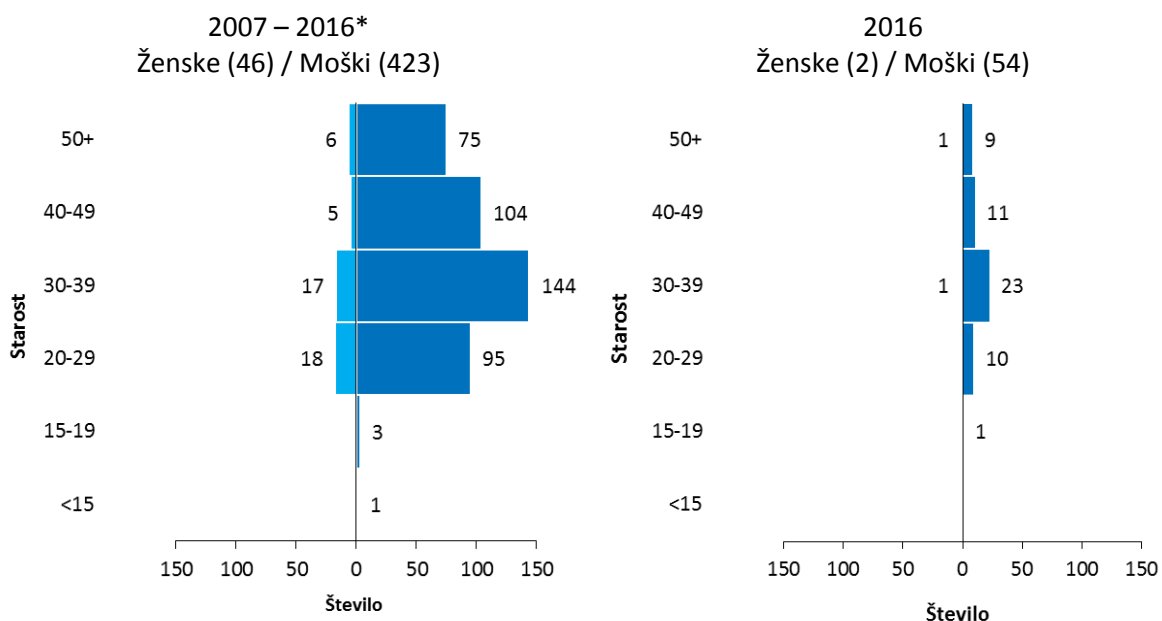
Slika 5: Diagnosticirani primeri okužbe s HIV glede na regijo bivanja ob prijavi, Slovenija, 2007–2016



Vir: Zbirka podatkov IVZ (NIJZ) 52. Evidenca pojavnosti infekcije s HIV, aidsa in smrti zaradi aidsa po ZZPPZ, 20.11.2017. CE-Celje, KP-Koper, KR-Kranj, LJ-Ljubljana, MB-Maribor, MS-Murska Sobota, NG-Nova Gorica, NM-Novo mesto, RA-Ravne na Koroškem, SLO-Slovenija.

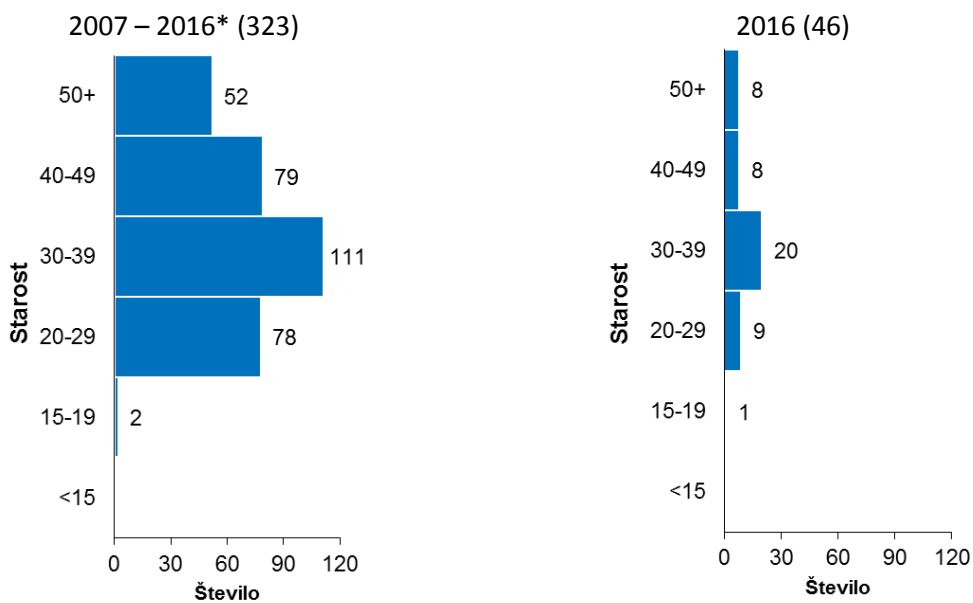
*Vključenih je tudi sedem oseb, ki so bile prehodno diagnosticirane v tujini, pri čemer so uvrščene glede na zdravstveno regijo bivanja ob diagnozi v Sloveniji.

Slika 6: Diagnosticirani primeri okužbe s HIV glede na spol in starost ob diagnozi, Slovenija, 2007–2016



Vir: Zbirka podatkov IVZ (NIJZ) 52. Evidenca pojavnosti infekcije s HIV, aidsa in smrti zaradi aidsa po ZZPPZ, 20.11.2017.
* Ena prijava je transeksualna oseba. Pri enem moškemu ni bilo zabeleženega podatka o starosti.

Slika 7: Diagnosticirani primeri okužbe s HIV med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi, glede na starost ob diagnozi, Slovenija, 2007-2016



Vir: Zbirka podatkov IVZ (NIJZ) 52. Evidenca pojavnosti infekcije s HIV, aidsa in smrti zaradi aidsa po ZZPPZ, 20.11.2017.
*Pri enem moškemu ni bilo zabeleženega podatka o starosti.

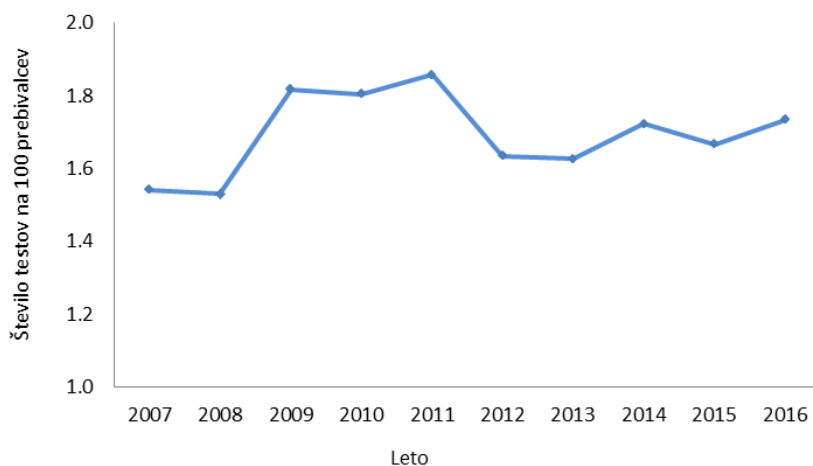
3 Testiranje

V Sloveniji je celoten obseg diagnostičnega testiranja na okužbo s HIV v primerjavi s številnimi drugimi evropskimi državami relativno majhen. Med 12 državami EU/EEA za katere so na voljo podatki za celoten obseg diagnostičnega testiranja na okužbo s HIV za leto 2015, je bil ta nižji kot v Sloveniji samo v eni državi (11).

