

SUNDHEDSFREMMENDE OG
SMITTEFOREBYGGENDE RÅD-
GIVNING AF MENNESKER, DER
FINDES HIV-SMITTEDE

2007

Råd til sundhedspersonalet

Sundhedsfremmende og smitteforebyggende rådgivning af mennesker, der findes hiv-smittede – Råd til sundhedspersonalet

Udarbejdet af rådgiver Tinne Laursen, Århus Universitetshospital, Skejby og sygeplejerske/rådgiver Hanne Sørensen, Kønssygdomsklinikken, Bispebjerg Hospital for Sundhedsstyrelsen

Redigeret af afdelingslæge Jan Fouchard, Center for Forebyggelsen, Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
URL: <http://www.sst.dk>

Kategori: Rådgivning
Emneord: Rådgivning; Hiv-smittede; Kontaktopsporing; Sundhedspersonale; Aids

Sprog: Dansk
Version: 1.0
Versionsdato: 1. oktober 2007

Elektronisk ISBN: 978-87-7676-526-2

Format: pdf

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, oktober 2007

Copyright: Sundhedsstyrelsen, publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Indhold

1	Indledning	5
1.1	Baggrund	5
1.2	Formålet med denne publikation	5
1.3	Målgruppe for denne publikation	6
1.4	Problemetets omfang og alvor	6
1.5	Formålet med rådgivning til hiv-smittede	7
2	Rammer og forudsætninger for det gode rådgivningsforløb	9
2.1	Tidsforbrug	9
2.2	Fysiske rammer i fred	9
2.3	Krav til personalet	10
2.4	Organisering på afdelingen	10
2.5	Kommunikations- og spørgeteknikker	11
2.6	Sprogbrug	11
2.7	Tolkebistand	12
3	Når et positivt hiv-svar skal overbringes	13
3.1	Den akutte indsats	13
3.2	Første rådgiversamtale	14
3.3	Anden rådgiversamtale	15
3.4	Tredje rådgiversamtale	16
3.5	Indsats på længere sigt	17
4	Kontakttopsporing	18
4.1	Hvad er kontakttopsporing?	18
4.2	Sammen med patienten gennemgås nuværende/tidligere kontakter	18
4.3	Tillid, fortrolighed, samarbejde og frivillighed	19
4.4	Begreber i forhold til kontakttopsporing	19
4.5	Information til patienten	19
4.6	Seksuelanamnese	20
4.7	Afgrænsning af kontakttopsporingsperiode	20
4.8	Fast/nuværende partner	20
4.9	Tidligere partnere	21
4.10	Udførelse af kontakttopsporing	21
4.11	personer som kan være problematiske eller umulige at kontakte	22
4.12	Fravalg af hiv-test ved kontakttopsporing	23
4.13	Samtale med indkaldte kontakter	23
4.14	En patients erfaringer med at informere sine partnere	24

5	Rådgivning om seksualitet og sikker sex	27
5.1	Årsager til at det er svært at tale om sex	27
5.2	Seksualitet efter positivt hiv-svar	28
5.3	Samtale om sikker sex	28
5.4	Straffelovens § 252, stk. 2	31
5.5	Post exposure profylaxis (PEP behandling)	31
6	Afslutning på et rådgivningsforløb	32
6.1	Afslutning af nye patienter	32
6.2	Samtaler med patienter, der har været hiv-smittede i flere år	32
7	Videregivelse af helbredsoplysninger	33
7.1	Tavshedspligten	33
7.2	Information til de pårørende	34
7.3	Udveksling af oplysninger mellem sundhedspersoner	34
8	Rådgiverassisteret bistand til praktiserende læger	35
8.1	Århus-modellen	35
9	Supplerende læsning	36
10	Bilagsfortegnelse	37

1 Indledning

1.1 Baggrund

I 2004 stod Sundhedsstyrelsen bag undersøgelsen ”Kortlægning af rådgivning og kontaktopsporing til hiv-smittede i Danmark, 2004”, som bl.a. viste, at der i Danmark er brug for styrkelse af området. I undersøgelsen fandtes, at indsatsen foregår meget forskelligt rundt omkring i landet, og at der prioriteres forskelligt med hensyn til denne forebyggende indsats. Rådgivning og kontaktopsporing er endnu ikke et ensartet tilbud til mennesker, der konstateres hiv-smittede i Danmark, ligesom der i undersøgelsen blev efterlyst en form for standard, som personalet der varetager disse funktioner, kan bruge.

Efter gældende regler er det en regional opgave at sørge for, at hospitalerne påtager sig ikke blot de behandlingsmæssige, men også de forebyggende opgaver som er forbundet med rådgivning til mennesker med kroniske sygdomme. Denne publikation omhandler således ikke løsning af en ny opgave, men skal ses som en understregning og uddybning af et allerede eksisterende tilbud.

Det er Sundhedsstyrelsens synspunkt, at det er sundhedsvæsenets naturlige opgave – i forlængelse af undersøgelse og behandling - at varetage den almene psykosociale rådgivning af hiv-smittede på linje med andre kroniske sygdomme. Det er herunder sundhedsvæsenets opgave at bidrage til at motivere hiv-patienten til fremover at anvende seksualpraktikker, der forhindrer videresmitte med hiv.

Tidligere døde de fleste, der blev smittet med hiv (Human Immundefekt Virus) i løbet af en kort årrække. I dag regner man med, at hiv-smittede kan leve et langt liv, tæt på normalbefolkningens levealder, såfremt den smittede går til regelmæssig kontrol og overholder den anbefalede daglige indtagelse af medicin. I takt med det drastisk faldende dødstal blandt hiv-smittede siden kombinationsbehandlingen indførelse i 1996, skulle man formode at de psykiske og sociale konsekvenser af hiv, såsom isolation, stigmatisering, stress og depression kunne afværges. Dette har imidlertid ikke vist sig at være tilfældet. Hiv-smittede skal nu mestre et fuldt liv med livslang behandling, hvilket fordrer, at patienterne opnår kontrol over deres situation og hverdag som kronisk smittede med et potentielt dødeligt virus.

Da hiv-smittede således lever længere i dag, stiger antallet af smittede som kan bringe sygdommen videre. Al ny smitteudbredelse kommer fra de allerede smittede. I mødet med den nykonstaterede hiv-smittede har hospitalsvæsenet derfor en væsentlig opgave at være med til at forebygge videresmitte.

1.2 Formålet med denne publikation

Med udgangspunkt i de erfaringer, som bl.a. Skejby Sygehus og Bispebjerg Hospital har høstet gennem mange år med rådgivning inkl. kontaktopsporing til hiv-smittede, vil denne publikation formidle erfaringer og gode råd fra afdelinger, hvor det er lykkedes at indføre gode standarder i forbindelse med konstatering af hiv-smitte.

Formålet er at videregive erfaringer, metoder og arbejdsgange, som kan bruges i det daglige af personalet på de hospitaler, som varetager funktionerne vedr. rådgiv-

ning og kontaktopsporing i Danmark. Publikationen kan således bruges som inspiration og opslagshæfte. Det er Sundhedsstyrelsens ønske, at denne udmelding kan bidrage til den fortsatte udvikling af god klinisk praksis i den løbende planlægning af afdelingernes tilbud til hiv-smittede.

Det gælder ikke blot rådgivning af ny-konstaterede hiv-smittede, idet personer, der har levet med hiv-smitte i mange år, måske helbredsmæssigt blomstrer op og igen genvinder seksuel lyst, der fordrer nye færdigheder og opdateret viden.

Kontaktopsporing skal ses som en integreret del af rådgivningen og er ikke før beskrevet i detaljer, hvorfor denne del har fået meget plads i publikationen. Den kliniske erfaring vidner om, at kontaktopsporing er en del af krisebearbejdning. Overbringelse af hiv-negative svar eller rådgivning af personer, der ønsker sig testet for hiv omtales ikke i dette materiale.

1.3 Målgruppe for denne publikation

Målgruppen er hospitalspersonale, som er ansvarlige for rådgivning og kontaktopsporing til hiv-smittede. Praktiserende læger og andre læger/sygeplejersker på andre afdelinger, der tester for hiv vil have fordel af at vide, hvordan hiv-rådgivning kan foregå på de mere specialiserede afdelinger.

En model for praktiserende lægers brug af allerede eksisterende tilbud om rådgivning til hiv-smittede omtales under punkt 8. Også sygeplejeelever og andre studerende samt sundhedspersonale på efteruddannelse vil kunne have glæde af publikationen.

I publikationen er de givne forløb og råd skrevet op i oversigtsform som tjeklister. Dette er tænkt som en hjælp i rådgivningen, hvor man evt. blot kan medbringe et enkelt kopieret ark til samtalen. I undervisningen kan oversigterne bruges til overheads eller power point præsentationer.

1.4 Problemet omfang og alvor

I Danmark foretages hvert år flere hundrede tusinde hiv-tests, alle i sundhedsvæsenets regi. En stor del af disse undersøgelser sker rutinemæssigt ved screening af bloddonorer. Men de fleste tests ønskes af personer, der på en eller anden måde har været udsat for smitterisiko, hyppigst ved ubeskyttet seksuel kontakt. Hvert år findes 250-300 nye tilfælde i Danmark. Dvs. mere end én person pr arbejdsdag skal overbringes budskabet om, at han/hun er smittet med hiv. Dette er ganske mange i et lille land som Danmark, 25 år efter hiv blev introduceret.

En halv snes hospitalsafdelinger over hele landet har specialiseret sig i at teste for seksuelt overførbare infektioner, herunder hiv og er vant til at overbringe diagnosen. De fleste hiv-diagnoser stilles hos enten de praktiserende læger eller andre hospitalsafdelinger end de, der er specialiserede hertil. Dette stiller store krav til hurtige henvisningsprocedurer og smidige rutiner for at kanalisere patienterne til hurtig vurdering af evt. medicinsk behandling og den øvrige akutte rådgivning af ikke-medicinsk karakter.

De fleste ny-konstaterede hiv-smittede findes blandt de kendte risikogrupper, som altid har været de mest udsatte. Ca. en tredjedel er danske homoseksuelle, ca. en tredjedel er personer med anden etnisk baggrund end dansk, og den sidste gruppe kan findes blandt heteroseksuelle der selv, eller har partnere, som er smittet i udlandet, eller tidligere partnere med tilknytning til smittede i de kendte risikogrupper. I alt regner Statens Serum Institut med, at der lever mere end 5500 hiv-smittede i Danmark. Opgørelser over hiv-smittede tilknyttet behandlingsinstitutionerne antyder, at tallet er noget lavere. Under alle omstændigheder er det samlede antal hiv-smittede større end nogensinde før, hvilket stiller samfundet over for en hidtil uset udfordring, ikke mindst på det rådgivende og forebyggende område.

