



W numerze:

Nietypowe i trudne sytuacje w punkcie konsultacyjno-diagnostycznym – nowe wyzwania dla doradcy

Bartosz Szetela, Łukasz Łapiński **str. 1-3**

Wywiad z panem Piotrem Jabłońskim, dyrektorem Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Redakcja **str. 4-5**

Co nam mówią dzisiaj statystyki zakażeń HIV?

Magdalena Rosińska **str. 6**

Projekt Test

Agata Kwiatkowska, Izabela Pazdan **str. 7-8**

Aspekty

Międzynarodowy projekt STIGMA INDEX i jego realizacja w Polsce

Magdalena Ankiersztejn-Bartczak

Telefon Zaufania HIV/AIDS

(+22) 692 82 26; 801 888 448
od pn. 9⁰⁰ do sob. 21⁰⁰
Lekarze specjaliści dyżurują:
we wtorki i czwartki w godz. 17:00-19:00

AIDS – Zielona Linia

(+22) 621 33 67
poniedziałki, środy w godz. 13:00-19:00
wtorki, czwartki i piątki w godz. 10:00-16:00

Ośrodek Informacji o HIV/AIDS

(+22) 331 77 66
info@aims.gov.pl

Poradnia Internetowa HIV/AIDS

www.aims.gov.pl
poradnia@aims.gov.pl

Nietypowe i trudne sytuacje w punkcie konsultacyjno-diagnostycznym – nowe wyzwania dla doradcy

ZADANIA PKD

Choć cel funkcjonowania PKD wydaje się prosty i jednoznaczny – wykonywanie anonimowych i bezpłatnych badań w celu wykrycia zakażenia HIV, połączonych z poradnictwem przed testem i po nim – to jednak coraz częściej zgłaszają się pacjenci kierowani przez lekarzy w ramach diagnostyki różnicowej, kobiety w ciąży, osoby po ekspozycji, które nie wiedziały o dostępności profilaktyki poekspozycyjnej, a także inne osoby, z którymi pracownicy opieki zdrowotnej nie umieli sobie poradzić.

Mimo że obowiązek prowadzenia diagnostyki spoczywa przede wszystkim na systemie opieki zdrowotnej, to jednak właśnie PKD coraz częściej stają się głównym punktem odniesienia. Dzięki stworzeniu przyjaznych warunków do wykonania anonimowego i profesjonalnego badania w kierunku HIV, z ich oferty korzystają osoby, które z różnych względów nie chcą zgłosić się do lekarza i w innym razie najpewniej w ogóle nie poddałyby się badaniu. Z tego powodu, niezależnie od sytuacji, nigdy nie należy odsyłać pacjenta, jeśli stwierdzimy potencjalne ryzyko zakażenia. Wymuszone realiami poszerzenie profilu pacjentów o osoby z towarzyszącymi problemami zdrowotnymi stwarza nowe wyzwania dla konsultantów, którzy siłą rzeczy nie mogą być specjalistami we wszystkich dziedzinach. PKD, zwłaszcza te oferujące w jednym miejscu możliwość wykonania dodatkowych badań takich, jak: diagnostyka kiły, rzeżączki, chlamydiozy, rzęsistkowicy, HCV, HBV oraz zasięgnięcia porad innych specjalistów, odbycia wizyty ginekologicznej lub uzyskania wsparcia psychologicznego, a niekiedy także konsultacji psychiatrycznej, stają się na naszych oczach centrami diagnostycz-

nymi i informacyjnymi. Muszą podolać koordynowaniu całością opieki w sferze diagnostyki HIV, innych zakażeń przenoszonych drogą płciową (STI), a także towarzyszących problemów związanych ze zdrowiem seksualnym. Niestety wciąż nie został opracowany sposób działania takich centrów zdrowia seksualnego, choć na świecie funkcjonują one z ogromnym powodzeniem od lat. W projekcie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS na lata 2012-2016 zaproponowano wspieranie inicjatyw mających na celu tworzenie takich zintegrowanych ośrodków. Niemniej jednak musimy zdawać sobie sprawę z różnorodności problemów, z jakimi borykają się nasi pacjenci i w miarę możliwości już teraz pomagać im w ich rozwiązywaniu.

CZY MOŻEMY POMÓC LEKARZOM WE WŁĄCZENIU SIĘ W DIAGNOSTYKĘ HIV?

Od wielu lat prowadzone są ciągle szkolenia dla lekarzy i podejmowane są próby wprowadzenia przesiewowej diagnostyki HIV do sfery ich zainteresowań. Również my, pracownicy PKD, powinniśmy uczestniczyć w edukacji wszystkich osób kierujących pacjentów na badanie. W miarę możliwości, dobrym pomysłem wydaje się być dołączanie do wyników wydawanych przez lekarzy pacjentom (w tym ciężarnym) informacji zwrotnej w postaci wydrukowanych wytycznych na temat testowania, sposobu wykonania testu i interpretacji jego wyniku. Może w ten sposób zmienimy atmosferę lęku i strachu przed rozmową na temat HIV/AIDS panującą wśród lekarzy. Czy praktycznie lekarze już teraz nie są również naszymi klientami? I czy nie są aby przez nas lekceważeni czy pomijani?

JAK RADZIĆ SOBIE Z KLIENTEM?

Wytyczne i sposób pracy w PKD są nam wszystkim znane i dostępne w razie wątpliwości w kilku publikacjach. Jak jednak działać w sytuacjach trudnych, na przykład w przypadku zgłoszenia się jednego dnia ogromnej liczby pacjentów i braku możliwości przeprowadzenia pełnej porady przed testem? Czy w takiej sytuacji można zdecydować o pogorszeniu jakości porady? Nie ma na to pytanie dobrej odpowiedzi. Oczywiście porada zawsze powinna być jak najlepsza, jednak samym autorom zdarzyły się kilkakrotnie sytuacje, w których rozmowę przed testem trzeba było skrócić, gdyż odesłanie pacjenta wiązało się z ryzykiem, że mógł on już nie wrócić. W tego typu sytuacjach nie można natomiast NIGDY rezygnować z kilku podstawowych elementów:

- poinformowania pacjenta o oknie serologicznym, przebiegu procedury diagnostycznej i sposobie interpretacji wyniku,
- wykonania krótkiej analizy ryzyka ekspozycji,
- przekazania informacji o konieczności zachowania abstynencji lub stosowania prezerwatyw do czasu uzyskania ostatecznego wyniku,
- zachęcenia partnerów do wykonania badania.

