

Eriksson, L. E. & Nilsson Schönnesson, L. (2009). Nurse led drop-in clinic for structured HIV counselling and rapid testing [in Swedish]. Stockholm, Sweden: South Stockholm General Hospital.



**CITY UNIVERSITY
LONDON**

[City Research Online](#)

Original citation: Eriksson, L. E. & Nilsson Schönnesson, L. (2009). Nurse led drop-in clinic for structured HIV counselling and rapid testing [in Swedish]. Stockholm, Sweden: South Stockholm General Hospital.

Permanent City Research Online URL: <http://openaccess.city.ac.uk/6426/>

Copyright & reuse

City University London has developed City Research Online so that its users may access the research outputs of City University London's staff. Copyright © and Moral Rights for this paper are retained by the individual author(s) and/ or other copyright holders. All material in City Research Online is checked for eligibility for copyright before being made available in the live archive. URLs from City Research Online may be freely distributed and linked to from other web pages.

Versions of research

The version in City Research Online may differ from the final published version. Users are advised to check the Permanent City Research Online URL above for the status of the paper.

Enquiries

If you have any enquiries about any aspect of City Research Online, or if you wish to make contact with the author(s) of this paper, please email the team at publications@city.ac.uk.

PROJEKTRAPPORT

SJUKSKÖTERSKELEDD ÖPPEN MOTTAGNING FÖR STRUKTURERAD HIV-RÅDGIVNING OCH SNABBTEST

Lars E. Eriksson och Lena Nilsson Schönnesson



SÖS

SÖDERSJUKHUSET

Venhälsan 2009

Lars E. Eriksson² och Lena Nilsson Schönnesson¹

¹Venhälsan, Södersjukhuset

²Sektionen för omvårdnad, institutionen för neurobiologi,
vårdvetenskap och samhälle,
Karolinska Institutet

INNEHÅLL

BAKGRUND	4
Snabbteststudien 2005–2006	7
SYFTE	8
METOD OCH GENOMFÖRANDE	8
Snabbtestmottagningen	8
Strukturerad rådgivning	9
Hiv-snabbtest	10
Testarkaraktäristik	10
Kvalitetsuppföljningsenkät	10
Personalintervjuer	11
Metod och analys	11
RESULTAT	12
Karaktäristika hos personerna som testat sig för hiv	12
Kvalitetsuppföljningsenkät	13
Bakgrundsdata	13
Erfarenheter från rådgivnings och testtillfället	13
Fria kommentarer	14
Personalperspektivet	15
Rådgivningsprocessen	15
Rådgivarens tre roller	16
Testpersonen	22
Relationen rådgivare–testperson	23
Framtiden beträffande hiv-snabbtest	24
SAMMANFATTNING	25
REFERENSER	26
BILAGA 1	28
BILAGA 2	31
BILAGA 3	37

BAKGRUND

I Sverige har, till och med 2008, 8,455 personer rapporterats ha hiv-infektion och av dessa beräknas cirka 5,000 leva i landet idag (Smittskyddsinstitutet, 2009). Antalet nyupptäckta fall har de senaste fem åren legat kring 400 fall årligen med undantag för 2007 då antalet för första gången sedan 1987 översteg 500. Av de 541 personer som rapporterades för hiv-infektion år 2007 hade den största gruppen (42%) bedömts smittats heterosexuellt varav majoriteten i länder med hög hiv-prevalens, en fjärdedel (24%) homosexuellt, 11% via injektionsmissbruk och i 23% av fallen var smittvägen okänd. År 2007 sågs också en ökning av den inhemska spridningen av hiv då 178 nya sådana fall rapporterades jämfört med 88 fall årligen de föregående fem åren. Den största ökningen sågs inom gruppen män som har sex med män (MSM) där 130 fall av smitta rapporterades; den största ökningen sågs i Stockholms län. (Smittskyddsinstitutet, 2008b) År 2008 anmäldes 448 nya hiv-fall varav 116 fall tillhörde gruppen MSM (Smittskyddsinstitutet, 2009). Smittskyddsinstitutet uppskattar att mellan 10 och 20% av hiv-bärarna i Sverige är omedveten om sin hiv-infektion p.g.a. att de inte har testat sig (Smittskyddsinstitutet, 2006). År 2007 sågs 53 fall av sent upptäckt hiv-infektion, definierat som att man diagnosticeras med aids samtidigt med eller i kort anslutning till hiv-diagnosen (inom 3 månader), vilket är det högsta årliga antalet som registrerats (Smittskyddsinstitutet, 2008a).

I Tikkanens (2008) studie framkom att 47% av svenska MSM, 25 år eller yngre, aldrig hade testat sig för hiv; för övriga åldersgrupper låg denna frekvens mellan 12 och 20%. Flera internationella studier pekar på att väntan på provsvaret, som kan upplevas som ångestfylld, utgör ett hinder för att testa sig (Hutchinson, Corbie-Smith, Thomas, Mohanan, & Del Rio, 2004; Spielberg, Kurth, Gorbach, & Goldbaum, 2001; Thomas m fl, 2000). Rädsla är ett annat ofta angivet skäl till att inte vilja testa sig (Hutchinson m fl, 2004; Spielberg m fl, 2001). För män är rädslan ofta kopplad till rädsla för att dö och för emotionella konsekvenser (depression, ilska, förtvivlan, bitterhet, skuld) medan kvinnorna talar om rädsla att bli avvisad av familj och vänner om de fick ett hiv-positivt besked. Andra skäl till att inte testa sig kan vara bristande socialt stöd, förnekande av hiv-risker, rädsla för diskriminering av vänner, arbetsgivare, försäkringsbolag och att individen vill undvika att behöva göra förändringar i sina liv (Spielberg m fl., 2001). Många länder konfronteras också med att personer som hiv-testar sig

inte återkommer för provsvar. Skäl till att inte komma tillbaka är desamma som skälen till att inte testa sig. För Sverige finns inga dylika data.

De flesta hiv-tester i Sverige utförs inom gruppen gravida kvinnor (95% av alla gravida kvinnor) medan uppgifter om hur många hiv-testningar som utförs inom andra grupper saknas idag. I hälso- och sjukvården uppgick för 10 år sedan antalet hiv-tester till ca 150,000–200,000. Herlitz (2004) har i sina attitydundersökningar visat att ungefär 22% av de tillfrågade personerna har hiv-testat sig under perioderna 1994 eller tidigare och därefter med samma frekvens för varje treårsperiod fram till och med 2003. Testning är vanligare bland kvinnor än bland män, främst beroende på att kvinnor testar sig i samband med graviditet. Vid Venhälsan, Södersjukhuset utfördes år 2007 ungefär 2000 hiv-tester av vilka 59 föll ut positivt (3%) vilket motsvarar 45% av totalantalet fall av homosexuell smitta som rapporterades år 2007.

Världshälsoorganisationen (WHO, (World Health Organization) 2006) har påtalat behovet av att öka antalet hiv-testningar och att hiv-rådgivning och testning skall göras betydligt mer lättillgänglig. Därigenom ökar förutsättningarna för diagnostisering på ett tidigt stadium och möjligheterna att erbjuda antiretroviral behandling när detta är indicerat. Likaså understryker WHO vikten av att personer som är hiv-negativa erbjuds rådgivning för att förbli hiv-negativa. WHO har även betonat betydelsen av att införa hiv-tester som är enkla att utföra och läsa av och vars resultat kan lämnas i samband med provtagningssituationen (s k snabbtest).

Den konventionella metoden för hiv-rådgivning och testning omfattar förtestrådgivning och hiv-screeningstest som detekterar virusantikroppar alternativt både virusantikroppar och antigen. Personen ombeds komma tillbaka efter vanligtvis en vecka för att få sitt provsvar och eftertestrådgivning.

Hiv-snabbtest har internationellt funnits tillgängliga i över 10 år. I en metaanalys (Hutchinson, Branson, Kim, & Farnham, 2006) framkommer att snabbtest i jämförelse med konventionellt test leder till en ökning av antalet personer som tar emot sitt provsvar. Snabbtesterna baseras oftast på detektion av specifika virusantikroppar från blod, saliv eller urin. Testerna som vanligtvis inte tar mer än 10-30 minuter att analysera utförs lokalt av den sjukvårdande personalen och provsvar ges direkt i anslutning till provtagningstillfället (Aidoo, Sata, Orfori-Adjei, & Ishikawa, 2001).

Även om amerikanska studier visar att hiv-snabbtest vid akut-mottagningar är kostnadseffektiva (Centers for Disease Control and Prevention, 2001; Hutchinson m fl, 2004) är kunskapen kring personers inställning till hiv-snabbtest och vedertagen hiv-testning ytterst knapphändig. De få studier som har genomförts pekar på att personer föredrar snabbtest framför det konventionella hiv-testet därför att de får provsvaret samma dag och slipper den psykiska pressen som en veckolång väntan på besked vid konventionell testning kan innebära (Hutchinson m fl, 2004; Thomas m fl, 2000). Somliga studiedeltagare uttrycker också att sannolikheten att testa sig skulle öka om provtagning via saliv eller kapillärer i fingret vore tillgängliga (Spielberg m fl, 2001). Trots en positiv inställning till hiv-snabbtest är det inte ovanligt att personer också uttrycker en osäkerhet kring snabbtestets tillförlitlighet (Greensides, Berkelman, Lansky, & Sullivan, 2003; Hutchinson m fl, 2004).