V letu 2016 je bilo na 100 prebivalcev v Sloveniji opravljenih 1,7 testa, podobno kot v preteklih letih (Slika 8). Na 1.000 opravljenih diagnostičnih testiranj na okužbo s HIV v letu 2016 so bili v povprečju štirje pozitivni rezultati.

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

Slika 8: Število diagnostičnih testov na okužbo s HIV, Slovenija, 2007–2016*



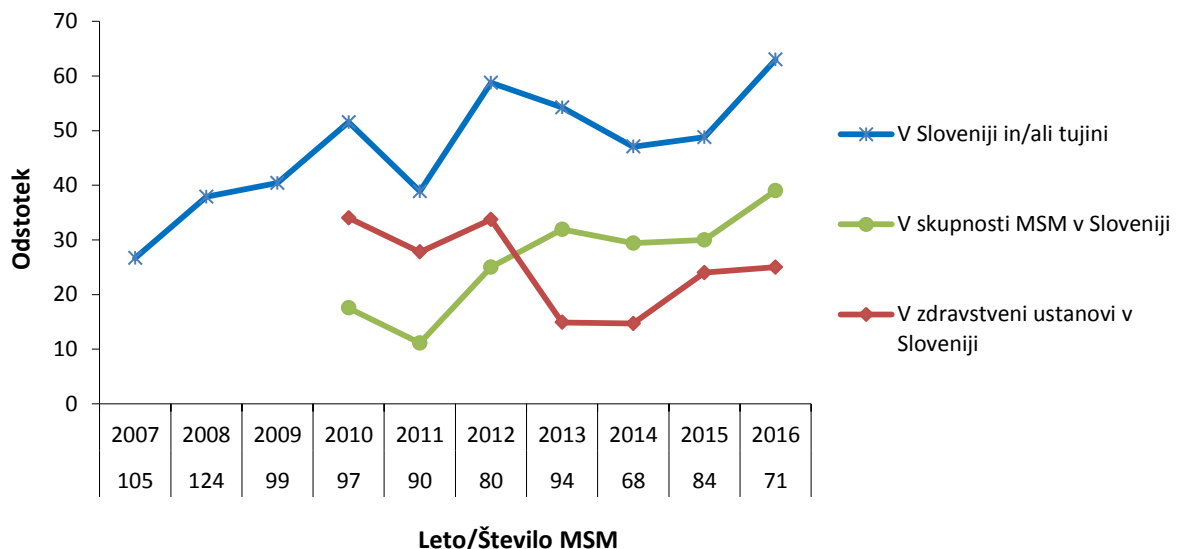
Vir: Poročilo laboratorijev o opravljenem številu diagnostičnih testov na okužbo s HIV, 2017.

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

Za zagotavljanje varnosti prebivalstva pri preskrbi s krvjo in krvnimi pripravki v Sloveniji, Zavod Republike Slovenije za transfuzijsko medicine (ZTM) že od leta 1986 presejalno testira vso darovano kri oziroma darovalce krvi in krvnih pripravkov tudi na označevalce okužbe s HIV (12-14). Podatke o številu odvzemov in številu pozitivnih enot na označevalce okužbe s HIV redno poročajo NIJZ. Med 89.888 odvzemi v letu 2016 je bila ena pozitivna enota na označevalce okužbe s HIV. V obdobju zadnjih deset let (2007–2016) se je letno število odvzemov gibalo med najmanj 84.586 in največ 99.377, število pozitivnih odvzetih enot na označevalce okužbe s HIV pa med 0 (v letih 2008, 2009 in 2015) in 3 (v letu 2014). Na ZTM so tri pozitivne enote na označevalce okužbe s HIV zabeležili tudi leta 2002.

Ker je pogosto testiranje na okužbo s HIV posebno pomembno za MSM, smo v majhnih priložnostnih vzorcih, zajetih v Ljubljani, v okviru epidemiološkega spremljanja tveganih vedenj leta 2003 začeli spremljati tudi spreminjanje deleža letno testiranih na okužbo s HIV. V obdobju 2007–2016 se je delež MSM, ki so poročali, da so bili v preteklem letu testirani na okužbo s HIV, gibal med najnižjim, 27 odstotkov (v letu 2007) in najvišjim, 63 odstotkov (v letu 2016). Delež tistih, ki so navajali, da so se testirali v tujini, se je gibal od najnižjega, enega odstotka (v letih 2015 in 2016), do najvišjega devet odstotkov (v letu 2013). V obdobju 2010–2016, ko je Društvo informacijski center Legebitra v sodelovanju s KIBVS in IMI izvajalo svetovanje in testiranje na okužbo s HIV v skupnosti MSM, je izrazito porasel delež MSM, ki so poročali, da so bili v preteklem letu testirani v skupnosti (iz enajst odstotkov v letu 2011 na 39 odstotkov v letu 2016) (Slika 9). V letu 2016 je od skupno 45 MSM, ki so poročali, da so se testirali na okužbo s HIV, samo sedem navedlo, da so se testirali pri svojem izbranem zdravniku. Nihče ni poroča, da bi se testiral sam s testom, kupljenim preko spleta.

Slika 9: Odstotek moških, ki imajo spolne odnose z moškimi in so poročali o testiranju na okužbo s HIV v preteklem letu, zbirališče v Ljubljani, 2007–2016



Vir: Epidemiološko spremljanje tveganih vedenj, ki je priključeno nevezanemu anonimnemu testiranju v priložnostnih vzorcih moških, ki imajo spolne odnose z moškimi, za namene epidemiološkega spremljanja okužbe s HIV, 2017.

Nekaj MSM je poročalo tudi o testiranju ob darovanju krvi. Ta delež se je v obdobju 2007–2016 znižal iz osmih odstotkov v letu 2007 na en odstotek v letu 2016. To bi lahko nakazovalo na probleme pri izločanju krvodajalcev z visoko tveganimi vedenji ali pa na nerazumevanje anketnega vprašanja »Ali si se v preteklem koledarskem letu testiral na HIV (virus, ki povzroča aids)« in enega izmed ponujenih odgovorov, ki se je glasil »Da, ko sem daroval kri za transfuzijo«.

Ker gre za zelo majhne priložnostne vzorce MSM moramo biti pri posploševanju rezultatov na celo skupino MSM previdni. Ker je podatke v letu 2016 zbiralo Društvo ŠKUC, podobna MSM nevladna organizacija kot je Društvo informacijski center Legebitra, ki organizira tudi testiranje v skupnosti, bi bil lahko delež na okužbo s HIV testiranih MSM v skupnosti v primerjavi z deležem testiranih v zdravstvenih organizacijah precenjen.