Dobłą okazją do rozszerzenia rozmowy i przygotowania pacjenta na dodatni wynik, jeśli z przyczyn wspomnianych wyżej nie udało się tego zrobić podczas rozmowy przed testem, jest wizyta między badaniami. Natomiast w przypadku rozmowy po teście, zwłaszcza wydając wynik dodatni, nie można w żadnym razie stosować jakichkolwiek dróg na skróty. Podczas wydawania dodatniego wyniku badania anty-HIV jednym z działań bardzo cenionym przez pacjentów jest ustalenie terminu wizyty w Poradni Nabytych Niedoborów Odporności. Warto zawsze wcześniej nawiązać bezpośredni kontakt z Poradnią, gdyż pozwoli to zmniejszyć liczbę osób, które nie zgłoszą się z wynikiem do specjalisty chorób zakaźnych. Jeśli nie jest możliwe bezpośrednio umówienie wizyty, należy przekazać pacjentowi przynajmniej

dni i godziny pracy Poradni, wytłumaczyć sposób dotarcia na miejsce i podać telefon rejestracji – wszystko na piśmie.

Problemem, który pojawia się w przypadku osób zakażonych HIV, jest obowiązek poinformowania bieżącego partnera o zakażeniu. Sytuacja jest dość prosta, jeśli dzięki wsparciu pacjent będzie w stanie to zrobić. Co jednak jeśli wiemy, że pacjent tego nie uczynił i naraża inne osoby na zakażenie? Czy możemy wówczas coś zrobić? Czy powinniśmy?

Jest to zagadnienie dość złożone w przypadku lekarzy, którzy wykonali badanie w kierunku HIV u swojego pacjenta, a tym samym są w stanie go zidentyfikować i w razie powzięcia decyzji o bezpośrednim zagrożeniu zdrowia i życia osób trzecich mogą nawet złamać tajemnicę lekarską. Z oczywistych jednak względów działanie takie jest trudne zarówno etycznie, jak i prawnie. W PKD pacjent jest anonimowy, nie jesteśmy więc w stanie dotrzeć do osób z kontaktu, co nie zwalnia nas jednak z konieczności wsparcia pacjenta w podjęciu decyzji o czasie i sposobie poinformowania swojego partnera (lub partnerów). Waga tego wsparcia została podkreślona przez zmianę wprowadzoną w ostatniej ankiecie dla konsultanta PKD, gdzie specjalnie wprowadzono konieczność potwierdzenia przekazania informacji o uwarunkowaniach prawnych wyniku dodatniego. Co jednak z byłymi partnerami? Jakkolwiek z etycznego punktu widzenia poinformowanie ich jest konieczne, to jednak już z punktu widzenia prawa nie. Prawo przewiduje bowiem karę jedynie za świadome narażenie na zakażenie HIV. Warto zatem zachęcać pacjenta i wspierać go w znalezieniu najlepszych sposobów na przekazanie informacji osobom, które mogły ulec zakażeniu. W krajach skandynawskich funkcjonuje nawet prawnie umotywowany specjalista zajmujący się powiadamianiem osób z kontaktu o konieczności zgłoszenia się do specjalisty w celu odbycia rozmowy i wykonania badania. Zawsze odbywa się to poufnie i drogą ustaloną z osobą zakażoną, która sama nie chce lub nie umie tego wykonać.

Poza informowaniem wcześniejszych i bieżących partnerów seksualnych lub osób z kontaktu w przypadku dożylnego stosowania narkotyków, problemy prawne związane z dodatnim wynikiem mogą być różnorodne. Najpoważniejsze z nich dotyczą zdolności do podjęcia pracy osób zakażonych HIV. Niestety ustawodawstwo oraz interpretacja prawa ulegają ewolucji, co wymaga regularnego doskonalenia się w tym zakresie. Różne kraje podchodzą do tego problemu w odmienny sposób. Zasadniczo można jednak powiedzieć, że stosowanie podstawowych zasad profilaktyki barikowej (np. rękawiczek) pozwala wykonywać każdy zawód i prawo nie powinno tu w żaden sposób ingerować. Problem mogą stanowić natomiast warunki ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.

PACJENT REGULARNIE PODEJMUJĄCY RYZYKOWNE ZACHOWANIA

Jak wynika z analiz wykonanych przez Centers for Disease Control w USA, działania konsultantów polegające na próbach zmiany zachowań są skuteczne, jeśli obejmują dostarczenie narzędzi mających minimalizować ryzyko zakażenia. Zupełnie pozbawione efektu są natomiast próby dyskusji lub pracy z pacjentem przy okazji wykonywania testu. Dobrze wiadomo jak stresujące jest to dla niego przedsięwzięcie, a znajdując się w tak dużym napięciu, nie jest on w stanie przyswoić jakichkolwiek trwałych zmian zachowań. Bezwzględnie natomiast informacja o pełnej skuteczności prezerwatyw, o ryzyku związanym z poszczególnymi technikami seksualnymi, sposobie jego minimalizacji czy lokalizacji programów wymiany igieł i strzykawek i sposobie ich dezynfekcji (w skrócie redukcja szkód) powinny stanowić podstawowy składnik informacji, z którą każdy podejmujący ryzykowne zachowania musi opuścić PKD. Praca w mniejszych środowiskach nad modyfikacją zachowań i wytworzeniu mody na zachowania mniej ryzykowne to praca dla organizacji pozarządowych i grup rówieśniczych.

WYNIK UJEMNY – PROŚBA O ROZKODOWANIE

Z prośbą taką zgłaszają się głównie kobiety w ciąży, twierdząc, że muszą wynik pokazać ginekologowi. Warto wówczas poinformować o charakterze badania anty-HIV przed ciążą lub podczas niej i braku konieczności „udowadniania” lekarzowi braku zakażenia. Warto również wytłumaczyć, że stosunek pacjent-lekarz opiera się na zaufaniu i zupełnie wystarczające jest przekazanie anonimowego wyniku lekarzowi prowadzącemu. Zwykle odpowiednio poprowadzona rozmowa przekonuje pacjentki, które odpuszczają od prośby o odkodowanie. Cele, jakie przyświecają PKD, czyli stworzenie bezpiecznego i anonimowego miejsca diagnostyki i poradnictwa związanego z HIV (najlepiej również innych STI) nie pozwalają prowadzić diagnostyki imiennej. Ze względu jednak na unikanie prowadzenia diagnostyki HIV przez lekarzy, odsyłanie pacjentów do PKD i „żądanie” wyniku imiennego do wglądu mogą być coraz częstsze.

Bezwzględnie należy również podkreślać brak możliwości wykonania badania imiennego dla potrzeb wizowych. Wówczas pacjenta należy skierować do lekarza. Zawsze warto jednak z nim wcześniej porozmawiać, gdyż bardzo prawdopodobne, że poza koniecznością wykonania badania w celach wizowych, pacjent miał w przeszłości zachowania ryzykowne i warto test anty-HIV jednak wykonać. Jakkolwiek

potrzeby pacjenta są w PKD najważniejsze, nie powinniśmy zapominać, że jednym z podstawowych celów PKD jest zmniejszenie transmisji zakażeń w populacji objętej opieką i przez pryzmat tego celu realizować prośby pacjentów.

