



Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS

W numerze:

Zakażenia przenoszone drogą płciową – nowy rozdział w działalności KC ds. AIDS

Redakcja

Str. 1

Czy komary mogą przenosić HIV?

prof. dr hab. Stanisław Ignatowicz

Str. 2

Towarzystwo Rozwoju Rodziny na XX Przystanku Woodstock

dr Joanna Dec-Pietrowska

Str. 3-4

Zakażenia przenoszone drogą płciową w krwiodawstwie

mgr Ewa Sulkowska

Str. 5-6

Najciekawsze publikacje prasowe z ostatnich miesięcy

Małgorzata Olczyk

Str. 7

Spotkanie realizatorów Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS

Sylwia Sałgut-Krzemińska

Str. 8

Aspekty

HIV i AIDS w państwach Unii Europejskiej oraz w krajach sąsiadujących

Iwona Wawer

Telefon Zaufania HIV/AIDS

(+22) 692 82 26; 801 888 448*

od pn. 09:00 do pt. 21:00**

*połączenie płatne tylko za pierwszą minutę

**z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy

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

Órodek Informacji o HIV/AIDS

(+22) 331 77 66

aids@aids.gov.pl

Poradnia Internetowa HIV/AIDS

www.aids.gov.pl

poradnia@aids.gov.pl

Zakażenia przenoszone drogą płciową – nowy rozdział w działalności Krajowego Centrum ds. AIDS

Zakażenia przenoszone drogą płciową (ZPDP) stanowią poważny problem zdrowotny zarówno w Polsce, jak i na całym świecie. Co więcej, jest to problem, który od kilku lat szybko narasta. Ponadto zakażenia przenoszone drogą płciową kilkakrotnie zwiększają ryzyko zakażenia HIV (nawet do 10 razy). Wiele z nich względnie często współwystępuje z zakażeniem HIV.

Choroby przenoszone drogą płciową, dawniej zwane chorobami wenerycznymi, należą do jednych z najczęściej występujących chorób zakaźnych. Obecnie znamy około 40 różnych rodzajów drobnoustrojów, które mogą się przenosić drogą płciową. Do zakażenia niektórymi z nich dochodzi wyłącznie w czasie stosunków płciowych, podczas gdy dla innych kontakty seksualne są tylko jedną z form transmisji.

Należy pamiętać, że bardzo ważne w epidemiologii ZPDP są zachowania i zwyczaje seksualne. Ryzyko zachorowania na choroby przenoszone drogą płciową wzrasta wraz z liczbą partnerów, większą częstotliwością zmiany partnerów i większą liczbą przygodnych kontaktów seksualnych; zależy także od preferencji seksualnych (kontakty heteroseksualne, homoseksualne, biseksualne) oraz od rodzaju stosunków płciowych (urogenitalne, oroałne, analne).

Znaczącą rolę odgrywa też wiek pacjentów. Najczęściej chorują osoby młode (w wieku 15–30 lat) i aktywne seksualnie; częściej mężczyźni niż kobiety. Także negatywne postawy pacjentów, np. niestosowanie się do zaleceń lekarskich,

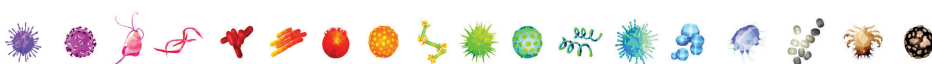
przerwanie leczenia, mają duży wpływ na rozprzestrzenianie się zakażeń przenoszonych drogą płciową.

Aby dbać o zdrowie i uniknąć dolegliwości związanych z zakażeniami przenoszonymi drogą płciową należy wiedzieć więcej o drogach zakażenia, profilaktyce i objawach towarzyszących najważniejszym z nich. Dlatego też Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia – Pan dr n. med. Igor Radziejewicz - Winnicki – powierzył Krajowemu Centrum ds. AIDS realizację działań edukacyjno-informacyjnych dotyczących ZPDP, innych niż HIV. Zgodnie z dyspozycją zawartą w piśmie z dnia 27.05.2014 r. działania te powinny być integralną częścią inicjatyw profilaktyczno-edukacyjnych podejmowanych przez Centrum.

W związku z powyższym Krajowe Centrum ds. AIDS, we współpracy z autorami: dr Ewą Firląg-Burkacką oraz dr Bartoszem Szetelą, z myślą o pacjentach i lekarzach, opracowało dwie broszury podejmujące tematykę ZPDP, które jeszcze w tym roku zostaną wydane w formie papierowej. Częściowy efekt pracy grafika, w postaci piktoqramów czynników chorobotwórczych przenoszonych drogą płciową, mogą Państwo zobaczyć już teraz. Zachęcamy, aby niedługo odwiedzili Państwo naszą stronę internetową www.aids.gov.pl, przez którą będzie można zamówić wspomniane wydawnictwa.

Redakcja

(w materiale wykorzystano fragmenty tekstów pochodzących z obu broszur)



Projekt: Katarzyna Ochocka | www.behance.net/ochocka

Czy komary mogą przenosić HIV?

Samce komarów spijają nektar z kwiatów, soki roślinne, piją wodę, ale nie pobierają krwi. Samice natomiast potrzebują krwi, bogatej w odżywcze składniki pokarmowe, do produkcji jaj. Komary nie gryzą ludzi, nie kęsa, ale **kłują**, bo posiadają skomplikowany kłująco-ssący aparat gębowy, którym jednorazowo pobierają po 5 µl krwi. Pijąc krew, roznoszą choroby ludzi i zwierząt, m.in.: malarię, żółtą febrę, dengę, filariozy, wirusowe zapalenie mózgu, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, Gorączkę Zachodniego Nilu, Gorączkę Doliny Rift. Czynniki wywołujące choroby, a więc wirusy, bakterie i pierwotniaki, są rozprzestrzeniane przez komary w sposób mechaniczny (przez nakłucie zakażoną kłujką) bądź biologicznie (jeśli wirus, bakteria, czy pierwotniak namnaża się w ciele komara, np. w jego gruczołach ślinowych). Komary roznoszące czynniki chorobotwórcze nazywamy **wektorami**. Mówimy, że np. komar widliszek jest wektorem malarii.

Komary roznoszą najróżniejsze czynniki chorobotwórcze, dlatego często zadawanym pytaniem jest: **czy komary mogą przenosić także HIV?**

Wiele osób podejrzewa, że komary mogą przenieść HIV, gdy pobierają krew z osoby zakażonej, a potem piją krew osoby zdrowej, czyli że mogą zakazić zdrowego człowieka, gdy nie nasyciły się krwią chorego i dokończyły ssanie na osobie zdrowej. Inni wierzą, że wgnieciony w ranę zdrowego człowieka komar opity krwią HIV+ może przenieść zakażenie.

Wirusowe zapalenie mózgu i malaria są roznoszone przez komary, ponieważ

czynniki wywołujące choroby (wirus, pierwotniaki) namnażają się w ciele komara, po czym przedostają się do gruczołów ślinowych i razem ze śliną są wstrzykiwane do krwi człowieka. **Wyniki dokładnych i wielokrotnie powtórzonych badań wskazują, że komary nie są wektorami HIV, gdyż HIV nie namnaża się w ciele komara.**

HIV atakuje tylko specyficzne komórki układu odpornościowego krwi ludzkiej (limfocyty T CD4), w nich się namnaża i je niszczy. Gdy komar pobierze krew od zakażonego, HIV nie atakuje żadnej grupy komórek w jego ciele. Nie powieła się w ciele owada, bo nie posiada on limfocytów T CD4; występują one tylko u ludzi. Wirus nie namnaża się w ciele komara i nie przedostaje się do gruczołów ślinowych, stąd nie jest możliwe zakażenie przez ukłucie krwiopijcy.

Gdy HIV znajdzie się razem z pobraną krwią w przewodzie pokarmowym komara, jest szybko uszkodzany w wyniku trawienia i traci zdolność zakażenia. Wirus szybko traci swoje właściwości w ciele owada, dlatego ani komary, ani meszki, ani kleszcze nie są jego wektorami!

Czy komary mogą zakazić zdrowego człowieka, jeśli nie nasyciły się krwią chorego i dokończyły ssanie na osobie zdrowej? Nie jest to możliwe, gdyż kłująco-ssący aparat gębowy komara ma bardzo złożoną budowę i w niczym nie przypomina igły strzykawki. W kłujce komara są dwa osobne kanały. Komar, po ukłuciu człowieka, cieniutką rureczką wpuszcza ślinę, która zawiera środki znieczulające i zapobiegające krzep-



Zdj. Prof. dr hab. S. Ignatowicz

nięciu krwi (antykoagulant), aby krew była płynna i łatwa do pobrania. Grubszą rureczką pobiera krew, a gdy się nasyci – odlatuje. Kłujki komarów nie są więc „latającymi igłami” strzykawek!