Rådgivning har en nyckelroll vid all hiv-testning. Det är dock svårt att finna en modell som speglar alla de olika aspekter och dimensioner som en hiv-rådgivningssession bör omfatta. En modell som vi har funnit vara användbar är Annon's (Annon, 1976) modell för rådgivning och behandling relaterat till sexuella problem; Permission – Limited Information – Specific Suggestions – Intensive Therapy, PLISSIT. PLISSIT-modellen är indelad i fyra hierarkiska nivåer där varje högre nivå kräver fördjupade kunskaper och färdigheter. Nivå 1, Permission, syftar till att åstadkomma ett öppet och tillåtande förhållningssätt när det gäller att diskutera frågor kring sexualitet; på nivå 2, Limited Information, ges individanpassad specifik och saklig information kring aktuell företeelse samt kräver ställningstagande till huruvida individen behöver vidare behandling och eller hänvisning; på nivå 3, Specific Suggestions, ges konkreta råd och anvisningar; på nivå 4, Intensive Therapy, ges sexologisk terapi. De första tre nivåerna kan klassificeras som kortterapi medan den fjärde nivån kräver längre tid vid återkommande sessioner. Nivå 1 och 2 kan, efter speciell träning, utföras av personer med mer generella kunskaper medan specialistkunskaper och färdigheter inom aktuellt område krävs för utövande på nivå 3 och 4. PLISSIT-modellens första tre nivåer kan översättas och appliceras på preventiv hiv-rådgivning (se nedan)

Rådgivning i samband med hiv-test består av komponenterna tillhandahållande av information respektive preventiv rådgivning (Centers for Disease Control and Prevention, 2007). Vid hiv-snabbtestning skall informationen innehålla upplysningar om själva

hiv-snabbtestet med fördelar och konsekvenser, att testresultatet kommer att ges direkt vid besöket, att vidare provtagning är nödvändig om snabbtestet visar positivt utfall samt vidare kring hur hiv smittar och kan förebyggas, betydelse av testresultatet och var man kan få vidare information och hjälp. Preventiv rådgivning skall fokusera på hiv-riskreduktion, vara individualiserad och flexibel samt innehålla fördjupad riskanalys och ge uppmärksamhet och stöd för redan tagna riskreduktionsstrategier (PLISSIT-nivå 1), klargöra eventuella missuppfattningar kring hiv-risk (PLISSIT-nivå 2) samt föra en diskussion kring vilka beteendeförändringar som är nåbara för att minska hiv-risken (PLISSIT-nivå 3).

Snabbteststudien 2005–2006

Eftersom tillgång till hiv-snabbtestning blev alltmer tillgänglig internationellt, både i Europa och USA ökade efterfrågan även i Sverige. När vi började diskutera möjligheten att erbjuda hiv-snabbtestning vid Venhälsan framkom farhågor kring att hiv-rådgivning i kombination med hiv-snabbtestning skulle vara mindre effektivt när det gäller att åstadkomma säkrare sexuellt beteende jämfört med vad som åstadkoms med hiv-rådgivning i samband med konventionell testning. Vi fann inga publicerade studier gällande effekterna av hiv-rådgivning och rådgivning i samband med testning i ett svenskt kontext samtidigt som det i diskussioner i personalgruppen framkom ett behov av att arbeta mer strukturerat i rådgivningssituationen. Mot denna bakgrund genomförde vi med stöd från Folkhälsoinstitutet/Socialstyrelsen åren 2005–2006 en longitudinell studie där personer som sökte för hiv-testning efter information och samtycket randomiserades till konventionell hiv-testning eller snabb-hiv-testning. Deltagarna följdes avseende hiv-kunskap, attityder och beteende samt generell oro under ett antal tillfällen upp till tre månader efter testtillfället. Inför studien skapades en modell för strukturerad hiv-rådgivning och snabbtestning (se Strukturerad rådgivning nedan). I anslutning till studien gjordes också fokusgruppsintervjuer med män som hade egen erfarenhet av att ha genomgått hiv-test. Efter studien gjordes fokusgruppsintervjuer med den personal som varit engagerad i studien.

Preliminära data från studien pekar tydligt på att trots god hiv-kunskap och medvetenhet om kondomen som ett effektivt skydd mot hiv finns det hos många individer en tudelning mellan intellekt

och handling. Den stora utmaningen i interventionsarbetet är att reducera denna tudelning. En viktig uppgift i interventionsarbetet är att finna strategier som stärker individens tilltro till sin egen förmåga att praktisera skyddat sex. Vidare tyder data på att det inte föreligger någon skillnad i grad av oro eller av säkrare sexuellt beteende mellan grupperna som genomgått hiv-rådgivning i kombination med konventionell testning respektive snabbtestning. Data ger också en fingervisning om att interventionsarbetet bör beakta olika sexuella situationer och ge individen redskap för att hantera dessa i syfte att reducera frekvensen oskyddat sex. Både studiepersoner och studiepersonal som deltog i fokusgrupperna underströk betydelsen av att införa snabbtester, bland annat i avseende att öka antalet hiv-testningar.

Då ett uttalat behov av att kunna erbjuda hiv-snabbtestning tillsammans med strukturerad rådgivning ville vi med utgångspunkt i snabbteststudiens resultat gå vidare genom att på försök anpassa och implementera metoden för hiv-snabbtestning och strukturerad rådgivning i klinisk rutin.

SYFTE

Att anpassa och implementera vår tidigare utvecklade metod för strukturerad rådgivning och hiv-snabbtestning i klinisk rutin. Syftet var också att ta del av testpersoners och rådgivares erfarenheter av att genomgå respektive arbeta med strukturerad rådgivning och hiv-snabbtestning.

METOD OCH GENOMFÖRANDE

Aktuell del av projektet genomfördes vid Venhälsan, Södersjukhuset under perioden april–december 2008.

Snabbtestmottagningen

En icke tidsbeställd mottagning höll öppet mellan 16.00 och 19.00 en kväll per vecka. Som grund för arbetet användes dokumentet Riktlinjer, snabbtestmottagning (se bilaga 1) som hade utarbetats inför detta projekt. Vid mottagningen arbetade två sjuksköterskor och en undersköterska med speciell delegering, härefter kallade rådgivare, samt en receptionist. Information om mottagningen

gavs vid förfrågan per telefon samt via Venhälsans hemsida. Personer som kom för att testa sig, härafter kallade som testpersoner, har också fått information kring mottagningen via den mediala uppmärksamhet som projektet fått.

När en testperson kom till mottagningen ombads han läsa igenom ett informationsblad. Informationsbladet innehöll fyra korta informationspunkter kring testresultat, inkubationstid, eventuellt risktillfälle med känt hivpositiv eller aktuella symptom samt anonymitet (se bilaga 3). Testpersonen informerades och tillfrågades också om deltagande i en kvalitetsuppföljningsenkät en vecka efter testtillfället. Testpersonen fick sedan invänta ledig rådgivare.

Efter att rådgivaren givit en kort introduktion till snabbtestet togs blodprov i fingret för testet. Efter att blodprovet applicerats till teststicken lade provtagaren denna åt sidan och under tiden provet analyserades genomfördes förtestrådgivningen (se nedan). När förtestrådgivningen genomförts och det gått minst 15 minuter sedan provet applicerats på teststicken läste rådgivaren av testresultatet och meddelade detta till testpersonen. Efter att ha meddelat testresultatet genomfördes eftertestrådgivningen.

Strukturerad rådgivning

Alla testpersoner gavs strukturerad rådgivning (förtest och eftertestrådgivning). Som grund för rådgivningen användes ett strukturerat protokoll, RESPECT 2, ursprungligen utarbetat av USA Centers for Disease Control and Prevention (Divisions of HIV/AIDS Prevention, 1999). Protokollet innehåller detaljerade instruktioner för två rådgivningssessioner om 10–20 minuter: 1) förtestrådgivning (riskuppfattning, aktuell risk, riskreducering och testinformation) och 2) eftertestrådgivning (testresultat, planering för riskreducering, identifikation av socialt stöd och eventuell hänvisning för vidare professionellt omhändertagande). Protokollet översattes av projektledarna och anpassades till svenska förhållanden genom ett antal referensgrupps-diskussioner. Referensgruppen bestod av sjuksköterskor, undersköterska, kuratorer och läkare med lång erfarenhet från rådgivnings- och testningsverksamhet avseende sexuellt överförbara infektioner inklusive hiv. Den första versionen av protokollet användes vid den randomiserade studie som föregick föreliggande projekt. Inför föreliggande projekt justerades rådgivningsprotokollet såtillvida att testinformationsdelen flyttades från förtestrådgivningen till den information som gavs före provtagningen. All personal som var involverade i projektet deltog

före genomförandet i ett seminarium där rådgivningsprotokollet och övriga procedurer gick igenom i detalj. Det i projektet använda rådgivningsprotokollet finns återgivet i bilaga 2.