INNE ZAKAŻENIA PRZENOSZONE DROGĄ PŁCIOWĄ

Niezmierzalnie ważne jest równoległe prowadzenie diagnostyki w kierunku innych STI, jeśli nie na miejscu, to w porozumieniu z placówką zewnętrzną (przesyłanie pacjentów do innego ośrodka zmniejsza jednak odsetek osób korzystających z tego typu pomocy). Pacjentów należy w uzasadnionych przypadkach bezwzględnie kierować do dermatologa-wenerologa, najlepiej z krótką kartą informacyjną na temat konkretnego przypadku – oczywiście za zgodą zainteresowanego. Aby jednak jak najlepiej doradzać pacjentowi, konsultanci muszą korzystać z regularnych szkoleń na temat objawów towarzyszących różnym STI i dróg ich przenoszenia. Podobnie jak nie należy badać pacjentów z objawami grypopodobnymi w ramach poradnictwa przedtestowego związanego z HIV, tak w przypadku zakażeń przenoszonych drogą płciową zakażenie jest jeszcze silniejszy. Patogeny te są bardzo zakaźne, a z powodu braku odpowiednich warunków sanitarno-higienicznych w gabinetach konsultacyjnych ryzyko zakażenia jest nie do przyjęcia.

PRZYPADKI TRUDNE – PODSUMOWANIE

Jak postąpić w sytuacji, gdy w PKD pojawi się pacjent lub uzyskamy wyniki na tyle złożone lub niejasne, że nie będziemy w stanie sobie sami z nimi poradzić?

W takich sytuacjach nigdy dobrym rozwiązaniem nie jest upraszczanie problemu i wydanie wyniku z pominięciem niejasnych kwestii. Zawsze warto skonsultować się z kolegami w pracy, wykonać telefon do innego punktu, bezpośrednio do Krajowego Centrum ds. AIDS lub do Poradni Nabytych Niedoborów Odporności. Na pewno taka prośba nigdy nie spotka się z odmową lub krytyczną oceną. Nie należy o tego typu pomocy prosić w ukryciu przed pacjentem, ale zawsze wyjaśnić czemu sytuacja jest złożona lub niejasna i właśnie aby jak najlepiej w tej nietypowej sytuacji doradzić chcemy skontaktować się z innymi specjalistami. Nikt z nas nie jest w stanie wiedzieć wszystkiego. Najważniejsze jednak, aby samodzielnie myśleć oraz poszukiwać spójnych odpowiedzi i skutecznych rozwiązań problemów.

Bartosz Szetela^{1,2,3},
Łukasz Łapiński^{1,3}

1. Stowarzyszenie na Rzecz Osób Wykluczonych i Zagrożonych Wykluczeniem Społecznym „Podwałe Siedem”
2. Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych Akademii Medycznej we Wrocławiu
3. Punkt Konsultacyjno-Diagnostyczny we Wrocławiu, ul. Podwałe 7, Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ



poradnia
internetowa

poradnia@aims.gov.pl

SZUKASZ ODPOWIEDZI NA TRUDNE PYTANIA?

POTRZEBUJESZ INFORMACJI NA TEMAT HIV/AIDS?

NAPISZ DO NAS. NASI SPECJALIŚCI ODPOWIEDZĄ NA KAŻDE TWOJE PYTANIE.

GWARANTUJEMY CI ANONIMOWOŚĆ I BEZPŁATNĄ POMOC.

Wywiad z panem Piotrem Jabłońskim, dyrektorem Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Panie Dyrektorze, rok 2010 obfitował w nagrody: dostał Pan m.in. medal PRO MERITO, przyznawany osobom szczególnie zasłużonym dla Rady Europy. Sekretarz Generalny Rady Europy w uzasadnieniu podkreślił, że zawsze stawiał Pan na pierwszym miejscu poszanowanie Praw Człowieka. W jakich okolicznościach została wręczona ta nagroda?

Taką okazją było zakończenie w listopadzie 2010 roku przez Polskę prezydencji w Grupie Pompidou Rady Europy i przekazanie go Francji, która została wybrana na następne cztery lata, a przy okazji oczywiście nastąpiło podsumowanie naszego mandatu oraz przedstawienie planów na przyszłość. To, co myślę, zyskało ogólne uznanie to fakt, że udało nam się zrealizować w czasie naszego mandatu w Grupie kilka nowatorskich dla tematyki uzależnień przedsięwzięć.

Przede wszystkim bardzo mocno wsparliśmy współpracę z państwami basenu Morza Śródziemnego, szczególnie Marokiem, Tunezją, Egiptem, które zajęły się problemem uzależnień głównie od strony monitoringu i badań. Bardzo duże znaczenie miał nacisk na poszanowanie praw człowieka – kluczowe zagadnienie dla instytucji takiej, jak Rada Europy. Wyrazem tego było m.in. przeprowadzenie przez Grupę na prośbę Rady studium wykonalności dla potencjalnego wypracowania i wdrożenia nowej konwencji Rady Europy promującej w walce z narkotykami i narkomanią podejście skoncentrowane na zdrowiu publicznym. Inna rzecz, która nam się udała to stworzenie, pomimo wcześniejszych nieudanych prób Grupy Pompidou, sieci współpracy między europejskimi instytucjami zajmującymi się problematyką narkomanii. Powołanie tzw. *Inter-Agency Group*, w ramach której raz do roku spotykają się takie główne organizacje europejskie, jak EMCDDA w Lizbonie, Komisja Europejska, WHO, Grupa Pompidou, kraj reprezentujący prezydencję w Radzie UE oraz przedstawiciele Narodów Zjednoczonych, umożliwiło uzgadnianie planów, pracy, poprawiło dialog i przepływ informacji, oraz pozwoliło zapobiec dublowaniu się pewnych działań.

Kolejną rzeczą, która została zauważona to propozycja szkolenia osób zajmujących się polityką narkotykową na poziomie średnim operacyjnym (*policy planners* oraz *policy makers*), z naciskiem na wiedzę ekspercką. Powodem tej inicjatywy było to, że w większości krajów europejskich nie ma takich systemów



Dyrektor Piotr Jabłoński odbiera nagrodę Spoters

szkolenia. Okazało się, że to, co może być atrakcyjne dla tzw. nowych krajów UE (Polska, Bułgaria czy Rumunia), jest też interesujące dla krajów znajdujących się poza Unią (Serbia i Ukraina, ale też Norwegia, Szwajcaria czy Turcja).

Kolejną kwestią, którą udało nam się zrealizować – a w mojej opinii wręcz kluczową dla Grupy – to utrzymanie roli pomocowej Grupy Pompidou pomiędzy Unią Europejską a innymi krajami europejskimi. Ponieważ większość krajów europejskich weszła do Unii, uwaga współpracy narkotykowej skupiła się na problemach w ramach samej Unii. I nagle okazało się, że brakuje forum dla kilku ważnych krajów europejskich nienależących do UE takich, jak: Rosja, Turcja, Szwajcaria czy Norwegia. Dlatego tutaj rola grupy Pompidou została podkreślona i my dużo w to zainwestowaliśmy.

