



W numerze:

Kampania FAIR PLAY

Ewa Paszkiewicz-Kozłowska

Str. 1-2

Przegląd prasy I – III 2012

Małgorzata Olczyk

Str. 3

Charakterystyka klientów PKD

Marta Walichnowska

Str. 4-5

Programy wymiany igieł i strzykawek w Polsce

Artur Malczewski

Str. 6-7

Epidemia HIV/AIDS w Izraelu

Michael Biskupski

Str. 8

Aspekty

HIV/AIDS w Regionie Europejskim WHO (Europa Wschodnia)

Piotr Wysocki

Telefon Zaufania HIV/AIDS

(+22) 692 82 26; 801 888 448

od pn. 9:00 do sob. 21:00

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

Kampania FAIR PLAY

W 2012 roku Mistrzostwa Europy w Piłce Nożnej UEFA po raz pierwszy odbyły się w Polsce i na Ukrainie. Była to doskonała okazja, by pokazać światu nasz entuzjazm i zaangażowanie w grę podczas Mistrzostw, ale też potencjał samych Mistrzostw do inicjowania zmian społecznych.

Jednak tak ogromne wydarzenie sportowe to także wiele niebezpieczeństw, również w zakresie zdrowia publicznego, związanych z problemem wzrostu liczby zakażeń niektórymi chorobami zakaźnymi. Wszyscy wiemy, że oglądanie meczów czy zwiedzanie miast nie jest jedyną rozrywką fanów piłki nożnej. Taką imprezą to także okazja do świętowania zwycięstw, „topienia smutków” z powodu porażek, czyli generalizując – okazja do spożywania alkoholu, zażywania narkotyków, a tym samym do podejmowania ryzykownych kontaktów seksualnych, które niosą ze sobą ryzyko zakażenia HIV.

Dlatego Krajowe Centrum ds. AIDS w trakcie trwania 14. Mistrzostw Europy w piłce nożnej zorganizowało kampanię społeczną z zakresu profilaktyki HIV pod hasłem: *FAIR PLAY. Gram fair – używam prezerwatyw*.

Staraliśmy się zwrócić szczególną uwagę na jedną z dróg zakażenia HIV, jaką są ryzykowne kontakty seksualne.

Nie mamy większego wpływu na zachowania osób dorosłych i podejmowane przez nich decyzje, ale chcieliśmy odegrać istotną rolę w ich edukacji, a w przypadku podejmowania przez nich ryzykownych kontaktów seksualnych – zachęcaliśmy do używania prezerwatyw, które znacznie zmniejszają ryzyko zakażenia HIV.

Poprzez kampanię *FAIR PLAY. Gram fair – używam prezerwatyw* chcieliśmy przekazać odbiorcom następującą myśl: *baw się dobrze w czasie Euro 2012, ale unikaj ryzykownych zachowań seksualnych. Jeśli podejmujesz kontakty seksualne, używaj prezerwatyw. Zrób wszystko, by HIV/AIDS nie był Twoim problemem.* Kampania kierowana była do:

- kibiców;
- osób dorosłych (18-39) podejmujących ryzykowne zachowania seksualne;
- gości przyjeżdżających z innych krajów.

Sytuacja epidemiologiczna w Polsce jest uznawana za dość stabilną, jednak liczba zakażeń HIV nieustannie wzrasta. W 2011 r. według danych skumulowanych (od 1985 r.) liczba zdiagnozowanych w Polsce zakażeń HIV przekroczyła 15 tys. Szacuje się jednak, że z wirusem żyje ok. 30-35 tysięcy osób. Dane wskazują na pilną potrzebę prowadzenia działań podnoszących wiedzę, popularyzujących bezpieczniejsze zachowania seksualne wśród osób podejmujących ryzykowne zachowania. Ponad połowa osób spośród testujących się w punktach konsultacyjno-diagnostycznych (PKD), w których można wykonać na terenie całego kraju bezpłatnie i anonimowo test w kierunku HIV, to osoby stanu wolnego (52,8%). Najczęstszym typem sytuacji ryzykownych, które mogły prowadzić do zakażenia HIV były kontakty seksualne (87,7%). Prawie połowa osób spośród zgłaszających się na test do PKD przyznała, że miała kontakty seksualne z partnerem innym niż stały (49,3%). W takich kontaktach zaledwie 22,1% stosuje prezerwatywę zawsze.