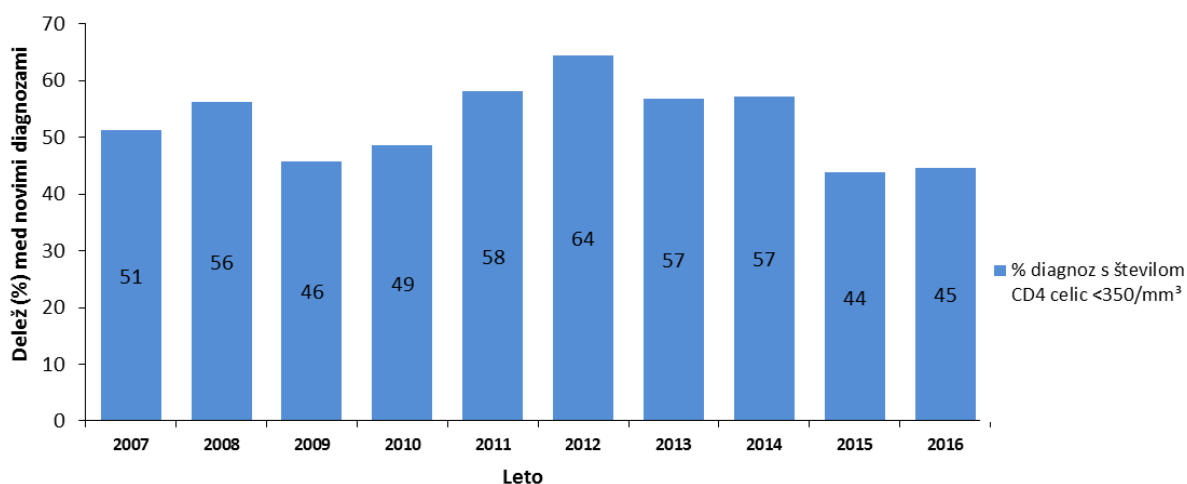
4 Pozne diagnoze

Če okužbo s HIV odkrijemo pozno, zamudimo priložnost za pravočasno in uspešnejše zdravljenje. Zato je tveganje za zgodnejši razvoj aidsa in smrti zaradi aidsa višje. Obenem zamudimo tudi priložnost za preprečevanje nadaljnega prenašanja okužbe s HIV z zdravljenjem s protiretrovirusnimi zdravili, ki lahko tako zniža virusno breme okuženega, da ni več zaznavno z laboratorijskimi preiskavami. V skladu z zadnjimi objavljenimi Evropskimi priporočili se za namene znižanja tveganja prenosa okužbe s HIV presoja o uvedbi protiretrovirusnega zdravljenja tudi pri okuženih, ki še nimajo hude prizadetosti imunskega sistema (15).

V letu 2016 je bila pri 25 oseb (45 odstotkov) diagnoza okužbe s HIV zelo pozna, saj so imele že tako hudo prizadetost imunskega sistema (manj kot 350 CD4 celic/mm³), da bi že nujno morale prejemati protiretrovirusna zdravila (15).

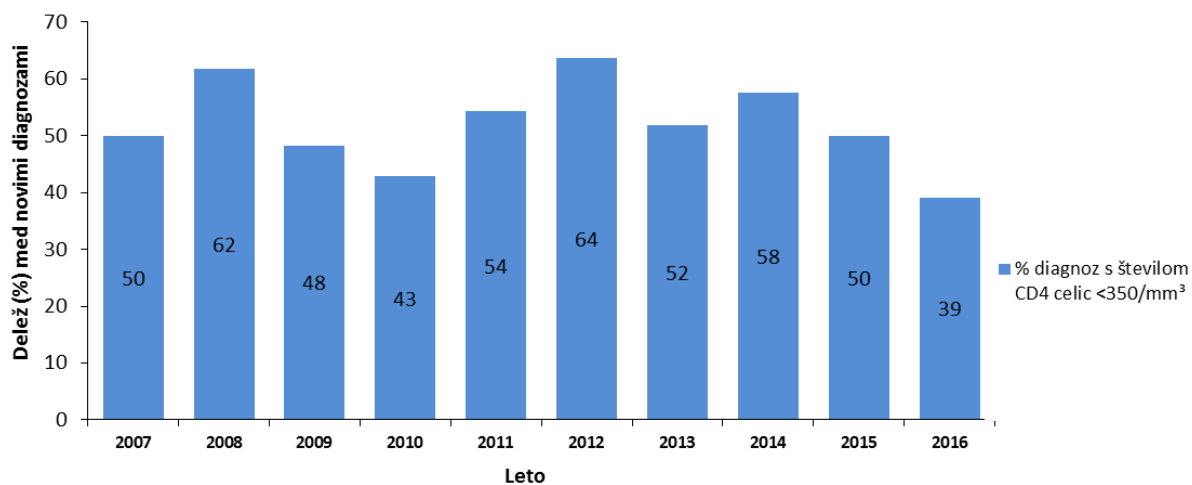
Spreminjanje deleža oseb s tako pozno diagnozo okužbe s HIV v obdobju 2007–2016 je prikazano na Sliki 10. Spreminjanje deleža MSM s tako pozno diagnozo okužbe s HIV v obdobju 2007–2016 pa je prikazano na Sliki 11. Delež zelo kasnih diagnoz med MSM je bil v letu 2016 najnižji v obdobju zadnjih deset let, kar je verjetno odraz uspešne promocije testiranja v tej skupini.

Slika 10: Delež poznih diagnoz okužbe s HIV, Slovenija, 2007 –2016



Vir: Zbirka podatkov IVZ (NIJZ) 52. Evidenca pojavnosti infekcije s HIV, aidsa in smrti zaradi aidsa po ZZPPZ, 20.11. 2017

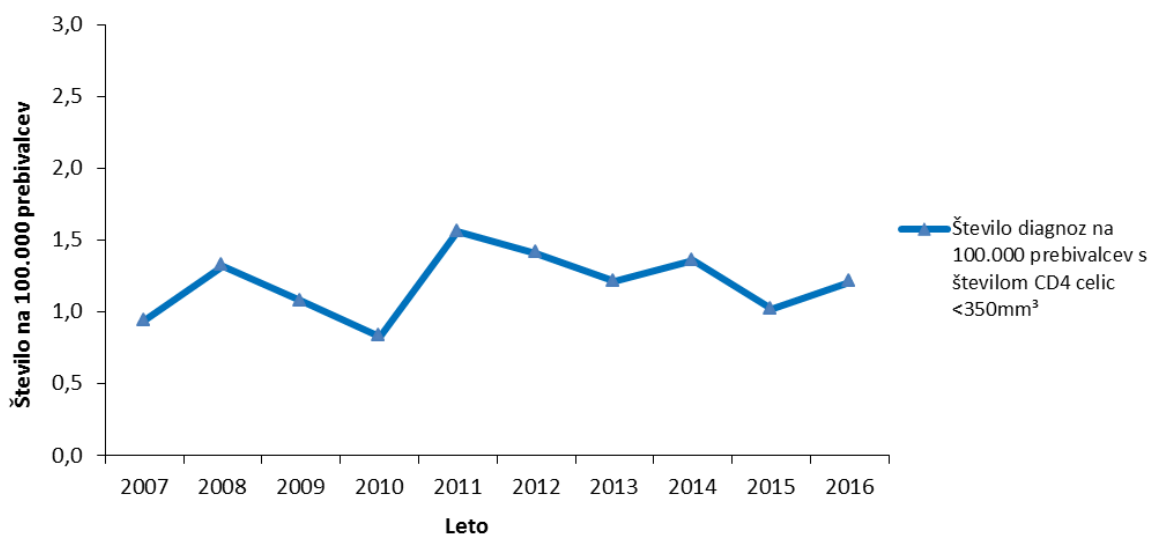
Slika 11: Delež poznih diagnoz okužbe s HIV med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi, Slovenija, 2007–2016



Vir: Zbirka podatkov IVZ (NIJZ) 52. Evidenca pojavnosti infekcije s HIV, aidsa in smrti zaradi aidsa po ZZPPZ, 20.11.2017.