Kończąc ten wątek, chciałbym podkreślić jedną bardzo dla mnie istotną rzecz a mianowicie, że bardzo się cieszę, że polska prezydencja i moja rola jako przewodniczącego została dostrzeżona, bo to jest miłe i z różnych względów tak zwyczajnie, po ludzku dające satysfakcję. Ale żeby być uczciwym, trzeba powiedzieć, że nie jest to tylko moja zasługa, na to złożyła się praca bardzo wielu ludzi w Polsce, jak i bardzo silne poparcie ze strony chociażby Sekretariatu Grupy Pompidou w Strasburgu. Tak jak pozwoliłem sobie lekko zażartować przyjmując ten medal, z jednej strony on mnie bardzo cieszy, a z drugiej niewątpliwie powinienem kupić młotek i rozbić go na kawałki, by wielu

osobom po kawałku ten medal gdyż na ten sukces złożył się ich wkład w polską prezydencję w Grupie.

Druga nagroda została przyznana spotowi Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w plebiscycie SPOTERS 2010 za najbardziej lubianą przez młodzież reklamę telewizyjną.

Nagroda Spoters przyznana przez MTV za spot do kampanii *Pileś? Brateś? Nie jedź!* ma swój wymiar ?nansowy, gdyż nagrodą jest 100 darmowych emisji spotu w MTV i Vivie. Był to drugi rok kampanii poświęconej redukcji zagrożeń związanych z prowadzeniem pojazdów pod wpływem substancji psychoaktywnych. W pierwszym roku kampanii skupiliśmy się na ostrzegawczym sygnale, pokazującym, że można być ofiarą, nawet nie będąc bezpośrednio sprawcą wypadku. Natomiast druga odsłona kampanii przedstawiona była w duchu filozofii redukcji szkód, która zresztą nie wszystkim się spodobała i nie wszyscy podzielają ten pogląd. Wyszliśmy z założenia, że mimo iż cały czas obecny w naszych działaniach komunikat profilaktyczny zmierza do tego, by ludzie nie sięgali po narkotyki oraz nie siadali za kierownicę pod ich wpływem, to niestety istnieje znaczący odsetek osób, które pozostają na niego odporne. Można uznać, że nic z tym zrobić się nie da, a można też realizować taką filozofię by osiągać to, co osiągalne, czyli spróbować dotrzeć do tych ludzi z nieco innym przekazem. Wydaje nam się, że to się udało.

Ta nagroda jest o tyle ważna, że w jakiś sposób odgrywa rolę „małej ewaluacji”, bo dostaliśmy ją na podstawie głosów oddawanych przez młodych ludzi w internecie. Czyli to nie jest nagroda przyznana przez ekspertów siedzących za biurkiem, tylko przez młodzież, która musiała te spoty dostrzec i coś musiało w nich zostać.

Co w Pana opinii wpłynęło na fakt, że młodzieży szczególnie spodobał się ten spot?

Myślę, że właśnie przekaz niementorski, niestraszący i niepiętnujący, tylko przykuwający uwagę, prosty komunikat, że gdy idziesz na imprezę, to zaplanuj powrót. Oczywiście nie zachęcamy do zamknięcia jednego z kolegów w bagażniku i wypuszczeniu go dopiero pod koniec imprezy, by zawiózł nas bezpiecznie do domu, ale właśnie tak w prześmiewczy nieco sposób można pokazać dostępne rozwiązania, np. mój ulubiony sposób, że można po prostu rozbić namiot i po zabawie, bezpiecznie przeczekać zamiast kontynuować niebezpieczną podróż. Myślę, że to właśnie ten niementorski ton był skuteczny, to, że działamy w ich interesie, niczego nie narzucając i nie pouczając ani nie chwając, mówimy „pomyślcie o tym, zadбайcie o siebie, to leży w waszym interesie, waszych bliskich i znajomych”. Najcenniejsze jest zmuszenie do chwili zastanowienia, a jeśli już nakłonimy do zmiany czyjegoś zachowania, to jest to już pełny sukces. I mamy wrażenie, że młodzi ludzie dostrzegli, że nie są przedmiotem informacji pro-laktycznej, a jej podmiotem, grupą, która robiąc coś dla siebie, może też zrobić coś dla innych.

Jesteśmy wprost zachwyceni naszą dwuletnią kampanią z tego względu, że żadna inna akcja nie przyniosła nam tylu międzynarodowych splendorów, gdyż pierwszy spot też był nagradzany i dostrzeżony, również przez Grupę Pompidou – spot został zaadaptowany i emitowany w 6 wersjach językowych w wielu krajach UE, więc można powiedzieć, że cała kampania *Pileś? Brałeś? Nie jedź!* okazała się sporym sukcesem.

Proszę nam powiedzieć, jakie są aktualne trendy w obszarze narkomanii.

Trendy nie zmieniają się ostatnio – w 2005 roku zauważyliśmy pewną stabilizację, a nawet tendencję spadkową w obrazie rozpowszechnienia używania narkotyków w Polsce. Ta tendencja się utrzymuje i jest potwierdzana innymi badaniami. Oczywiście te trendy mają

pewną charakterystykę. We wszystkich grupach wiekowych zainteresowanie narkotykami spada lub się ustabilizowało. Natomiast gdybyśmy spojrzeli na „spożycie kiedykolwiek w życiu marihuany”, to ten wskaźnik rośnie, ale ma on też wymiar demograficzny i cywilizacyjny – coraz więcej młodych ludzi ma styczność z tym narkotykiem. Dlatego nie dziwi wzrost tego wskaźnika, jednocześnie jest on bardzo mało „diagnostyczny”, bo w tej grupie znajdują się osoby, które raz zapaliły i te, które są aktywnymi użytkownikami. Co niewątpliwie wpłynęło na zakłócenie pozytywnego trendu w używaniu środków psychoaktywnych to problem dopalaczy. Wystrzelił on nie tylko w sposób medialny, lecz także epidemiologiczny i zdrowotny. Nagle okazało się, że duże grupy ludzi sięgają po te substancje i pojawia się spora populacja, która zaczęła trać do jednostek służby zdrowia, na toksykologię, do izby przyjęć, skarżąc się na powikłania po przyjęciu dopalaczy. Ostatnie badanie, jakie robiliśmy na grupie reprezentatywnej 1000 osób, pokazuje, że dla niektórych środowisk kontrowersyjna akcja Ministra Zdrowia i Głównego Inspektora Sanitarnego przyniosła rezultaty właśnie jeśli chodzi o zdrowie publiczne. W październiku 2010 roku z powodu powikłań po zażyciu dopalaczy do szpitalu przyjęto około 200 osób, dzisiaj takich przyjęć jest kilkanaście w miesiącu, czyli sytuacja wyraźnie się poprawiła. Ogólnie rzecz ujmując, spożywanie substancji psychoaktywnych, czyli nie tylko narkotyków i alkoholu, ale też leków bez recepty, sterydów czy klejów, we wszystkich kategoriach ma tendencję spadkową.