Hiv-snabbtest

Hiv-snabbtestanalys utfördes (kapillär blodprovstagning) med Determine® HIV-1/2 (Inverness Medical, Stockport, Storbritannien; saluförs i Sverige av Orion Diagnostica, Sollentuna), vilken är en visuellt avläsbar, immunkromatografisk kvalitativ analys för detektion av hiv-1 och hiv-2-antikroppar i humant serum, plasma eller helblod. Testet har, enligt produktspecifikationen, en 99,3–99,6% specificitet och 100 % sensitivitet på europeiska och nordamerikanska provmaterial. Det har i ett mindre antal serokonverteringspaneler visats kunna påvisa hiv-infektion 9–34 dagar efter smittotillfället. De rådgivare som utförde snabbtestanalyserna hade tidigare genomgått ett utbildnings- och träningsprogram som utformats i samarbete mellan projektledarna och Rigmor Thorstensson och Irene Silhammar från Avdelningen för immunologi vid Smittskyddsinstitutet. Innan en person fick certifiering att självständigt utföra snabbtestanalyser fick hon/han under överinseende av en instruktör visa att hon/han kunde utföra dessa på ett korrekt sätt. Ett kvalitetssäkringsprogram implementerades också i samarbete med Avdelningen för virologi vid Smittskyddsinstitutet. Blindade prover skickas regelbundet mellan de två parterna för analys (från Venhälsan till Avdelningen för virologi och tvärt om).

Testarkarakteristik

För varje test och rådgivningssession samlades uppgifter om testpersonens ålder, kön, sexuella livsstil, testorsak och risktagande samt huruvida testpersonen valt att hiv-testa sig anonymt. Informationen sammanställdes och redovisas deskriptivt nedan.

Kvalitetsuppföljningsenkät

De testpersoner som givit sitt samtycke fick en vecka efter testtillfället, via vanlig post (pappersversion) eller via e-post (webbversion), erbjudande om att besvara en kvalitetsuppföljningsenkät. Enkäten innehöll frågor kring bakgrundsdata (ålder, ursprung, sexuell livsstil, tidigare testerfarenhet och på vilket sätt de fått kännedom om snabbtestmottagningen) och erfarenheter från rådgivnings och testtillfället (huruvida de ansåg att de fått tillräcklig

information kring testet, rådgivningen fått dem att reflektera över sitt sexuella beteende, rådgivningspersonen varit lyhörd samt de blivit respekterade vid samtalet; slutna frågor med 3-4 svarsalternativ enligt Likertskala). Slutligen gavs tillfälle att ge övriga synpunkter och kommentarer under en öppen fråga.

Svaren på bakgrunds- och erfarenhetsfrågorna analyserades och redovisas deskriptivt nedan. De svar som avgivits på den öppna frågan delades upp i meningsbärande enheter som kategoriserades och redovisas tematiskt.

Personalintervjuer

Venhälsans hiv-snabbtestmottagning utgör en pionjärsats inom ramen för svenskt hiv-preventivt interventionsarbete. Vi såg det som angeläget att inte enbart få testpersonernas synpunkter utan också få ta del av rådgivarnas erfarenheter av och reflektioner kring arbetet vid hiv-snabbtestmottagningen.

Metod och analys

Metoden vi använde för att fånga och belysa arbetet var individuella djupintervjuer med rådgivarna. För att undvika alltför mycket detaljstyrning av innehållet i intervjuerna i kombination med att också ge de intervjuade möjlighet och utrymme att uttrycka tankar, erfarenheter och känslor, valde vi att använda oss av en intervjuguide med fyra övergripande frågeområden: testpersonerna, rådgivningsmallen och rådgivningssituationen, hiv-snabbtestet samt övergripande intryck och fortsatt implementering. Efter att informerat samtycke inhämtats genomförde Lars E. Eriksson inspelade intervjuer med utgångspunkt från ovan beskrivna intervjuguide. Varje intervju varade i genomsnitt en timme. Intervjuerna har transkriberats och analyserats enligt kvalitativ innehållsanalys. Analysen skedde i tre steg. Steg 1, de två projektledarna läste, var och en för sig, igenom de tre intervjuerna och markerade i marginalen nyckelord. Steg 2, nyckelorden sammanfördes i kategorier för respektive intervju. Steg 3, nyckelord och kategorier från de tre intervjuerna sammanfördes under gemensamma kategorier under följande temata: rådgivningsprocessen, rådgivarens tre roller i rådgivningsprocessen, karaktäristika hos testpersonen, relationen rådgivare-testperson samt framtiden vad gäller hiv-snabbtestet.

RESULTAT

Karakteristika hos personerna som testat sig för hiv

Under den aktuella perioden genomfördes sammanlagt 394 snabbtester. Den stora majoriteten (97%) var MSM. Även några män (n=28; 10%) och kvinnor (n=13; 3%) som har sex med det motsatta könet har testat sig. De senare personerna har genom olika kanaler hört talas om Venhälsans snabbtestmottagning och i mån av tid har de erbjudits testning. Av de testade valde 14% att vara anonyma. Åldersintervallet var 18–72 år. Den vanligaste orsaken till att testa sig var sexuell kontakt med person med okänt hiv-status följt av att man hade haft sex med en person som har hiv, se tabell 1. Vad beträffar sexuella risker, var det över en tredjedel (34%) bland MSM som uppgav att de hade haft oskyddat oralsex, 6% oskyddat analsex och 16% oskyddat oral och analsex. Oskyddat vaginalsex var den vanligaste risken bland kvinnor och bland de män som angav heterosexuella kontakter.

Tabell 1. Skäl till att man vill genomgå hiv-test.

	<i>Antal</i>	<i>Procent</i>
Sex med okänt hiv-status	236	60
Sex med hiv-positiv	53	13
Ny relation	31	8
Kontaktspårning	11	3
Annat	16	4
Okänt/ingen information	47	12

Under perioden diagnosticerades sammanlagt 10 personer (2,5%) med nyupptäckt hiv-infektion, samtliga MSM. I samband med provsvaret tog man också ett hiv-konfirmationstest samt immunologiska och virologiska prover. Männerna informerades muntligt om smittskyddsföreskrifterna kring hiv, erbjöds samtalskontakt med kurator dagen efter beskedet och bokades till läkare två dagar senare. Rådgivarna hade i de flesta fall telefonkontakt med patienten dagen efter beskedet. Ingen av patienterna uttryckte något behov av kuratorskontakt i samband med hiv-beskedet.

Majoriteten av dem som fick sin hiv-diagnos var i 40-årsåldern (intervall 33–52 år). Hälften av patienterna angav som skäl till testning att de hade haft sex med en person med okänt hiv-status och två hade haft sex med en känt hiv-positiv person. En av personerna kom pga. partnerspårning och i två fall angavs ingen testorsak. Vad beträffar uppgivna risker var det tre som rapporterade oskyddat oralsex, en som hade haft oskyddat analsex, en som uppgav oskyddat vaginalsex, en som rapporterade oskyddat vaginal och oralsex samt en som uppgav oskyddat anal och oralsex. I tre fall uppgav patienten inga risker.

Kvalitetsuppföljningsenkät

Av 110 enkäter som skickades via e-post inkom 71 via webbformuläret och en via vanlig post. Till detta kommer 22 enkäter som skickades ut och besvarades i pappersform. Totalt antal besvarade enkäter blir därmed 93.

Bakgrundsdata

De som besvarat enkäten var 18–64 år med en medelålder om 35,5 år, hade hiv-testat sig i median en gång det senaste året (omfång 0–5 gånger) och hade i median totalt genomgått fem hiv-testningar (omfång 0–25) under sin livstid. 75 av dem som besvarade enkäten var födda i Sverige, 51 angav att de hade utbildning på högskolenivå och lika många angav att de för tillfället inte hade en partner. 85 hade enbart sexuella kontakter med män, fyra enbart med kvinnor och fem med både män och kvinnor. 35 hade fått kännedom om hiv-snabbtestmottagningen via Venhälsans hemsida, 28 genom reportage i media, 15 genom vän eller bekant, åtta via kontakt med Venhälsan och åtta via övriga källor.

Erfarenheter från rådgivnings- och testtillfället

87 angav "Ja, fullständigt" och resterande sju "Ja, till viss del" på frågan om de tyckte att de fick tillräcklig information kring testet innan testet togs. 67 angav "Ja, fullständigt", 26 "Ja, till viss del" och en "Nej, inte alls" på frågan om de kunde koncentrera sig på rådgivningssamtalet under tiden de väntade på provsvaret. 19 angav att rådgivningssamtalet till mycket stor del fått dem att reflektera över hur de förhåller sig till sitt sexuella beteende, 38 till stor del, 32 inte så mycket och en inte alls. 87 testpersoner instämde fullständigt i att de upplevde att rådgivningspersonen var lyhörd vid rådgivningssamtalet och resterande sju att de instämde

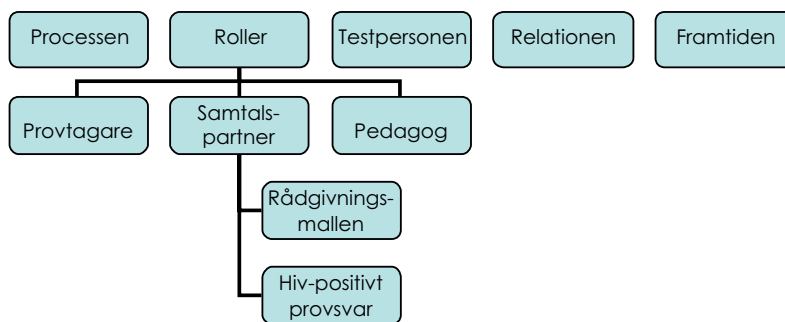
till viss del. 89 instämde fullständigt i att de upplevde att de blev respekterade för det de berättade i rådgivningssamtalet och reserande fem att de till viss del instämde.