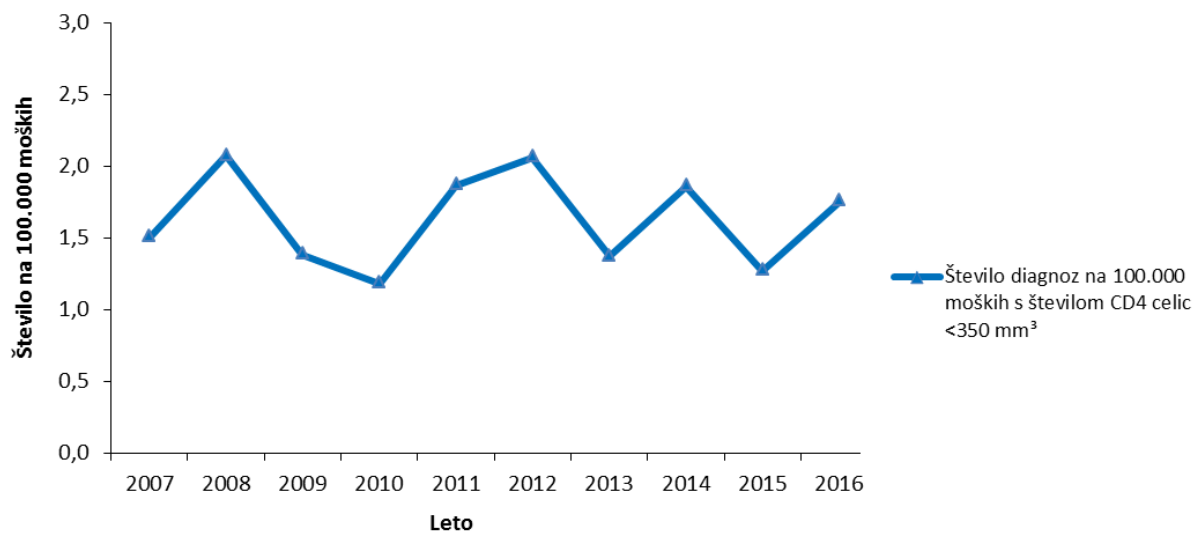
Slika 12 prikazuje pozne diagnoze okužbe s HIV, izražene kot stopnje na sto tisoč prebivalcev, in Slika 13 pozne diagnoze okužbe s HIV med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi, izražene kot stopnje na sto tisoč moških.

Slika 12: Pogostost poznih diagnoz okužbe s HIV, Slovenija, 2007–2016



Vir: Zbirka podatkov IVZ (NIJZ) 52. Evidenca pojavnosti infekcije s HIV, aidsa in smrti zaradi aidsa po ZZPPZ, 20.11.2017.

Slika 13: Pogostost poznih diagnoz okužbe s HIV med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi, Slovenija, 2007–2016



Vir: Zbirka podatkov IVZ (NIJZ) 52. Evidenca pojavnosti infekcije s HIV, aidsa in smrti zaradi aidsa po ZZPPZ, 20.11.2017.

5 Aids in smrt po diagnozi aidsa

V letu 2016 je za aidsom zbolelo deset oseb (0,5/100.000 prebivalcev), en manj kot v letih 2008, 2012, 2013 in 2015 (Slika 1). Pri devetih je bila okužba s HIV prepoznana šele v letu 2016.

V obdobju zadnjih desetih let (2007–2016) je za aidsom zbolelo 119 oseb. Najpogostejša indikatorska bolezen ob diagnozi aidsa je bila sindrom propada zaradi HIV (Tabela 1).

Tabela 1: Indikatorske bolezni ob diagnozi aidsa, Slovenija, 2007–2016

Indikatorska diagnoza	2007–2016		2016	
	Število	Odstotek	Število	Odstotek
Sindrom propada zaradi HIV	55	46,2	7	70,0
Pneumocystis carinii pljučnica	40	33,6	7	70,0
Kandidaza: požiralnik	21	17,6	1	10,0
Kaposijev sarkom	13	10,9		
Citomegalovirusna bolezen: izven jeter, vranice, bezgavk (pri bolniku >1 mesec)	10	8,4	2	20,0
Limfom: imunoblasten	7	5,9		
Limfom: Burkittov	7	5,9	2	20,0
HIV encefalopatija (demenca)	6	5,0	1	10,0
Toksoplazmoza možgan	6	5,0	1	10,0
Kandidaza: sapnik, sapnice, pljuča	5	4,2		
Herpes simplex: kronična(e) ulceracija(e) (trajajoča(e) >1 mesec) ali bronhitis, pnevmonitis ali ezofagitis	3	2,5		
Citomegalovirusni retinitis (z izgubo vida)	3	2,5	1	10,0
Kriptokokoza: izven pljuč	3	2,5	2	20,0
Mycobacterium tuberculosis: pljuča (pri odraslem ali odrasčajočem >13 let)	2	1,7		
Limfom: primarni v možganih	2	1,7		
Mycobacterium avium kompleks ali M. Kanassii razsoj ali izven pljuč	2	1,7		
Progresivna multifokalna levkoencefalopatija	2	1,7		
Mycobacterium tuberculosis: razsoj ali izven pljuč	2	1,7	1	10,0
Histoplazmoza: razsoj ali izven pljuč	1	0,8		
Mycobacterium, druge species ali neidentificirane species: razsoj ali izven pljuč	1	0,8		
Pljučnice: ponavljajoče se v obdobju 12 mesecev	1	0,8		
Salmonela (ne tifoidna): septikemija, ponavljajoča se	1	0,8		

Vir: Zbirka podatkov IVZ (NIJZ) 52. Evidenca pojavnosti infekcije s HIV, aidsa in smrti zaradi aidsa po ZZPPZ, 20.11.2017.

V letu 2016 sta umrla dva bolnika po diagnozi aidsa (0,1/100.000 prebivalcev). V obdobju zadnjih deset let (2007–2016) je umrlo 28 bolnikov po diagnozi aidsa (Slika 1).

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

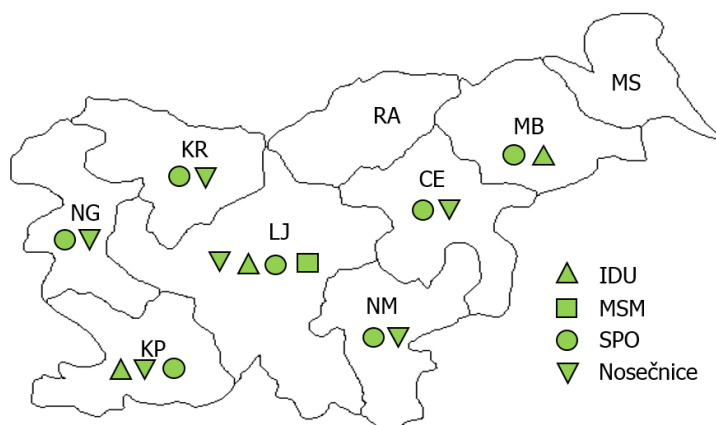
6 Delež okuženih v skupinah z različnim tveganjem

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

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

Slika 14 prikazuje mesta vzorčenja za različne skupine v obdobju 2007–2016. V letu 2016 smo vzorčili MSM v Ljubljani, IUD v Ljubljani, Mariboru in Kopru in bolnike s SPO v osmih laboratorijih, ki izvajajo serološko diagnostiko sifilisa v naslednjih regijah: Celje, Koper, Kranj, Ljubljana, Maribor, Nova Gorica in Novo mesto.