W prawie całej Europie widoczna jest stabilizacja trendów używania narkotyków, jednak nie ma to miejsca na Wschodzie (Ukraina, Rosja...), gdzie wskaźniki są ciągle bardzo wysokie. W tym regionie ciężko też o miarodajne dane na ten temat. W pozostałych krajach europejskich spada wskaźnik zgonów z powodu przyjęcia narkotyków, spada też liczba zakażeń HIV. Nie za wszystko co pozytywne w Polsce możemy sobie przypisać zasługi. Na tendencję pozytywne odnośnie umieralności czy zachorowalności na choroby zakaźne wpływ mają również duże zmiany na scenie narkotykowej, ponieważ maleje grupa osób przyjmujących opiaty drogą dożylną, choć wciąż jest potężną populacją wśród problemowych użytkow-

ników narkotyków (w Polsce 25-29 tys. użytkowników opiatów wobec 100-130 tys. osób uzależnionych). Pojawił się – i to jest bardzo dobre zjawisko – pewien czarny PR dla dożylnego przyjmowania narkotyków, które jest coraz powszechniej postrzegane jako *démodé*.

Jakie wyzwania na przyszłość stawia Pan Dyrektor przed sobą i przed swoim Biurem?

Gdy myślę o wyzwaniach, to myślę przede wszystkim o dwóch rzeczach. Pierwszą kwestią jest polska prezydencja w Radzie Unii Europejskiej, w którą jesteśmy zaangażowani i która ma dla nas duże znaczenie. Będziemy się starali aktywnie podnosić tematy związane głównie ze zdrowiem publicznym, czyli m.in. prowadzenie pojazdów pod wpływem substancji psychoaktywnych, a także pragniemy wywołać dyskusję na forum Unii na temat dopalaczy (*legal highs*). UE powinna nauczyć się sobie radzić z tym nowym zjawiskiem w sytuacji, gdy w niektórych krajach gwałtownie rośnie podaż „dopalaczy” na ulicy i w internecie. Potrzebne są w tym zakresie nowe rozwiązania i narzędzia, ponieważ obecnie Unia dysponuje przede wszystkim systemem wymiany informacji, oceny ryzyka i wczesnego ostrzegania i wydaje się to być działanie niewystarczające i nieodpowiadające w obecnym kształcie potrzebom chwili. Naszym drugim priorytetem jest wykorzystanie tej dobrze udokumentowanej, stabilizacyjnej tendencji w dziedzinie używania narkotyków i wzmocnienie pozytywnego przekazu profilaktycznego. Myślimy, by pójść w kierunku kampanii edukacyjnej, wyznaczającej modę na niebranie narkotyków, podkreślającej nie to, że 15% ludzi w Polsce bierze narkotyki, lecz że 85% ich nie bierze i dzięki temu (czy może pomimo tego?) odnosi sukcesy towarzyskie, zawodowe, ma fajne życie. Czy to się uda? Czas pokaże, na pewno sprawa jest ryzykowna, bo łatwo może zostać obśmiana czy skrytkowana, bo może pojawić się nowy problem taki, jak w przypadku dopalaczy i to odwróci uwagę mediów od komunikatu pozytywnego z punktu widzenia całego społeczeństwa. My jednak bardzo chcemy spróbować zmierzyć się z tym wyzwaniem, a właściwie już to robimy i przyszłość pokaże, czy będzie się czym pochwalić.

Życzymy kolejnych sukcesów.

Bardzo dziękujemy za rozmowę.

Redakcja

Jeśli chcą Państwo zostać autorem ARTYKUŁU w Kontrze prosimy o kontakt mailowy na adres: kontra@centrum.aids.gov.pl

Jeśli chcą Państwo, aby ważne wiadomości (np. informacje o wydarzeniach związanych z HIV/AIDS) znalazły się w e-Kontrze proszę przesłać pełną informację na wyżej podany adres o temacie „PROŚBA O ZAMIESZCZENIE INFORMACJI W e-Kontrze”

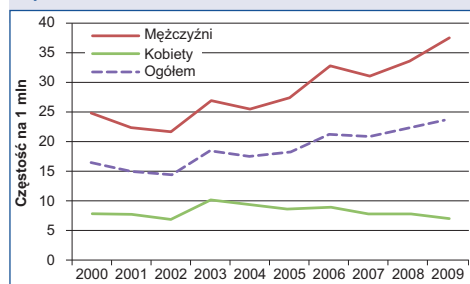
Co nam mówią dzisiaj statystyki zakażeń HIV?

Epidemia HIV/AIDS w Polsce, która rozpoczęła się 25 lat temu wśród osób używających narkotyki w iniekcji, w ostatnim dziesięcioleciu uległa znacznym przemianom. Choć według klasyfikacji WHO nadal opisuje się ją jako epidemię skoncentrowaną (rozpowszechnienie zakażenia na poziomie <1% w populacji ogólnej), z czasem obserwujemy jej „dojrzwienie” i związane z nim występowanie zakażeń HIV poza grupami szczególnie narażonymi. Drugim procesem wynikającym z coraz dłuższej obecności HIV na terenie naszego kraju jest coraz liczniejsza grupa osób ze znacznym upośledzeniem odporności wymagających leczenia. Oprócz tego jednak na szczególną uwagę zasługuje zwiększone szerzenie się wirusa w populacji mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami (MSM).

OGÓLNE TENDENCJE I GEOGRAFIA HIV

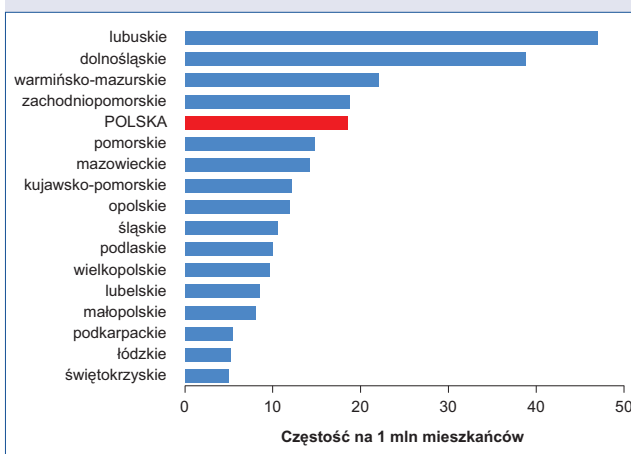
Od początku epidemii HIV do końca 2010 roku zarejestrowanych zostało 13 926 zakażeń obywateli polskich, w tym 3 069 (22,7%) wśród kobiet i 10 433 (77,3%) wśród mężczyzn (424 osoby zgłoszone bez podania płci); 5 705 (41,0%) związanych ze wstrzykiwaniem narkotyków, 867 (6,2%) z kontaktami seksualnymi pomiędzy mężczyznami, 792 (5,7%) z kontaktami heteroseksualnymi, 158 zakażeń wertykalnych oraz 6 404 zakażeń (48,2%), dla których nie została podana droga transmisji.