FAIR PLAY

Organizator: Krajowe Centrum ds. AIDS
Patroni: Ministerstwo Zdrowia, Krajowe Centrum ds. AIDS
Partnerzy:

www.aims.gov.pl
Telefon Zaufania HIV/AIDS: 801 888 448* (22) 692 82 26
*płatne za pierwszą minutę połączenia

AIDS
NIE DAJ ZNAĆ



Inaczej kształtuje się sytuacja epidemiologiczna na Ukrainie. Zgodnie z danymi Komisji Europejskiej z 2009 r. liczba zakażeń HIV i zachorowań na AIDS w Europie Wschodniej wzrasta w alarmującym tempie, przy czym na Ukrainie dynamika epidemii HIV/AIDS należy do najwyższych w Europie. Szacuje się, że liczba żyjących tam osób zakażonych wynosi obecnie ok. 500 tys., co oznacza, że w ciągu ostatnich kilku lat liczba zakażeń HIV na Ukrainie podwoiła się (210 tys. osób seropozytywnych w 2001 roku). Według oficjalnych statystyk w tym kraju zdiagnozowano ok. 100 tys. przypadków zakażeń. Na Ukrainie rocznie dochodzi też do największej liczby zgonów z powodu AIDS w całej Europie.

Polskie stadiony odwiedziło kilkaset tysięcy kibiców z całego świata.

Celem naszej kampanii było uświadomienie społeczeństwu i przede wszystkim właśnie wspomnianym kibicom, że zagrożenie HIV dotyczy każdego. Poprzez przekazywanie rzetelnych informacji na temat HIV i AIDS edukujemy społeczeństwo, zachęcamy do podejmowania bezpieczniejszych zachowań oraz do podejmowania kontaktów seksualnych ze świadomością odpowiedzialności za zdrowie własne i partnera.

Kampanię „FAIR PLAY” zainaugurowała konferencja prasowa, którą 22 maja otworzył Pan Aleksander Sopiński, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia. Gościem specjalnym konferencji był Tomasz Sokołowski z Legii Warszawa.

Kampania była obecna w telewizji, stacjach radiowych, prasie i internecie. Przekaz wzmocniły materiały drukowane: ulotka zawierająca informacje w kilku językach (ukraińskim, angielskim, rosyjskim, nie-

mieckim i hiszpańskim), pakiet z prezerwatywą, koszulki, torby oraz dodatkowy gadżet dedykowany kibicom piłki nożnej. W sąsiedztwie stadionów, w pobliżu stref kibica i stref turystycznych spacerujący w trzysobowych grupach „kibice” niosący flagę kampanii rozdawali pakiety. Dotyczyło to czterech miast, w których odbywały się mecze: Gdańska, Poznania, Warszawy i Wrocławia.

Każda kampania, aby była skuteczna, powinna mieć odpowiednią rangę i szeroki

zasięg. W związku z tym zaprosiliśmy do wspólnego działania różne polskie instytucje zajmujące się problematyką zdrowia publicznego. Z uwagi na międzynarodowy charakter tego wydarzenia, w tym na udział kibiców z całej Europy, o taką współpracę poprosiliśmy również ambasadę. Korzystając z okazji serdecznie dziękujemy za pomoc wszystkim partnerom i patronom realizowanej przez nas kampanii.

Ewa Paszkiewicz-Kozłowska



telefon zaufania HIV/AIDS:
801 888 448 (22) 692 82 26
płatne za pierwszą minutę połączenia

www.aids.gov.pl



Przegląd prasy I-III 2012

NOWY LEK ANTYRETROWIRUSOWY

Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków (FDA) zarejestrowała nowy lek do stosowania w antyretrowirusowej terapii pierwszego rzutu u osób dorosłych zakażonych HIV, nieleczonej wcześniej. Lek o nazwie rilpiwiryna jest nowym nienukleozydowym inhibitorem odwrotnej transkryptazy (NNRTI). Rilpiwiryna będzie stosowana w połączeniu z innymi lekami antyretrowirusowymi.

Rejestrację przeprowadzono na podstawie wyników wielu badań klinicznych, w których testowano różne połączenia leków antyretrowirusowych. Porównano skuteczność rilpiwiryny i efawirenu (uważanego obecnie za najskuteczniejszy lek antyretrowirusowy pierwszego rzutu) w połączeniu z emtricitabiną i tenofowirem lub abakawirem i lamiwudyną lub zidowudyną i lamiwudyną. Wyniki badań wskazują, że rilpiwiryna jest tak skuteczna jak efawirenz, zmniejsza w takim samym stopniu wiramię po 48 tygodniach podawania. Jednak u pacjentów, u których na początku leczenia wiramię była większa niż 100 tys. kopii/ml, szanse na osiągnięcie wirēmii na poziomie niewykrywalnym były znacznie mniejsze. W przypadku leczenia efawirenzem nie obserwowano różnicy w skuteczności leczenia w zależności od poziomu wirēmii na początku terapii. U pacjentów leczonych rilpiwiryną często obserwowano oporność na leki i oporność krzyżową na inne leki z grupy NNRTI. Wyniki badań wskazują też, że u pacjentów leczonych rilpiwiryną rzadziej przerywano terapię w związku z działaniami niepożądanymi, np. z powodu bezsenności, depresji, zawrotów głowy, wysypki, w porównaniu z pacjentami otrzymującymi efawirenz. Działania niepożądane związane z rilpiwiryną występowały tylko u ok. 2% pacjentów.