Slika 14: Mesta vzorčenja in skupine, zajete v sistem spremljanja spreminjanja deleža okuženih z nevezanim anonimnim testiranjem, Slovenija, 2007–2016



Sodelujoče organizacije v obdobju 2007–2016: Društvo informacijski center Legebitra, Društvo Stigma, Društvo Svit, Društvo zdrava pot Maribor, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano, Univerzitetni klinični center Maribor, Zavod Republike Slovenije za transfuzijsko medicino.

IUD – Injicirajoči uživalci drog, MSM – moški, ki imajo spolne odnose z moškimi, SPO – pacienti s spolno prenesenimi okužbami. Vir: Nevezano anonimno testiranje za namene epidemiološkega spremljanja okužbe s HIV, 2017.

V obdobju 2007–2016 smo zbrali 1608 vzorcev slin med IUD, 1072 vzorcev slin med MSM, 7520 vzorcev krvi med bolniki s SPO in 43135 vzorcev krvi med nosečnicami. Tabela 2 prikazuje spreminjanje deleža okuženih moških in žensk v vseh štirih skupinah za to obdobje.

Tabela 2: Delež okuženih med injicirajočimi uživalci nedovoljenih drog, moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi, pacienti s spolno prenesenimi okužbami in nosečnicami, Slovenija, 2007–2016

	Leto	Število mest	Število testiranih		Število okuženih s HIV		Odstotek okuženih s HIV	
			Moških	Žensk	Moških	Žensk	Moških	Žensk
IUD	2007	3	130	44	0	0	0 %	0 %
	2008	3	142	34	0	0	0 %	0 %
	2009	3	127	32	0	0	0 %	0 %
	2010	4	179	74	1	0	0,6 %	0 %
	2011	4	136	50	1	0	0,7 %	0 %
	2012	4	132	41	1	0	0,8 %	0 %
	2013	3	84	20	0	0	0 %	0 %
	2014	4	139	29	0	0	0 %	0 %
	2015	2	67	11	0	0	0 %	0 %
2016	3	80	57	0	0	0 %	0 %	
MSM	2007	1	124		3		2,4 %	
	2008	1	137		3		2,2 %	
	2009	1	117		1		0,9 %	
	2010	1	114		3		2,6 %	
	2011	1	105		8		7,6 %	
	2012	1	106		4		3,8 %	
	2013	1	111		5		4,5 %	
	2014	1	74		0		0 %	
	2015	1	100		4		4,0 %	
2016	1	84		2		2,4 %		
Bolniki s SPO	2007	7	484	257	11	0	2,3 %	0 %
	2008	7	677	264	23	2	3,4 %	0,8 %
	2009	6	422	185	13	0	3,1 %	0 %
	2010	7	525	199	9	0	1,7 %	0 %
	2011	7	434	198	9	0	2,1 %	0 %
	2012	8	646	300	7	0	1,1 %	0 %
	2013	7	598	219	6	0	1,0 %	0 %
	2014	8	553	218	14	1	2,5 %	0,5 %
	2015	5	260	142	1	1	0,4 %	0,7 %
2016	8	656	283	14	0	2,1 %	0 %	
Nosečnice	2007	8		8963		0		0 %
	2009	6		8072		1		0,01 %
	2011	7		7231		2		0,03 %
	2013	7		9574		0		0 %
2015	7		9295		2		0,02 %	

Vir: Nevezano anonimno testiranje za namene epidemiološkega spremljanja okužbe s HIV, 2017.

IUD – Injicirajoči uživalci drog, MSM – moški, ki imajo spolne odnose z moškimi, SPO – pacienti s spolno prenesenimi okužbami.

V tem obdobju je bil delež okuženih s HIV najvišji med MSM in med bolniki s spolno prenesenimi okužbami, med katerimi je najverjetneje nesorazmerno visok delež MSM. Delež okuženih med MSM je v letu 2011 prvič presegel pet odstotkov, vendar je bil v letih med 2012 in 2016, ponovno nižji od pet odstotkov.

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

Med IUD se intenzivno širjenje okužbe s HIV še ni začelo in v letu 2016 med 137 nevezano anonimno testiranimi ponovno nismo prepoznali nobene okužbe.

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

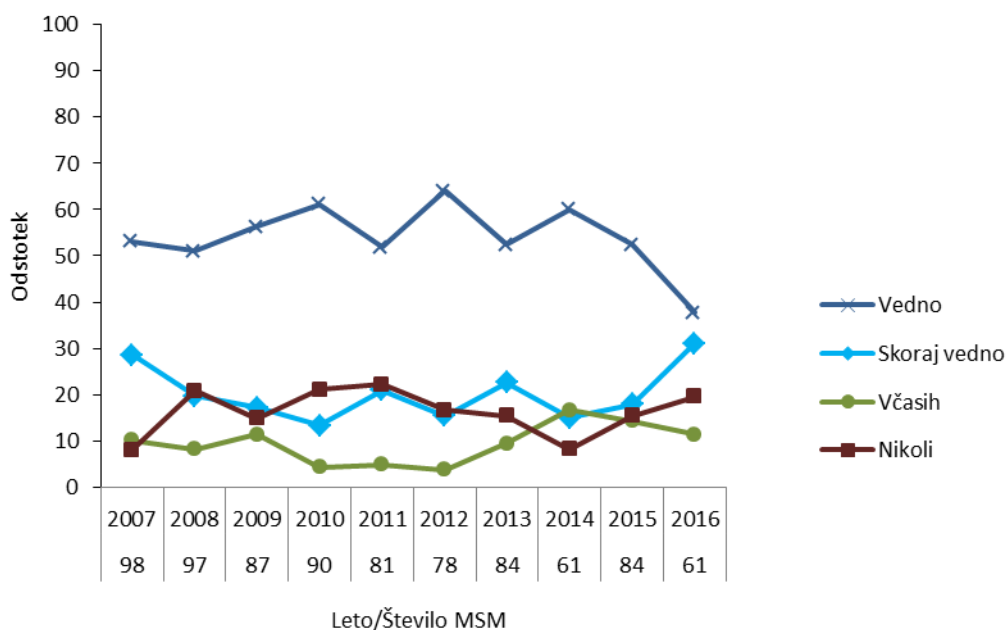
Kljub naraščanju števila okuženih s HIV v Sloveniji ocenjujemo, da je pri nas še vedno s HIV okužena manj kot ena oseba na 1.000 prebivalcev, kar je relativno malo v primerjavi z večino držav Evropske Unije (11).

7 Vedenje moških, ki imajo spolne odnose z moškimi

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

Vse MSM, ki prispevajo vzorec slin za nevezano anonimno testiranje na okužbo s HIV, zaprosimo, da anonimno izpolnijo kratek vprašalnik, ki vključuje tudi vprašanja o spolnem vedenju. Obenem dobijo informacije o varnejši spolnosti, kondome in lubrikante ter informacije o možnosti zaupnega ali anonimnega testiranja na okužbo s HIV s svetovanjem. Slika 15 prikazuje spreminjanje poročane pogostosti uporabe kondoma pri analnih spolnih odnosih v preteklem letu za obdobje 2007–2016.

Slika 15: Uporaba kondoma med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi pri analnih spolnih odnosih v preteklem letu, priložnostni vzorec, Ljubljana, Slovenija, 2007–2016



Vir: Epidemiološko spremljanje tveganih vedenj, ki je priključeno nevezanemu anonimnemu testiranju v priložnostnih vzorcih moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi (MSM), za namene epidemiološkega spremljanja okužbe s HIV, 2017.