Rys. 1 Nowo rozpoznane zakażenia HIV wśród mężczyzn i kobiet w latach 2000-2009 w przeliczeniu na 1 mln mieszkańców



W latach 2000-2010 liczba nowo diagnozowanych zakażeń HIV wzrosła o 42,7% od 635 w 2000 roku (16,6/mln) do 906 w 2009 roku (23,7/mln). Wzrost ten jednak w zasadzie dotyczy jedynie mężczyzn (Rys. 1). Na wzrastającą częstość rozpoznawania zakażeń HIV składają się dwa procesy – szerzenie się epidemii, na co wskazuje zwiększający się odsetek osób HIV+ wśród osób badających się w niektórych populacjach, jak również fakt, że Polacy w ogóle coraz częściej badają się w kierunku HIV*. W ostatnim dziesięcioleciu obszarami, gdzie częściej wykrywa się zakażenia HIV były województwa lubuskie, dolnośląskie, warmińsko-mazurskie oraz zachodniopomorskie (Rys. 2).

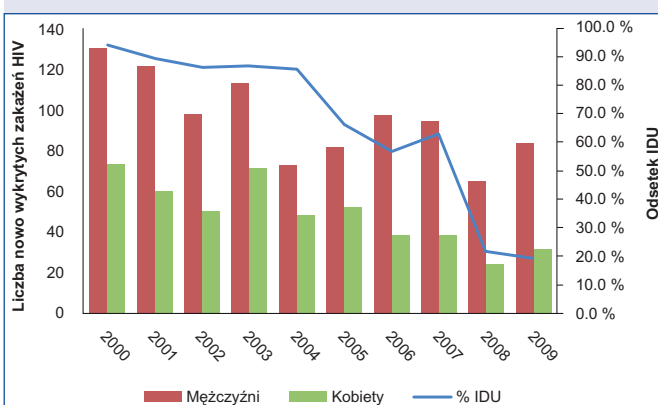
Rys. 2. Częstość nowo rozpoznanych zakażeń HIV w przeliczeniu na 1 mln mieszkańców według województw w latach 2000-2010



HIV WŚRÓD OSÓB MŁODYCH

Nastolatki i osoby młode stanowią jedną z głównych grup docelowych działań mających na celu przeciwdziałanie szerzeniu się HIV. W okresie 2000-2010 nastąpił spadek liczby zakażeń wykrywanych wśród osób w wieku 15-24 lata, zarówno wśród mężczyzn, jak i wśród kobiet. Równoległe nastąpił spadek odsetka zakażeń w wyniku dożylnego stosowania narkotyków (IDU), które stanowiły zdecydowaną większość zakażeń wykrywanych w tej grupie wiekowej. W tym samym okresie nieznacznie wzrosła liczba zakażeń drogą kontaktów heteroseksualnych.

Rys. 3 HIV wśród osób w wieku 15-24 w latach 2000-2010 – liczba zakażeń wśród mężczyzn i kobiet oraz odsetek zakażeń w wyniku stosowania narkotyków w iniekcji.



HIV W GRUPIE MSM

W ostatnim dziesięcioleciu obserwuje się narastanie problemu HIV w populacji mężczyzn mających seks z mężczyzną. Wśród nowo wykrytych zakażeń wśród mężczyzn, dla których podano drogę zakażenia, zakażenia w grupie MSM stanowiły: 11,9% w latach 2002-2004, 20,0% w latach 2005-2006 i 27,3% w latach 2007-2008. Na dużą dynamikę problemu wskazuje również zwiększający się odsetek wyników HIV+ wśród MSM badających się w kierunku HIV: 5,4% w latach 2002-2004, 10,3% w latach 2005-2006

i aż 15,7% w latach 2007-2008. Osoby badające się w kierunku HIV z całą pewnością różnią się od ogółu populacji – badanie często wykonywane jest z inicjatywy osoby badanej po zachowaniu ryzykownym lub zlecane z powodu wystąpienia innej choroby przenoszonej drogą płciową. Stąd należy się spodziewać, że rozpowszechnienie HIV jest niższe w populacji niż wśród osób badających się w kierunku HIV. Niemniej jednak duży niepokój budzi wyraźny trend zwykły.

Podsumowując przemiany, jakim uległa epidemia HIV w Polsce w ciągu ostatnich 10 lat, należy stwierdzić, że coraz istotniejszą rolę odgrywa transmisja drogą kontaktów seksualnych. Szerzeniu się HIV drogą kontaktów seksualnych sprzyja niedostateczna kontrola innych zakażeń przenoszonych drogą płciową, ale także niewystarczająca diagnostyka w kierunku HIV. Bardzo niepokojącym zjawiskiem jest szybki wzrost liczby zakażeń HIV w wyniku kontaktów seksualnych bez zabezpieczenia pomiędzy mężczyznami. Problem ten dotyczy całej Europy

– w ostatniej dekadzie odnotowano ponowny wzrost dynamiki epidemii HIV wśród MSM, związanej ze zwiększoną częstością zachowań ryzykownych i zwiększoną zapadalnością na inne choroby przenoszone drogą płciową. Bardziej pozytywną tendencją jest spadek zakażeń wśród młodzieży i młodych dorosłych. Jest on najprawdopodobniej związany ze zmianą wzorca przyjmowania narkotyków i preferencją innych niż dożylna dróg ich przyjmowania.

*Dr n. med. Magdalena Rosińska,
Zakład Epidemiologii,
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego
– Państwowy Zakład Higieny*

* Badania ewaluacyjne kampanii społecznych wskazują, że o ile w latach 1997, 2002 i 2005 około 6% respondentów badało się w kierunku HIV, w 2007 roku odsetek ten wzrósł do 10,8%.

Projekt Test

1 grudnia 2010 r. w stolicy ruszyła kampania społeczna *Projekt Test*, w której warszawiacy zachęcają innych warszawiaków do badania się w kierunku HIV. Jest ona inicjatywą obywatelską, która ma uświadomić społeczeństwu, że problem HIV/AIDS może dotyczyć każdego i dlatego warto się badać. W tym celu kilkudziesięciu młodych ludzi zgodziło się upublicznić swoje twarze na zdjęciach, by pokazać, że zrobienie testu w kierunku HIV jest dla nich czymś naturalnym, oczywistym, że warto być świadomym i dbać o zdrowie swoje oraz najbliższych. Każdej fotografii na wystawie, którą można było oglądać w Warszawie na Skwerze Hoovera, towarzyszyło hasło związane z wykonywaniem testów: „anonimowo”, „szybko”, „bezpiecznie”, „za darmo”, „razem”, „dla ciebie”, „dla mnie” itd.