Forebyggende oplysning om smitterisiko til borgerne skal primært gives af kommunen, i folkeskolen, af særlige organisationer blandt risikogrupperne, ligesom Sundhedsstyrelsen og pressen kan bidrage med oplysning til befolkningen generelt. Regionerne har ansvar for forebyggende tiltag blandt borgere, der er blevet patienter.

En meget vigtig form for hiv-forebyggelse er den rådgivning, der kan individualiseres til den enkeltes behov. De specialiserede afdelinger har derfor en enestående mulighed for at hjælpe den enkelte hiv-smittede og hans/hendes seksualpartnere til at forstå og efterleve vigtigheden af praktikker, der begrænser og helst eliminere kommende risici for overførsel af hiv-smitte. Disse afgørende tidspunkter for effektiv smitteforebyggende rådgivning i sundhedssektoren på det tidspunkt, hvor de smittede er mest tilgængelige og motiverede må ikke forpasses. Med udgivelsen af denne publikation vil det være ønskeligt om antallet af nye hiv-smittede ville kunne nedbringes.

1.5 Formålet med rådgivning til hiv-smittede

Formålet med rådgivning til ny konstaterede hiv-smittede er at yde psykosocial støtte og omsorg samt hjælpe personen til at leve med en kronisk sygdom, herunder få et velfungerende seksualliv uden risiko for videresmitte. Det særlige her er, at ved smitsomme sygdomme har rådgivning et væsentligt forebyggelsesaspekt, og hiv kan i modsætning til andre kroniske sygdomme opleves tabuiseret og stigmatiserende.

For de fleste betyder et hiv-positivt svar at de bliver kastet ud i en akut krise. Det er derfor vigtigt at rådgivning bliver tilbudt i umiddelbar forlængelse af svarafgivelsen. I den svære samtale at overbringe et hiv-positivt svar er det vigtigt at være nærværende og sørge for, at der er tid og plads til, at patienten kan reagere på sin diagnose. Personer, der er i en akut krise, kan have svært ved at vurdere, hvad de har brug for hjælp til.

Hovedformålet med at have kontakt med patienten er dels, at patienten har brug for omsorg, støtte og vejledning i den akutte situation, dels at behandlere har mange informationer om hiv til en nykonstateret hiv-smittet, som det tager lang tid at fordøje. At få at vide, at man er smittet med hiv, udløser for de fleste en kaotisk følelse af angst. Informationer og konkret viden om hiv er angst-reducerende og kan sammen med støtte og omsorg formindske den kaotiske tilstand, som præger tiden efter svartidspunktet.

Når kontaktopsporing bliver introduceret fra starten, får patienten mulighed for at ventilere spørgsmål om, hvem han er blevet smittet af eller hvem, han kan have smittet. De fleste patienter giver udtryk for stor lettelse over at få lov til at tale om tidligere kontakter. At patienten får mulighed for at tale om sin seksualitet med en ikke-dømmende person, kan give gode forudsætninger for et psykologisk og seksuelt velbefindende fremover.

Indsatsen på længere sigt består af at tilbyde patienten en grundig indføring i hiv og samtidig hjælpe patienten til et liv med hiv, hvor man igen kan fungere og bære sin kroniske sygdom på en måde, som ikke låser patienten fast i et følelsesmæssigt kaos.

2 Rammer og forudsætninger for det gode rådgivningsforløb

Der er flere faktorer, der skal være til stede for at skabe en god rådgivning herunder kontaktopsporing. Det er af stor betydning, at hiv-testning og efterfølgende rådgivning har en høj og synlig prioritet i afdelingen. Det kræver ressourcer at følge op på et hiv-positivt svar, hvis man skal gøre det godt.

Rådgivning og kontaktopsporing er en funktion af komplekst sammensatte problemer, som varierer fra patient til patient, og også fra behandler til behandler.

2.1 Tidsforbrug

Tidsforbruget i forbindelse med afgivelse af det positive svar kan typisk strække sig fra 1 til 2 timer. Efter svarafgivelsen går den første time med de reaktioner der nu måtte komme fra patienten, derefter tages som hovedregel førstegangsprøver, herunder konfirmatorisk test. Evt. gennemgås den ny-konstaterede af en læge, der oprettes journal, hvorefter sygeplejerske og hiv-rådgiver følger op og afslutter.

De efterfølgende samtaler varer ca. 45-60 minutter. Det er svært for både behandler og patient at rumme samtalen ud over en time.

Anden samtale følger oftest dagen efter. Hvis det ikke er muligt at få etableret en tid til samtale, kan det eventuelt aftales med patienten, at man ringer sammen. Alt efter muligheder og patientens behov kan 3. og 4. samtale aftales med 1 uges mellemrum. De efterfølgende samtaler kan planlægges med en måneds mellemrum.

De fleste patienter følges tæt de første 2 til 3 måneder, af læge, sygeplejerske og rådgiver, med længere og længere intervaller mellem samtalerne. Hiv-rådgivning og kontaktopsporing tager gennemsnitligt mellem 5 og 10 samtaler over de første 2 til 3 måneder.

2.2 Fysiske rammer i fred

Det er vigtigt, at behandleren/rådgiveren har et rum til rådighed, hvor man kan sidde uforstyrret. Samtalerne om rådgivning og kontaktopsporing må ikke afbrydes, hvilket ens kollegaer skal gøres opmærksom på, så der f.eks. ikke bliver stillet telefoner ind.

Rummets indretning kan ligeledes have betydning. Fx kan det for patienten opleves som et godt skift, at gå fra det mere lægelige konsultationsrum til et velindrettet samtalerum. Skiftet indikerer, at nu går man fra det mere kliniske ved hiv til det mere fortrolige og personlige, og synliggør, at rådgivningen flytter fra det fysiske fokus til det mere personlige og følelsesmæssige. Ikke alle afdelinger har mulighed for dette, men med få midler kan en almindelig konsultations rum indrettes til dette formål, og også med fordel bruges til andre mere fortrolige samtaler på en afdeling.

2.3 Krav til personalet

Det at rådgive om hiv fordrer ingen bestemt grunduddannelse og kan i princippet varetages af alle sundhedspersoner med en vis efteruddannelse og erfaring. For nemheds skyld kaldes fremover den rådgivende person for "rådgiveren", selvom denne måske også har behandlende eller plejende opgaver. I det følgende omtales patienten som "han" og "rådgiveren" som "hun". Rådgiveren skal være trænet i den svære samtale, være empatiske samt kende til (diverse) målgruppers livsstile og levevilkår. Personer i krise eller chok har i første omgang brug for en person, som professionelt og personligt kan tackle de psykiske reaktioner, der måtte komme i forbindelse med diagnosen. Samtidig er det vigtigt, at rådgiveren har konkret viden om hiv og er med til at give den ny-konstaterede overblik og kontrol, som er vigtigt for at komme igennem den første svære tid. Da der er stor forskel på de reaktioner, som den enkelte ny-diagnosticerede kan få, må rådgiveren være fleksibel og omstillingsparat, så tilbud om rådgivning og støtte kan tilpasses den enkelte.

Der stilles derfor store krav til rådgiveren, som skal tale med patienten om at leve med en kronisk og tabuiseret sygdom samt personens seksualitet. Hvis rådgiveren samtidig er i stand til at gøre stoffet levende, vedkommende og ikke højtideligt, og i nogle tilfælde bruge humoren, er man kommet langt med den til tider vanskelige samtale. At kunne skabe god kontakt, god atmosfære og tillid er en forudsætning for en samtale om tabuer, seksualitet, hemmeligheder m.m. Det kan være vigtigt at imødekomme patientens behov for at tale om skyld, skam og dårlig samvittighed på en ikke-moraliserende måde. Mange patienter giver udtryk for, at det er slemt selv at være blevet smittet, men at smitte andre er det frygteligste, der kan ske.

For at foretage en vellykket kontaktopsporing er det en forudsætning, at det er en arbejdsopgave, man som rådgiver selv har valgt. Kontaktopsporing skal foretages af en person, som ønsker at udføre dette og viser interesse for dette arbejdsfelt. Foruden interesse og forståelse for kontaktopsporingsarbejdet, er det nødvendigt med viden på flere forskellige områder: Psykologisk indsigt, kendskab til krisereaktioner, sexologisk viden, henvisningsmuligheder, behandlingsmuligheder, smitteveje, smitterisiko, PEP mm. Viden om bøsser/mænd der har sex med mænd, flygtninge/etniske minoriteter, er en stor fordel. Desuden vil det være en fordel at have kendskab til andre seksuel overførbare sygdommes betydning for hiv-infektionen.

2.4 Organisering på afdelingen

Når et positivt hiv-svar skal overbringes, kan det være hensigtsmæssig med en klar og tydelig arbejdsfordeling for personalet. En hjælp for alle, kan være, at der udarbejdes skriftlige retningslinier for afgivelse af hiv-positive svar. Det kan aftales, hvem der giver svaret. Den erfarne læge, sygeplejerske eller rådgiver. Måske den der kender patienten bedst. Det gode patientforløb, og kontinuitet kan styrkes ved, at det er de samme personaler, patienten møder ved de første mange konsultationer.

2.5 Kommunikations- og spørgeteknikker

Brug af nedenstående grundregler for samtale og psykisk førstehjælp kan være grundlag for en værdifuld og patientorienteret samtale.