Fria kommentarer

32 av deltagarna valde att lämna fria kommentarer under övriga kommentarer/synpunkter och ur dessa kunde 40 meningsbärande enheter (kommentarer) särskiljas. Kommentarererna kategoriserades tematiskt och resulterade i sex kategorier. Följande redovisning gäller fördelningen av kommentarerna under kategorierna med typcitat till respektive kategori. 14 kommentarer gällde personalen och det bemötande man fått av personalen (13 positiva kommentarer och ett negativt omdöme): "Jag fick ett väldigt positivt bemötande. Jag tyckte personalen var väl insatt i frågor rörande hur homosexuella män har sex"; i åtta av kommentarerna underströks att man var positiv till snabbtest: "Skönt med den avdramatisering som snabbtestet innebär"; sex kommentarer var förklaringar till de svar som man angivit i någon av de övriga enkätfrågorna: "/.../Jag reflekterar redan kring mitt sätt att söka sexuella kontakter" [angående svaret på frågan huruvida rådgivningssamtalet fått dem att reflektera över hur de förhåller sig till sitt sexuella beteende]; fem av kommentarerna gav i allmänna ordalag positiva omdömen om mottagningen: "Det var väldigt bra allting, proffsigt, trevligt och jag är så otroligt nöjd och glad!"; fyra av kommentarerna gav förslag på vidareutveckling av snabbtestmottagningen varav två gällde önskemål om ökad tillgänglighet när det gäller hiv-snabbtest och ett önskemål om att samtidigt också kunna testa sig för fler sexuellt överförbara infektioner; slutligen gav tre personer positiva omdömen kring rådgivningen: "Jag tyckte mycket om rådgivningssamtalet".

Personalperspektivet

Den kvalitativa innehållsanalysen på materialet från djupintervjuer med rådgivarna resulterade i fem temata och fem undertemata (se figur 1).



Figur 1. Resultat av innehållsanalys av material från djupintervjuer med rådgivarna; temata och undertemata

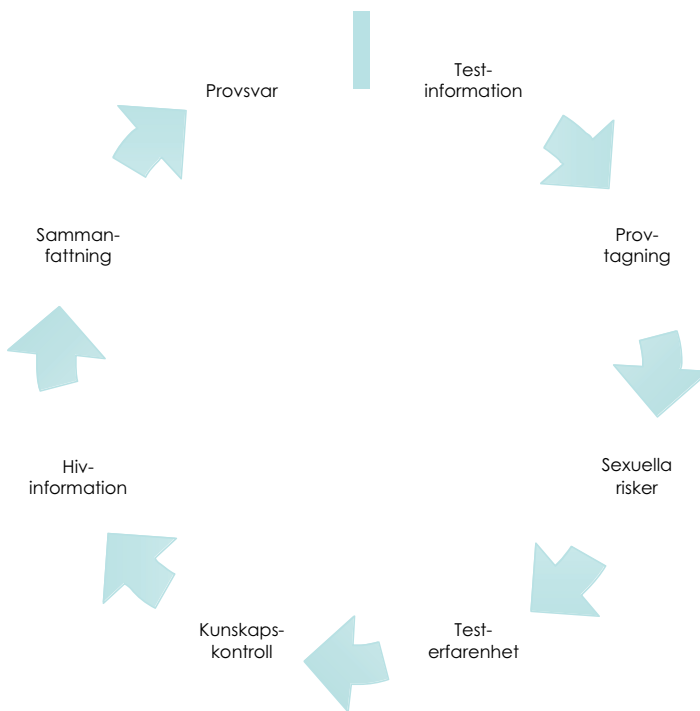
Rådgivningsprocessen

Intervjuerna visade tydligt på rådgivningens processkaraktär från information om testet via provtagning, utforskande av sexuella risksituationer, erfarenhet från tidigare testningar för hiv och / eller andra sexuellt överförbara infektioner (STI), hiv/STI-kunskapskontroll, hiv/STI-information och sammanfattning av rådgivningssamtalet och slutligen till provsvaret (se figur 2).

De intervjuade underströk vikten av att känna trygghet i arbetsgruppen där man kunde dela med sig av sina erfarenheter och upplevelser. Betydelsen av arbetsgruppen visade sig också i att de tre rådgivarna alltid samlades efter mottagningspasset för att samtala kring sina upplevelser och erfarenheter.

Vi sitter en stund tillsammans och...för det är ju alltid nån som fastnar så där speciellt. Och sen så är det borta, det känns bra, nu har vi pratat av oss lite.

Det är jätteskönt faktiskt.



Figur 2. Processen vid strukturerad hiv-rådgivning med hiv-snabbtestning.

Rådgivarens tre roller

I rådgivningsprocessen utkristalliserades tre roller hos rådgivaren: Provtagaren, Samtalspartnern och Pedagogen. I provtagarrollen var fokus på information om hiv-testet och provtagningen medan pedagogrollen var inriktad på sexuella riskbeteenden, sexuella riskreduktionsstrategier samt information om sexuellt överförda infektioner. I rollen som samtalspartner var fokus på lyssnandet. Att vara en god samtalspartner är en förutsättning för att provtagare- och pedagogrollerna skall fungera väl och vara testpersonen till gagn. Det finns paralleller mellan de tre rollerna och tre av PLISSIT-modellens kommunikationsnivåer; Samtalspartnern och nivå 1, den tillåtande atmosfären; provtagaren/pedagogen och nivå 2, den begränsade informationsnivån; samt pedagogen och kommunikationsnivån, nivå 3, specifika råd/rådgivning.

Provtagaren

Syftet med provtagarrollen var att förvissa sig om att testpersonen tagit del av och läst igenom informationsbladet samt informera om och ta hiv-snabbtestet. Man var noga med att informera om tremånadersregeln, dvs. att det krävs tre månader från smittotillfället tills att ett definitivt hiv-negativt provsvar kan ges. Det framgick tydligt i intervjuerna att rådgivarna var måna om att informera testpersonen om exakt hur provtagningen gick till och hur testresultatet skulle läsas av efter cirka 15 minuter. Själva provtagningen och avläsning av testresultatet upplevdes av rådgivarna som oproblematiskt.

Många testpersoner frågade om testets tillförlitlighet. I och med att rådgivarna känner stor tillit till testet och har god kunskap om detsamma var det enkelt att ge den information som testpersonen efterhörde.

./.../jag tror att om man som rådgivare är säker på att den här metoden fungerar och kan säga på ett bra sätt att det här är jättesäkert och det är väldigt bra och då...litar testpersonen på det.

De tre rådgivarna hade samma procedur vid utlämning av provsvaret. De tog fram stickan, visade strecken på stickan och berättade vad strecken betyder (hiv-positivt eller hiv-negativt). Somliga av de testpersoner som fick hiv-negativt provsvar ville ha kopia på själva stickan. Det framkom också att testpersonen kände sig trygg med provsvaret eftersom han visste att hans blod inte hade lämnat rummet "det här är mitt test och mitt blod."

Rådgivarna uppmuntrade ofta testpersonen att komma tillbaka för provtagning av andra STI. Ett potentiellt hinder för provtagning av andra STI i samband med hiv-snabbtestet är att personen inte då kan vara anonym eftersom övriga STI-tester kräver personuppgifter.

Samtalspartner

Det övergripande syftet som samtalspartner var att bidra till att testpersonen reflekterade över sin sexuella livsstil, vilka eventuella sexuella risker han utsatte sig för och hur han tänkte kring att reducera eventuellt risktagande. Rådgivarna gav i intervjuerna exempel på egenskaper som de ansåg vara av yttersta vikt som samtalspartner. Den mest grundläggande var att skapa en tillåtande atmosfär i rummet vilket förutsätter ett empatiskt och res-

pektfullt förhållningssätt gentemot testpersonen. I det sammanhanget betonade rådgivarna vikten av att vara medveten om sina egna sexuella värderingar och att vara trygg och våga vila i sig själv. Samtidigt underströk rådgivarna betydelsen av att behålla fokus i samtalen, dvs. sexualitet och hiv/STI. Det hände ibland att testpersonen ville samtala kring andra frågeställningar, bekymmer eller problem. Rådgivaren kunde då antingen rekommendera testpersonen att ta kontakt med annan vårdgivare eller fråga testpersonen om han önskade bli remitterad till någon i det psykosociala teamet på Venhälsan. En annan egenskap som poängterades var förmågan att vara flexibel, att kunna följa med i testpersonens kognitiva men också emotionella värld, vilket förutsätter att man är alert, uppmärksam och lyhörd. Rådgivarna betonade också att man bör vara uppmuntrande i termer av att "berömma" personen för att han kommit till testning.

./.../jag brukar ibland ge lite beröm för att man har vågat det här och liksom tagit det här beslutet, att det faktiskt är väldigt ansvarsfullt och respektfullt, mot både sig själv och andra.

Samtalen kunde ibland hos rådgivaren väcka känslor av oro, skepsis och frustration. Somliga samtal upplevdes som mycket utmanande och eller krävande och där rådgivarnas egna värderingar kunde stå i bjärt kontrast till testpersonens. Å andra sidan beskrev rådgivarna att de upplevde att många av testpersonerna var "mycket självutlämnande" om sin sexualitet vilket i sin tur gav rådgivaren fördjupad kunskap om, men också förståelse för, komplexiteten i sexualiteten.

Rådgivningsmallen

Initialt fanns det hos rådgivarna viss ängslan kring rådgivnings-samtalen i sig. *"Jag var väldigt nervös"* men också viss skepsis inför rådgivningsmallen:

Nej det här kommer inte att gå, det blir så krångligt och onaturligt och det kommer inte att flyta.

Alltså först när jag läste den, när vi hade den här inledande kursen, då kändes det jätte...konstigt och väldigt svårt.