Czym tak naprawdę jest kampania społeczna?

Kampania społeczna, podobnie jak zwykła kampania marketingowa, jest systemem różnych działań zaplanowanych w konkretnym czasie, skierowanych do określonej grupy docelowej, której celem jest doprowadzenie do wzrostu wiedzy, zmiany myślenia i zachowania wobec określonego produktu. W przypadku kampanii społecznej zamiast produktu mamy kwestię społeczną, którą działania reklamowe, jak i działania z zakresu *public relations* mają pomóc rozwiązać. Kampania społeczna jest narzędziem marketingu społecznego¹. Marketing kieruje się zasadą 4P, czyli tak zwaną marketingową mieszanką (produkt, cena, dystrybucja i promocja), która znajduje odniesienie także w marketingu społecznym. Dominika Maison i Norbert Maliszewski w publikacji „Propaganda dobrych serc, czyli rzecz o reklamie społecznej” przedstawiają to następująco: produktem jest przedmiot działania marketingu (np. zbiórka darów dla powodziń czy badania profilaktyczne). W przypadku zachęcania do wpłat na konkretny cel, ceną są koszty finansowe, ale w większości przypadków odbiorca ponosi koszty behawioralne (energię poświęconą na promowane działanie) i psychologiczne (poczucie dyskomfortu przy zmianie postawy). Odpowiednikiem dystrybucji, czyli dostarczenia produktu na rynek, jest dostępność środków, za pośrednictwem których odbiorca może zachować się zgodnie z promowaną ideą. Promocją jest, tak jak w marketingu komercyjnym, przekazanie informacji na temat produktu².

W Polsce jest to jeszcze bardzo młoda, ale za to prężnie rozwijająca się dziedzina wiedzy. Dopiero pod koniec lat dziewięćdziesiątych zaczęły pojawiać się pierwsze próby dotarcia do społeczeń-



stwa wykorzystujące „marketingowe chwyt”. Wszystkim utkwiło w pamięci hasło jednej z kampanii „bo zupa była za słoń” i billboardy z posiniaczonymi członkami rodziny. Adresatami kampanii była szeroko rozumiana opinia publiczna, ze szczególnym uwzględnieniem świadków, ofiar oraz sprawców przemocy w rodzinie, a także przedstawicieli instytucji i służb zajmujących się pomocą osobom uwięzonym w akty domowej agresji. Nie ulega wątpliwości, że dzięki akcji nastąpiło pewne ożywienie zainteresowania tą tematyką. Odnotowano także wzrost liczby telefonów do „Niebieskiej Linii” – podczas trwania kampanii, połączenia z numerem Pogotowia stanowiły 170% liczby telefonów z czasu sprzed kampanii.

Od tego czasu dużo się zmieniło i tę formę przekazu wybiera coraz więcej instytucji i organizacji pozarządowych. Oczywiście także do Francji, Hiszpanii czy USA (pionierów w dziedzinie marketingu społecznego) jest nam jeszcze daleko, ale na przestrzeni ostatnich trzech lat widać, że dzięki społecznemu zaangażowaniu młodych artystów w polskich kampaniach społecznych jest coraz więcej życia, pomysłowości oraz „lekkości przekazu”, która powinna być ich zdecydowanym priorytetem.

Młodzi, wykształceni, świadomi

Spółeczny Komitet ds. AIDS (SKA) długo zastanawiał się co zrobić, by zachęcić warszawiaków do testowania się na HIV. Oczywiście nie można było narzekać na brak klientów w punkcie konsultacyjno-diagnostycznym, prowadzonym przez SKA, ale chodziło o promowanie idei i uświadomienie ludziom, że nie ma się czego bać i że to nic nie kosztuje. Warszawskie Dni Testowania (WDT) były strzałem w dziesiątkę – akcja przyniosła wymierne rezultaty – liczby mówiły

same za siebie, liczba osób przychodzących do punktu była dwukrotnie, a czasami i trzykrotnie większa niż zwykle. W związku z tym SKA zdecydowało, że akcja powinna być cykliczna i tak, w tym roku wypada już szósta jej edycja. Tym razem, jako że WDT stały się już stałym elementem działań SKA, Stowarzyszenie postawiło na prężną, profesjonalną promocję.

Pod koniec października 2010 r. zespół SKA podjął decyzję, że potrzebna jest kampania społeczna z prawdziwego zdarzenia. *Miałam już dosyć ponurych plakatów, smutnych ludzi i negatywnych przekazów, które w Polsce zawsze towarzyszą akcjom związanym z HIV/AIDS. Wymyśliłam sobie, że to powinni być zwykli, zadowoleni z życia ludzie, którzy pokażą, że testowanie się jest czymś zupełnie normalnym, dbaniem o siebie i swoich bliskich – i takich warszawiaków postanowiłam sfotografować* – opowiadała później pomysłodawczyni kampanii Agata Kwiatkowska. Powstała idea, ale po pierwsze było bardzo mało czasu na realizację, po drugie SKA nie miało na to żadnych środków. *Projekt Test funkcjonował w naszych głowach, byliśmy pełni entuzjazmu, ale z drugiej strony nikt nie wiedział jak to wszystko wcielić w życie. Miał być zdjęcia, więc potrzebowaliśmy fotografów, sesji i ludzi. Miał być pocztówki, plakaty, zakładki oraz ulotki, więc potrzebowaliśmy grafików. Miał być dobra strona internetowa funkcjonująca w kolorach kampanii, więc trzeba było znaleźć też informatyka. A na koniec wszystkich tych ludzi namówić, żeby przez najbliższe trzy miesiące pracowali zupełnie za darmo, dla sprawy. Jak mówi jedna z osób pracujących w SKA, wszystkie drzwi, do których zapukaliśmy stały przed nami otworem, nikt się od nas nie odwrócił, nie odmówił pomocy, przyznam się, że czasami miałam łzy w oczach patrząc na zaangażowanie tych wszystkich młodych ludzi.*

1. „Marketing w organizacjach non-profit”, Andrzej Limański, Ireneusz Drabik, Warszawa 2007

2. „Propaganda dobrych serc czyli rzecz o reklamie społecznej”, Dominika Maison i Piotra Wasilewskiego, Warszawa 2006