Tjekliste 2.5.1: Psykisk førstehjælp

Du må ikke:	Du må gerne/du skal:	Vær opmærksom på:
<ul style="list-style-type: none">• Bebrejde/moralisere• Antydde at patienten har handlet dumt og derved få patienten til at føle skyld• Intellektualisere• Styre samtalen – kun snakke selv uafbrudt• Påtage dig ekspertrollen, som "den der ved bedst"• Modargumentere• Bruge skræmmebilleder• Være utålmodighed	<ul style="list-style-type: none">• Imødegå selvbebrejdelser/-kritik• Lytte/spørge til/være opmærksom på patientens tilstand – lade patienten styre samtalen• Holde om patienten eller give anden fysisk kontakt, hvis du kan og det føles rigtigt• Give patienten lov til at reagere	<ul style="list-style-type: none">• Patienten kan opleve følelsesmæssigt kaos• Patienten kan mangle tidsfornemmelse• Patienten kan miste vurderingsevnen• Dine egne reaktioner, og om de influerer
Grundregler for samtalen		
<ul style="list-style-type: none">• Gør ikke noget for patienten, men sammen med patienten• Vis empati• Vis accept• Vis respekt• Vær støttende• Vær lyttende• Vær undersøgende• Reflekter		
Skab en god kontakt		
<ul style="list-style-type: none">• Tag initiativ og ansvar for situationen• Sæt ord på din egen rolle• Fortæl, hvad du ved på forhånd• Stil åbne spørgsmål og sørg for at få svar• Prøv hellere at forstå end at forklare• Det interessante er tit ikke det du spørger om, men det der ikke bliver spurgt om• Lad være med at gå i gang, før du har en aftale om mål, en dagsorden• Gå fra det generelle til det mere specifikke		

2.6 Sprogbrug

Allerede når patienter inviteres til samtale (om rådgivning og kontaktopsporing), ligger der implicit et "mål" med samtalen. Man skal derfor være opmærksom på sit sprogbrug, og samtidig være bevidst om at styre samtalen, så patienten respekteres og får udbytte af samtalen. I et specialiseret samfund som det danske kræver arbejdslivet ofte mange fagsprog, som på hver sin måde indeholder specialviden og -

informationer. For patienten kan det hele virke overvældende nyt, svært og grænseoverskridende at tale om hiv, seksuallivet, kontaktopsporing osv. Det er en god ide, når man taler om seksualitet at starte med de mere kliniske ord. Hvis patienten eventuelt bruger andre ord som også for rådgiveren falder naturligt, kan man bruge patientens ord i stedet, (fx hvis rådgiveren siger samleje, og patienten siger bolle). Hvis man bruger for grænseoverskridende ord, for forældede ord eller for den sags skyld for kliniske ord, kan man risikere at patienten ikke aktivt deltager i samtalen, og ikke får udbytte heraf. Selve sprogbruget kan ikke generaliseres, da alle rådgivere har hver deres sprog, men for patienten er det vigtigt, at det er et forståeligt og enkelt sprog, der anvendes, og som respekterer patientens grænser og blufærdighed. Rådgiveren kan fortælle patienten, at det er helt normalt, at det kan være svært at tale om seksualitet, og i nogle tilfælde blive nød til at hjælpe patienten med at sætte ord på.

2.7 Tolkebistand

Tolkning er oftest nødvendig, når man rådgiver udlændinge, også selvom både rådgiver og patient synes, at de taler et rimeligt engelsk. Korrekt anvendelse af de medicinske og seksuelle begreber er sjældent noget, almindelige mennesker mestrer, hvorfor der nemt kan opstå misforståelser. Ved tolkebistand er det vigtigt at tolk og patient ikke kender hinanden i forvejen, og at det ikke er et familiemedlem. Telefontolkning kan være en alternativ mulighed. Mange tolke kan være gode kulturformidlere, hvorfor en kort samtale med tolken inden tolkning, kan være til gavn for både patient og rådgiver. Det er vigtigt, at rådgiveren først undersøger om tolken kender noget til hiv samt inden samtalen understreger vigtigheden af tavshedspligten.

3 Når et positivt hiv-svar skal overbringes

Det skal understreges, at såvel negative som positive svar bør gives ved personlig fremmøde, aldrig telefonisk.

3.1 Den akutte indsats

Når svaret overbringes, vurderes hvor stort et chok, det er for patienten at modtage diagnosen. Nogle er godt forberedte, og bliver derfor ikke så chokerede, men mere kede af det. Andre har slet ikke regnet med det positive udfald af testen og kan derfor reagere krisepræget med det samme. Den akutte indsats må derfor afhænge af, i hvilken grad, svaret kommer bag på patienten. (Se afsnit 2.5 om psykisk første hjælp).

Udover den følelsesmæssige reaktion på hiv-diagnosen, tager rådgiveren udgangspunkt i patientens sygdomsmæssige diagnose og sygehistorie. Nogle patienter har på baggrund af symptomer eller længere varende sygdomsforløb valgt at få foretaget en hiv-test. Andre er så langt i deres forløb, at der inden for kort tid skal træffes beslutning om behandling. Andre igen optræder med primær infektion, som tegn på nylig smitte, mens igen andre slet ingen fysiske gener har. Alle disse forhold skal lægen tage med i sine overvejelser, samt de første lægelige gennemgange af fysisk karakter. Rådgiveren drøfter fysiske forhold med lægen, hvorefter den akutte psykiske indsats vurderes.

Ofte har patienten også sociale faktorer at tage stilling til. Måske er der en partner der skal tilkaldes og informeres, mens andre har praktiske overvejelser i forhold til at få hjælp til børn som skal hentes/bringes. Andre igen har brug for hjælp til at drøfte om der skal en sygemelding til arbejdspladsen, eller hvad patienten kan/bør/skal oplyse til arbejdsgiver. Det skal vurderes i hvert enkelt tilfælde, om det er forsvarligt at lade den ny konstaterede køre i bil hjem.

Der er udfærdiget tjeklister over indholdet af de første tre samtaler velvidende, at det næsten er umuligt at sætte disse samtaler ind i et skema da den virkelige samtale ofte vil springe fra et emne til et andet og variere over et bredt spektrum fra person til person.

Når man i afdelingen ved, at der kommer en person som skal have et hiv-positivt svar, kan personalet forberede sig. Hvad ved man om personen på forhånd? Har man mødt personen ved testning? Hvorfor valgte personen at blive testet? Er personen forberedt på et muligt positivt svar? Hvad ved personen om hiv på forhånd?

3.2 Første rådgiversamtale

Tjekliste 3.2.1: Første rådgiversamtale

Overbringelse af svar på hiv-testen

- Start med hiv-svaret, hvis der er flere prøvesvar
- Sig fx "Jeg har en besked, du formentlig bliver ked af at høre". Pause. "Prøven viser, at du er hiv-smittet"

Tid til at reagere

- Der skal være tid og plads til, at patienten kan komme sig oven på svaret
- Pauser er OK
- Hvis patienten ikke siger noget, spørg til hvad han/hun tænker
- Fortæl hvordan han/hun kan forvente at reagere (krisereaktion)
- Informer om det, patienten ønsker at vide - lidt af gangen
- Ved behov, tales om skyld og skam i forbindelse med det positive hiv-svar
- Oplys om din tavshedspligt og diskretion
- Undersøg patientens psykiske beredskab (selvmordstanker, mestringsstrategier mm.)

Hvem skal vide det

- Har patienten en fast partner?
- Hvem har patienten fortalt, at han skal hiv-testes?
- Opfordre til i starten kun at fortælle det til en person, som patienten har tillid til og er fortrolig med
- Gå derfor langsomt til værks med at orientere venner og familie
- Hvem bør/kan patienten i øvrigt orientere (fx andre sundhedspersonaler)?

Håb/fremtid

- Giv patienten et realistisk håb
- Oplys om behandlingsmulighederne i dag
- Oplys om helbreds kontrol ca. hver 3.- 4. måned
- Muligheder for psykosocial rådgivning i og udenfor hospitalssystemet

Praktisk

- Hvem kan hjælpe patienten her og nu?
- Hjemtransport?
- Arbejdssituation: Har patienten lyst/overskud til at gå på arbejde eller er sygemelding nødvendig?
- Tilbud om at evt. pårørende/familie/venner kan få hjælp i afdelingen.
- Ny aftale til dagen efter
- Medgiv telefonnummer på rådgiver, med opfordring til kontakt
- Vent med at søge information på nettet
- Personlig rådgivning fx gennem AIDS-Linien er bedre end nettet
- Giv evt. patienten materiale (foldere om hiv, smitteveje, behandlingsmuligheder, kondombrug og brist osv.) med hjem, hvor patienten kan læse om det, der er blevet fortalt. Næsten alle har svært ved at huske, hvad der blev fortalt ved første samtale.

3.3 Anden rådgiversamtale

Boks 3.3.1: Anden rådgiversamtale

Siden sidste samtale
<ul style="list-style-type: none">• Hvordan har du haft det?• Hvilke tanker har du gjort dig?• Hvad har du fået hjælp til?• Hvordan med dit job?• Hvordan med søvnen?• Hvor synes du vi skal starte?• Hvad synes du er det sværeste lige nu?
Helbred/screeningsblodprøver
<ul style="list-style-type: none">• Kort information om immunforsvaret• Hvad kan blodprøverne vise?• Hvornår starter behandlingen?• Hvornår kan man tage prøverne?• Aftal tid til svarene på prøverne
Familie/venner
<ul style="list-style-type: none">• Har du talt med nogen om din situation?• Hvordan var det at sige det til dem?• Hvordan var deres reaktion?• Har de brug for rådgivning?• Hvem har du lyst til at fortælle det til?• Hvem har du ikke lyst til at orientere?• I hvilken rækkefølge skal informationen foregå?
Kontaktsporing
<ul style="list-style-type: none">• Begyndes her (Se afsnit 4)
Praktisk
<ul style="list-style-type: none">• Informer patienten om emner for næste samtale• Find tid til næste samtale• Hvis behov for hjælp, informer om hjælpemuligheder• Hvis patienten har pårørende, som har brug for hjælp, informer patienten om muligheder, tavshedspligt mm.

3.4 Tredje rådgiversamtale

Tjekliste 3.4.1: Tredje rådgiversamtale

Siden sidste samtale
<ul style="list-style-type: none">• Hør til patientens emotionelle og praktiske situation• Som ved tidligere samtaler tales med patienten om deres erfaringer siden sidst• Få eventuelt svar på konfirmatorisk test
Information om, hvordan hiv smitter/hvordan hiv ikke smitter
<ul style="list-style-type: none">• Herunder information om hvor mange, der er smittet fordelt på smittemåde• Behandlingsmuligheder, CD-4 tal, Virus mængder (gerne visuelt, tegn en graf, - det huskes bedre end det fortalte)• Mulighederne for at hiv-smittede kan få børn• Informer om, at der ikke er smitterisiko ved social omgang
Sikker sex adfærd
<ul style="list-style-type: none">• Efter aftale med patienten gennemgås sikker sex adfærd (se side 28)• Kom ind på, hvordan det at modtage et hiv-positivt svar kan have indflydelse på sex lysten, og at det er helt normalt
Kontaktsporing fortsat
<ul style="list-style-type: none">• Opfølgning på kontaktopsporing
Hjælp til at lære at leve med hiv
<ul style="list-style-type: none">• Helbred• Motion• Kost• Nydelsesmidler drikkevaner, stofvaner mm.
Hjælpeorganisationer
<ul style="list-style-type: none">• Gennemgang af diverse hjælpemuligheder• AIDS-Fondet, AIDS-Linien, HIV-Danmark
Opfølgning

3.5 Indsats på længere sigt

Tidligere var hiv/aids en livstruende sygdom, men efter kombinationsbehandlingen i midten af 1990'erne, betragtes sygdommen som kronisk. At leve med en kronisk sygdom får stor betydning for den enkelte, der må indstille sig på gode og dårlige perioder.

Hiv-rådgivning sigter således på at styrke patienten til at mestre et langt liv med hiv, hvor opgaven er at formidle viden om sygdom og behandling, samtidig med at patienten får hjælp til konkret problemløsning. Patienten opnår derved bedre kontrol over sin situation og hverdag som kronisk syg.