Podsumowując – rilpiwiryna to nowoczesny, bezpieczny lek, mogący stanowić alternatywę dla efawirenu w leczeniu infekcji HIV – 1. Jednak w przypadku chorych z wiramię powyżej 100 tys. kopii/ml należy liczyć się z mniejszą skutecznością leku i możliwością rozwoju oporności.

(Anna Goldnik. Rilpiwiryna, nowy lek antyretrowirusowy. *Gazeta Farmaceutyczna* z dnia 01.02.2012r.)

INFORMACJE W SPRAWIE SZCZEPIONKI PRZECIW HIV

„Nature” donosi, że naukowcy z Harvardu pod kierownictwem Dana Baroucha przeprowadzili badania, których wyniki być może przyczynią się do powstania nowej szczepionki przeciw HIV. Badania przeprowadzono na razie tylko na małpach, ale uczeni są przekonani, że wkrótce będzie można zacząć próby kliniczne z udziałem ludzi.

Naukowcy podali szczepionkę o nazwie MVA grupie rebusów. Tylko część zwierząt otrzymała prawdziwy preparat, reszta dostała placebo – nieaktywną biologicznie substancję. Okazało się, że u szczepionych zwierząt ryzyko zakażenia się SIV – małpim odpowiednikiem wirusa HIV – było o 80-85% niższe niż wśród tych, które otrzymały placebo. W dodatku u małp, które pomimo podania szczepionki uległy zakażeniu, ilość wirusa była wyraźnie mniejsza.

(Będzie szczepionka na HIV? *Gazeta Wyborcza* z dnia 09.01.2012 r.)

HIV/AIDS – POSTĘPY W FARMAKOLOGII

Od wielu lat innowacyjne firmy farmaceutyczne na całym świecie prowadzą inwestycje, które zaowocowały odkryciem tysięcy leków, pozwalających dziś skuteczniej zwalczać choroby.

Ogromne postępy w ostatnich latach nastąpiły także w leczeniu zakażenia HIV. Świadczy o tym chociażby fakt, że AIDS nie jest już traktowana przez WHO jako choroba śmiertelna, ale przewlekła. W leczeniu HIV zatwierdzono do obrotu trzecią generację leków celujących w enzymy polimerazy DNA – nukleotydowy inhibitor odwrotnej transkryptazy wyposaża wirus HIV w fałszywe chemiczne substancje, które zapobiegają jego namnażaniu i obniżają poziom wirusa we krwi. Dzięki nowoczesnemu, kombinowanemu leczeniu chorzy mogą przeżyć wiele lat bez symptomów choroby.

Do obrotu zatwierdzono również nową klasę leków – inhibitory fuzji – które powstrzymują wirus HIV od atakowania zdrowych, wrażliwych na zakażenie, komórek, dzięki czemu zapobiegają jego namnażaniu i obniżają poziom wirusa we krwi. Dzięki nowoczesnemu, kombinowanemu leczeniu, chorzy mogą przeżyć wiele lat bez symptomów choroby.

(Zofia Brzozowska. Postępy w terapii. *Gazeta Farmaceutyczna* z dnia 01.02.2011 r.)

BILL GATES Z POMOCĄ DLA GLOBALNEGO FUNDUSZU

Na odbywającym się corocznie Forum Ekonomicznym w Davos, Bill Gates, prezes firmy Microsoft, obiecał kolejne 750 mln dolarów przeżywającemu kłopoty Globalnemu Funduszowi do Walki z AIDS, Gruźlicą i Malarią. Wezwał jednocześnie rządy do dalszego wspierania tej organizacji.

Fundusz powstał 10 lat temu i ma ok. 25% udziału w finansowaniu walki z AIDS. Jest też największym dostawcą środków na walkę z gruźlicą i malarią. W zeszłym roku wstrzymał jednak finansowanie nowych projektów pomocowych do 2014 r. W Davos Bill Gates przekonywał, że „choć czasy są ciężkie, to nie ma usprawiedliwienia dla ograniczania pomocy dla najbardziej potrzebujących”. Fundacja Billa i Melindy Gatesów przekazała do tej pory funduszowi 650 mln dolarów.