Niezwykle pomocny przy organizacji pracy był portal społecznościowy Facebook. SKA już wcześniej miał tam swoją stronę, ale na potrzeby kampanii stworzony został również oddzielny profil dla Projektu Test, gdzie można znaleźć wszystkie informacje dotyczące testowania w Warszawie, a także różnego rodzaju ciekawostki związane z testowaniem. Zanim jeszcze rozpoczęły się poszukiwania ludzi do sesji zdjęciowej ogłoszony został na facebooku konkurs na zaprojektowanie logo dla Warszawskich Dni Testowania na HIV – odzew był błyskawiczny. Otrzymaliśmy dużo wspaniałych propozycji, bardzo ciężko było wybrać jedno zwycięskie logo – każdy w SKA miał swojego faworyta – tłumaczy koordynatorka kampanii. Zwyciężył Karol Yamazaki, a dyplom wręczał mu Wiceprezydent Warszawy Włodzimierz Paszyński, podczas wernisażu wystawy Projekt Test, który odbył się 1 grudnia w galerii przy Krakowskim Przedmieściu w Warszawie. Sesję zdjęciową do Projektu Test wykonała grupa Hocki Klocki. *Sesja dla SKA była jednym z naszych najciekawszych doświadczeń fotograficznych. Ważna inicjatywa społeczna, oryginalni modele, pozytywne nastawienie wszystkich zaangażowanych. [...] Czujemy się wyróżnieni, że mogliśmy być jego częścią* – tłumaczą autorzy zdjęć. Następnie w projekt angażowały się kolejne osoby, firmy, media – wszystko całkowicie charytatywnie: fotografowie, graficy, osoby upubliczniając twarze, programiści.

Spółeczny Komitet ds. AIDS działa od 1993 roku, tematyką HIV/AIDS zajmuje się wszechstronnie, szkoli, uczy, pomaga i testuje. Mimo to, jego przewodnicząca Grażyna Konieczny była zaskoczona bezinteresownym zaangażowaniem twórców kampanii. *Jestem pod wrażeniem zaangażowania młodych ludzi, którzy bez chwili wahania zgodzili się upublicznić twarze, poświęcając swój czas, talent, umiejętności – aby pokazać innym zwykłym (i niezwykłym) mieszkańcom Warszawy, że warto pomyśleć o HIV i zrobić test: „dla siebie, dla niej, dla niego, dla nas”.* Pytana o swoją reakcję na zaangażowanie się dla sprawy, aż tylu osób z różnych środowisk, odpowiada: *Nie spodziewałam się zaangażowania aż tylu osób. Jeszcze raz chciałabym podziękować naszym partnerom: Miastu Stołecznemu Warszawa, Krajowemu Centrum ds. AIDS, Open Society Institute (Global Drug Policy Program), Lekarsko-Kosmetycznej Spółdzielni Pracy IZIS, firmie Levi's oraz firmom bioMérieux i Bristol-Myers Squibb a także EMMApakowi, Aktivistowi,*

fotografom z Hocki Klocki, Krytyce Politycznej, Radiu ESKA, grafikom ze Studia 2x2, oraz informatykom z Onefourseven i oczywiście Fabryce Trzciny, dzięki której gościnności zorganizowaliśmy wernisaż Projektu Test. A także wszystkim Pojedynczym Osobom zaangażowanym w stworzenie kreacji i realizację projektu.

Jedną z twarzy kampanii jest Kasia Malinowska-Sempruch, dyrektor Międzynarodowego Programu Polityki Narkotykowej w Open Society Institute, która tematyką HIV/AIDS również zajmuje się od lat. *Kampania jest ważna, bo jest odpowiedzią na istotny problem w Polsce – zbyt małą liczbę wykonywanych testów, a jeśli ludzie się nie testują, to nie wiemy, kto jest zakażony i wszelkie działania prewencyjne planowane są po omacku* – tłumaczy.

Projekt otrzymał honorowy patronat Prezydent m.st. Warszawy dlatego też 1 grudnia wernisaż otworzył wiceprezydent Warszawy, pan Włodzimierz Paszyński. Kolejnym wydarzeniem związanym z akcją była NOC CZERWONEJ KOKARDY, która odbyła się w Centrum Kultury Nowy Wspaniały Świat (ul. Nowy Świat 63, Warszawa). Podczas koncertu grupy „Niewinni Czarodzieje” można było dowiedzieć się wszystkiego o testowaniu się na HIV oraz „bezpieczniejszym kochaniu” i innych ważnych kwestiach dotyczących HIV/AIDS. Każda zainteresowana osoba mogła nie tylko porozmawiać ze specjalistą, lecz także otrzymać pakiet materiałów edukacyjnych i profilaktycznych. Przede wszystkim zależało nam, aby podczas tych wszystkich wydarzeń jak najwięcej osób zdało sobie sprawę jak ważne jest testowanie się i zachęcić do przyścia na V Warszawskie Dni Testowania na HIV, które rozpoczęły się już następnego dnia.

Od początku istnienia WDT obserwujemy systematyczny wzrost testujących się osób zarówno podczas tych dni, jak i w ciągu całego roku. Ważne jest, że przychodzą do nas osoby, które normalnie nie pomyślałyby o zrobieniu testu lub odkładały jego wykonanie w bliżej nieokreśloną przyszłość.

Projekt Test 2011

W ujęciu lokalnym Projekt Test spełnił swój cel. Nie tylko sprawił, że warszawiacy odwiedzili Punkt Konsultacyjno-Diagnostyczny przy ul. Chmielnej 4, lecz także wpłynął na sposób myślenia

wielu młodych ludzi, którzy piszą do nas na Facebooku lub przychodzą do biura chcąc się zaangażować w działania SKA. To inspirujące doświadczenie wpłynęło na decyzję, by podjąć się organizacji ogólnopolskiej edycji kampanii.

Spełniło się marzenie twórców Projektu Test – będzie edycja ogólnopolska i będą Ogólnopolskie Dni Testowania. *Już w grudniu zaczęły się do nas zgłaszać organizacje z całej Polski, chętne przystąpić do Projektu Test: Wrocław, Wałbrzych, Opole, Szczecin, Poznań – ale wciąż czekamy na potwierdzenie od następnych miast. Teraz jesteśmy na etapie poszukiwania sponsorów i budowania strategii PR, ale już możemy powiedzieć, że Ogólnopolskie Dni Testowania zamierzamy zorganizować 28 maja 2011 roku. I oczywiście serdecznie zapraszamy pozostałe miasta do udziału w nich.*

1 marca wystawa została przeniesiona do Biblioteki Uniwersytetu Warszawskiego, gdzie zostanie do połowy kwietnia. Później czeka ją prawdziwy „tour de Pologne”, startując na Pomorzu Zachodnim.

Agata Kwiatkowska
koordynatorka
„Projekt Test”
(tel. 602 246 324)

Izabela Pazdan
koordynatorka
Warszawskich Dni
Testowania na HIV
(tel. 602 713 414)



PKD przy ul. Targowej 44.

kontra 

Redakcja:
Redaktor naczelna – Katarzyna Gajewska
Zastępca redaktor naczelnej – Iwona Kłapińska
Sekretarz redakcji – Maryla Rogalewicz
Wydawca:
Krajowe Centrum ds. AIDS

Adres redakcji:
ul. Samsonowska 1, 02-829 Warszawa
tel. (+22) 331 77 77, fax (+22) 331 77 76
e-mail: kontra@aims.gov.pl
www.aims.gov.pl

Egzemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.