Successivt har rådgivarna känt sig allt säkrare i och tryggare med rådgivningsmallen och därmed kunnat anpassa den efter testpersonen.

Den fungerar bra för mig.

Man får ju hoppa mellan dom här [de olika avsnitten i rådgivningsmallen], man kan ju inte bara statiskt följa...och så hoppar man fram och tillbaka på vägens gång. Så jag tycker att det flyter på bra och fritt nu.

/.../och sen har jag format nån slags egen mall, eller ja som jag följer/.../så jag upplever att jag hade väldigt mycket stöd av det, men jag följer den ju inte slaviskt, det funkar ju inte så. Men att man ändå har dom här stolparna på nåt sätt i sitt minne.

Hiv-positivt provsvar

När testresultatet föll ut positivt infann sig ytterligare en dimension i samtalspartnerrollen, nämligen att härbärgera. Det innebär att rådgivaren fick fungera som en mental behållare i vilken testpersonen lade sina emotioner och känslösvängningar, tankar och funderingar. Rådgivarna var överens om att det var tungt att lämna ett hiv-positivt besked, vilket återspeglas i följande citat.

Men det är ju jättetungt i rummet så, man är ju alldeles, man är ju som en disktrasa efteråt när sånt händer.

/.../det är en anspänning och en oerhört...alltså viktigt att det blir rätt och att det blir tryggt och bra för den patient som får det.

De betonade att en (av flera) förutsättningar för att orka med att lämna hiv-positiva provsvar var att man kommit till rätta med sin bävan att vara "den onde":

Men först i början så tänkte jag, att jag kan ju inte jobba med det här om jag sitter och är orolig varenda gång, att det ska bli nåt dåligt besked, då kan man ju inte hålla på med den här testningen.

Men rådgivarna representerade också "det goda". Förutom att vara emotionella och kognitiva "behållare" kunde de också vara budbärare av hopp t ex i termer av att hiv-infektionen idag kan kontrolleras med hjälp av läkemedel. En annan aspekt av hopp, som de kunde förmedla var hoppet att genom Venhälsans personal bli sedd, bekräftad och respekterad som en hel individ.

Rådgivarna beskrev att när testpersonen fått sitt hiv-positiva besked inträdde oftast "mycket tystnad och tårar". Att stå ut med och

handskas med tystnaden i rummet har varit en stor utmaning för dem "jag har fått träna mig på det" men "efter ett tag" var det oftast möjligt att ha en dialog. Rådgivarna var måna om att till testpersonen i fråga understryka att de hade den tid som personen kände att han behövde.

Pedagogen

Syftet med pedagogrollen var att bibringa testpersonen kunskap om sexuella risker och STI samt samtala kring sexuella riskreduktionsstrategier. Rådgivarna underströk vikten av att den information som gavs till testpersonen var baserad på kunskap och inte på emotioner och värderingar. De var måna om att inför testpersonen inte framstå som moraliserande "en som kommer med pekpinnar" utan snarare försöka undersöka vad som bidrog till att individen i fråga utsatt sig för risker och huruvida han trodde att han skulle kunna ändra sitt beteende. Men det kunde också hända att rådgivaren kände sig provocerad. Dock underströk rådgivarna att de var måna om att på intet sätt ge uttryck för sådana känslor inför testpersonen.

./.../vissa personer kanske man har lust att nästan...inte läxa upp men att man känner att det här är ju riktigt, riktigt högriskbeteende och den här personen kanske snart är smittad.

I intervjuerna framkom att rådgivarna under rådgivningssamtalet oftast gjorde en egen, subjektiv bedömning gällande testpersonens grad av sexuellt risktagande. De definierade "högrisktagare" i termer av:

./.../oskyddat analsex vid anonyma kontakter.

./.../varit utomlands och haft sex på bastuklubbar.

./.../att ha haft mycket sex även oralsex, det tycker jag också är en högriskpatient.

./.../att man har många oskyddade möten med personer som man inte känner överhuvudtaget, och mycket sex kanske utomlands och låg kondomvändning.

Man får ett intryck av att rådgivarens inre bedömning kunde vara en strategi för att "förbereda" sig för ett eventuellt hiv-positivt provsvar. I vissa fall var rådgivaren övertygad om att testet skulle slå positivt givet testpersonens sexuella risktagande men test-

resultatet visade sig vara negativt. Men också motsatsen kunde inträffa, dvs. rådgivaren "räknade med" att svaret skulle vara negativt men testet slog positivt. Det rådde delade meningar mellan rådgivarna när det gällde huruvida de ansåg att man skulle delge testpersonen sin riskbedömning. Några menade att om testpersonen ställde frågan "Tycker du att jag har utsatt mig för risker?" delgav de honom sin bedömning. Rådgivarna var däremot eniga i att det var viktigt att tillfråga testpersonen huruvida han själv ansåg att han utsatt sig för sexuella risker. Likaså att försöka få information om testpersonens skäl till eventuellt sexuellt risktagande. Ibland blev det, enligt rådgivarna, mycket tydligt att det fanns en diskrepans mellan deras egen och testpersonens bedömning av grad av risktagande.

Rådgivarna hade olika uppfattningar om testpersonernas hiv/STI-kunskapsnivå. Några av dem uttryckte förvåning och/eller bestörtning över att kunskapsnivån hos somliga testpersoner var så låg. Rådgivarna såg det som angeläget att sakligt informera testpersonen om hur hiv och STI smittar och därefter lägga över ansvaret på testpersonen.

Hur väl man vill skydda sig det måste ju ändå, tycker jag, läggas över på det personliga ansvaret!.../.

Rådgivarnas erfarenhet visade att många av testpersonerna betraktade oralsex som "ofarligt" så länge som de inte tog sperma i munnen. När de informerades om att oskyddat oralsex kan smitta genom slemhinnekontakt väckte det "aha-tankar" hos somliga och irritation och frustration hos andra. Det framkom också att somliga män upplevde att deras sexuella uttrycksformer mer och mer blir beskurna i och med informationen om oskyddat oralsex. Rådgivarna var måna om att betona för testpersonen att man informerade om oralsex för att individen skulle kunna ta ställning till var han ville lägga ribban för sitt risktagande och att det är upp till individen att ta ansvar för det han väljer.

Mot slutet av rådgivningssamtalet gjorde rådgivaren oftast en sammanfattning av det som framkommit under samtalet. I sammanfattningen tog rådgivaren fram både situationer där testpersonen praktiserade skyddat anal och/eller oralsex och situationer där testpersonen inte skyddar sig. Genom att sammanfatta rådgivningssamtalet visade rådgivaren testpersonen att hon eller han hade lyssnat till honom och eventuella missförstånd kunde redas ut. En vanlig respons vid ett hiv-negativt provsvar var "nu ska jag

*inte göra nånting som utsätter mig för risk". I samtalet kring ris-
kreduktionsstrategier för att förbli hiv-negativ utgick rådgivaren
från sammanfattningen. Det hände också att det inte blev särskilt
mycket av rådgivning efter provsvaret.*

*Ibland känns det som att man kanske inte behöver hålla kvar perso-
nen för att reflektera så mycket efteråt eftersom mycket har skett
innan provsvaret.*

De tre rådgivarna var överens om att rådgivningssamtalet inte
automatiskt ledde till att testpersonen i fråga omedelbart änd-
rade ett riskfyllt sexuellt beteende men de hade förhoppningen att
samtalet kunde vara ett första steg i en reflektionsprocess och på
sikt ett incitament till förändring.

Testpersonen

Den största majoriteten av testpersonerna kom till mottagningen
med inställningen att de inte har hiv och många av dem hade ald-
rig reflekterat över att kunna vara smittade. Några uttryckte dock
en viss rädsla att kanske ha hiv. Somliga testpersoner var med-
vetna om sina svårigheter att skydda sig sexuellt trots goda kun-
skaper därom. Andra försökte undvika att tänka på hiv. Det fanns
också testpersoner som medvetet utsatte sig för stora sexuella
risker och kalkylerade med hiv-risken och var, enligt egen utsago,
trygga i det men det var inte heller ovanligt att

*/.../samtidigt så när man börjar prata om att få hiv så säger dom
att nej men oj, det är ju inget jag önskar få.*

Det framkom i intervjuerna att rådgivarna tyckte att det var fler
sena testare och fler män som aldrig tidigare testat sig som kom
för hiv-snabbtest jämfört med dem som kom för konventionell
hiv-testning. Flera av männen beskrev att de bävat för att behöva
vänta en vecka på provsvaret och därför inte testat sig tidigare.
Många testpersoner var spända och oroliga och ibland framkom
självanklagelser för att man hade utsatt sig för sexuella risker.
Hos somliga av testpersonerna framkom en viss ambivalens
inför rådgivningssamtalet. Initialt kunde det ibland vara trögt att
komma igång:

*Man vill inte prata, men när man väl sätter igång och pratar så flödar
det liksom ganska lätt/.../Det finns en oro hos många av dom så då vill
dom inte prata... Det är som en startknapp som måste komma igång.*

Men när rådgivaren väl hade hittat "startknappen" ville personen verkligen prata kring det inträffade. Man mötte inte någon fientlighet från testpersonen vad gäller samtalet. Rådgivaren kunde ibland fånga upp att en orsak till tveksamheten kunde vara att testpersonen var medveten om att han har brutit mot sitt "bättre vetande".

Det är så skrämmande när man ska börja prata om att man vet att det här skulle jag inte ha gjort.