Da hiv-smittede er forskellige med forskellige baggrunde, er det som udgangspunkt vigtigt at hjælpe patienten med at finde ud af, hvori problemet ligger for dem ved at få diagnosen hiv. For nogle vil skyld- og skamfølelser være det sværeste ved at modtage diagnosen, mens det for andre kan være uoverskueligt at tænke på fremtidige ændrede seksualpraktikker, og at få en partner igen.

Nogle oplever diagnosen som en dødsdom, og får angstsymptomer ved at tænke på fremtiden som kronisk syg. Andre igen synes det sværeste er at bære diagnosen som en hemmelighed. Oftest vil de identificerede problemer være en kombination af flere.

Indsatsen på længere sigt er at hjælpe patienten til at identificere og løse de problemfelter (psykisk, fysisk og socialt) som oftest opstår i kølvandet på hiv-diagnosen. For mange kan rådgivning, kombineret med støtte til styrkelse af selvtillid og tro på egne ressourcer være en frugtbar indsats i starten, som senere kan være givet godt ud med henblik på øget sundhed og trivsel. Rådgivningen hjælper med andre ord patienten til at genfinde balancen i sit liv. Hvis patienterne er velinformerede, aktive og kompetente i forhold til deres sygdom og behandlingsmuligheder, opnås bedre compliance og færre depressive tilstande på sigt.

Hjælpen til at leve med hiv og at integrere hiv i sit liv kan gives på flere måder. Enten ved samtaler på de afdelinger hvor patienten går til kontrol, ved patientskoler, diverse gruppetilbud eller ved aktiviteter i patientforeningen HIV-Danmark. Som et eksempel kan nævnes den landsdækkende ungdomsgruppe for unge hiv-smittede mellem 15 og 25 år. Medlemmerne af denne gruppe bliver opdateret en gang årligt om hiv og behandling og får mulighed for fordybelse i psykiske og sociale aspekter. Samtidig gives der mulighed for, at de unge kan dannes netværk.

Hvis rådgiveren eller andre behandlere får en fornemmelse af, at patientens reaktioner overstiger de forventede og mærker, at problemerne ikke kan afhjælpes ved den skitserede hiv-rådgivning, skal der henvises til specialist. Med rådgiverens hjælp henvises via egen læge til psykolog (inden for 6 måneder), psykiater, socialrådgiver, indvanderrådgivning, pædagogisk specialindsats, misbrugsbehandling mv.

4 Kontaktopsporing

Det skal fra starten understreges, at kontaktopsporing ikke kan ses som en isoleret opgave, men skal opfattes og udføres som en del af rådgivningen til en hiv-smittet patient.

4.1 Hvad er kontaktopsporing?

Kontaktopsporing går ud på - af frivillighedens vej - at finde frem til tidligere og nuværende partnere, som har, eller har haft, risiko for at være smittet med hiv. Kontaktopsporing starter med en index person som er konstateret hiv-smittet. Målet med kontaktopsporing er at begrænse sygdomsudbredelse, samt diagnosticere og evt. behandle allerede smittede. Kontaktopsporing udføres efter tre principper:

- A) Indexpersonen informerer selv sine tidligere og nuværende partnere
- B) Hiv-rådgiver, sygeplejerske eller læge informerer navngivne kontakter
- C) Indexperson og rådgiver, sygeplejerske eller læge informerer i fællesskab tidligere og nuværende partnere.

Ved kontaktopsporing etableres der kontakt til dem, der ifølge patienten kan være smittet. Personer som enten kan have smittet patienten, eller som patienten kan have smittet. Ofte kan situationen være kompliceret, idet patienten kan have haft flere kontakter efter selv at være blevet smittet.

4.2 Sammen med patienten gennemgås nuværende/tidligere kontakter

De fleste patienter kommer allerede ved svarafgivelsen ind på spørgsmål som vedrører kontaktopsporing. Selv om de fleste patienter er i en choktilstand, er det spørgsmål om smitteforhold, som mange patienter har brug for at vide noget om. Det er vigtigt, at rådgiveren besvarer patientens konkrete spørgsmål. Hvis patienten ikke selv tager emnet op, kan det være en god ide at informere om, at rådgiveren ved en senere lejlighed vil gennemgå smitteforholdene.

Når patienten er kommet sig over den første svære tid - måske efter 3-4 samtaler - kan det aftales, at man ved næste samtale vil komme mere konkret ind på kontaktopsporing, så patienten får en mulighed for at forberede sig psykisk og praktisk.

4.3 Tillid, fortrolighed, samarbejde og frivillighed

Det skal understreges, at kontaktopsporing er et samarbejde mellem patient og rådgiver og bygger på tillid, fortrolighed og frivillighed. Patienten skal informeres om formålet og principperne for kontaktopsporing. Det er vigtigt at holde sig for øje, at det først og fremmest er patientens behov, der styrer arbejdet, hvilket kan indebære, at kontaktopsporingen ikke kan foretages ud fra, hvad rådgiverne synes vil være mest optimalt. Hvis man ikke har patientens tillid, kan der ikke laves en meningsfuld kontaktopsporing.

4.4 Begreber i forhold til kontaktopsporing

Den person, som rådgiveren foretager kontaktopsporing sammen med og ud fra, kaldes index-personen. De personer, som patienten kan have smittet eller være smittet af, kaldes partnere eller kontakter. Man skelner mellem fast partner og løse/tilfældige partnere. Når der tales med patienten om kontaktopsporing, kan man benytte udtryk, som hvem der kan have smittet hvem.

Ligesom ved al anden patientkontakt er sprogbruget vigtig for ikke at støde patienten unødigt. Når man går i gang med kontaktopsporing, taler man for eksempel om den seneste kontakt, patienten har været sammen med og ikke den sidste, da denne vending kan opfattes af patienten som om, han aldrig mere skal have et sexliv.

Man skal være opmærksom på, at der i løbet af samtalen kan dukke emner op, som patienten måske aldrig har drøftet med andre.

4.5 Information til patienten

Patienten skal informeres om principperne samt formålet med kontaktopsporing og forstå at kontaktopsporing er noget, der sker sammen med patienten, med hans medvirken, og at rådgiveren ikke foretager sig noget uden hans ønske og samtykke. Patienten skal informeres om, at der ikke skrives noget om fortrolige oplysninger i hans lægejournal, men at der føres en speciel kontaktopsporingsjournal, som opbevares hos rådgiveren i aflåst arkiv. Anvend evt. monitoreringsskemaet (se bilag). På flere hospitaler har man i mange år destrueret kontaktopsporings-journalen efter endt opsporing.

I lægejournalen kan man skrive: "*Kontaktopsporing påbegyndt d.d.*", og når man er færdig skrives "*Kontaktopsporing afsluttet*". Dette for at dokumentere, at arbejdet er udført, uden at andre end rådgiveren kender detaljerne.

Man kan oplyse patienten om, at kontaktopsporingsarbejdet vil komme til at ske i hans tempo, at man respekterer, at patienten kan være nervøs og måske uinteresseret i at tale om tidlige sex-partnere og praktikker. Det kan have stor betydning for patienten at vide, at han kan bevare sin anonymitet over for tidlige kontakter. Oplys, at man aldrig oplyser navne ved kontaktopsporing, men fortæller de kontaktede, at det er en ansvarsfuld person, der har opgivet navn på den kontaktede, og at den ansvarsfulde person, synes at den kontaktede skal have mulighed for at vælge, om han vil testes.

4.6 Seksualanamnese

Kontaktsporing i forbindelse med hiv forudsætter at man foretager en dækkende seksualanamnese, hvilket betyder at man meget detaljeret gennemgår patientens sexvaner, teknikker mm. Det kræver konduite og lydhørhed af rådgiveren, desuden skal man være opmærksom på sprogbrug. Hvis patienten har svært ved at tale om sine sexvaner, kan man som rådgiver stille åbne spørgsmål. Den viden, man får om patientens sexvaner, kan være meget vigtige informationer, når man sammen med ham senere hen skal tale om hans sexliv som hiv-smittet. Hvis patienten har været god til at dyrke sikker sex, så behøver patienten måske ikke så meget hjælp til adfærdændring, som de patienter der har været mindre gode til sikker sex.

4.7 Afgrænsning af kontaktopsporingsperiode

Indledningsvis bør man tale med patienten om, der foreligger en negativ hiv-test fra tidligere. Hvis han er testet negativ tidligere, anvendes denne dato som udgangspunkt (evt. lægge max 3 måneder til).

Blodprøvesvarene kan også være en grov indikator for, hvornår patienten eventuelt kan være smittet. Måske har patienten selv en ide om, hvornår han eventuelt kan være smittet, ud fra sin seksuelle praksis, viden om partners hiv-status, m.m. Nogle patienter har haft en sygdomsperiode som stemmer overens med primær hiv-infektion, hvilket i kan bruges som en meget præcis information om smittetidspunktet. Man skal begrænse kontaktopsporingsperioden til 3-5 år, med mindre patienten er overbevist om, at han kan være smittet flere år tilbage, eller blodprøvesvar indikerer andet.

4.8 Fast/nuværende partner

Hvis patienten på diagnosetidspunktet har en partner, bør denne partner orienteres om patientens hiv-status, enten af patienten selv eller af rådgiveren. De fleste patienter vælger på diagnosetidspunktet selv at informere deres partnere, i nogle tilfælde efter samråd med rådgiveren om, hvordan dette gøres mest skånsomt. Ofte med en tid hos rådgiveren umiddelbart efter at de har informeret partneren, så denne får tilbudt rådgivning med det samme.

Man skal være opmærksom på, at partnere til nykonstaterede hiv-smittede ofte er meget berørte over deres partners situation, samtidig med at de kan være angste for, at de selv kan være smittet. Mange partnere vælger at blive testet med det samme, fordi uvisheden er sværere at leve med end svaret. I den situation står man som rådgiver ikke med en patient men med to patienter, som i nogle tilfælde ikke er i stand til at hjælpe sig selv eller hinanden. Den ene har lige fået hiv-diagnosen, den anden venter på at få en afklaring. Tal med dem begge om, at ingen reagerer ens, og at de måske kan finde det svært at hjælpe hinanden. Tal om, hvordan de kan holde ventetid ud sammen, - og om de måske har nogen at tale med hver for sig.

4.9 Tidligere partnere

Når patienten er klar til at tale om kontaktopsporing, vil det være en god ide at aftale med patienten, at ved næste samtale vil man i fællesskab gennemgå tidligere partnere og kontaktopsporingsarbejdet. Patienten får på den måde mulighed for dels psykisk og ikke mindst praktisk at forberede sig på situationen.