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

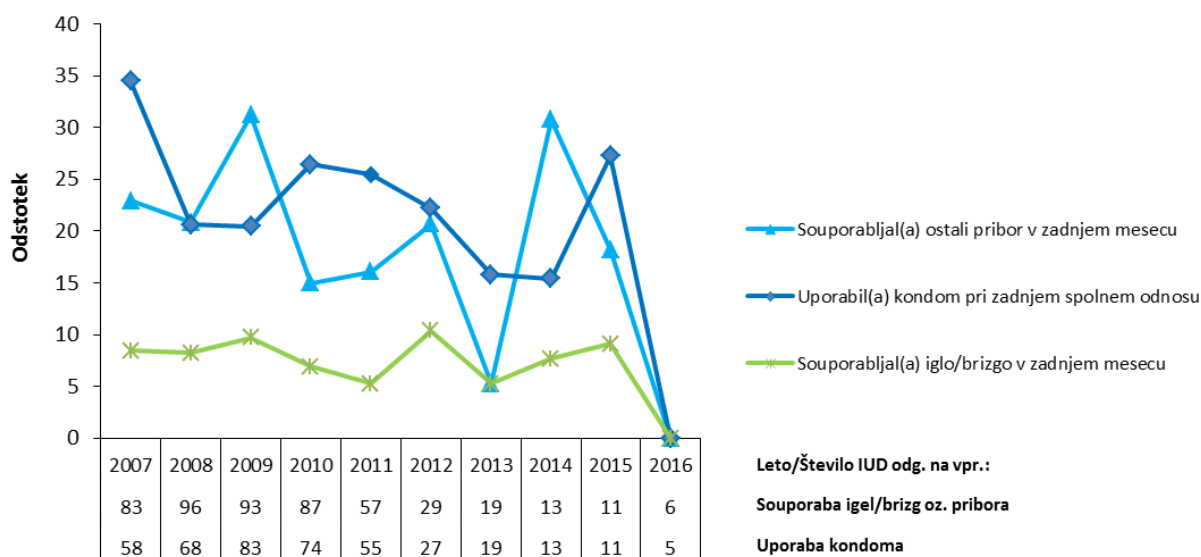
Rezultati kažejo, da v teh priložnostnih vzorcih MSM v tem obdobju ni prišlo do zelo izrazitega povečanja tveganega spolnega vedenja. Ker gre za zelo orientacijsko spremljanje spreminjanja spolnega vedenja v zelo majhnih priložnostnih vzorcih zajetih le na eni lokaciji v Ljubljani, rezultatov ne moremo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

8 Vedenje injicirajočih uživalcev drog

V skladu z metodologijo Evropskega centra za spremljanje drog in odvisnosti od drog (v angl.: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA) smo v Sloveniji vzpostavili spremljanje povpraševanja po pomoči zaradi škodljive rabe drog v mreži centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, ki je zakonsko obvezno (4). Ob vstopu IUD v program zdravljenja se zbere podatke o vrsti iskanja pomoči, demografskih in socialnih značilnostih, problematični rabi drog in o nekaterih tveganih vedenjih (souporaba igel in brizg ter ostalega pribora (žlice, filtri, voda) v mesecu pred povpraševanjem po pomoči in uporaba kondoma ob zadnjem spolnem odnosu). Sledenje teh kazalnikov je informativno predvsem zato, ker pri nas ni hitrega širjenja okužb s HIV med IUD. Tako lahko vsaj orientacijsko sledimo učinek naših programov za zmanjševanje škode.

Rezultati za obdobje 2007–2016 so predstavljeni na Sliki 16. Po podatkih NIJZ je v letu 2016 v mreži centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog prvič povpraševalo po pomoči samo še šest IUD, pet manj kot v letu 2015. V letu 2016 ni nihče od šestih IUD poročal o souporabi igel in brizg pri injiciranju v mesecu pred prvim povpraševanjem po pomoči. To kaže, da je dosegljivost sterilnih igel in brizg v lekarnah in v preventivnih programih zmanjševanja škode, kjer zamenjujejo oziroma razdeljujejo igle in brizge, ugodno vplivala na znižanje souporabljanja igel, brizg pri injiciranju prepovedanih drog. Ker gre za zelo orientacijsko spremljanje spreminjanja teh kazalnikov v zelo majhnih priložnostnih vzorcih, rezultatov ne moremo posploševati na vse IUD v Sloveniji.

Slika 16: Izbrani kazalniki tvegane vedenja med injicirajočimi uživalci drog, ki so prvič zaprosili za pomoč v mreži centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, Slovenija, 2007–2016



Vir: Zbirka podatkov IVZ (NIJZ) 14. Evidenca obravnave uživalcev drog po ZZPPZ, 6. 7. 2017.

9 Spolno vedenje prebivalcev

Leta 2000 je Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije (IVZ), sedaj NIJZ, koordiniral prvo in do leta 2015 tudi edino slovensko nacionalno raziskavo življenjskega sloga, stališč, zdravja in spolnosti v verjetnostnem vzorcu prebivalcev, starih od 18 do 49 let.

Tako smo dobili prve zanesljive podatke o spolnem vedenju in stališčih v zvezi s spolnostjo v prebivalstvu Slovenije, ki so pomembni za razumevanje nacionalne epidemiologije okužbe s HIV in drugih spolno prenesenih okužb ter načrtovanje promocije spolnega in reproduktivnega zdravja vključno s preprečevanjem in obvladovanjem okužbe s HIV in drugih spolno prenesenih okužb.

Na kratko povzemamo že objavljene ključne izsledke (18-23):

- spolno vedenje prebivalcev je raznoliko (o vsaj 10 heteroseksualnih spolnih partnerjih v življenju je poročalo 28 odstotkov moških in 6 odstotkov žensk, o samo enem pa 17 odstotkov moških in 39 odstotkov žensk);
- o »zgodnjem« prvem heteroseksualnem spolnem odnosu (<15. letom starosti) je poročalo 15 odstotkov moških in 7 odstotkov žensk, med najmlajšimi (stari od 18 do 24 let) 17 in 14 odstotkov;
- da bi morali ob prvem heteroseksualnem spolnem odnosu vedeti več o kontracepciji je rekla dobra tretjina moških in približno dve petini žensk in da bi morali vedeti več o spolno prenesenih okužbah slabi dve tretjini moških in približno dve petini žensk;
- dekleta in fantje z zgodnjim prvim heteroseksualnim spolnim odnosom so takrat manj verjetno uporabili kondom (se zaščitili pred zanositvijo in spolno prenesenimi okužbami), kot njihovi vrstniki, in taki moški so kasneje pogosteje poročali o spolno prenesenih okužbah, ženske o najstniškem starševstvu in oboji o bolj tveganem spolnem vedenju;
- za preteklih pet let:
 - so moški in ženske poročali v povprečju o 3,2 in 1,5 heteroseksualnih spolnih partnerjih,
 - je 24,4 odstotkov moških in 8,2 odstotkov žensk poročalo o vzporednih partnerskih zvezah (varanju),
 - je 12,6 odstotkov moških in 12,2 odstotkov žensk poročalo o spolnih partnerjih tujcih,
 - je 1,2 odstotka moških in 1,3 odstotka žensk poročalo o spolnih odnosih z osebo, ki je injicirala prepovedane droge,
 - je 2,6 odstotkov moških poročalo, da so plačali za seks ženskam,
 - je 0,6 odstotka moških poročalo, da so imeli spolne odnose z moškim in
 - je 4,8 odstotkov žensk poročalo, da so jih moški prisilili v spolne odnose;
- v zadnjem letu je imelo novo partnersko zvezo 22,7 odstotkov moških in 9,5 odstotkov žensk;
- v zadnjem mesecu so moški in ženske poročali o v povprečju 6,1 in 6,0 spolnih odnosih;
- vaginalni heteroseksualni spolni odnosi so bili skoraj univerzalni, o oralnih heteroseksualnih spolnih odnosih je poročalo 79,3 odstotkov moških in 72,7 odstotkov

žensk in o analnih heteroseksualnih spolnih odnosih 31,6 odstotkov moških in 22,3 odstotkov žensk;

- da je v življenju imel vsaj eno spolno preneseno okužbo je poročal vsak 20. moški in vsaka 20. ženska.