Podczas każdego posiłku komar pobiera tylko 5 µl krwi. Z krwią chorego wysysa więc niewystarczającą ilość cząstek HIV, aby spowodować zakażenie. Obliczono, że potrzeba 10 000 000 komarów opitych krwią chorego, aby przeniosły dawkę HIV zdolną do zakażenia jednego zdrowego człowieka. Z tego powodu nie dojdzie też do zakażenia, gdy opity krwią zakażonej osoby komar zostanie wgnieciony w ranę zdrowego, bo dostarcza on za mało cząstek wirusa, aby wywołać chorobę.

Komary są bardzo sprawnymi wektorami chorób ludzi, ale nie roznoszą HIV. Najgroźniejszą chorobą rozprzestrzeganą przez komary jest malaria, na którą każdego roku zapada ponad 220 mln osób, z których aż 1–3 mln umiera. Są to głównie dzieci poniżej 5. roku życia z Czarnej Afryki. Jeśli komary roznosiłyby HIV, miliony ludzi zakażałoby się i umierałoby przedwcześnie każdego dnia.

*Prof. dr hab. Stanisław Ignatowicz
Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego
Katedra Entomologii Stosowanej
ul. Nowoursynowska 172 G
02-787 Warszawa*

Czynnik zakaźny	Czas przeżycia w ciele komara
Zarodźce malarii	9–12 dni; w tym czasie przechodzą przez stadia rozwojowe do osobników dojrzałych płciowo.
Wirus zapalenia mózgu	10–25 dni; w tym czasie namnaża się gwałtownie.
HIV	1–2 dni; cząstki wirusa ulegają zniszczeniu (strawieniu) i nie są zdolne do wywołania infekcji.

Miłość, młodość, odpowiedzialność podczas XX Przystanku Woodstock – przedsięwzięcie edukacyjno-profilaktyczne realizowane przez Towarzystwo Rozwoju Rodziny, oddział w Zielonej Górze



Już po raz szesnasty Towarzystwo Rozwoju Rodziny (TRR) było obecne na Przystanku Woodstock. Jesteśmy jedną z najdłużej działających na Woodstocku organizacji pozarządowych (zaczynaliśmy w 1998 r. wraz ze Stowarzyszeniem TADA). Wzorem lat ubiegłych nasze przedsięwzięcie nosiło nazwę *Miłość, młodość, odpowiedzialność*, ponieważ jest ona już dobrze rozpoznawalna zarówno przez organizatorów imprezy (Wielką Orkiestrę Świątecznej Pomocy), jak i samych jej uczestników. Podobnie jest z naszym stoiskiem, które wpisało się na stałe w krajobraz Woodstocku i, jak podkreślają organizatorzy, jest niezwykle potrzebne i ważne. Tegoroczny festiwal odbył się w dniach 31 lipca – 2 sierpnia 2014 r. w Kostrzynie nad Odrą.

Ze względu na rozmiar imprezy (w tym roku zgromadziła ona ponad 750 tysięcy uczestników) działalność punktu



informacyjno-profilaktycznego w czasie Przystanku Woodstock stworzyła nieopowtarzalną możliwość dotarcia z istotnymi informacjami z zakresu zdrowia, profilaktyki HIV i AIDS oraz zakażeń przenoszonych drogą płciową (ZPDP, z ang. STIs) do tak dużej grupy osób z całej Polski oraz z zagranicy.

Celem naszej akcji (wspartej przez Krajowe Centrum ds. AIDS finansowo i rzeczowo w postaci materiałów informacyjnych) było przede wszystkim zintensyfikowanie działań profilaktycznych z zakresu HIV/AIDS, a także wzrost świadomości i wiedzy uczestników Przystanku nt. ZPDP i sposobów zmniejszania ryzyka zakażenia. Przekazywaliśmy również informacje o placówkach świadczących pomoc, poradnictwo i oferujących testy diagnostyczne w kierunku HIV.

Na naszym woodstockowym stoisku w przystępny sposób, bez tabu i obaw, że zostaną wyśmiani, adresaci działań profilaktycznych mogli dowiedzieć się wszystkiego nt. seksualności, zachowań seksualnych, relacji i związków, orientacji psychoseksualnej, infekcji przenoszonych drogą płciową (a przede wszystkim HIV/HSV/HCV), antykoncepcji itp.

Jednocześnie obalaliśmy mity związane z seksualnością, infekcjami przenoszonymi drogą płciową i orientacją psychoseksualną.

Woodstockowicze mieli również okazję nauczyć się prawidłowo zakładać prezerwatywę, nie tylko dla mężczyzn, lecz także dla kobiet.

Informowaliśmy też, jak cieszyć się seksualnością bez ryzyka i negatywnych konsekwencji, a tym, którzy podejmują ryzykowne zachowania przekazywaliśmy informacje, jak można to ryzyko zmniejszyć oraz gdzie w Polsce anonimowo i bezpłatnie wykonać test w kierunku HIV.



W trakcie rozmów podejmowaliśmy również nieco trudniejsze tematy, np. co zrobić, gdy wynik testu jest dodatni, jak poinformować partnera (lub bliskich) o swoim statusie serologicznym, seks a ryzyko zakażenia, życie z HIV/AIDS, kwestie prawne, chęć posiadania potomstwa, zakażone dziecko, trudności w trakcie leczenia, lekooporność itp.

Oprócz różnorodnych ulotek, broszur i plakatów na naszym stoisku można





było znaleźć ciekawe gadzety (zakładki do książek, zawieszki na namiot pt. *Nie przeszkadzać...*, koszulki, torby itp.).

Organizowaliśmy zabawne quizy i konkursy wiedzy z nagrodami.

Kolejną w tym roku atrakcją była możliwość zaistnienia na arenie międzynarodowej. TRR jako akredytowany członek Międzynarodowej Federacji Planowanego Rodzicielstwa (IPPF) jest ambasadorem kampanii *I DECIDE* (www.idecide.pl). Na naszym stoisku można było zrobić sobie pamiątkowe zdjęcie w ramce o tym tytule. Fotografie zostaną przesłane do światowych liderów i decydentów w celu wywarcia na nich wpływu tak, aby do 2020 r. prawa seksualne i zdrowie reprodukcyjne zostały uznane za podstawowe elementy zrównoważonego rozwoju ludzkości.

Realizatorami akcji byli certyfikowani edukatorzy z zakresu profilaktyki HIV/AIDS, edukatorzy seksualni, doradcy pracujący w punktach konsultacyjno-



-diagnostycznych (PKD), pracownicy naukowi, pedagodzy, psychoterapeuci, terapeuci uzależnień, streetworkerzy.

Przez 4 dni akcji (pracowaliśmy dzień przed imprezą oraz podczas jej trwania) działania TRR na Woodstocku spotkały się z ogromnym zainteresowaniem uczestników. Z naszych obliczeń wynika, że stoisko TRR odwiedziło ponad 17 000 osób, udzieliliśmy kilkuset porad indywidualnych, rozdaliśmy ponad 27 000 sztuk materiałów edukacyjnych i informacyjnych, 120 koszulek, 150 toreb oraz tysiące prezerwatyw.

Pragniemy podziękować wszystkim, którzy byli z nami i tak chętnie uczestniczyli w naszej akcji, organizatorom za zaproszenie, a innym sąsiadującym organizacjom pozarządowym za udaną współpracę.

Do zobaczenia za rok!!!

*dr Joanna Dec-Pietrowska
Towarzystwo Rozwoju Rodziny
Oddział w Zielonej Górze*



Więcej informacji o przedsięwzięciu TRR pt. *Miłość, wolność, odpowiedzialność* znajduje się w internecie:

1. http://woodstockfestival.pl/pl/przystanek_woodstock/aktualnosci/towarzystwo_rozwoju_rodziny_na_przystanku

2. <https://www.facebook.com/NowGoOnline/posts/870010569693626>

3. <http://www.tvp.pl/gorzow-wielkopolski/aktualnosci/spoleczne/przystanek-woodstock-wedlug-uczestnikow-to-festiwal-wolnosci-dlatego-bez-skrepowania-wyrazaja-milosc/16293126>

Jeśli chcą Państwo zostać autorem ARTYKUŁU w Kontrze prosimy o kontakt mailowy na adres: kontra@aims.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”

Zakażenia przenoszone drogą płciową w krwiodawstwie

Zakażenia przenoszone drogą płciową (ZPDP) wywoływane są przez szeroką gamę patogenów. Wśród nich znajdują się takie, które są badane w krwiodawstwie (HIV, HCV, HBV, kiła). Najczęstszymi ZPDP są HIV oraz bakteria wywołująca kiłę (*Treponema pallidum*). Mimo że zakażenia wirusami HBV i HCV w populacji ogólnej są częstsze niż wirusem HIV, to jednak są rzadziej przenoszone drogą płciową.