Tjekliste 4.9.1: Spørgsmål om tidligere partner(e)

- Hvornår var du sammen med vedkommende?
- Hvilken/hvilke former for sex havde i?
- Var det sikker/usikker eller delvis sikker sex?
- Kondombrug?
- Har der været nogle uheld (kondom brist)?
- Kender du noget til vedkommendes hiv-status?
- Hvad kender du i øvrigt til personen?
- Ved du, om han er testet?
- Hvordan skal vedkommende kontaktes?
- Mulige konsekvenser ved selv at kontakte tidligere partner?
- Informere patienten om proceduren ved, at rådgiver kontakter tidligere partner
- Hvis rådgiveren skal kontakte personen, hvordan ser vedkommende ud? (for at kunne identificere)
- Hvad laver personen?
- Hvor boede personen, da de kendte hinanden?
- Har patienten adresser på vedkommende, telefonnummer eller lignende?

4.10 Udførelse af kontaktopsporing

Aftal med patienten, hvem der skal informeres og hvordan. Man kan tilbyde patienten at tage nuværende eller tidligere partner med til en samtale. Patienten kan have behov for hjælp til at finde frem til en tidligere kontakt på grund af meget sparsomme oplysninger. Hvis patienten selv har informeret tidligere partnere, er det en god ide at spørge til denne oplevelse. Nogle patienter kan have brug for hjælp til, hvorledes de skal tale med tidligere kontakt om smitterisiko, støtte, test mm. Nogle patienter kan/vil ikke opgive navn på en tidligere kontakt, men kan godt have behov for at tale hændelsesforløbet igennem. Hvis patienten ikke selv har lyst til at kontakte en tidligere kontakt, aftales det med patienten, hvortil og hvornår et brev skal sendes. Hvis der sendes brev til en tidligere kontakt, skal patienten orienteres om, at hverken kontakt eller patient får orientering om hinanden. Desuden skal patienten orienteres om ordlyden samt tidspunkt for afsendelse af kontaktopsporingsbrev. Breve skal aldrig sendes op til en weekend. Kuverten skal være uden hospitalets logo og afsenderen være markeret med postboks nummer.

Tjekliste 4.10.1: Beskrivelse til den nykonstaterede hiv-smittede person af, hvordan kontaktopsporing udføres af rådgiver

- Brev sendes til tidligere partnere, - fortæl hvad der står i brevet
- Tidligere partner(e) modtager brevet, og ringer stort set alle med det samme til hiv-rådgiveren, når de får brevet.
- Man oplyser aldrig hvor man har navne på tidligere partnere fra. De holdes naturligvis anonyme. Dem, der kontaktes har også haft andre partnere.
- Det oplyses til de kontaktopsporede personer, at det kan være op til 5 år (nogle gange endnu flere år) siden, at de var sammen med pågældende.
- De kontaktopsporede personer fortælles, at den der har opgivet deres navn, er en person, der vil dem det godt, en ansvarsfuld person, som synes de skal have valgmuligheden, om de vil hiv-testes eller ej.
- Det frarådes på det kraftigste, at den kontaktopsporede person forsøger at tage kontakt til den eller de, som de tror, har oplyst deres navn. Fortæl at den person, der har oplyst deres navn, kun vil dem det bedste, og ikke som ny-konstateret hiv-smittet har brug for at blive konfronteret med tidligere partnere.
- Fortæl den ny-konstaterede hiv-smittede, at han ikke vil få kendskab til de kontaktopsporedes hiv-status. De vil således ikke få oplyst hvem der kan have smittet dem, og hvor hiv stammer fra. De opsporede har ret til anonymitet, ligeså vel som den smittede.

4.11 Personer som kan være problematiske eller umulige at kontakte

En del mænd, der har sex med mænd (MSM), har anonyme kontakter, og nogle kender måske kun deres fornavn. I disse tilfælde er kontaktopsporing i sagens natur ikke mulig. Flere MSM fortæller, at de møder deres anonyme seksualpartnere via nettet. Nogen har med held selv kontaktet tidligere partnere ad denne vej (se senere).

Ca. en tredjedel af alle nykonstaterede hiv-smittede har anden etnisk baggrund end dansk. Måske er de smittet i det land de kommer fra, og har ikke længere kontakt tilbage til hjemlandet. Andre har haft tilfældige seksualpartnere i udlandet under udlandsrejser og er blevet smittet med hiv. Erfaringen er, at det er svært at hjælpe med kontaktopsporing til mennesker i udlandet. Derimod kan patienterne evt. selv kontakte tidligere partnere i udlandet ved brev eller telefon. Udfaldet af dette kontaktopsporingsarbejde kendes ikke.

Det kan også være problematisk at kontakte mennesker, som ikke kan tale dansk, mens andre, der skal kontaktes, kan have svære psykiske lidelser. Rådgiver og indexperson må sammen overveje, hvorvidt og hvordan disse kan kontaktes. Her findes der ingen faste regler, og hvert tilfælde må vurderes individuelt. Eventuelt kan man kontakte mere erfarne rådgivere end én selv for at få sparring eller gode idéer.

4.12 Fravalg af hiv-test ved kontaktopsporing

Det er erfaringen, at langt de fleste kontaktede ønsker at få foretaget hiv-test. Kun ganske få mennesker magter ikke konsekvenser af hiv-testens mulige positive udfald. Årsagerne til fravalg af hiv-test kan være:

- Vil/kan ikke leve med et hiv-positivt resultat
- Vil hellere leve i lykkelig uvidenhed
- Der menes ikke at have været risiko

Kontaktopsporing og følgende hiv-testning er et frivilligt tilbud. Derfor skal et fravalg respekteres.

Det er vigtigt sammen med personen at undersøge, om fordele og ulemper er nøje overvejet, samtidig med at sikre information om risiko for at smitte andre, så vedkommende kan tage sine forholdsregler og dyrke sikker sex. Det skal understreges over for den kontaktede, at ved fravalg af hiv-test, kan vedkommende komme til at leve som værende smittet, både praktisk og psykisk. Senere kan det evt. vise sig at vedkommende testes negativ og dermed har levet et liv i unødigt bekymring. Ved fravalg af hiv-test, men med adfærdsændring i form af fremtidig sikker sex praktik, kan smittespredning minimeres/standsес også ved fravalg af hiv-testning.

4.13 Samtale med indkaldte kontakter

Personer, som bliver indkaldt via brev, har ofte brug for hjælp og støtte, når de informeres om, hvad årsagen til brevet er (se kontaktopsporingsbrevet i bilag). Ligesom index-personen blev orienteret om, hvorfor og hvordan kontaktopsporing foregår, er det vigtigt, at den kontaktede bliver informeret. De fleste kontaktede personer ringer, når de modtager brevet for at spørge, hvad det drejer sig om. Allerede i telefonen, oplyses det, at det er blevet oplyst, at den kontaktede kan have været udsat for smitte med en sygdom, som kan overføres seksuelt. Og at det ikke kan oplyses, hvorfra vi har deres navn, men at det er fra en person, der vil dem det godt og synes, de skal have mulighed for at blive informeret om - og evt. undersøgt for - mulig smitte. Herefter spørger den kontaktede næsten altid til, hvilken sygdom det drejer sig om. Det skal af rådgiveren skånsomt oplyses, at det ikke er sikkert, at den der er blevet kontaktet ved kontaktopsporingsbrev er smittet, men at der foreligger en risiko, og at det drejer sig om hiv.

Tjekliste 4.13.1: Information til tidligere partnere

- Kort om principperne for kontaktopsporing
- Kort om hvordan hiv smitter
- Sandsynlighed for hiv-smitte i vedkommendes tilfælde (risikovurdering)
- Opfordring til at kontakte rådgiver i klinikken ved behov, mens der ventes på svar
- Information om hvordan de skal forholde sig i ventetiden
- Håb for et godt og langt liv selv om man skulle være smittet
- Forklare kontakterne om indexpersonens bevæggrunde for kontaktopsporing ved indkaldelse med brev
- Det er vigtigt at understrege, at patienten ikke vidste, at han var smittet, da de var sammen
- Det er vigtigt at understrege, at indexpersonen handler ansvarligt, og at indexpersonen endvidere ønsker at stoppe og begrænse smittespredning
- Det er vigtigt at komme ind på kontakternes eget ansvar
- Hvornår er kontakten sidst hiv-testet
- Har de haft symptomer på primær infektion
- Har de haft kontakt til nogen, som de ved, er hiv-smittet
- Det er vigtigt at opfordre kontakten til ikke at tage kontakt med indexpersonen, hvis hun/han har fundet ud af, hvem det er.

4.14 En patients erfaringer med at informere sine partnere

I mange tilfælde foretager patienterne selv kontaktopsporingen. Her bringes et virkeligt eksempel på, hvordan dette er foregået.

Patienten er en 30-årig homoseksuel mand som 1-2 måneder efter konstatering af hiv selv valgte at tage kontakt til tidligere partnere for at orientere dem om risikoen for hiv-smitte. Forud for kontaktopsporingsarbejdet havde patienten sammen med rådgiver gennemgået alt om kontaktopsporingsmetoder, hvorfor man laver dette arbejde, hvordan, og hvem der eventuelt kan have været i risiko, og hvordan tidligere partnere kan kontaktes, hvordan de kan reagere, anonymitet osv.

Patients egen beskrivelse

Min forhistorie er kort den, at jeg efter 10 års samliv blev skilt efteråret 2004. Vi havde i nogle år kun haft et platonisk forhold med venskab som den "bærende" kraft. I de sidste par år af vores forhold besøgte jeg Amigo sauna og var konsekvent med at bruge kondom. For min mand på daværende tidspunkt ventede jo derhjemme. Da vi blev skilt var situationen en anden. Det blev sværere at være konsekvent mht. brugen af kondom. Måske fordi min ex-mand og jeg gennem mange år ikke brugte kondom sammen. På et tidspunkt efter skilsmissen frekventerede jeg Amigo sauna ofte og brugte kondom on/off. Jeg har gået til rådgivning på et hospital siden den første test. Rådgiveren berørte emnet sexpartnere i starten, og der fortalte jeg hende, at jeg ikke havde haft nogle kendte partnere imellem smittetidspunktet og testen. 5-6 uger efter hiv-svaret reflekterede jeg over mit nye liv som hiv-smittet og kom så i tanke om de 3 mænd, som jeg havde haft sex med i den periode. Ikke at jeg ikke vidste det, da rådgiveren spurgte mig, men jeg var nok ikke klar til at tale om netop den del af mit liv lige på dette tidspunkt. Men så gjorde jeg op med mig selv, at jeg ikke kunne leve med den situation, at jeg om nogle år må-

ske kunne blive konfronteret med en af dem omkring det, at jeg var hiv-positiv og ikke havde fortalt dem om, at jeg var fundet smittet. Så derfor blev jeg meget konkret omkring dette og gik i gang.