Några få testpersoner ville inte alls tala utan satt tysta "Då funkar inte den här mallen alls". Trots tystnaden ville de inte lämna rummet. Den situationen kunde av rådgivaren upplevas som "plågsam". Ibland hände det att testpersonen efter ett hiv-negativt provsvar började tala och det utvecklades till ett rådgivande samtal. Den andra ytterligheten var de män som talade mer eller mindre oavbrutet och det var svårt för rådgivaren att komma in och bli delaktig i samtalet. Rådgivaren uppfattade "talandet" som uttryck för oro eller ångest och i vissa fall gjorde rådgivaren bedömningen att oron eller ångesten inte stod i proportion till vad personen i fråga hade gjort sexuellt. Oron eller ångesten uppfattades snarare som en markör för något annat psykiskt påfrestande som till exempel otrohet. Några testpersoner uppvisade en mycket komplex problematik både vad gällde riskbeteende, beroendenaspekter och psykiatriska symtom.

Till hiv-snabbtestmottagningen kom också män som var extremt upptagna av hiv-oro. De beskrev hur de testar sig gång på gång och alltid får hiv-negativt provsvar. Även om snabbtestet gav dem omedelbar ångestreduktion ansåg rådgivarna att det är viktigt att fånga upp dessa personer och erbjuda dem någon form av psykologisk behandling så att de inte blir "stamkunder".

Relationen rådgivare–testperson

Rådgivarna betonade att det under rådgivningsprocessen skapades en intimitet mellan dem och testpersonen, exemplifierat i nedanstående citat:

/.../det är ett kort möte men oerhört mycket innehåll.

/.../att man berättar mycket om sig själv som kan vara väldigt intimt och privat men att man verkligen känner förtroende, tycker jag, de är så förtroendefulla.

./.../det är en mer tillspetsad situation, att det [testanalysen] faktiskt sker ett...inte [på ett] laborator[ium]... men att det här sker under samtalet. Det blir väldigt, väldigt nära och verkligt och kanske att det kan göra att det blir en så utnyttjad tid som är mer effektiv än annars.

En tänkbar bidragande faktor till intimitetskänslan skulle kunna vara att rådgivaren och testpersonen i rådgivningssituationen är lika ovetande om provsvaret. Vid det konventionella hiv-testet har rådgivaren ett försprång i det att han eller hon har en förkunskap om provsvaret och kan därmed förbereda sig för utlämning av svaret. Den möjligheten finns inte vid hiv-snabbtestning.

Trots den förhållandevis korta tiden mellan provtagning och provsvar menade rådgivarna att samtalen oftast var av en "djuplodande" karaktär.

Framtiden beträffande hiv-snabbtest

Rådgivarna ansåg det vara viktigt att sprida information och kunskap om hiv-snabbtestet i det offentliga rummet. Man menade att fler enheter som arbetar med hiv-prevention inom hälso- och sjukvården på sikt borde erbjuda hiv-snabbtest. De underströk dock att det är mycket viktigt att innan man startar upp en hiv-snabbtestverksamhet måste vårdkedjan kring omhändertagandet av en person som diagnosticeras med hiv vara klar och förankrad i berörd verksamhet. Det krävs likaså att personalgruppen har såväl intellektuell som emotionell kunskap kring hiv-infektionen. Rådgivarna betonade också att hiv-snabbtest utan rådgivningssamtal inte är meningsfullt utifrån ett preventivt interventionsperspektiv. Utbildning i rådgivningssamtal borde därför, enligt rådgivarna, vara ett obligatorium. De ansåg vidare att det är av stor vikt att personal även har kunskap om övriga sexuellt överförbara infektioner. Det framhölls också att det krävs ett visst flöde av personer som testar sig för hiv för att upprätthålla personalens kompetens kring hiv-snabbtestet. Man tyckte också att testpersonen skall ha möjlighet att få välja mellan snabbtest och konventionellt test. Likaså uttryckte rådgivarna en önskan att det skulle finnas snabbtest för andra sexuellt överförbara infektioner.

Rådgivarnas konklusion om sitt arbete vid hiv-snabbtestmottagningen var att sjuksköterskor har kompetens att driva denna typ av verksamhet. Vidare att arbetet har inneburit att deras yrkesroll har stärkts i termer av ökat självförtroende, att få ta större ansvar och att känna stolthet.

SAMMANFATTNING

Inom ramen för föreliggande projekt har vi infört en sjuksköterskeledd mottagning med strukturerad hiv-rådgivning och snabbtestning vid Venhälsan på Södersjukhuset. Projektet förbereddes noggrant, dels genom att metoden först prövades inom ramen för en randomiserad studie och dels genom flera förberedande utbildnings- och planeringsinsatser för engagerad personal. Detta har lett till ett bra resultat med en väl fungerande rådgivnings- och testningsverksamhet, vilket bl a visade sig i att den absoluta majoriteten av testpersonerna uppgav att de kände sig respekterade och nöjda efter mottagningsbesöket. Vid sidan om ordinarie rådgivnings- och snabbtestningsverksamhet har projektets rådgivare också fungerat som konsult till sjukhusets övriga kliniker vid behov av akut hiv-testning hos patienter med misstänkta symptom på hiv-infektion.

Världshälsoorganisationen understryker vikten av att fler personer testar sig för hiv-infektion och att ett viktigt verktyg i att uppnå detta är lågtröskelmottagningar där svar kan ges direkt via hiv-snabbtest. Vi finner stöd för dessa rekommendationer i projektet då mottagningen, trots att ingen särskild annonsering gjorts, fått god tillströmning av personer som vill testa sig. Flera av testpersonerna har också vittnat om att tiden för att vänta på provsvaret vid konventionell hiv-testning har fått dem att avstå att testa sig tidigare.

Vår konklusion är att sjuksköterskeledd mottagning fungerar bra för denna typ av verksamhet, även när det gäller att ge ett hiv-positivt testresultat. Detta förutsätter dock personal som både har intellektuell och emotionell kunskap genom att till exempel ha egen tidigare erfarenhet av att arbeta med hiv-infekterade personer och frågor relaterade till sexualitet och att vara väl insatta i rådgivnings- och testningsmetodiken. Implementering av sjuksköterskeledd hiv-rådgivnings- och snabbtestningsverksamhet kräver också ett arbetslag med god arbetsgemenskap samt att resurser i form av psykosocial och medicinsk expertis finns att tillgå vid behov.

Venhälsans mottagning har fokus mot män som har sex med män men vår bedömning är att metoden skulle kunna vara användbar även vid insatser mot andra grupper som t ex missbrukare, nyanlända flyktingar och ungdomar.

REFERENSER

Aidoo, S., Ampofo, W.K., Brandful, J.A.M., Nuvor, S.V., Ansah, J.K., Nii-Trebi, N., Barnor, J.S., Apegyei, F., Sata, T., Orfori-Adjei, D., & Ishikawa, K. (2001). Suitability of a rapid immunochromatographic test for detection of antibodies to human immunodeficiency virus in Ghana, West Africa. *Journal of Clinical Microbiology*, 39(7), 2572-2575.

Annon, J. S. (1976). *The Behavioral Treatment of Sexual Problems (Vol. 2)*. Honolulu, Hawaii: Enabling Systems, Inc.

Centers for Disease Control and Prevention. (2001). Routinely recommended HIV-testing at an urban urgent care clinic - Atlanta, Georgia. *Morbidity and Mortality Weekly Reports*, 50, 538-541.

Centers for Disease Control and Prevention. (2007). *HIV Counseling with Rapid Tests*. Retrieved 17 March, 2009, from http://www.cdc.gov/hiv/topics/testing/resources/factsheets/rt_counseling.htm

Divisions of HIV/AIDS Prevention. (1999). *RESPECT-2*. Retrieved April 16, 2005, from <http://www.cdc.gov/hiv/projects/respect-2/counseling/RESPECT2RapidTestCounselingProtocol.pdf>

Greensides, D. R., Berkelman, R., Lansky, A., & Sullivan, P. S. (2003). Alternative HIV-testing methods among populations at high risk for HIV infection. *Public Health Reports*, 118, 531-539.

Herlitz, C. (2004). *Allmänheten och hiv/aids. Kunskaper, attityder och beteenden 1987-2003 (No. R2004:7)*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.

Hutchinson, A. B., Branson, B. M., Kim, A., & Farnham, P. G. (2006). A meta-analysis of the effectiveness of alternative HIV counseling and testing methods to increase knowledge of HIV status. *AIDS*, 20(12), 1597-1604.

Hutchinson, A. B., Corbie-Smith, G., Thomas, S., Mohanan, S., & Del Rio, C. (2004). Understanding the patients' perspective on rapid and routine HIV testing in an inner-city urgent care center. *AIDS Education and Prevention*, 16(2), 101-114.

Smittskyddsinstitutet. (2006). Uppskattning av antalet hiv-smittade i Sverige. *EPI-Aktuellt*, 6(42).

Smittskyddsinstitutet. (2008a). *Aids 2007*. *EPI-Aktuellt*, 7(12-13).

Smittskyddsinstitutet. (2008b). *Hiv 2007*. *EPI-Aktuellt*, 7(8).

Smittskyddsinstitutet. (2009). *Hiv år 2008*. *EPI-Aktuellt*, 8(14).

Spielberg, F., Kurth, A., Gorbach, P. M., & Goldbaum, G. (2001). Moving from apprehension to action: HIV counseling and testing preferences in three at-risk populations. *AIDS Education and Prevention*, 13(6), 524-540.