Krwiodawstwo w Polsce oparte jest na honorowych dawcach. Krwiodawcą może zostać osoba zdrowa między 18. a 65. rokiem życia. Publiczna służba krwi obejmuje 21 Regionalnych Centrów Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa (RCKiK) oraz Wojskowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, a także Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa MSW. Krwiodawcy mogą oddawać krew w CKiK, Oddziałach Terenowych CKiK oraz w trakcie tzw. ekip wyjazdowych. Pobierana jest krew pełna lub – drogą plazmaferezy – składniki krwi (płytki, osocze). W celach terapeutycznych najczęściej wykorzystywany jest koncentrat krwinek czerwonych (KKCz), koncentrat krwinek płytkowych (KKP) oraz osocze świeżo mrożone (FFP). Aby zapewnić bezpieczeństwo biorców wprowadzono nowoczesne metody pobierania i preparatyki krwi oraz rygorystyczne zasady kwalifikacji dawców. Wszystkie pobrane donacje badane są na obecność wirusów (HIV, HCV, HBV) oraz kiły testami o wysokiej czułości. Testy te muszą posiadać opinię Instytutu Hematologii i Transfuzjologii (IHiT) o możliwości wykorzystania do badań w krwiodawstwie. Poza tym preparaty krwi (FFP, KKP) poddawane są inaktywacji mającej na celu zmniejszenie ryzyka przeniesienia zakażenia przez wirusy i bakterie. Obecnie w Polsce stosowana jest metoda inaktywacji z zastosowaniem ryboflawiny (system Mirasol). Metoda ta działa na bardzo szerokie spektrum wirusów obejmujące zarówno wirusy otoczkowe (HIV, HCV, HBV, CMV, WNV), jak i bezotoczkowe (parwovirus B19, HAV). Od początku epidemii AIDS i wyizolo-

wania wirusa wywołującego tę chorobę, trwały prace nad wyprodukowaniem testu wykrywającego obecność wirusa. W marcu 1985 r. FDA (*Food and Drug Administration*) zarejestrowała pierwszy test ELISA (*enzyme-linked immunosorbent assay*) wykrywający przeciwciała anty-HTLV-III/LAV (taką nazwę w tym okresie nosił HIV). W 1985 r. w Polsce rozpoczęto wykonywanie badań serologicznych w kierunku zakażenia HIV. Początkowo badane były osoby pochodzące z tzw. grup ryzyka. W tym samym czasie Zakład Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny rozpoczął sprawowanie nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami HIV i AIDS. Gdy zakres wiedzy dotyczącej HIV/AIDS zwiększył się i potwierdzono przeniesienie zakażenia przez krew, dostrzeżono konieczność badania krwiodawców. W 1986 r. w Polsce rozpoczęto pilotażowe badania wśród krwiodawców, a od października 1987 r. wprowadzono badania w kierunku obecności przeciwciał anty-HIV w każdej donacji pobranej krwi. Dalsze badania wykazały konieczność wprowadzenia testów potwierdzających swoistość przeciwciał anty-HIV wykrytych w teście ELISA. W USA 29 kwietnia 1987 r. FDA zarejestrowała pierwszy test typu Western blot potwierdzający swoistość przeciwciał anty-HIV wykrytych w teście ELISA. Testy te były następnie wprowadzane do badań w innych krajach. Kolejne lata przyniosły dane, które spowodowały wprowadzenie badań w kierunku obecności materiału genetycznego wirusa HIV. W Polsce w 2003 r. rozpoczęto badania technikami NAT, a od 2005 r. badane są wszystkie pobrane donacje.

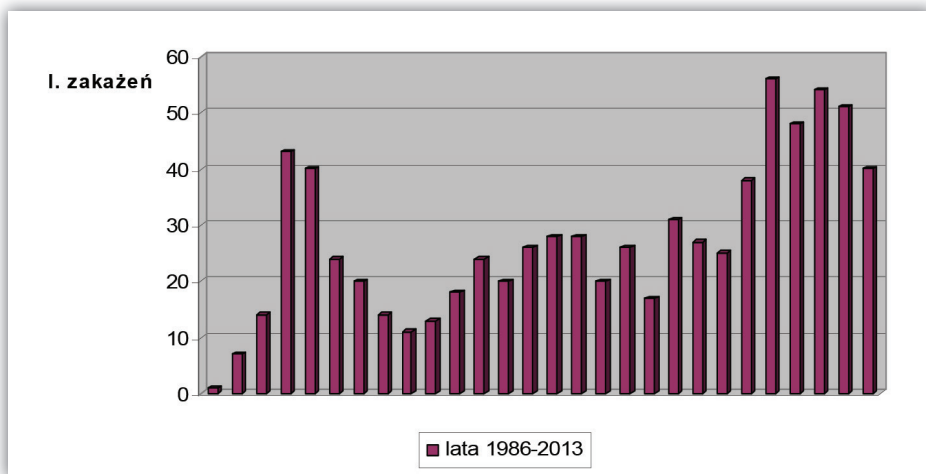
Obecnie wszystkie pobrane donacje krwi i jej składników są badane serologicznymi testami przeglądowymi (chemiluminescencja-CMIA) oraz technikami biologii molekularnej (metoda PCR lub TMA). Do celów leczniczych dopuszczane są tylko te donacje, w których uzyskano ujemne wyniki badań przeglądowych wykonanych technikami serologicznymi i biologii molekularnej. Aby zwiększyć bezpieczeństwo pobieranej krwi i jej składników, każdy krwio-

dawca musi wypełnić kwestionariusz. Ankieta zawiera m.in. pytania dotyczące ryzykownych zachowań mogących być przyczyną zakażenia się wirusami (HIV, HCV, HBV) lub kiłą. Bardzo ważna jest świadomość osób będących krwiodawcami, ponieważ nawet najczulsze techniki badawcze nie wykryją bardzo wczesnego zakażenia, do którego doszło między 1. a 5. dniem przed oddaniem krwi. Okres taki nazywany jest okienkiem diagnostycznym (serologicznym).

Bezpieczeństwo przetaczanej krwi poprawiło również wprowadzenie badań przeglądowych technikami NAT (*nucleic acid technology*) w kierunku obecności HIV. Zapobiega to przetwarzaniu zakażonej krwi lub jej składników w okresie tzw. okienka serologicznego, kiedy zakaźność jest wysoka. Od 2005 r. w Polsce wykryto 14 przypadków, w których potwierdzono obecność materiału genetycznego wirusa HIV przy jednoczesnym braku przeciwciał anty-HIV w surowicy.

W polskim krwiodawstwie wszystkie powtarzalnie reaktywne wyniki badań przeglądowych podlegają procedurze potwierdzenia. Takie próbki krwi przesyłane są do Instytutu Hematologii i Transfuzjologii (IHiT) i weryfikowane innymi testami niż w CKiK. Testami potwierdzenia są testy typu WB (Inno-Lia, WB). Uzyskanie wyniku dodatniego w teście potwierdzenia oraz wykrycie materiału genetycznego jest potwierdzeniem zakażenia. W ostatnim dziesięcioleciu wśród krwiodawców liczba zakażeń wirusem HIV w ciągu roku utrzymuje się na poziomie około 30–60 przypadków. Są to zakażenia wirusem HIV-1. Każda próbka powtarzalnie reaktywna z CKiK, w IHiT badana jest dwoma technikami NAT (PCR, TMA) w celu wykrycia zmutowanych form wirusa HIV, a tym samym – zapobieżenia przetoczeniu zakażonej krwi.

Wśród krwiodawców są dawcy pierwszorazowi (pierwszy raz oddaje krew) i wielokrotni (systematycznie oddaje krew, przynajmniej 2 razy w ciągu ostatnich 24 miesięcy). Ogólnym trendem jest



Rys. 1. Liczba potwierdzonych zakażeń wirusem HIV.

dążenie do zwiększania liczby dawców wielokrotnych jako grupy wyselekcjonowanej o dużej świadomości, a tym samym będących „bezpieczniejszymi”.

Każde potwierdzone zakażenie powoduje wykluczenie dawcy na stałe z krwiodawstwa. Wszystkie CKiK w całym kraju są w odpowiedni sposób powiadamiane o zakażeniu, co uniemożliwia oddanie krwi w innym CKiK. Jeżeli potwierdzone zakażenie dotyczy dawcy wielokrotnego w CKiK wdrażana jest procedura *look-back*. Procedura ta ma na celu sprawdzenie czy w przypadku donacji poprzedzającej wykrycie wirusa nie doszło do zakażenia biorcy w wyniku przetoczenia donacji we wspomnianym wcześniej okienku diagnostycznym. Badane są archiwalne próbki pochodzące od zakażonego dawcy. Procedura obejmuje okres 6 miesięcy od ostatniej donacji, której towarzyszyły ujemne wyniki badań wirusologicznych. W Polsce procedury *look-back* nie wykryły przeniesienia przez transfuzję zakażenia HIV na biorcę.