Kontakt nr. 1

Han er 34 år gammel, af udenlands herkomst, selvstændig og har fast kæreste. Jeg var blot et ”krydderi” i hans travle hverdag og var godt klar over dette. Udmærket. Jeg havde truffet ham på nettet på boyfriend.dk. Vi havde chattet i et par uger, da han kom på besøg en enkelt gang, hvor vi havde sex – både sikker og usikker. Jeg bollede ham med kondom, han bollede mig uden. Det var egentlig ikke vores mening, men om morgenen da vi vågnede tog det ene det andet og pludselig var han inde i mig, og vi ”kørte” bare derudaf, til han kom inde i mig. Han blev lidt flov, men ”det var okay” sagde jeg. Vi skiltes og har ikke set hinanden siden. Han er en travl mand, og det er jeg også.

Men nu skulle jeg jo have fat i ham og skrev til ham på boyfriend.dk, at jeg gerne ville tale med ham. Om han ikke nok ville skrive tilbage, så vi kunne tale sammen over telefonen. Hans første svar var typisk frækt for ham, om jeg ikke havde fået noget pik for nylig. Men 2 minutter senere kom et nyt svar fra ham, hvor han konkluderede, at ”tonen” i min chat til ham var alvorlig, om der var noget galt?

Dagen efter skrev jeg tilbage til ham, at jeg gerne ville tale i telefon med ham, og at han gerne måtte ringe til mig. Han fik mit nummer og ringede dagen efter om formiddagen. Jeg fortalte ham om min situation og sagde til ham, at jeg, hvis det var nødvendigt for ham at tale med mig, gerne ville mødes med ham. Men det var han ikke interesseret i. Han forstod det som om, jeg ønskede dette.

Der var lidt tavshed i telefonen. For som han fortalte mig, var hans kæreste gennem mange år hiv-positiv og han var hiv-negativ. Så hans forhold til hiv-problematikken var indforstået og meget rolig.

Dagen efter kom der en chat fra ham, hvori han skrev, at han syntes, det var flot af mig at kontakte ham og fortælle ham om min problemstilling. For som han skrev, kendte han ikke mange, som ville begynde at lede efter gamle partnere og informere dem om dette.

Kontakt nr. 2

Ham var jeg kæreste med nogle måneder. Vi er jævnaldrene og vi arbejder i samme branche. Vi tog på en ferie sammen, hvor jeg gjorde det forbi mellem os. Jeg var ikke forelsket i ham. Vores forhold var blot en fortsættelse af mit partnerskab med min ex-mand. Men vi havde da haft noget, som kunne kaldes sex. Det lå nemlig sådan, at ingen af os rigtig var ”tændt” på hinanden. Det kunne skyldes mange ting, men bagefter kunne jeg se, at der manglede ”gnisten” til at tænde os seksuelt. Men vi havde dog haft oral- og analsex, og derfor skulle han også have denne information om mit nye liv med hiv. Jeg inviterede ham hjem til mig en aften til en kop kaffe og kage og fortalte ham om min hiv-status. Det tog han med knusende ro, da han hurtigt resonerede at vi kun havde praktiseret sikker sex. Stille og rolig talte vi om mig, om mine tanker om det. Han spurgte til mig og jeg til ham. Senere har jeg fået at vide, at han dagen efter gik til egen læge og fik taget en test, som viste sig at være hiv-negativ. Så det var ikke noget problem. Om han ”glider” ud af min omgangskreds, ved jeg ikke endnu, men så er det også okay.

Kontakt nr. 3

Denne fyr havde jeg lidt hyggesex med i en periode. Er lidt usikker på, om det var før, jeg blev smittet, men da jeg var i tvivl, ville jeg kontakte ham. Jeg inviterede mig selv på middag hos ham, og vi hyggede med at gå i køkkenet og drikke lidt vin og hjælpes ad med madlavningen. Da vi sad og spiste, fortalte jeg ham det. Jeg var godt klar over, at denne samtale ville blive svær for ham, ikke for mig. I løbet af 20-30 minutter blev han meget forskrækket og frygtelig ked af det på mine vegne. Vi havde haft usikker sex en enkelt gang, hvor jeg ikke kom i ham, men på ham. Denne episode talte vi om og blev enige om, at der ikke var nogen særlig stor risiko for, at han var blevet smittet. Han er/var bange for at blive testet, og dette vidste jeg godt på forhånd. Ikke at vi har talt om dette, men min intuition sagde mig dette, og den var rigtig. Så vi kom frem til, at han ikke behøvede at blive testet lige nu. At han selv skulle træffe valget om at blive testet, og at han til en hver tid kunne komme til rådgivning på hospitalet hos den rådgiver, som havde hjulpet mig.

Men han blev meget glad for, at jeg havde fortalt ham om, at jeg var fundet hiv-smittet. Mest for at han kunne være der for mig, når det gik ned ad bakke for mig. Også når det var kl. 02.00 om natten. Bare ring, så kommer jeg, sagde han. Og det vidste jeg godt, at han ville sige, og at han mente det. En rigtigt stærk og dejlig ven.

5 Rådgivning om seksualitet og sikker sex

At tale med hiv-smittede patienter om seksualitet er en naturlig og nødvendig del af et rådgivnings- og behandlingstilbud, dér hvor smittede går til kontrol. Selv om dette umiddelbart virker indlysende, sker det ofte at behandlere lader emner om seksualitet ligge uberørt i samtalen, og i stedet bliver fokus rettet mod de fysiske aspekter eller medicinske problemstillinger ved hiv. Dette fokus kan resultere i, at den hiv-smittede ikke får den optimale hjælp til at opnå kontrol, ansvarlighed, selvstændighed og glæde i forhold til at få et aktivt seksualliv efter at have fået diagnosen hiv. At opnå denne kontrol opnås ikke ved at gentage, at patienten skal huske at anvende kondom ved samleje, men kræver konduite, respekt og forståelse fra rådgiverens side. Det er rådgiverens ansvar at tage initiativet til at emnet seksualitet bliver bragt på bane. På mange måder kan samtaler om seksualitet sammenlignes med de elementer, som også indgår i ”den svære samtale” (se punkt 2.5 om kommunikations- og spørgeteknikker).

Vær i øvrigt nysgerrig, åben og konkret. Undgå at pakke emnerne unødigt ind. De fleste patienter vil gerne tale om deres seksualitet, men er ikke vant til det. Ved at tage emnet op som en naturlig del af rådgivningen eller konsultationen, gøres emnet til en naturlig del af behandlingstilbuddet.

5.1 Årsager til at det er svært at tale om sex

Rådgivere føler sig mere forlegne ved at tale om seksualitet, end de er sig det bevidst eller bryder sig om at indrømme. Det kan der være mange gode grunde til. Dels bliver tabuer, manglende viden, blufærdighed og erfaring nævnt som barrierer for at tale med patienterne om sex. Dels kan personalets frygt for, at de ikke kan håndtere informationerne fra patienterne være hæmmende for samtaler om seksualitet. De kan være bange for, hvad patienterne vil spørge om, og om de kan svare på de spørgsmål, der måtte komme.

Andre barrierer for ikke at få talt om seksualitet med hiv-smittede patienter kan være den sparsomme tid ved konsultationer, hvor mange emner skal drøftes. Men selv om tid og rammer er begrænsede, er det nødvendigt, at behandleren rejser spørgsmål om seksualitet, og sammen med patienten undersøger, om der evt. skal henvises til yderligere rådgivning, såfremt der ikke er tid til dette i afdelingen.

De fleste patienter er ligesom behandlerne ikke vant til at tale om sex. De kan have svært ved at sætte ord på deres egen seksualitet. Det er svært at tale om tabuer, hemmeligheder og i nogle tilfælde uhensigtsmæssig adfærd. Sex er for langt de fleste mennesker noget privat, noget man gør, men ikke noget man taler om. Der kan også for nogle patienter være tale om fortrængninger eller noget, man gerne vil glemme. For nogle har deres seksuelle adfærd foregået i al hemmelighed, eller i en eller anden form for rus.

5.2 Seksualitet efter positivt hiv-svar

Mange mister lysten til sex umiddelbart efter at have fået diagnosen hiv. Flere fortæller kort efter at have modtaget svaret, at de ikke tror, at de nogensinde får et sexliv igen. Nogle giver udtryk for, at de på sin vis har fortjent dette. Seksualiteten efter hiv-svar blandes ofte med følelser af skyld, skam eller dårlig samvittighed. I en periode efter svaret indtræder ofte et lavere selvværd, og nogle føler deres krop og kropsvæsker som frastødende. Rådgiveren må ofte hjælpe og støtte patienten videre, også med deres sexliv. Det er vigtigt at berolige patienten og forklare, at den nedsatte seksuelle lyst og aktivitet er en almindelig reaktion på hiv-diagnosen, som for langt de fleste smittede ikke varer ved. For en del patienter har seksualiteten været en stor og vigtig del af deres identitet og liv, og derfor har den nedsatte sex lyst en særlig betydning.

Flere forhold kan gøre sig gældende i forhold til at fastholde eller forstærke den mindskede sexlyst. F.eks. kan en undgåelse af emnet blandt læger og behandlere af patienten opleves, som om problemet ikke er vigtigt, eller som en stiltiende accept af problemet som værende uløseligt.

5.3 Samtale om sikker sex

De fleste mennesker vil ikke uden videre vide, hvordan de skal dyrke sex fremover, med mindre de helt forstår hvad sikker sex praktikker er, og kan forestille sig en for dem tilfredsstillende måde at efterleve disse. Derfor er det vigtigt, at de afdelinger hvor smittede søger rådgivning og går til kontrol, kan guide patienterne til sikker sex adfærd.

Som indledning til at tale om sikker sex, kan der startes med at fortælle om, at hiv smitter ved:

1. Seksuel kontakt
2. Via blod
3. Fra mor til foster/barn før og omkring fødslen.

Hiv kan overføres via 3 kropsvæsker i forbindelse med sex:

1. Sæd, også præ-sæd
2. Skedevæske
3. Blod

For at kunne smitte seksuelt skal disse væsker ind i et andet menneskes krop gennem enten endetarm, skede og penishoved eller i sjældne tilfælde gennem mund eller slimhinder. Man kan ikke blive smittet med hiv, hvis disse tre kropsvæsker kommer uden på kroppen.

- Ubeskyttet analt og vaginalt samleje udgør den største risiko for smitte med hiv. Denne risiko fjernes ved brug af kondom, hvis kondomet bruges gennem hele samlejet, ikke går i stykker og ikke falder af. Brug af vandbaserede glidecremer nedsætter friktionen og derved risikoen for brist af kondomet.

- Oralsex udgør en meget mindre risiko for smitte med hiv. Risikoen kan yderligere nedsættes ved at undgå at få præ-sæd og sæd i munden.