(Miliony Gatesa zakończą epidemię AIDS. *Polska* z dnia 27.01.2012 r., 750 mln USD. *Puls Biznesu* z dnia 27.01.2012 r.)

GWIAZDY DLA ŻYJĄCYCH Z HIV/AIDS

Wśród gwiazd, które wspierają akcję zapobiegania HIV/AIDS znalazła się raperka Nicki Minaj i piosenkarz Ricky Martin. Zostali oni rzecznikami kampanii VIVA GLAM firmy kosmetycznej MAC. Gwiazdy włączyły się w działalność założonej w 1994 roku fundacji MAC AIDS Fund, która wspiera na całym świecie pracę organizacji zajmujących się walką z HIV/AIDS. W ramach tegorocznej globalnej kampanii VIVA GLAM sprzedawane są pomadki Viva Glam Nicki i balsam do ust Viva Glam z autografami gwiazd. Dochód z ich sprzedaży zasilił konto MAC AIDS Fund.

MAC również w Polsce wspiera organizacje zajmujące się osobami żyjącymi z HIV/AIDS. W roku 2010 wsparł stowarzyszenie „Mały Książę” oraz organizację „Pozytywni w Tęczy”. MAC otrzymał w 2011 roku Nagrodę Kapituły Czerwonej Kokardki jako firma komercyjna, wspierająca projekty wpływające na polepszenie jakości życia osób żyjących z HIV/AIDS.

(Kolor Nadziei. Twój Styl z dnia 01.03.2012 r.)

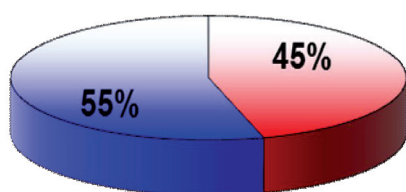
Małgorzata Olczyk

Charakterystyka klientów PKD¹

Klientami punktów konsultacyjno - diagnostycznych są przede wszystkim osoby bardziej lub mniej świadome swoich ryzykownych zachowań. Przysiadają z własnej inicjatywy i posiadają już wstępną wiedzę o HIV/AIDS, drogach zakażenia oraz potrafią odnieść te informacje do własnej osoby.

Testy w PKD wykonują przede wszystkim mieszkańcy miast (87,7%), ma to na pewno ścisły związek z tym, iż punkty usytuowane są w większych miastach wojewódzkich. Największa liczba badanych zamieszkuje w województwach: mazowieckim (33%) i dolnośląskim (12,7%). Są to też obszary, w których jest najwięcej punktów i pracują one najwięcej godzin. Klient PKD w większości posiada wyższe wykształcenie (44,3%) oraz średnie i policealne (39,9%). Jest panną/kawalerem (52,8%) o orientacji heteroseksualnej (82,35) – jest to orientacja deklarowana przez klientów. Mimo iż rośnie wskaźnik osób, które po raz kolejny wykonują test w kierunku HIV, to nadal dominują osoby, które test wykonują po raz pierwszy (62,8%), a powodem z jakim zgłaszają się do PKD są przede wszystkim ryzykowne kontakty seksualne (87,7%).

Podział wg płci (PKD 2010)

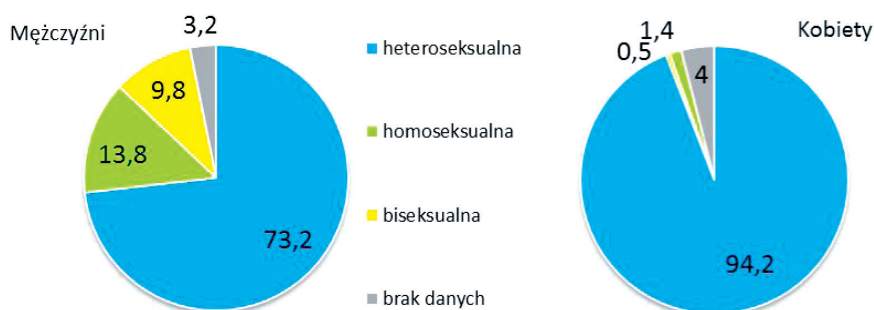


■ kobiety ■ mężczyźni

Częściej do punktów zgłaszają się mężczyźni niż kobiety. Różnica ta utrzymuje się od kilku lat. W 2011 roku odsetek kobiet i mężczyzn był identyczny.