Innym czynnikiem zakaźnym przenoszonym drogą płciową badanych wśród krwiodawców jest zakażenie krętkiem błędym (*T. pallidum*). Do diagnostyki zakażenia wykorzystywane są testy swoiste i nieswoiste. Aby zwiększyć bezpieczeństwo pobieranej krwi, zgodnie z zaleceniami międzynarodowych ekspertów ds. chorób przenoszonych drogą płciową (*International Union against Sexually Transmitted Infections*

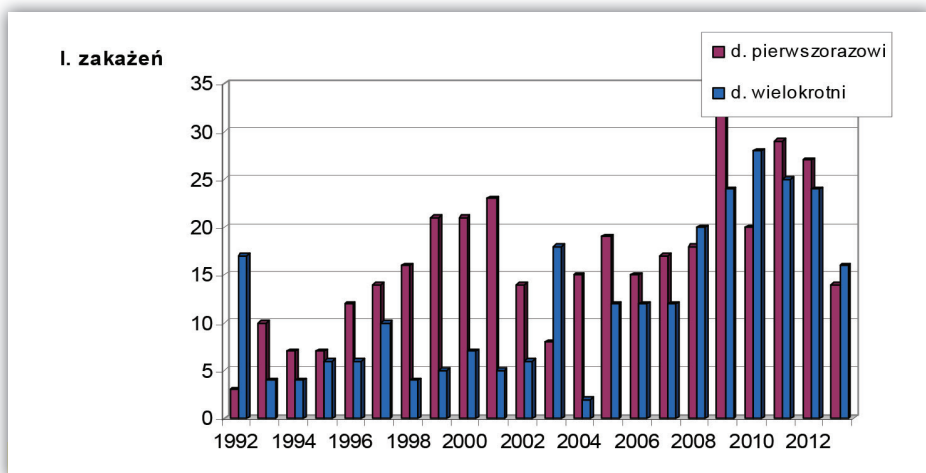
– *IUSTI*), do badań przesiewowych w krwiodawstwie od lipca 2012 r. używane są swoiste testy krętkowe (CMIA, ELISA). Wszystkie powtarzalnie reaktywne wyniki badań przeglądowych potwierdzane są w pracowniach wenerologicznych na terenie danego CKiK lub w IHiT. Badania potwierdzające swoistość przeciwciał przeprowadza się innymi testami niż badania przeglądowe np. test hemaglutynacji (TPHA) lub test typu WB (InnoLia Syphilis). Otrzymanie wyniku dodatniego dyskwalifikuje dawcę na stałe z krwiodawstwa. Potwierdzamy swoistość przeciwciał u około 200 krwiodawców rocznie (częstość 2010 - 41/100000; 2011 - 49/100 000 dawców). Współczynnik zachorowalności na kiłę w polskiej populacji utrzymuje się na poziomie ok. 2/100 000 mieszkańców. Należy podkreślić różnicę między wykryciem swoistych przeciwciał

a zachorowalnością na kiłę. Badanie przeciwciał anti-*T. pallidum* jest istotne, ponieważ często jest to zakażenie towarzyszące HIV.

Krwiodawcy to najczęściej ludzie młodzi, którzy chcą pomagać innym, oddając bezcenny dar – krew lub jej składniki. Niestety wiedza o zakażeniach w społeczeństwie jest stosunkowo niska. Szacuje się, że połowa zakażonych nie wie o swojej chorobie. Tak więc powinno się przeprowadzać kampanie informujące o zakażeniach i drogach ich przenoszenia, aby zwiększyć poziom wiedzy.

W Polsce pobieranych jest rocznie około 1 000 000 donacji krwi lub jej składników i dotychczas nie odnotowano przeniesienia zakażenia HIV przez transfuzję. W krwiodawstwie do badań wykorzystywane są czułe i swoiste testy. Wszystkie badania wykonywane są przez wykwalifikowany personel. Pracownie wykonujące badania biorą udział w programach kontroli zewnętrznej (krajowych i zagranicznych) i spełniają stawiane im wymogi. Wszystkie CKiK są poddawane audytom zewnętrznym m.in. przez IHiT. Działania te mają na celu zwiększenie bezpieczeństwa przetaczanej krwi lub jej składników. Obecnie leczenie krwią lub jej składnikami jest bezpieczne. Algorytmy dotyczące krwiodawstwa opracowywane są na podstawie unijnych dyrektyw.

mgr Ewa Sulowska
Instytut Hematologii i Transfuzjologii



Rys 2. Liczba zakażeń wśród dawców pierwszorazowych i wielokrotnych.

Najciekawsze publikacje prasowe z ostatnich miesięcy

Melbourne – XX Międzynarodowa Konferencja nt. AIDS

W dniach 20–25 lipca 2014 r. w australijskim Melbourne odbyła się XX Międzynarodowa Konferencja nt. AIDS.

Konferencja jest najważniejszym wydarzeniem z udziałem naukowców, lekarzy, działaczy walczących z HIV/AIDS, polityków, osób zakażonych HIV i wszystkich, którym zależy na zwalczaniu epidemii. W sześciodniowej konferencji uczestniczyło ok. 13 600 delegatów. Tegoroczna konferencja odbyła się pod hasłem *Przyspieszyć tempo*.

W trakcie spotkania omawiano sytuację epidemiologiczną HIV/AIDS na świecie, zwrócono uwagę na zmniejszenie liczby zakażeń HIV i zgonów z powodu AIDS, większą dostępność do leków antyretrowirusowych, a także na potrzebę walki z dyskryminacją osób zakażonych.

Konferencja zakończyła się podpisaniem Deklaracji z Melbourne. Jej sygnatariusze podkreślają, że brak dyskryminacji osób żyjących z HIV odgrywa szczególną rolę w walce z epidemią. Dodają, że nikt nie powinien być karany czy pomijany ze względu na płeć, wiek, rasę, niepełnosprawność, religię, światopogląd czy orientację seksualną. Dostęp do leczenia powinien być powszechny – stwierdza tekst dokumentu.

(Australia:

Zakończyła się Międzynarodowa Konferencja na temat AIDS, kolejna w roku 2016 w RPA, www.wiadomosci.onet.pl z dnia 25.07.2014 r.)

Czy do 2030 r. pokonamy epidemię?

UNAIDS, agenda Organizacji Narodów Zjednoczonych do walki z AIDS, ogło-

siło doroczny raport na temat epidemii HIV/AIDS. Jego autorzy podkreślają, że liczba zakażonych HIV od pewnego czasu już nie wzrasta i utrzymuje się na stałym poziomie 35 mln. W sumie od początku epidemii zmarło 39 mln osób.

Według raportu UNAIDS pod koniec 2013 r. dostęp do nowoczesnej terapii antyretrowirusowej miało 13 mln zakażonych. To ogromny skok naprzód, gdyż zaledwie rok wcześniej liczba leczonych osób wynosiła 10 mln, a w 2005 r. – 5 mln. Szacuje się, że do lipca 2014 r. dostęp do leków uzyskał kolejny milion zakażonych (celem UNAIDS jest zapewnienie terapii 15 mln żyjącym z HIV do 2015 r.).

Globalny obraz epidemii zmienił się nie do poznania. W ciągu ostatnich pięciu lat udało się osiągnąć większy postęp niż w czasie minionych 23 lat – czytamy w raporcie.

Optymistyczne dane nie oznaczają, że sytuacja będzie się już tylko polepszać, a data – 2030 r. – jest gwarantowana. Pozostało jeszcze wiele do zrobienia – przede wszystkim chodzi tu o 100-procentowy dostęp do leków i testów wykrywających HIV. W tym momencie spośród 35 mln żyjących z HIV aż 19 mln osób nie wie o swoim zakażeniu.

(Wojciech Moskal,

Do 2030 r. opanujemy epidemię AIDS, „Gazeta Wyborcza” z dnia 17.07.2014 r.)

Białka produkowane przez koralowce zablokują HIV

Naukowcy natrafili na nową klasę białek zdolną zablokować wnikanie HIV do komórek układu odpornościowego – limfocytów T.

Odkrycie stanie się być może podstawą do opracowania żelu zapobiegającego zakażeniu wirusem. Znalezione białka

są produkowane przez koralowce, które żyją w północnych wodach Australii. Udało się na nie trafić podczas sprawdzania właściwości tysięcy naturalnych substancji z kolekcji biologicznego repozytorium amerykańskiego Narodowego Instytutu Nowotworów. Pozyskiwanie tych białek bezpośrednio z koralowców na większą skalę nie jest możliwe, dlatego kolejnym ważnym etapem będzie opracowanie metody ich produkcji w dużych ilościach, a następnie przeprowadzenie testów przedklinicznych.

(Agata Korecka,

Dostawca leków: rafa koralowa [w:] Proszę wstać! Nauka idzie!, „Angora” z dnia 11.05.2014 r.)

Prezerwatywa z lateksu do lamusa?

Już za kilka lat zapomnimy o lateksie. Na University of Wollongong testuje się nowe rozwiązania, które odeślą lateksowe kondomy do lamusa. Największą zmianą ma być tworzywo, z jakiego wykonywane będą prezerwatywy. Naukowcy chcą wykorzystać tzw. biomateriały przypominające te używane przy produkcji soczewek kontaktowych. Dzięki wykorzystaniu takich tworzyw sama prezerwatywa będzie przypominała w dotyku skórę. Nowe materiały oznaczają także większe bezpieczeństwo. Wyprodukowaną z nich prezerwatywę trudniej będzie rozerwać. Kondomy te nie będą też wywoływać alergii i podrażnień. Ucneni zapewniają także o ich biodegradalności.