Thomas, S., Blair, A., Corbie-Smith, G., Mohanan, S., Williams, M., & del Rio, C. (2000). Assessing the acceptability of rapid HIV testing in an urban hospital. Paper presented at the International Conference of AIDS, Durban, Southafrica.

Tikkanen, R. (2008). *Person, relation och situation : Riskhandlingar, hivtest och preventiva behov bland män som har sex med män (No. 2008:1)*. Malmö: Malmö högskola, Hälsa och samhälle.

World Health Organization. (2006). *Towards universal access by 2010 : How WHO is working with countries to scale-up HIV prevention, treatment, care and support*. Geneva: WHO Press.

BILAGA 1

Riktlinjer - Snabbtestmottagning

Mottagningen är öppen måndagar mellan klockan 16.00 och 19.00 (sista provtagning/rådgivning skall påbörjas senast klockan 19.00) enligt nedanstående handläggning. Vid varje mottagningstillfälle arbetar en receptionist och minst två rådgivare. Om fler än cirka fem personer per tjänstgörande rådgivare anmäler sig för testning meddelas dessa att kvällens mottagning är full och att de får återkomma till Venhälsan tisdag eller torsdag för konventionell testning eller nästa måndag för snabbtestning.

A. Allmän information

Se dokument Receptionen och Information om hivsnabbtest.

B. Tolk

Om personen inte kan svenska eller engelska; rådgivning och testning skall inte utföras utan tolk. Ge tid för testning med tolk (konventionell testning vid ordinarie mottagningstillfällen eller snabbtestning vid nästa snabbtestningsmottagning). Anhörigtolk skall som regel ej användas.

C. Testning

Se Instruktion för hivsnabbtestning, kapillärprovtagning.

D. Rådgivning

Se Rådgivningsmall.

E. Specialfall

Om det under rådgivningen framkommer att personen haft oskyddat sex med känt hiv-positiv person inom tre månader före besökstillfället:

*Om den aktuella händelsen skett för mindre än 72 timmar sedan skall personen behandlas enligt klinikens gängse rutin för personer som kan vara aktuella för postexpositionsprofylax (PEP). Se särskild delegering.

*Om händelsen skett för mer än 72 timmar sedan (men inom sex veckor) skall personen erbjudas läkarbesök dagen efter.

Om personen vid tillfället har eller inom 6 veckor har haft symptom på primär hivinfektion och det finns ett aktuellt risktillfälle skall personen erbjudas läkarbesök dagen efter.

F. Handläggning av prov vid positivt utfall av snabbtest

Provsvaret lämnas till testpersonen enligt Rådgivningsmallen. Venprov (10 ml EDTA) tas och sänds vidare till Klinisk mikrobiologi, Karolinska universitetslaboratoriet (se "Instruktion för snabbtestprovtagning"; kontaktperson Eva Stenehall, tel 08-5858312). EIA körs samma dag som provet anländer till laboratoriet (dagen efter provtagning) och telefonsvar lämnas under samma dags eftermiddag. RIBA körs på torsdag och telefonsvar lämnas torsdag eftermiddag.

Vid provtagningen tas också prov för lymfocytsubpopulationsanalys och hiv-RNA som sänds till laboratorium enligt ordinarie rutin.

G. Ev. behovsmedicinering enligt särskild delegering

H. Kvalitetskontrollprogram

Kvalitetskontroll för snabbtestanalyserna sker i samarbete med Avdelningen för virologi, Smittskyddsinstitutet. En gång var tredje vecka tas ett prov från en person som kommer för konventionell testning för kvalitetskontrollprogrammet (OBS! Personen handläggs helt enligt konventionell testning). På provet som tagits för konventionell hiv-testning utförs också snabbtest enligt punkt 5 – 17 "Instruktion för snabbtestprovtagning, venöst prov". Resultatet noteras på speciell blankett "Kvalitetskontroll, snabbteststudien" (tag en kopia och sätt i speciell pärm) och vidhäftas remissen för konventionellt hiv-test. Remiss och prov sänds sedan till SMI enligt ordinarie rutin. Provet analyseras på SMI och svaret skickas till Venhälsan. Provsvaret lämnas till patienten enligt ordinarie rutin vid återbesöket veckan efter provtagning.

I. Uppföljningsenkät

Testpersonerna tillfrågas om vi får tillstånd att skicka en uppföljningsenkät hem till dem en vecka efter testtillfället. De som ger sitt tillstånd fyller i namn och adress på ett kuvert. Innan början av nästföljande måndags snabbtestmottagning stoppas en enkät tillsammans med informationslapp och förfrankerat svarskuvert (svarsadress: Lars E. Eriksson, Sektionen för omvårdnad, 23300, Karolinska Institutet, 141 83 Huddinge) i de vid föregående veckas adresserade kuverten och läggs i utgående post.

J. Kontaktpersoner

Lars E. Eriksson (lars.eriksson@ki.se), telefon 08-52483831.

Lena Nilsson Schönnesson (lena.nilsson-schönnesson@sodersjukhuset.se), telefon 08-6164641.

Medicinskt ansvarig: Anders Karlsson (anders.karlsson@sodersjukhuset.se), telefon 08-6162527.

2008-04-05/Lars E.

Rådgivningsmall för strukturerad rådgivning i samband med hiv-snabbtest

Mallen är baserad på RESPECT 2 (Divisions of HIV/AIDS Prevention, Centers for Disease Control and Prevention, 1999), översatt och modifierad av Lena Nilsson Schönnesson och Lars E. Eriksson.

FÖRTEST-RÅDGIVNING

A. TESTINFORMATION OCH INFORMERAT SAMTYCKE

1. Jag heterTanken är att du och jag ska prata om vad som gjorde att du kom hit idag och dina tankar och funderingar kring hiv (och andra STI).
2. Min roll som rådgivare är att informera dig om och göra själva hivtestet. Sedan kommer vi tillsammans att gå igenom om du har utsatt dig för någon hiv-risk och i så fall tala om de om ständigheter som kan vara kopplade till att du tar sexuella risker. Vi kommer också att prata om på vilket sätt du har försökt minska eventuellt sexuellt risktagande och vilka eventuella förändringar du tror du skulle kunna göra framöver.
3. Det här besöket har tre steg. Först kommer jag att informera dig om testet och ta själva provet. Under tiden medan provet analyseras kommer vi att prata i ungefär 15-20 minuter. Och sist när provet är färdigt kommer jag att ge dig resultatet och sedan kommer vi att sammanfatta det här besöket.
4. Du har kommit hit för att du vill göra ett hiv-snabbtest vilket innebär att du ju får svar på testet innan du går härifrån idag. Vid hivnegativt resultat, alltså om provet visar att du inte har hiv, krävs ingen ytterligare utredning. Vid eventuellt hivpositivt svar tar vi kompletterande prover som sänds till laboratorium för vidare analyser. Ett definitivt besked får du sedan vid ett besök efter cirka två dagar. Precis som vid konventionellt hivtest så krävs att det gått minst 3 månader mellan ett eventuellt risktillfälle och till att vi kan ge ett definitivt hiv-negativt provsvar.

5. Om det under vårt samtal visar sig att du har frågor/funderingar som är kopplade till hiv och som vi inte hinner fördjupa oss i här och nu, så har jag möjlighet att erbjuda dig ytterligare samtal hos mig eller hos någon av mina kollegor.
6. Innan vi går vidare, har du några frågor?
7. Vill du nu att vi går vidare och jag tar hivtestet på dig?

B. TIDIGARE ERFARENHET AV HIV-TESTNING

1. Har du hiv-testat dig tidigare någon gång? Fick du någon rådgivning då?
2. Hur upplevde du hiv-rådgivningen och/eller hiv-testningen?
3. Tycker du att rådgivningen och/eller det hiv-negativa provsvaret har påverkat dig hur du tänker kring hiv?
4. Efter att du fick ditt hiv-negativa besked, tycker du att det på något vis har inverkat på hur du har sex?
5. Händer det att du praktiserar säkrare sex? Vad innebär säkrare sex för dig?
6. Har du funderat över hur ett hiv-positivt besked skulle påverka ditt liv? Även om det finns mediciner idag som bromsar upp hivinfektionen, så finns det ingen bot. Bli man smittad med hiv, har man hiv-infektionen resten av sitt liv.

C. PATIENTENS RISKBEDÖMNING/UPPFATTNING

1. Tycker du, att du under den senaste tiden har utsatt dig för en eventuell risk att bli smittad av hiv?
2. Om JA, vill du berätta för mig på vilket sätt du tycker att du har utsatt dig för hiv-risker?
Om NEJ – gå till fråga D1!
3. När du har haft oskyddat sex, funderar du då efteråt om du kan ha utsatt dig för hiv-risk?
4. Inför vilken typ av sexuella beteenden känner du störst HIV-oro? Finns det någon speciell typ av partner eller någon speciell typ av person som du känner en större oro för att han/hon skulle kunna vara hiv-positiv?