Ti rezultati, ki predstavljajo prve zanesljive ocene pogostosti različnih spolnih vedenj med 18-49 let starimi prebivalci Slovenije v letu 2000, kažejo na v povprečju relativno nizko tvegano vedenje za spolno prenesene okužbe.

Ker se spolno vedenje, stališča v zvezi s spolnostjo in pogostost spolno prenesenih okužb v času spreminjajo, bomo za na dokazih temelječo promocijo spolnega in reproduktivnega zdravja po 15 letih pridobili nove podatke in jih primerjali s podatki iz prve raziskave.

10 Izzivi za epidemiološko spremljanje

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

Poleg zajetja podatkov, ki jih na osnovi zakonske obveze posredujejo zdravniki, ki so postavili diagnozo okužbe s HIV, moramo popolnost in hitrost zajetja podatkov o novih diagnozah izboljšati z vzpostavitvijo sprotnega prijavljanja iz vseh mikrobioloških laboratorijev, vključno s spremljanjem deleža nedavnih okužb, ko je diagnoza okužbe postavljena v roku šest mesecev po okužbi. Laboratorijsko epidemiološko spremljanje okužbe s HIV mora omogočiti tudi spremljanje obsega diagnostičnega testiranja in deleža pozitivnih rezultatov v skupinah ljudi z različnimi tveganimi vedenji, v skupinah bolnikov z različnimi bolezenskimi težavami in znaki, ki so značilni za okužbo s HIV, in spremljanje razlik v obsegu naročanja testiranja pacientov med zdravniki različnih specialnosti. Smiselno je tudi slediti obseg in kakovost testiranja MSM v njihovi skupnosti s kazalniki, ki smo jih pripravili v projektu HIV-COBATEST in jih uporabljamo v projektu Euro HIV EDAT (24).

Vzpostaviti moramo tudi sistematično spremljanje »kontinuumu oskrbe« (v angl.: »continuum of care« - CoC) okuženih s HIV (25) in pridobiti čim bolj verodostojne ocene:

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

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

Infektologi so za obdobje do 31. decembra 2016 ocenili, da jih je bilo od skupno 788 oseb z diagnozo okužbe s HIV v Sloveniji, 684 (86,8%) uspešno vključenih v zdravstveno oskrbo in da jih je bilo v letu 2016 537 (78,5%) še vedno v zdravstveni oskrbi (26).

11 Izzivi za raziskovanje

Najpomembnejši raziskovalni izziv so velike in poglobljene ponavljajoče se prečne raziskave poučenosti, stališč in vedenja, okužbe s HIV in drugih spolno prenesenih okužb ter potreb v zvezi s preprečevanjem in obvladovanjem okužbe s HIV in oskrbo okuženih med MSM.

Za namene spremljanja in ocenjevanja slovenske Strategije preprečevanja in obvladovanja okužbe s HIV 2017-2025 (27), bi morali zagotoviti zbiranje podatkov za številne kazalnike. Zagotoviti bi morali, da se zbiranje podatkov o poučenosti o okužbi s HIV in o spolnem vedenju splošnega prebivalstva in mladine vključi v slovenske nacionalne raziskave, ki se izvajajo v teh dveh skupinah, npr. v raziskavo Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji (v angl.: Health Behavior in School-Age Children - HBSC) (28, 29).

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

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

12 Priporočila za preprečevanje in obvladovanje

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

Prva prednost nacionalne strategije preprečevanja in obvladovanja okužbe s HIV 2017-2025 je preprečevanje okužb s HIV z znano učinkovitimi intervencijami v skupinah z v povprečju najvišjim tveganjem (27). Ker je breme okužbe s HIV v Sloveniji nesorazmerno veliko med MSM, je preprečevanje okužb s HIV med MSM najpomembnejša prednost.

Za preprečevanje spolnega prenosa je pomembno spodbujanje odgovornega in varnega spolnega vedenja, vključno s promocijo uporabe kondoma v vsem prebivalstvu, predvsem pa med MSM.

Spodbujanje prostovoljnega zaupnega testiranja na okužbo s HIV v ranljivih skupinah z višje tveganimi vedenji, predvsem med MSM, je pomembno za zgodnje prepoznavanje okužbe s HIV, ki je pogoj za pravočasno zdravljenje in oskrbo okuženih s HIV ter s tem tudi za preprečevanje prenosa okužbe. MSM moramo omogočiti tudi svetovanje in testiranje na okužbo s HIV v njihovi skupnosti.

Spodbujati bi morali tudi samotestiranje oseb z višjim tveganjem za okužbo s HIV (27). Ustrezen test bi moral biti na voljo v lekarnah in tako dostopen širšemu krogu oseb.

Testiranje na okužbo s HIV v okviru zdravstvenega varstva je najbolj smiselno pri bolnikih z znaki in bolezenskimi težavami, ki lahko kažejo na okužbo s HIV; npr. bolniki s tuberkulozo; otrocih, rojenih s HIV okuženim materam; pacientih ambulant za spolno prenesene okužbe; osebah z okužbami, ki kažejo na tvegano spolno vedenje (npr. bolniki z drugimi spolno prenesenimi okužbami); IUD in bolnikih z okužbami, ki so pogosto povezane z injiciranjem prepovedanih drog (npr. bolniki s hepatitisom C) (27, 30, 31). MSM bi bilo smiselno vsaj enkrat letno omogočiti testiranje na okužbo s HIV in nekatere druge izbrane spolno prenesene okužbe v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja tudi če nimajo bolezenskih znakov ali težav. Testiranje je nujno potrebno omogočiti tudi vsem, ki menijo, da so se izpostavili okužbi.

Preprečevanje okužbe s HIV vključuje tudi zdravljenje okuženih in protiretrovirusno poekspozicijsko profilakso po izpostavljenosti okužbi s HIV pri delu v zdravstvu, nezaščitenih spolnih odnosih z znano okuženimi ali s pripadniki skupin z višjim tveganjem in pri izpostavljenosti okuženi krvi pri souporabi pribora za injiciranje (32, 33).

Da bi omejili obolevanje za aidsom in umrljivost med okuženimi s HIV, moramo vsem z diagnozo okužbe s HIV zagotoviti dostop do kakovostnega zdravljenja in oskrbe, ki vključuje tudi odkrivanje in zdravljenje drugih spolno prenesenih okužb, svetovanje za psihosocialno podporo okuženih in varnejšo spolnost ter podporo pri obveščanju partnerjev.