(Kondomy następnej generacji

będą jak... soczewki kontaktowe, www.facet.interia.pl z dnia 10.06.2014 r.)

Małgorzata Olczyk

Spotkanie realizatorów Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS Konstancin–Jeziorna, 27–28 maja 2014 r.



Krajowe Centrum ds. AIDS jest od kilku lat inicjatorem cyklicznych spotkań z przedstawicielami podmiotów, które są zobowiązane do realizacji zadań z zakresu HIV/AIDS (zgodnie z przepisami *rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS*). Podmiotami zobowiązanymi do realizacji Programu są m.in. ministrowie właściwi ze względu na cele Programu, państwowa inspekcja sanitarna, terenowe organy administracji rządowej oraz podległe im jednostki i administracja samorządowa.

W dniach 27–28 maja 2014 r. w Centrum Animacji Misyjnej w Konstancinie-Jeziornie miało miejsce kolejne spotkanie, w którym uczestniczył także przedstawiciel Francji, Pan Jean-Marc Polesel (koordynator COREVIH Paca Ouest Corse – Komitetu ds. koordynacji walki z HIV w regionach). COREVIH wspiera współpracę różnych instytucji, ekspertów i środowisk w zakresie HIV, a także gromadzi i analizuje dane epidemiologiczno-medyczne pacjentów zakażonych HIV. Gość zaprezentował zasady funkcjonowania COREVIH oraz działalność organizacji.

Zgodnie z wyżej wymienionym rozporządzeniem podmioty zobowiązane do realizacji Programu powołują, na czas obowiązywania Harmonogramu, Zespoły do spraw realizacji Programu. Obecnie realizowana jest piąta edycja programu – *Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania*

nia AIDS opracowany na lata 2012–2016, przyjęty przez Radę Ministrów 3 kwietnia 2012 r. Celem funkcjonowania Zespołu jest m.in. kreowanie polityki zdrowotnej w zakresie HIV/AIDS, zintegrowanie instytucji działających na terenie województwa oraz koordynacja realizacji zadań określonych w przedmiotowym harmonogramie.

Podczas pierwszego dnia spotkania w programie znalazły się następujące tematy:

- prezentacja działalności COREVIH Paca Ouest Corse,
- prezentacja działalności Zespołu ds. realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS z województwa małopolskiego,
- prezentacja działalności Zespołu ds. realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS z województwa wielkopolskiego,
- analiza ankiet dot. działalności zespołów.

Uczestnikom przekazano także informacje nt. sytuacji epidemiologicznej w Polsce oraz dane epidemiologiczne opracowane na podstawie analizy ankiet wypełnianych przez doradców w punktach konsultacyjno-diagnostycznych.

Drugi dzień spotkania był przeznaczony na warsztaty mające na celu wypracowanie rekomendacji w zakresie funkcjonowania zespołów.

Ponadto podnoszono tematy dotyczące:

- zapewnienia ciągłości finansowania działań dot. HIV/AIDS, m.in. przez odpowiednie zapisy ustawowe gwarantujące stałe źródło środków finansowych przeznaczanych na działania w zakresie zapobiegania HIV/AIDS,
- zebrania i ujednoczenia przepisów prawnych dotyczących HIV/AIDS,
- szerszego włączenia powiatów

w działania z zakresu HIV/AIDS, m.in. przez współpracę ze strukturą państwowej inspekcji sanitarnej (wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne),

- merytorycznych szkoleń nt. HIV/AIDS dla przedstawicieli instytucji wchodzących w skład zespołów działających na terenie województwa,
- umieszczenia na stronie Krajowego Centrum ds. AIDS zakładki dotyczącej zespołów (informacja o zespołach, regulaminy, adresy, linki do stron zespołów oraz do stron urzędów, gdzie zamieszczane byłyby wojewódzkie programy zdrowotne i społeczne poruszające zagadnienia związane z HIV/AIDS).

Ważnym punktem spotkania była możliwość zaprezentowania działań zespołów ds. realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS.

Była to okazja do przedstawienia reprezentantom poszczególnych ministerstw, urzędów marszałkowskich, urzędów wojewódzkich, Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz pozostałych zespołów swoich osiągnięć z zakresu tej problematyki, form współpracy oraz wymiany doświadczeń.

Rekomendacje dotyczące zespołów ds. realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS zostaną opublikowane w kolejnym numerze *Kontry*. Będą również zamieszczone na stronie internetowej Krajowego Centrum ds. AIDS.

Krajowe Centrum ds. AIDS w następnym roku zamierza kontynuować spotkania realizatorów Krajowego Programu. Planowane są także warsztaty mające na celu wypracowanie założeń do Harmonogramu realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS na lata 2017–2021.

Sylvia Sałgut-Krzemińska

kontra 

Redakcja
Redaktor naczelna – Iwona Gąsior
Zastępca redaktor naczelnej – Anna Kaczmarek
Sekretarz redakcji – Maryla Rogalewicz
Wydawca:
Krajowe Centrum ds. AIDS

Adres redakcji:
ul. Samsonowska 1, 02-829 Warszawa
tel. (+22) 331 77 82, 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.

aspekty

Dodatek do Biuletynu Krajowego Centrum ds. AIDS

HIV i AIDS w państwach Unii Europejskiej oraz w krajach sąsiadujących – plan działania Unii Europejskiej dotyczący HIV/AIDS na lata 2014–2016

Problem zakażeń HIV nadal stanowi poważne wyzwanie dla zdrowia publicznego państw Unii Europejskiej oraz krajów sąsiadujących. Odwrotnie niż ma to miejsce w innych miejscach na świecie, gdzie wyraźnie zaznacza się spadek liczby zakażeń, na terenie Europy oraz Azji Środkowej stwierdza się ich ciągły wzrost. W 2012 r. wykryto na tym obszarze ponad 131 000 nowych przypadków, co stanowi ośmioprocentowy wzrost względem roku 2011. Na terenie Unii Europejskiej oraz Europejskiego Obszaru Gospodarczego zanotowano 29 000 przypadków, co oznacza jednoprocenowy wzrost w stosunku do roku 2011. W krajach Europy Wschodniej oraz Azji Środkowej w 2012 r. zdiagnozowano 102 000 osób, czyli aż dziewięć procent więcej przypadków niż w 2011 r.

Dominujące drogi zakażeń HIV różnią się w zależności od regionu. Na terenie Unii Europejskiej/Europejskiego Obszaru Gospodarczego (UE/EOG) najwięcej przypadków wykrywa się wśród populacji mężczyzn mających seks z mężczyznami (MSM), ale obserwuje się też wiele zakażeń wśród osób heteroseksualnych. W przypadku krajów sąsiadujących główną drogę zakażenia stanowią kontakty heteroseksualne, zaraz po nich pojawiają się zakażenia drogą iniekcji wśród osób stosujących środki odurzające. Inne populacje w sposób szczególny narażone na ryzyko zakażenia HIV to migranci i osoby przemieszczające się, jak również osoby sprzedające usługi seksualne oraz osadzone w zakładach penitencjarnych.

Odpowiednio wcześniej postawiona diagnoza, poradnictwo, terapia ARV

oraz działania profilaktyczne odgrywają kluczową rolę w opanowaniu rozwoju epidemii. Najnowsze dane naukowe pokazują, że wcześniej podjęte leczenie daje dobre rezultaty co do ograniczenia ryzyka dalszej transmisji wirusa oraz obniża poziom zachorowalności i śmiertelności na AIDS. Niestety 49% osób żyjących z HIV na obszarze UE/EOG jest diagnozowanych dopiero na późnym etapie zakażenia, a odsetek ten jest jeszcze wyższy w Europie Wschodniej i Azji Centralnej. Niektóre kraje Europy Wschodniej dodatkowo zmagają się z dużymi brakami dotyczącymi profilaktyki oraz dostępu do terapii antyretrowirusowej. W pewnych miejscach poważne wyzwanie stanowi też wysoka liczba koinfekcji HIV z gruźlicą, wirusowym zapaleniem wątroby oraz innymi zakażeniami przenoszonymi drogą płciową.