D. SENASTE SEXUELLA RISKTILLFÄLLET

1. Vill du berätta för mig om det senaste sexuella tillfället, då du tycker att du utsatte dig för en hiv-risk. Var träffades ni? Var hade ni sex? Vad gjorde ni sexuellt?
2. Den här personen som du hade sex med, kände du honom/henne sen tidigare?
3. Hur kom ni fram till att ha sex?
4. Tvekade du att ha sex med den här personen?
5. På det sättet som ni hade sex, kändes det okej för dig?
6. Talade ni om eventuella hiv-risker eller om någon av er hade hiv-testat sig?
7. Talade ni om att ha skyddat sex?
8. Tror du att han/hon kan ha hiv?
9. Hade du haft sex med den här personen, om han/hon hade berättat att han/hon har hiv?
10. Är det den här situationen/det här tillfället som du just nu har berättat om, som fick dig att komma hit ikväll/idag?
11. Vad tror du det var som hindrade dig från att skydda dig? Var det något speciellt med den här situationen eller med partnern som "tillät" dig att ta risker?
12. När var den senaste gången, innan det här tillfället som du precis har beskrivit, som du utsatte dig för eventuella hiv-risker?
13. Finns det likheter mellan de här två tillfällena? Finns det skillnader mellan dem?

E. RISK-REDUKTION

1. Hittills har vi pratat om sexuella tillfällen då du haft oskyddat sex. Kommer du ihåg något specifikt tillfälle då du har haft skyddat sex? Kan du berätta om ett sådant tillfälle? Vad tror du det var, som gjorde att du då hade skyddat sex?

2. Vad tror du det kan vara som hindrar dig från att ha skyddat sex? Finns det personer/situationer som du tycker det är extra svårt att diskutera med och kräva kondom?
3. Vad tycker du är det svåraste med att inte utsätta dig för hiv-risker?
4. Tycker du att det finns tillfällen/situationer, då du är mer benägen att ta hiv-risker?
5. Om JA: vad är det för skillnad mellan de tillfällen då du skyddar respektive inte skyddar dig?
6. Tycker du att det för närvarande finns något i din livssituation (t ex depression, nedstämdhet, separation, arbetslöshet, ekonomiska problem etc) som skulle kunna bidra till att du tar sexuella risker/som gör det speciellt svårt att skydda dig?
7. Diskuterar du och dina vänner/kamrater säkrare sex och hiv risker?
8. Påverkar alkohol/droger hur du har sex? Tycker du att alkohol/droger gör så att du tar sexuella risker?

F. RISKBETEENDEN

1. Var ligger ribban för dig när det gäller att ta sexuella risker?
2. Känns det okej för dig att ta de sexuella risker du gör?
3. Om NEJ: Vad skulle kännas okej för dig?

G. SYNTES AV RISKPROFIL

1. Utifrån vad du har berättat för mig sammanfattar jag enligt följande: Du berättar om situationer/tillfällen då du har skyddat dig (beskriv). Men du berättar också om tillfällen där det förefaller som om du befinner dig i riskzonen för att ha oskyddat sex (beskriv; t ex dricker alkohol, går till barer, reser, blir förälskad). Tycker du att min sammanfattning överensstämmer med hur du ser på ditt sexuella risktagande? Finns det några andra omständigheter som du vill lägga till?

EFTERTEST-RÅDGIVNING

A1. HIV-NEGATIVT PROVSVAR

1. Låt oss nu titta på ditt provsvar. Det är negativt och det betyder att du INTE har smittats med hiv. Det innebär att den risk som du utsatte dig för för 3 månader (x månader) sedan eller tidigare inte har lett till att du blivit smittad med hiv. Däremot säger det här provsvaret ingenting om du eventuellt kan ha smittats av hiv vid dina senaste sexuella tillfällen (dvs under)
2. Hur tänker du kring provsvaret?
3. Med tanke på att du utsatte dig för en viss hiv-risk för X veckor/dagar sedan, hur ser du på att du bör testa dig igen?
4. Hur har det varit för dig att ta snabbtestet och vänta här på provsvaret?

A2. RISK-REDUKTIONSPLAN

1. Låt oss tala om hur du tänker kring att förbli hiv-negativ?
2. (Sammanfatta pat.s tankar/planer). Det låter bra. Det är också viktigt att komma ihåg, att de förändringar man sätter upp för sig själv skall kännas realistiska och att förändringar sker stegvis. Så vilket skulle vara ditt första steg i den här förändringsprocessen?
3. Finns det något som skulle kunna försvåra att ta det här första steget?
4. Vad skulle kunna underlätta för dig att ta det första steget?
5. Finns det någon person i din omgivning som du skulle kunna prata med om det här? Någon som skulle kunna vara ditt stöd?
6. Avslutningsvis vill jag säga att kräv inte för mycket av dig själv på en gång. Kom ihåg att det tar tid att förändra ett invant beteende. Så ha tålamod med dig själv.
7. Dina tankar kring att förändra ditt sexuella beteende är bra. Men det finns också vissa omständigheter som bidragit till att du tagit sexuella risker (droger/alkohol/ nedstämdhet etc). Har du någonsin funderat över att söka professionell hjälp för det?

8. Skulle du vilja bli remitterad till någon som skulle kunna hjälpa dig?
9. Avslutningsvis vill jag säga att kräv inte för mycket av dig själv på en gång. Kom ihåg att det tar tid att förändra ett invant beteende. Så ha tålamod med dig själv.

B. HIV-POSITIVT PROVSVAR

Nedanstående är en övergripande mall över vad som bör tas upp, samtalet skall i övrigt styras efter patientens behov. Patienten skall få en tid för återbesök med läkarkontakt senast två dagar efter samt erbjudas daglig kontakt efter behov.

1. Låt oss nu titta på ditt provsvar. Det är positivt och det betyder att du med stor sannolikhet har smittats med hiv. Men vi måste ta ytterligare ett blodprov idag och skicka det till laboratorium för vidare analyser. Vi får ett definitivt besked om två dagar.
2. [Tystnad och invänta patientens spontana reaktion – men låt inte tystnaden bli för lång. Om ingen spontan respons ställ frågan:]
3. Vad tänker du på?
4. Har du någon som du kan ta kontakt med när du går härifrån? Finns det någon som du skulle vilja ringa medan du är här?
5. Fram tills vi har ett definitivt besked finns det några förhållningsregler som jag vill informera dig om. Inte oskyddat sex eller dela sprutor, informationsplikt till potentiella sexpartner och hälso- och sjukvård, inte donera blod eller organ.
6. Jag vill nu att vi tar ett nytt blodprov och du är välkommen tillbaka till läkare (dag, datum och klockslag) för att få det definitiva beskedet. Under de här två dagarna kan du ha daglig kontakt med mottagningen om du så vill, men vi kommer också att ha telefonkontakt imorgon. Om det visar sig att hiv-testet är positivt kommer vi här på mottagningen att erbjuda dig uppföljning, vård och behandling enligt våra gängse rutiner.

Information inför hivsnabbtestning vid Venhälsan

Viktigt att tänka på:

Vid hivsnabbtestning får du provresultatet redan vid samma tillfälle som provtagningen. Det är viktigt att du är förberedd på att få ditt provresultat på detta sätt.

Precis som vid konventionell hivtestning måste det ha gått minst tre månader från ett aktuellt smittillfälle till dess ett säkert hivnegativt besked kan ges.

Om du inom de senaste veckorna har haft oskyddat sex med en person som du vet har hiv eller om du har symptom som du misstänker beror på hivinfektion är det viktigt att du talar om det för rådgivaren.

Om du vill kan du vara anonym vid hivtestningen. Om provet visar hivpositivt resultat kommer rådgivaren att fråga efter din identitet.

Vad är hivsnabbtest?

Hivsnabbtestet är antikroppsbaseerat det vill säga testet innehåller ämnen som reagerar och ger utslag om det finns antikroppar mot hiv i provet (om man har hiv infektion bildas antikroppar mot hiv i blodet). Hivsnabbtest heter så därför att testet utförs i direkt anslutning till provtagningen och betyder alltså inte att testet reagerar snabbare efter ett eventuellt smittillfälle i förhållande till konventionellt hivtest.

Hur går hivsnabbtestning till?

Du får träffa en rådgivare, som efter en kort information tar ett blodprov i fingret. Provet sätts sedan för snabbtestanalys. Under tiden provet analyseras har du och rådgivaren ett rådgivnings-samtal. Efter ungefär 15 minuter är analysen klar och du får reda på testresultatet av rådgivaren. Vid hivnegativt resultat (det vill säga provet visar att man inte har hiv) krävs ingen ytterligare utredning. Vid eventuellt hivpositivt resultat är det preliminärt och ett blodprov sänds till laboratorium för vidare analyser. Ett defi-

nitivt besked lämnas efter cirka tre dagar. Under väntetiden finns möjlighet att ha kontakt med mottagningen. Vid hivpositivt besked erbjuds uppföljning, vård och behandling enligt gängse rutin vid Venhälsan.

Kvalitetsuppföljningsprogram

Vi genomför ett uppföljningsprogram kring hivsnabbtest för att få kunskap om hur de som testar sig uppfattar rådgivnings- och testsituationen. Uppföljningen innebär att ungefär en vecka efter provtagningen skickas ett kort frågeformulär hem till dig om du givit ditt samtycke. Frågeformuläret ifylles anonymt och skickas till en person som inte är kliniskt verksam vid snabbtestmottagningen. När du registrerar dig i receptionen tillfrågas du om du vill delta. Om du vill delta ombeds du att skriva ditt namn och adress på ett kuvert som används till att skicka frågeformuläret till dig. Deltagande i uppföljningen är frivillig, vilket innebär att du, utan att behöva motivera varför, kan avstå från att delta. Detta kommer inte att inverka på din eventuellt fortsatta kontakt, vård och eller behandling vid Venhälsan.



Lars E. Eriksson (lars.eriksson@ki.se), tel 08-52483831

Lena Nilsson Schönnesson
(lena.nilsson-schonnesson@sodersjukhuset.se), tel 08-6164641