13 Reference

1. Državni zbor RS. Zakon o zdravstveni dejavnosti (uradno prečiščeno besedilo). Uradni list RS št. 23/2005.
2. Državni zbor RS. Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti /ZZDej-J/. Uradni list RS, št. 14/2013.
3. Vlada Republike Slovenije. Strategija preprečevanja in obvladovanja okužbe s HIV za obdobje 2010-2015. Pridobljeno 20.11.2017 s spletne strani: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/aids/MZ_HIV_P.doc.
4. Državni zbor RS. Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva. Uradni list RS št. 65/2000. Pridobljeno 20.11.2017 s spletne strani: <http://www.uradni-list.si/1/content?id=26736>.
5. Državni zbor RS. Zakon o nalezljivih boleznih – ZNB (uradno prečiščeno besedilo) (ZNB-UPB1), Uradni list RS št. 33/2006. Pridobljeno 20.11.2017 s spletne strani: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200633&stevilka=1348>.
6. Minister za zdravje. Pravilnik o prijavi nalezljivih boleznih in posebnih ukrepih za njihovo preprečevanje in obvladovanje. Uradni list RS št. 16/1999. Pridobljeno 20.11.2017 s spletne strani: <http://www.uradni-list.si/1/content?id=18409>.
7. European Parliament and the Council. 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. Pridobljeno 20.11.2017 s spletne strani: http://ec.europa.eu/health/ph_threats/com/docs/1589_2008_en.pdf.
8. Sočan M, Šubelj M. Definicije prijavljivih nalezljivih boleznih za namene epidemiološkega spremljanja. Ljubljana: IVZ, 2012. Pridobljeno 20.11.2017 s spletne strani: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/datoteke/difinacija_prijavljivih_nb_za_namene_epi_spremljanja.pdf.
9. Klavs I. Nova definicija aidsa in revizija obrazca za prijavo aidsa in infekcije s HIV. Zdrav Var 1993;7:154–58.
10. ECDC and WHO. HIV/AIDS Reporting Protocol and Analysis Plan 2017 – Surveillance data for 2016. Stockholm: ECDC and WHO, 2017.
11. ECDC. HIV/AIDS Surveillance in Europe. Surveillance report 2015. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control, 2016. Pridobljeno 16.11.2017 s spletne strani: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/HIV-AIDS-surveillance-Europe-2015.pdf>.
12. Državni zbor RS. Zakon o preskrbi s krvjo. Uradni list RS št. 104/2006. Pridobljeno 20.11.2017 s spletne strani: http://www.uradni-list.si/_pdf/2006/Ur/u2006104.pdf#!u2006104-pdf.
13. Državni zbor RS. Pravilnik o strokovno medicinskih pogojih za odvzem krvi. Uradni list RS št. 9/2007. Pridobljeno 20.11.2017 s spletne strani: <http://www.uradni-list.si/1/content?id=78132>.
14. Levičnik Stezinar S, Rahne Potokar U. Presejanje krvodajalcev na označevalce okužb v Sloveniji v obdobju 1991–2010. Zdrav Vestn 2012; 81 Supl. 2:II-265-73.

15. European AIDS Clinical Society. Guidelines Version 9.0 October 2017. Pridobljeno 20.11.2017 s spletne strani: http://www.eacsociety.org/files/guidelines_9.0-english.pdf.
16. Klavs I, Poljak M. Unlinked anonymous monitoring of HIV prevalence in high and low-risk groups in Slovenia, 1993-2002. *Croat Med J* 2003;44:545-49.
17. Klavs I, Kustec T (ur.). Spolno prenesene okužbe v Sloveniji, letno poročilo 2015. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016. Pridobljeno 20.11.2017 s spletne strani: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/spo_letno_2015.pdf.
18. Klavs I, Rodrigues LC, Wellings K, Keše D, Hayes R. Prevalence of genital *Chlamydia trachomatis* infection in the general population of Slovenia: serious gaps in control. *Sex Transm Infect* 2004; 80: 121-3.
19. Klavs I, Rodrigues LC, Wellings K, Weiss HA, Hayes R. Increased condom use at sexual debut in the general population of Slovenia and association with subsequent condom use. *AIDS* 2005;19(11):1215-23.
20. Klavs I, Rodrigues LC, Weiss HA, Hayes R. Factors associated with early sexual debut in Slovenia: results of a general population survey. *Sex Transm Infect* 2006;82:478-83.
21. Grgič-Vitek M, Švab I, Klavs I. Prevalence of and risk factors for self-reported sexually transmitted infections in Slovenia in 2000. *Croat Med J*. 2006;47:722-9.
22. Klavs I, Grgič-Vitek M. The burden of genital warts in Slovenia: results from a national probability sample survey. *Euro Surveill*. 2008;13(45):pii:19032.
23. Klavs I, Rodrigues LC, Wellings K, Weiss HA, Hayes R. Sexual behaviour and HIV/sexually transmitted infection risk behaviours in the general population of Slovenia, a low HIV prevalence country in central Europe. *Sex Transm Infect* 2009;85:132-8.
24. Euro HIV EDAT. Guidelines for Data Collection for Monitoring and Evaluation of Community Based Voluntary Counselling and Testing (CBVCT) for HIV in the COBATEST Network. Pridobljeno 20.11.2017 s spletne strani: https://eurohivedat.eu/arxius/ehe_docsmenu_docsmenu_doc_106-20131101_D03_00_OTH_1_EN_PS.PDF.
25. ECDC. Thematic report: HIV continuum of care. Stockholm: ECDC, 2015. Pridobljeno 22.11.2016 s spletne strani: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/dublin-declaration-continuum-of-care-2014.pdf>.
26. Pečavar B, Maver M, Turel G, Vovko T, Tomažič J. Snapshot of the Slovenian HIV/AIDS (SHIVA) Cohort on December 31st, 2016. Poster session presented at: 16th European Aids Conference; 2017 Oct 25-27; Milano, Italy.
27. Vlada Republike Slovenije. Nacionalna strategija preprečevanja in obvladovanja okužbe s HIV 2017-2025. Pridobljeno 20.11.2017 s spletne strani: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/aids/NAc_strat_HIV.pdf
28. Jeriček Klanšček H, Bajt M, Drev A, Koprivnikar H, Zupanič T, Pucelj V (ur.) Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji, Izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2014. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. Pridobljeno 20.11.2017 s spletne strani: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/hbsc_2015_e_verzija30_06_2015.pdf.
29. Jeriček Klanšček H in sod. (ur.). Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2011.

30. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization, 2014. Pridobljeno 20.11.2017 s spletne strani:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128048/1/9789241507431_eng.pdf?ua=1&ua=1.
31. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization, 2015. Pridobljeno 20.11.2017 s spletne strani:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179870/1/9789241508926_eng.pdf?ua=1&ua=1.
32. Matičič M, Vidmar D, Vovko T, Tomažič J, Franko A. Preprečevanje okužb po incidentu v zdravstvu. V: Beović B, Strle F, Tomažič J. (ur.). Novosti v infektologiji, Preprečevanje okužb: imunoprofilaksa in kemoprofilaksa. Ljubljana: Infektološki simpozij, 2012:156–64.
33. Matičič M, Tomažič J, Vovko T, Gregorič S. Pogoste indikacije za protivirusno kemoprofilakso. Beović B, Strle F, Tomažič J. (ur.). Novosti v infektologiji, Preprečevanje okužb: imunoprofilaksa in kemoprofilaksa. Ljubljana: Infektološki simpozij, 2012:235–48.