Tjekliste 5.3.1: Punkter ved samtaler om sikker sex

- Patientens erfaringer med sikker sex
- Gennemgang af sikker sexadfærd, teknikker, kondomer, femidomer m.m.
- Diverse praktikker gennemgås
- Hjælp til sikker sexadfærd
- Evt. hjælp til adfærdsændring
- Tale med patienten om afsavn ved aldrig mere usikker sex
- Fordele ved at dyrke sikker sex gennemgås (nedsætte risikoen for smitte med seksuelt overførbare infektioner)
- Risikovurdering ved diverse praktikker
- Kan/skal oplyse partnere om hiv-status
- Fordele ved at informere ny partner om hiv status
- Ulemper ved ikke at informere ny partner om hiv-status
- Hvordan, hvornår oplyse om hiv-status
- Tale med patienten om forventet reaktion hos ny partner
- Gennemgå love og regler herunder straffeloven § 252 stk. 2.
- Hvis uheldet er ude fX ved kondombrist informere sex partner om PEP- behandling
- Hvis ansvar er det at dyrke sikker sex
- Patientens angst for at begynde et sex liv med hiv
- Patientens angst for at smitte andre
- Seksuelle dysfunktioner
- Medgive kondomer, cremer, adresser på kondom/hjælpemiddel indkøb
- Aftale opfølgende samtale
 - Hvor der vil blive spurgt til patientens seksuelle erfaringer siden sidste samtale (gode såvel som dårlige erfaringer)
 - Nuværende eller kommende partnere tilbydes rådgiversamtale om sikker sex

Tjekliste 5.3.2: Fakta om sikker sex som hiv-smittet

Hiv og analsex*

- Ubeskyttet analsex er langt den største årsag til hiv-smitte overhovedet.
- Ved ubeskyttet analsex er den modtagende part mere udsat for hiv-smitte end den aktive, men begge kan smittes.
- Hvis begge allerede er hiv-smittet, er der en lille risiko for at overføre resistens overfor hiv-medicinen eller overføre en anden type hiv-virus. Det er dog sjældent set i praksis.

Hiv og oralsex*

- Hvis en hiv-smittet får et blowjob af en hiv-negativ, er der en lille risiko for hiv-smitte.
- Hvis en hiv-smittet giver en hiv-negativ et blowjob, er der normalt ingen risiko for hiv-smitte.
- Undgå altid at sprøjte partneren i munden; kommer der sæd i munden, er det bedst forsigtigt at spytte det ud.

Virusmængde*

- Selvom man har en umålelig virusmængde i blodet, kan man godt smitte med hiv. Men man er typisk mindre smitsom, hvis man er i behandling.
- Mængden af virus kan være større i ens sæd end i blodet, som man normalt måler virusmængden ud fra. Virusmængden kan også variere fra dag til dag.

Hiv og andre sexsygdomme*

- Sex uden kondom giver øget risiko for smitte med alle former for sexsygdomme.
- Hvis du er smittet med andre sexsygdomme, er din hiv op til fem gange så smitsom som normalt.
- Din partner er op til fem gange så modtagelig for hiv-smitte, hvis han har andre sexsygdomme.
- Andre sexsygdomme kan være sværere at opdage og behandle, hvis du er smittet med hiv.
- De helbredsproblemer hiv kan give, kan forværres, hvis du også har andre sexsygdomme.

* Fra STOP AIDS folder til hiv-smittede

Hiv og vaginalsex

- Risikoen for hiv-smitte er noget mindre ved vaginalsex end ved analsex.
- Ved ubeskyttet vaginalsex er den modtagende part mere udsat for hiv, men begge parter kan smitte(s).

5.4 Straffelovens § 252, stk. 2

Alle hiv-smittede skal kende til lovgivning på hiv-området. Og da mange patienter, kun har personalet at tale med om seksualitet, må rådgiveren bringe dette emne på banen.

Ifølge den danske straffelovs § 252. stk. 2 er det strafbart for hiv-smittede at udsætte andre for risiko for at blive smittet med hiv: ”På hensynsløs måde forvolde fare for, at nogen smittes med en livstruende og uhelbredelig sygdom”. Patienten skal derfor oplyses om, at han overholder loven og ikke kan blive sigtet, hvis der bliver brugt kondom ved samleje, eller hvis partneren indvilger i ubeskyttet samleje ved vidende, at patienten er hiv-smittet.

5.5 Post exposure profylaxis (PEP behandling)

Patienten skal vide, at hvis han udsætter en partner for smitte f. eks ved uheld, hvor kondomer springer eller glider af, skal partneren informeres om muligheden for at få en forebyggende medicinsk behandling mod hiv, kaldet PEP-behandling. PEP forhindrer ikke altid hiv-smitte, og kan medføre ulemper i form af bivirkninger i de 28 dage, man tager medicinen.

Den udsatte partner skal henvende sig til en infektionsmedicinsk afdeling lige efter sex-uheldet og senest inden for 24 timer. Om behandling er relevant, afgøres af en konkret vurdering fra en læge, hvorfor der opfordres til straks at få en telefonisk samtale med vagthavende læge.

6 Afslutning på et rådgivningsforløb

6.1 Afslutning af nye patienter

Ved den afsluttende samtale vil det være godt at repetere støttemuligheder fra diverse hiv/aids organisationer, rådgivninger og kurser. Hvis patienten har svært ved selv at skabe kontakt, er det vigtigt, at man hjælper patienten og eventuelt ringe og aftale tid hos den ”nye” rådgiver, eller alternativt kan den ”nye” rådgiver komme og hilse på patienten på hospitalet.

Afslutningsvis skal patienten informeres om, at de selvfølgelig altid er velkomne til at kontakte afdelingen. Og det gælder ikke kun dem selv, men også eventuelle nye partnere for at tale om smitteforebyggende adfærd. Desuden kan det være godt for patienten at vide, at hvis de har nogle seksuelle oplevelser, de har brug for at tale om, kan de roligt kontakte afdelingen og tale situationen igennem. Erfaringsmæssigt er der mange patienter, som benytter sig af disse tilbud.

6.2 Samtaler med patienter, der har været hiv-smittede i flere år

For den hiv-smittede er det vigtigt, at der løbende er kontakt med personale, der kender til hiv.

Rådgivning og kontaktopsporing er ikke afsluttet efter et år som ny-diagnostiseret, men bør være et tilbud ved konsultationer i den afdeling, hvor man går til kontrol for hiv. Erfaringen er, at mange af de personer, der bliver rådgivet i forbindelse med hiv-svaret, vender tilbage for at få rådgivning flere gange i årenes løb. Især når de får partnere, som ikke er hiv-smittede, har mange brug for at blive informeret om sikker sex, muligheder for PEP-behandling osv. Personer, som har været smittede i flere år, kan henvende sig om hjælp til kontaktopsporing ved seksuelle kontakter, som de ikke magtede at fortælle om deres hiv-status, fx i forbindelse med at kondom sprang, eller de var fulde og glemte sikker sex.

7 Videregivelse af helbredsoplysninger

Sundhedspersonale har tavshedspligt med hensyn til helbredsoplysninger, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger, som de får om patienterne i deres arbejde.

Tavshedspligten omfatter fx oplysninger om helbred, herunder resultatet af hiv-undersøgelse.

Det er vigtigt, at patienterne trygt kan henvende sig til sundhedsvæsenet og give alle oplysninger, uanset hvad de fejler. Hvis læger, sygeplejersker, tandlæger m. flere kunne udtale sig om alt, hvad de får at vide om patienternes sygdom og andre personlige forhold, kunne man være bange for, at folk ville holde sig tilbage fra at søge behandling i sundhedsvæsenet eller lade være med at give alle oplysninger, også oplysninger som er vigtige for den rigtige behandling.

Der gælder ikke særlige regler om tavshedspligt og videregivelse af helbredsoplysninger, når der er tale om hiv og aids. Reglerne er de samme, som når der er tale om andre sygdomme.

Reglerne om tavshedspligt lægger vægt på patienternes selvbestemmelsesret og er med til at beskytte privatlivets fred. Selvbestemmelsesretten gælder både behandling mv. og spørgsmålet, om der må videregives oplysninger om bl.a. helbredsforhold og andre fortrolige oplysninger.

7.1 Tavshedspligten

Tavshedspligten omfatter oplysninger af følsom karakter, de såkaldt fortrolige oplysninger, hvor der gælder begrænsninger i adgangen til at videregive.

Fortrolige oplysninger kan eller skal dog videregives, hvis

- Patienten har givet samtykke til videregivelsen
- Når det er nødvendigt af hensyn til et aktuelt behandlingsforløb for patienten, og videregivelsen sker under hensyntagen til patientens interesser og behov. Oplysninger om patientens helbredsforhold, der ikke er relevante for behandlingen og som fremgår af patientjournalen, må derfor ikke videregives og skal sorteres fra.
- Videregivelsen omfatter et udskrivningsbrev fra en læge, der er ansat i sygehusvæsenet, privatejet sygehus klinik mv. til patientens alment praktiserende læge eller til den praktiserende speciallæge, der har henvist patienten til sygehusbehandling, medmindre patienten frabeder sig dette.
- Videregivelsen er nødvendig til berettiget varetagelse af en åbenbar almeninteresse eller af væsentlige hensyn til patienten, sundhedspersonen eller andre, jf. under 6.2.
- Videregivelsen sker til patientens alment praktiserende læge fra en læge, der virker som stedfortræder for denne.

Der må kun videregives nødvendige oplysninger (se næste side under 7.3), og patienten har mulighed for at frabede sig, at oplysninger i forbindelse med et aktuelt behandlingsforløb og i udskrivningsbreve videregives.

I forbindelse med hiv/aids drejer diskussionen om tavshedspligt og videregivelse af helbredsoplysninger sig især om to spørgsmål:

- Information til de pårørende
- Udveksling af oplysninger mellem sundhedspersonale, f. eks. mellem læger.

7.2 Information til de pårørende

Som udgangspunkt har pårørende ikke krav på at få noget at vide om en persons smittestatus.

Tavshedspligten kan dog i enkelte tilfælde fraviges, men kun hvis særlige forhold gør sig gældende og kun hvis det sker for at varetage andre interesser, der klart overstiger hensynet til patientens ønske om at hemmeligholde oplysningerne. Det kan være af hensyn til patientens tarv eller hensynet til andres tarv, hvor de pågældende ikke ellers er i stand til at varetage deres egne interesser.

Hvis f. eks. en hiv-smittet nægter at oplyse sin ægtefælle eller samlever om sin smittestatus, og personen vurderes at være udsat for en nærliggende smitterisiko, vil sundhedspersonen kunne være berettiget til at fortælle den pågældende om sygdommen.

7.3 Udveksling af oplysninger mellem sundhedspersoner

Det er som udgangspunkt ikke berettiget at videregive oplysninger om en patients smittestatus til andet sundhedspersonale for at begrænse risikoen for erhvervsmæssig smitte. Der er ikke tale om en nærliggende smitterisiko.