Plan działania Unii Europejskiej dot. HIV/AIDS: przedłużenie na lata 2014–2016



W odpowiedzi na wyżej wymienione zagrożenia związane z niepokojącą sytuacją epidemiologiczną, Komisja Europejska opracowała kontynuację dokumentu z lat 2009–2013 pt. *Plan działania dot. HIV/AIDS w państwach Unii Europejskiej oraz krajach sąsiadujących*

na lata 2014–2016. Materiał ten stanowi uzupełniający instrument polityczny do krajowych programów dotyczących HIV i AIDS. Konsultacje jego treści trwały od sierpnia do listopada 2013 r., w proces ten zaangażowane było Forum Społeczeństwa Obywatelskiego, Think Tank HIV/AIDS, WHO oraz UNAIDS, a także interesariusze zewnętrzni. Najważniejsze przesłania wyrażone w treści dokumentu to:

- **przywództwo polityczne** – dzięki któremu temat HIV i AIDS nie zniknie z agendy politycznej, a jego obecność na poziomie krajowym i regionalnym zostanie wzmocniona,
- **walka ze stygmatyzacją i dyskry-**

minacją – prowadzi do niwelowania barier blokujących podejmowanie skutecznych działań zmierzających do ograniczenia skutków epidemii,

- **problem koinfekcji** – z uwagi na fakt, że co czwarta osoba żyjąca z wirusem umiera na gruźlicę lub wirusowe zapalenie wątroby należy, szczególnie w krajach Europy Wschodniej, zwiększyć kwotę środków przeznaczanych na profilaktykę oraz leczenie, w tym na programy redukcji szkód oraz leczenie ARV w zakładach penitencjarnych,
- **leczenie jako profilaktyka** – rozwiązanie w sposób szczególny zalecane przez WHO w odniesieniu do ograniczenia transmisji wirusa drogą heteroseksualną.

Finansowanie poszczególnych działań opisanych w dokumencie zależy od przyjęcia Programu Zdrowia 2014–2020, jak również programu Unii Europejskiej *Horizon 2020*.

Zasięg geograficzny Planu Działania to: państwa członkowskie Unii Europejskiej, Europejskiego Obszaru Gospodarczego

(EOG) oraz Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu (EFTA), kraje sąsiadujące i kandydujące do Unii Europejskiej, kraje Europejskiej Polityki Sąsiedztwa (ENP), w szczególności te położone za wschodnią granicą Unii oraz Federacja Rosyjska. Należy pamiętać, że Plan Działania powstał na krótko przed rozwojem zbrojnego konfliktu na Ukrainie, czyli w odmiennych re-

aliach geopolitycznych. Rozgrywane się obecnie wydarzenia na wschodzie Ukrainy znacznie zmieniły panujący jeszcze kilka miesięcy temu stan rzeczy, co może pociągnąć za sobą weryfikację niektórych zapisów dokumentu.

*Informacje zebrała i przetłumaczyła:
Iwona Wawer*

TEMAT	DZIAŁANIA Czcionka pogrubiona = zwiększony nacisk Czcionka zwykła = działania kontynuowane	PARTNERZY REALIZUJĄCY Czcionka pogrubiona = podmioty wiodące Czcionka pochylona = podmioty stowarzyszone	TERMIN	WSKAŹNIKI	OCZEKIWANE REZULTATY
1. POLITYKA, STRATEGIE ORAZ ZAANGAŻOWANIE SPOŁECZEŃSTWA OBYWATELSKIEGO, SPOŁECZEŃSTWA ROZUMIANEGO W SZEROKIM ZAKRESIE ORAZ STRON ZAINTERESOWANYCH					
HIV/AIDS jako problem wymagający zainteresowania politycznego	Nagłaśnianie kwestii HIV/AIDS oraz koinfekcji jako problemu społecznego oraz zdrowia publicznego. Utrzymanie tematu w programie politycznym, szczególnie w przypadku krajów o skoncentrowanym typie epidemii (ograniczonym do poszczególnych subpopulacji). Wykorzystanie Światowego Dnia AIDS do podniesienia poziomu świadomości publicznej oraz decydentów.	Komisja Państwa członkowskie Kraje sąsiadujące Społeczeństwo obywatelskie Organizacje międzynarodowe	Rok obecny –2016	Włączenie tematu współpracy dot. HIV/AIDS w umowy dot. współpracy dwustronnej i/lub planów działania między UE/Komisją oraz krajami sąsiadującymi. Krajowy Indeks Złożoności Politycznej (National Composite Policy Index NCPI). Obecność krajowego programu dot. HIV/AIDS, uwzględniającego nadzór, monitoring oraz ewaluację.	Lepsze zastosowanie istniejących mechanizmów strategii dialogu w celu promowania skutecznego przywództwa politycznego szczególnie w krajach o skoncentrowanym typie epidemii. Wyższy poziom świadomości publicznej nt. HIV/AIDS. Polityczne wsparcie dot. wdrażania opłacalnych oraz opartych na badaniach naukowych rozwiązań dot. przeciwdziałania HIV/AIDS. Temat HIV pozostaje w głównym nurcie strategii UE.
	Regularne spotkania Think Tank HIV/AIDS oraz Forum Społeczeństwa Obywatelskiego, pozostawanie w kontakcie z innymi liczącymi się forami społecznymi UE.	Komisja Państwa członkowskie Kraje sąsiadujące Społeczeństwo obywatelskie Organizacje międzynarodowe	Rok obecny –2016	Liczba spotkań. Rozpowszechnianie i wdrażanie wyników spotkań. Ustalone i wdrożone działania.	Transfer know-how. Efektywna współpraca między wszystkimi podmiotami głównymi. Prowadzenie wspólnych działań.
	Podjęcie działań wobec problemu HIV/AIDS w powiązaniu z Prawami Człowieka: walka ze stygmatyzacją, dyskryminacją oraz barierami prawnymi mającymi związek ze statusem serologicznym, zapewnienie równego dostępu oraz jakości profilaktyki, testowania oraz leczenia.	Państwa członkowskie Kraje sąsiadujące Społeczeństwo obywatelskie	Rok obecny –2016	Poziom dyskryminacji w zależności od statusu serologicznego na podstawie Stigma Index. Monitorowanie strategii krajowych oraz legislacji (mających związek z dyskryminacją na podstawie statusu serologicznego osób zakażonych oraz członków populacji kluczowych). Liczba działań oraz rozwiązań podjętych na rzecz ochrony praw podstawowych, włączając w to spóźniane wyniki działań wspieranych na poziomie międzynarodowym.	Zintegrowane strategie antydyskryminacyjne stosowane w krajach UE oraz krajach sąsiadujących. Zakaz dyskryminacji mającej związek ze statusem serologicznym zapisany w legislacji krajowej. Wyższy poziom jakości życia osób zakażonych. Promowanie podejścia zdrowia publicznego (jako alternatywy kryminalizacji) w radzeniu sobie z zachowaniami narażającymi ludzi na zakażenie HIV. Podniesienie poziomu świadomości nt. aspektów prawnych dot. dyskryminacji między państwami członkowskimi oraz zintegrowanych strategii antydyskryminacyjnych, biorąc pod uwagę rozwiązania prawne oraz ich prawidłową implementację.
Polityka i strategii dot. HIV/AIDS	Rozwój, wdrażanie budżetowania, monitoring oraz ewaluacja regionalnych, krajowych, ponadnarodowych celowych strategii dot. HIV/AIDS oraz koinfekcji	Państwa członkowskie i kraje sąsiadujące ECDC Społeczeństwo obywatelskie Organizacje międzynarodowe	Rok obecny –2016	Krajowe, europejskie oraz międzynarodowe wydatki na AIDS wg. kategorii oraz zasobów finansowych. Liczba obecnych, jasno sprecyzowanych strategii dot. HIV/AIDS, skala oraz jakość wdrożenia. Zrównoważone finansowanie przeznaczane na programy HIV oraz koinfekcji.	Podwyższenie poziomu rozwoju oraz efektywnego wdrożenia innowacyjnych strategii HIV/AIDS na poziomie regionalnym, krajowym oraz subkrajowym prowadzące do redukcji transmisji HIV.
Społeczeństwo obywatelskie	Finansowe i prawne wsparcie społeczeństwa obywatelskiego na poziomie UE oraz na poziomach krajowych w UE, a także w krajach sąsiadujących. Zaangażowanie w prace nad rozwojem i wdrażaniem strategii HIV oraz konsultacje ze społeczeństwem obywatelskim, uwzględniające osoby żyjące z HIV i AIDS oraz inne populacje szczególnie narażone na ryzyko zakażenia. Zapewnienie zrównoważonych szans na finansowanie dla organizacji pozarządowych w ramach liczących się instrumentów UE.	Władze krajowe w UE oraz w krajach sąsiadujących Komisja Inne strony zainteresowane	Rok obecny –2016	Organizacje pozarządowe oraz populacje osób szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia aktywnie zaangażowane w planowanie, opracowanie strategii, budżetowanie, monitorowanie i ewaluację działań związanych z HIV na poziomie UE, na poziomie krajowym oraz subkrajowym. Liczba organizacji pozarządowych mających dostęp do określonych instrumentów finansowania (zdobytych w wyniku wygranych konkursów, przetargów). Procent organizacji pozarządowych przewidujących uzyskanie przychodu na następne 2/3/5 lat.	Większa liczba efektywnie działających organizacji pozarządowych w państwach członkowskich UE oraz w krajach sąsiadujących. Większy stopień udziału organizacji pozarządowych w procesach decyzyjnych.
Sektor prywatny	Intensyfikacja współpracy z sektorem prywatnym oraz zaproszenie wszystkich liczących się stron zainteresowanych do rozwijania i wdrażania inicjatyw dot. walki z HIV/AIDS również w miejscach pracy. Praca z przemysłem farmaceutycznym na rzecz podniesienia stopnia dostępności leczenia ARV na terenie UE oraz krajów sąsiadujących.	Biznes i przemysł Władze krajowe Komisja Społeczeństwo obywatelskie	Rok obecny –2016	Liczba programów partnerskich podejmowanych wśród stron zainteresowanych. Liczba umów dot. obniżek cen ARV.	Udane projekty partnerskie. Solidarność z osobami żyjącymi z HIV. Przystępna cenowo oraz dostępna profilaktyka HIV, uwzględniająca stosowanie prezerwatyw. Przystępne oraz sprawiedliwe ceny leków ARV. Wczesne leczenie oraz udzielenie opieki, większy zasięg leczenia, wyższy poziom zdrowotny osób żyjących z HIV. Rozwój nowych modeli biznesowych na rzecz ułatwienia rozwoju oraz dostępu do testowania i leczenia HIV oraz koinfekcji.

2. PROFILAKTYKA					
Ukierunkowana i skierowana profilaktyka oraz leczenie	Identyfikacja potrzeb profilaktycznych oraz strategii zintegrowanych opracowanych na podstawie najnowszych danych naukowych oraz najlepszych praktyk ukierunkowanych na realia subkrajowe. Ukierunkowane, zintegrowane działania profilaktyczne oraz leczenie skierowane do populacji najbardziej narażonych na ryzyko zakażenia (włączając w to osoby sprzedające usługi seksualne oraz osoby osadzone) stanowiące punkt centralny krajowych strategii dot. HIV/AIDS oraz zakażeń przenoszonych drogą płciową. Wyższy poziom wymiany najlepszych praktyk, informacji oraz edukacji nt. HIV oraz profilaktyki HIV, a także leczenia.	Władze krajowe i regionalne Społeczeństwo obywatelskie <i>Komisja ECDC</i>	Rok obecny ~2016	Procent populacji najbardziej narażonych na ryzyko zakażenia, do których dotarło z programami zapobiegania HIV. Liczba ośrodków zdrowia oferujących testowanie w kierunku HIV połączone z poradnictwem. Poziom finansowania zintegrowanych działań profilaktycznych oraz strategii leczenia dot. HIV/AIDS, a także koinfekcji, włączając w to środki celowe na populację najbardziej narażoną na ryzyko zakażenia we współpracy z organizacjami społeczeństwa obywatelskiego. Liczba krajowych dokumentów strategicznych oraz wytycznych mówiących o leczeniu jako profilaktyce.	Wyższy stopień świadomości nt. sposobów zapobiegania HIV wśród populacji osób szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia, populacji ogólnej, a w szczególności wśród osób młodych. Ograniczenie liczby nowych zakażeń HIV. Dostęp do kompleksowej oraz zintegrowanej profilaktyki, wczesnego testowania oraz udogodnień przeznaczonych dla populacji szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia HIV, włączając w to osoby sprzedające usługi seksualne oraz osoby osadzone.
Transmisja zakażeń HIV oraz zachowania ryzykowne	Zastosowanie wiedzy opartej na naukowych badaniach behawioralnych w celu opracowania skutecznych rozwiązań prowadzących do ograniczenia zachowań ryzykownych. Wsparcie na rzecz podniesienia poziomu wiedzy dot. leczenia.	ECDC EMCDDA Środowisko akademickie Społeczeństwo obywatelskie <i>Komisja</i>	Rok obecny ~2016	Dokładne, wyodrębnione geograficznie, odpowiednio usystematyzowane dane oraz oparte na nich strategie. Liczba opracowanych dyrektyw oraz rozwiązań zmierzających do ograniczenia liczby zachowań ryzykownych oraz do zwiększenia poziomu przyjmowania leków oraz lepszej adherencji (pozostawania w terapii). Procent ośrodków zdrowia oferujących podstawowe testy w kierunku HIV oraz kliniczne zarządzanie kwestiami HIV/AIDS.	Lepsze zrozumienie parametrów behawioralnych przyczyniające się do rozwoju epidemii. Przyjęcie strategii oraz rozwiązań profilaktycznych. Ograniczenie występowania nowych przypadków HIV wśród członków populacji szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia.
Edukacja	Większy poziom świadomości nt. zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego.	Państwa członkowskie Organizacje międzynarodowe Społeczeństwo obywatelskie <i>Komisja</i>	Rok obecny ~2016	Liczba przeprowadzonych działań dot. podnoszenia świadomości.	Spadek incydencji HIV oraz zakażeń przenoszonych drogą płciową, w szczególności wśród osób młodych. Mniejszy poziom stygmatyzacji oraz dyskryminacji populacji zagrożonych HIV oraz zakażenia HIV przenoszonymi drogą płciową.
3. REGIONY PRIORYTETOWE					
Wschodnio-europejskie państwa członkowskie, kraje kandydujące do UE, kraje Europejskiej Polityki Sąsiedztwa (ENP) oraz Federacja Rosyjska	Osiągnięcie powszechnego dostępu do dobrowolnego testowania, leczenia oraz opieki. Wprowadzenie i wdrożenie skutecznych rozwiązań związanych z redukcją szkód, profilaktyką HIV oraz koinfekcji. Profilaktyka oraz zintegrowane leczenie HIV i koinfekcji, także w zakładach penitencjarnych i innych szczególnych miejscach przy użyciu innowacyjnych strategii w celu dotarcia do populacji celowych, w szczególności MSM, IDU, osób sprzedających usługi seksualne.	Władze krajowe Społeczeństwo obywatelskie Regionalne sieci pracujące na rzecz zdrowia, np. Partnerstwo Wymiaru Północnego w Dziedziczeniu Zdrowia Publicznego i Opieki <i>Komisja</i>	Rok obecny ~2016	Wydatki krajowe i międzynarodowe na HIV/AIDS (z uwzględnieniem rozwiązań z obszaru redukcji szkód) pogrupowane względem kategorii, środków finansowych oraz alokacji na poszczególne populacje priorytetowe. Liczba zrealizowanych działań podstawowych oraz programów, skala oraz jakość wdrożenia, rozwinięte synergie oraz sfinansowane przełomowe rozwiązania. Zasięg zintegrowanych świadczeń dot. profilaktyki i leczenia prowadzonych w zakładach penitencjarnych. Zapewnienie zintegrowanych świadczeń dot. HIV oraz koinfekcji.	Większa liczba osób objętych leczeniem, spadek zgonów z powodu AIDS. Ograniczenie liczby zakażeń HIV oraz koinfekcji wśród osób stosujących środki psychoaktywne w iniekcji (IDU). Lepszy status zdrowotny IDU oraz osób osadzonych, a także ich partnerów. Spadek incydencji HIV oraz koinfekcji w zakładach penitencjarnych.
Kraje kandydujące do UE, kraje Europejskiej Polityki Sąsiedztwa (ENP) oraz Federacja Rosyjska	Promowanie współpracy dot. HIV/AIDS oraz koinfekcji między UE a krajami sąsiadującymi przez ustalone mechanizmy dialogu strategicznego. Zaproszenie do udziału oraz zaangażowanie się krajów sąsiadujących w spotkania związane z HIV na poziomie UE. Monitorowanie oraz raportowanie postępów poczynionych na polu wdrażania działań związanych z HIV ustalonych w umowach o współpracy obustronnej i/lub planach działania pomiędzy UE a krajami sąsiadującymi.	Komisja Państwa członkowskie oraz kraje sąsiadujące WHO UNAIDS ECDC	Rok obecny ~2016	HIV/AIDS oraz koinfekcje jako punkt w agendzie stałego dialogu strategicznego z liczącymi się krajami kandydującymi oraz ENP oraz Federacją Rosyjską. Wzajemne dostosowanie działań organizacji międzynarodowych pracujących na rzecz HIV/AIDS w celu wytworzenia synergii oraz uzyskania maksymalnie dobrych rezultatów. Liczba raportów rocznych nt. postępów poczynionych na polu walki z HIV/AIDS i koinfekcjami przygotowanych przez kraje kandydujące oraz ENP.	Wyższy poziom planów HIV/AIDS oraz koinfekcji dot. profilaktyki, leczenia, opieki i wsparcia. Efektywne wdrożenie strategii antydyskryminacyjnych.
	Wzmocnienie nadzoru przez zacieśnienie współpracy między ECDC, WHO-Euro, EMCDDA a krajami kandydującymi, ENP oraz Federacją Rosyjskiej.	ECDC, WHO-Euro, EMCDDA Instytucje nadzoru w krajach sąsiadujących oraz Federacji Rosyjskiej Komisja Partnerzy ENP Państwa członkowskie Społeczeństwo obywatelskie	Rok obecny ~2016	Zwiększony poziom interakcji oraz zaangażowania krajów kandydujących, ENP w programy ECDC dotyczące HIV/AIDS oraz koinfekcji.	Wyższy poziom nadzoru, monitoringu i ewaluacji. Udoskonalone zintegrowane strategie oraz programy HIV obecne w UE oraz w krajach sąsiadujących.
	Programy wymiany między państwami członkowskimi oraz krajami sąsiadującymi dot. szkoleń personelu medycznego i socjalnego oraz osób pracujących na rzecz organizacji pozarządowych.	Stowarzyszenia osób pracujących w służbie zdrowia Państwa członkowskie Kraje sąsiadujące Społeczeństwo obywatelskie <i>Przemysł</i>	Rok obecny ~2016	Liczba programów dot. wymiany szkoleń.	Wyższy poziom wyszkolenia personelu klinicznego, socjalnego oraz osób pracujących na rzecz organizacji pozarządowych.
4. POPULACJE PRIORYTETOWE					
Mężczyźni mający seks z mężczyznami (MSM)	Intensyfikacja promowania bezpieczniejszych zachowań seksualnych wśród MSM. Informacje dot. profilaktyki HIV zintegrowanej z edukacją oraz świadczeniami dot. zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego.	Społeczeństwo obywatelskie Państwa członkowskie Kraje sąsiadujące <i>Komisja ECDC</i>	Rok obecny ~2016	Incydencja i prevalencja HIV wśród MSM. Zmiany (wzrost/spadek) we wskaźnikach dot. ryzykownych zachowań seksualnych wśród MSM.	Zmiany w zachowaniach ryzykownych. Ograniczenie transmisji HIV wśród MSM. Mniejszy poziom stygmatyzacji i dyskryminacji. Większy poziom wiedzy nt. zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego.
	Intensyfikacja wdrażania programów dobrowolnego testowania w kierunku HIV połączonego z poradnictwem (PKD) wśród MSM oraz innych populacji najbardziej narażonych na ryzyko zakażenia w systemie służby zdrowia oraz w miejscach przeznaczonych dla społeczności w celu zapewnienia skutecznego uczestnictwa osób zainteresowanych w programie leczenia i opieki. Wzrost poziomu innowacyjnych strategii testowania, uwzględniających działania typu outreach oraz wsparcia rówieśniczego, prowadzonych w celu zapewnienia dostępu do dobrowolnego testowania w kierunku HIV	Państwa członkowskie Kraje sąsiadujące Stowarzyszenia osób zawodowo zajmujących się zdrowiem oraz organizacje społecznościowe <i>Komisja Społeczeństwo obywatelskie</i>	Rok obecny ~2016	Wskaźnik późno rozpoznanych przypadków HIV/AIDS wśród MSM. Wskaźnik dot. testowania wśród MSM. Procent MSM, którzy wykonali test w kierunku HIV w ciągu ostatnich 12 miesięcy i poznali jego wynik. Procent MSM objętych programami HIV.	Spadek poziomu późno zdiagnozowanych przypadków, leczenie rozpoczęte na czas. Ograniczenie transmisji HIV wśród MSM.