En praktiserende læge, der evt. har henvist en patient til sygehuset, har ikke krav på at få oplysninger om patientens smittestatus i forbindelse med udskrivningen, med mindre patienten ikke har noget imod det.

Hvis en person har ønsket at blive undersøgt for smitte anonymt, må der ikke videregives oplysninger om patientens smittestatus, med mindre patienten giver sit samtykke hertil.

Sygehuset, klinikken eller egen læge vil derfor altid spørge om oplysning om smittestatus må videregives og informere om, at det kan være vigtigt af hensyn til patienten selv, at oplysningerne i visse tilfælde bliver videregivet.

8 Rådgiverassisteret bistand til praktiserende læger

8.1 Århus-modellen

I Århus-området har der længe været etableret et system med mulighed for at kunne rekvirere bistand til hiv-rådgivning i almen praksis, når et nyt positivt hiv-svar skal overbringes. Erfaringerne viser, at det gør en forskel at tilbyde hiv-smittede ekstra støtte, råd og vejledning straks de hos den praktiserende læge modtager beskeden om det positive hiv-resultat.

Når et nyt positivt hiv-resultat findes, sendes resultat på prøven fra viruslaboratoriet på Århus Universitets Hospital, Skejby til svargivende læge sammen med folder om mulighed for konsulentbistand fra trænet hiv-rådgiver. Lægen ringer derefter til hiv-rådgiveren og aftaler tid for fælles svarafgivelse i selve konsultationen.

Boks 8.1.1: Tjekliste til telefonisk aftale med svargivende læge, inden patienten møder til svar

Undgå svar op til en weekend	Ingen svar over telefonen Svaret skal afhentes personligt Er der brug for tolkebistand?	Hvor lang tid kan lægen afsætte til svarafgivelse? Er det muligt at få et rum stillet til rådighed hos lægen, så der er god tid sammen med patienten, efter at denne har modtaget svaret?	Aftale med lægen, at kopi af hiv-resultat, samt henvisning til afdeling Q kan ligge klar	Tal med lægen om, hvordan et svar kan gives, hvilke reaktioner der kan forventes og hvordan det videre forløb kan tilrettelægges
------------------------------	---	--	--	--

Den praktiserende læge afgiver det positive svar. Afhængig af hvor chokeret patienten bliver, yder hiv-rådgiveren krisehjælp eller kriseintervention i lægens konsultation efter samme principper som beskrevet ovenfor.

Når patienten er gået, afrundes konsultationen med svargivende læge. Lægen hjælpes med manglende informationer eller materiale. Ofte har lægerne spørgsmål om det videre forløb, samarbejdet med infektionsmedicinsk afdeling, om tavshedspligt/oplysningspligt, udfyldning af meldeblanket til Statens Serum Institut, mv. Alle relevante spørgsmål afklares med lægen. Der ringes til infektionsmedicinsk afdeling for at booke tid til patienten dagen efter.

Tidsforbruget hos den praktiserende læge ligger mellem 1 til 2 timer afhængig af, hvor meget patienten er forberedt på det positive svar, og reaktionen herpå.

9 Supplerende læsning

Kortlægning af rådgivning og kontaktopsporing til hiv-smittede i Danmark, Tinne Laursen for Sundhedsstyrelsen. 2004.

Tidlig intervention over for HIV-positive. En psykosocial model for kriseintervention efter overbringelse fatale diagnoser. Hanne Sørensen, Ask Elklit, Månedsskrift Praktisk Lægegering nr. 3 marts 2005.

HIV og kontaktopsporing. Afhandling ved Master of Public Health af forsknings- sygeplejerske Lotte Ørneborg Rodkjær, MPH, infektionsmedicinsk afdeling Q, Århus Universitetshospital, Skejby.

Vejledning for diagnose og behandling af seksuelt overførbare sygdomme, Sundhedsstyrelsen, maj 1999.

Vejledning om human immundefekt virus HIV og forebyggelse af blodbåren smitte, Sundhedsstyrelsen, oktober 1992.

Sundhedslovens kapitel 9 om *Tavshedspligt og videregivelse af helbredsoplysninger mv.* (lov nr. 546 af 24. juni 2005).

Att förebygga HIV – psykosocialt omhändertagande vid kontaktopsporing. Johan Giesecke, Kristina Ramstedt m.fl. Studenterlitteratur 1991.

10 Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Kontaktopsporingsbrev

Bilag 2: Monitoreringsskema vedr. kontaktopsporing

Bilag 1: Kontaktopsporingsbrev

Kære

En patient har oplyst, at du kan være smittet med en seksuelt overførbart sygdom.

Du kan være smittet, selv om du ikke mærker noget. For at drøfte dette med dig, tilbyder vi samtale og undersøgelse

....dag d. kl.

Henvendelse i

Skulle du ønske et andet tidspunkt, eller har du spørgsmål, er du velkommen til at ringe på tlf.

Du bedes venligst medbringe dette brev.

Med venlig hilsen

Bilag 2: Monitoreringskema vedrørende kontaktopsporing

Monitoreringskemaet aftrykt på næste side er udarbejdet af forskningssygeplejerske Lotte Rodkjær (rol@sks.aaa.dk), i forbindelse med MPH speciale om kontaktopsporing, og kan med fordel anvendes for at få overblik og styr på opsporingsprocessen.

Nummer på partnere (A1, A2.)				
Relation til <u>indexperson</u>		Ægtefælle/samlever..... <input type="checkbox"/> Ex. ægtefælle/samlever..... <input type="checkbox"/> Nuværende partner..... <input type="checkbox"/> Tidligere partner..... <input type="checkbox"/> Kontakt en gang..... <input type="checkbox"/> Anonym partner..... <input type="checkbox"/> Flere anonyme partnere..... <input type="checkbox"/> Antal: _____ Andet: _____	Ægtefælle/samlever..... <input type="checkbox"/> Ex. ægtefælle/samlever..... <input type="checkbox"/> Nuværende partner..... <input type="checkbox"/> Tidligere partner..... <input type="checkbox"/> Kontakt en gang..... <input type="checkbox"/> Anonym partner..... <input type="checkbox"/> Flere anonyme partnere..... <input type="checkbox"/> Antal: _____ Andet: _____	Ægtefælle/samlever..... <input type="checkbox"/> Ex. ægtefælle/samlever..... <input type="checkbox"/> Nuværende partner..... <input type="checkbox"/> Tidligere partner..... <input type="checkbox"/> Kontakt en gang..... <input type="checkbox"/> Anonym partner..... <input type="checkbox"/> Flere anonyme partnere..... <input type="checkbox"/> Antal: _____ Andet: _____
Hvem tager kontakt til opsporing af partnere	<u>Indexperson</u> kontakter partner	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
	Kontaktsporer sender anonymt brev til partner	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
	<u>Indexperson</u> og kontaktopsporer kontakter partner i fællesskab	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Kan opspores		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> → hvis Nej, angiv årsag: Reagerer ikke på brev..... <input type="checkbox"/> Bosiddende i udlandet..... <input type="checkbox"/> Personen kan ikke findes..... <input type="checkbox"/> Anonym kontakt..... <input type="checkbox"/> Andet (skriv): _____	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> → hvis Nej, angiv årsag: Reagerer ikke på brev..... <input type="checkbox"/> Bosiddende i udlandet..... <input type="checkbox"/> Personen kan ikke findes..... <input type="checkbox"/> Anonym kontakt..... <input type="checkbox"/> Andet (skriv): _____	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> → hvis Nej, angiv årsag: Reagerer ikke på brev..... <input type="checkbox"/> Bosiddende i udlandet..... <input type="checkbox"/> Personen kan ikke findes..... <input type="checkbox"/> Anonym kontakt..... <input type="checkbox"/> Andet (skriv): _____
Kendt hiv positiv		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hiv testet		Ja <input type="checkbox"/> → pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> Nej..... <input type="checkbox"/> Uoplyst <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> → pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> Nej..... <input type="checkbox"/> Uoplyst <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> → pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> Nej..... <input type="checkbox"/> Uoplyst <input type="checkbox"/>

Nummer på partnere (A1, A2.)				
Relation til <u>indexperson</u>		Ægtefælle/samlever..... <input type="checkbox"/> Ex. ægtefælle/samlever..... <input type="checkbox"/> Nuværende partner..... <input type="checkbox"/> Tidligere partner..... <input type="checkbox"/> Kontakt en gang..... <input type="checkbox"/> Anonym partner..... <input type="checkbox"/> Flere anonyme partnere..... <input type="checkbox"/> Antal: _____ Andet: _____	Ægtefælle/samlever..... <input type="checkbox"/> Ex. ægtefælle/samlever..... <input type="checkbox"/> Nuværende partner..... <input type="checkbox"/> Tidligere partner..... <input type="checkbox"/> Kontakt en gang..... <input type="checkbox"/> Anonym partner..... <input type="checkbox"/> Flere anonyme partnere..... <input type="checkbox"/> Antal: _____ Andet: _____	Ægtefælle/samlever..... <input type="checkbox"/> Ex. ægtefælle/samlever..... <input type="checkbox"/> Nuværende partner..... <input type="checkbox"/> Tidligere partner..... <input type="checkbox"/> Kontakt en gang..... <input type="checkbox"/> Anonym partner..... <input type="checkbox"/> Flere anonyme partnere..... <input type="checkbox"/> Antal: _____ Andet: _____
Hvem tager kontakt til opsporing af partnere	<u>Indexperson</u> kontakter partner	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
	Kontaktsporer sender anonymt brev til partner	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
	<u>Indexperson</u> og kontaktopsporer kontakter partner i fællesskab	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Kan opspores		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> → hvis Nej, angiv årsag: Reagerer ikke på brev..... <input type="checkbox"/> Bosiddende i udlandet..... <input type="checkbox"/> Personen kan ikke findes..... <input type="checkbox"/> Anonym kontakt..... <input type="checkbox"/> Andet (skriv): _____	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> → hvis Nej, angiv årsag: Reagerer ikke på brev..... <input type="checkbox"/> Bosiddende i udlandet..... <input type="checkbox"/> Personen kan ikke findes..... <input type="checkbox"/> Anonym kontakt..... <input type="checkbox"/> Andet (skriv): _____	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> → hvis Nej, angiv årsag: Reagerer ikke på brev..... <input type="checkbox"/> Bosiddende i udlandet..... <input type="checkbox"/> Personen kan ikke findes..... <input type="checkbox"/> Anonym kontakt..... <input type="checkbox"/> Andet (skriv): _____
Kendt hiv positiv		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hiv testet		Ja <input type="checkbox"/> → pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> Nej..... <input type="checkbox"/> Uoplyst <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> → pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> Nej..... <input type="checkbox"/> Uoplyst <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> → pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> Nej..... <input type="checkbox"/> Uoplyst <input type="checkbox"/>