	połączonego z poradnictwem członkom populacji w sposób szczególny narażonych na ryzyko zakażenia.				
Osoby stosujące środki psychoaktywne w iniekcji (IDU)	Wdrożenie rozwiązań z zakresu redukcji ryzyka oraz redukcji szkód wśród IDU i ich partnerów w obszarze profilaktyki i leczenia HIV, koinfekcji oraz uzależnienia od środków odurzających wśród członków tej społeczności oraz w zakładach penitencjarnych.	Państwa członkowskie Kraje sąsiadujące Społeczeństwo obywatelskie <i>Komisja ECDC</i>	Rok obecny –2016	Zasięg programów redukcji szkód (w tym programy wymiany igieł i strzykawek). Zasięg programów substytucyjnych, leczenia HIV i koinfekcji. Procent IDU objętych programami HIV.	Niższy poziom incydencji HIV wśród IDU. Większy dostęp IDU do rozwiązań redukcji szkód, w tym programów wymiany czystych igieł i strzykawek. Dostępność określonych, skutecznych programów profilaktycznych skierowanych do IDU oraz ich partnerów.
Migranci oraz populacje mobilne	Ukierunkowane rozwiązania profilaktyczne oraz dostęp do świadczeń, a także leczenia dla migrantów oraz populacji mobilnych. Dalsze prowadzenie oraz promowanie testowania i leczenia.	Organizacje zajmujące się migrantami oraz mniejszościami etnicznymi Władze krajowe <i>Komisja Społeczeństwo obywatelskie</i>	Rok obecny –2016	Liczba opracowanych i wdrożonych programów oraz strategii. Zasięg świadczeń profilaktycznych oraz leczenia dla migrantów, uwzględniających osoby bez dokumentów oraz populacje mobilne.	Wyższy poziom danych nt. migrantów włączonych do programów profilaktycznych, leczenia, opieki i wsparcia dot. HIV/AIDS. Wyższy poziom dostępu do informacji nt. praw oraz szans dla migrantów oraz populacji mobilnych.
	Zniesienie ograniczeń związanych z HIV dot. podróży oraz prawa pobytu.	Władze krajowe	Rok obecny –2016	Liczba krajów/regionów nakładających ograniczenia.	Brak dyskryminacji na podstawie statusu serologicznego migrantów oraz populacji mobilnych.
5. POPRAWA POZIOMU WIEDZY					
Badania	Promowanie badań naukowych mających na celu rozwój nowych lub ulepszonych rozwiązań w obszarze profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia HIV i koinfekcji.	Komisja Państwa członkowskie Przemysł Instytucje badawcze Instytucje zdrowia publicznego <i>Społeczeństwo obywatelskie</i>	Rok obecny –2016	Finansowane projekty i programy.	Prace prowadzone w kierunku opracowania leku oraz rozwoju nowej lub lepszej diagnostyki oraz narzędzi profilaktycznych, a także opcji leczenia.
	Dogłębna analiza trendów oraz dynamiki dot. ryzykownych zachowań seksualnych oraz tych dot. przyjmowania środków odurzających. Zapewnienie odpowiedniej alokacji środków przeznaczonych na badania społeczne i behawioralne oraz analizy społeczno-ekonomiczne.	ECDC EMCDDA Środowisko akademickie <i>Komisja Państwa członkowskie Społeczeństwo obywatelskie</i>	Rok obecny –2016	Badania, raporty, rekomendacje. Liczba działań finansowanych w ramach programów UE.	Programy profilaktyczne, w szczególności skierowane do populacji szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia oparte na pełniejszych danych naukowych.
Śłużba zdrowia	Wyższy poziom kompetencji oraz lepszy poziom wiedzy personelu medycznego oraz osób pracujących na rzecz organizacji społecznych w odniesieniu do zakażeń HIV/AIDS i koinfekcji, profilaktyki, testowania, leczenia i opieki oraz rozpowszechnianie najlepszych praktyk klinicznych w szerszym zakresie.	Stowarzyszenia osób zawodowo zajmujących się zdrowiem oraz pracą na rzecz organizacji społecznościowych <i>Państwa członkowskie WHO Środowisko akademickie Przemysł</i>	Rok obecny –2016	Szerokie zastosowanie międzynarodowych zasad dot. testowania oraz leczenia.	Diagnozy lekarskie postawione w odpowiednim czasie oraz bardziej efektywne rozwiązania dot. leczenia.
Nadzór	Zwiększony i zintegrowany nadzór wszystkich ważnych aspektów dot. HIV/AIDS oraz koinfekcji (w tym wzmocniony nadzór biobehawioralny).	ECDC EMCDDA WHO <i>Komisja Państwa członkowskie oraz kraje sąsiadujące Społeczeństwo obywatelskie Przemysł</i>	Rok obecny –2016	Całościowy, usystematyzowany i regionalny (dot. Europy) przegląd kwestii związanych z HIV/AIDS oraz koinfekcjami mający na celu identyfikację epidemiologiczną (uwzględniający kwestie behawioralne).	Bardzo wysoki poziom danych epidemiologicznych skutkujący wyczerpującymi strategiami, opartymi na danych naukowych.
6. MONITORING I EWALUACJA					
Zobowiązania wynikające z deklaracji dublińskiej, wileńskiej oraz bremeńskiej	Stały monitoring dot. skali oraz jakości wdrażania.	ECDC WHO <i>Komisja UNAIDS Społeczeństwo obywatelskie Państwa członkowskie oraz kraje sąsiadujące</i>	Rok obecny (co dwa lata)	Raporty dot. osiągnięć.	Wywiązanie się ze zobowiązań. Wyższa jakość życia osób żyjących z HIV oraz dotkniętych tym problemem. Ograniczona incydencja.
Wdrożenie niniejszego planu działania	Prowadzony obecnie monitoring dot. skali oraz jakości wdrażania.	ECDC Komisja Think Tank HIV/AIDS Forum Społeczeństwa Obywatelskiego HIV/AIDS	Rok obecny –2016	Raporty dot. osiągnięć.	Skuteczniejsze strategie, mniejsza liczba nowych zakażeń HIV, lepsze warunki medyczne, społeczne oraz prawne osób dotkniętych HIV.