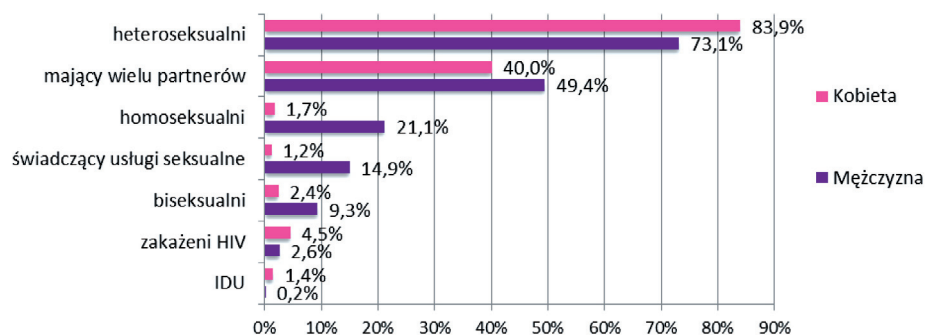
Co piąta kobieta (21,8%) zgłaszająca się na test była w ciąży. Ponad połowa z nich wykonała badanie w pierwszym trymestrze.

Orientacja seksualna kobiet i mężczyzn zgłaszających się do PKD



Zestawienie danych o orientacji seksualnej klientów PKD z płcią ujawnia istotne różnice. Wśród kobiet zdecydowaną większość stanowią osoby heteroseksualne (94,2%). W grupie klientów płci męskiej występują istotne odsetki osób deklarujących się jako homoseksualne (13,8%) oraz biseksualne (9,8%).

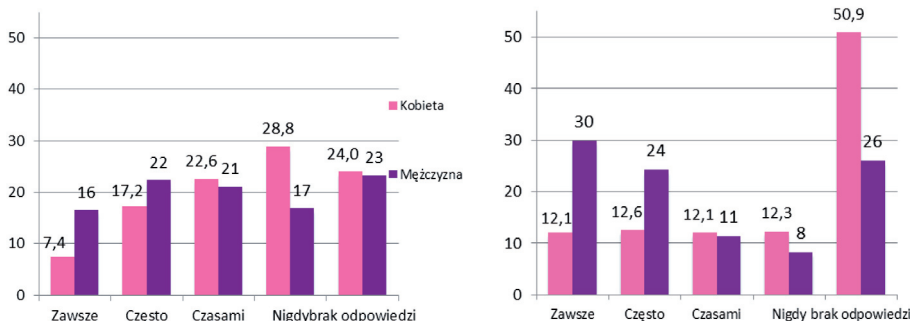
Partnerzy seksualni osób zgłaszających się do PKD (wg płci klienta)



Mężczyźni podejmują więcej ryzykownych kontaktów seksualnych biorąc pod uwagę zmienną partnerów seksualnych niemal w każdej kategorii. Zauważalnie więcej mężczyzn niż kobiet miało kontakty z osobami homoseksualnymi oraz biseksualnymi – wyniki te korespondują z danymi dotyczącymi orientacji seksualnej. Prawie 15% mężczyzn było klientami osób świadczących usługi seksualne. Kontakty z osobami zakażonymi HIV lub stosującymi narkotyki dożylnie stanowił znikomy odsetek klientów PKD, jednak w tych kategoriach nieznacznie przeważały kobiety.

Stosowanie prezerwatyw wg płci klienta PKD

(ostatni rok) – z innymi partnerami (%) (ostatni rok) – ze stałym partnerem (%)



¹ Na podstawie Raportu końcowego z badania „Analiza danych uzyskanych z ankiet przeprowadzonych w punktach konsultacyjno-diagnostycznych w 2010 roku” opracowanego przez IBC Group na zlecenie Krajowego Centrum ds. AIDS.

Pomiędzy kobietami i mężczyznami zachodzą także różnice w deklaracjach dotyczących stosowania prezerwatyw. Klienci PKD płci męskiej używają prezerwatyw częściej – zarówno w kontaktach ze stałym partnerem, jak i z innymi. Mężczyźni – w porównaniu do kobiet – ponad dwukrotnie częściej używają prezerwatyw w każdym kontakcie ze stałym partnerem. W kontakcie z innymi partnerami dysproporcja jest jeszcze większa: co czwarty mężczyzna w takich kontaktach używa prezerwatywy „często”, zaś 30% – „zawsze”.

Warto zwrócić uwagę na bardzo wysoki odsetek braków odpowiedzi na to pytanie – w przypadku

kontaktów ze stałym partnerem sięgnął prawie jednej czwartej u obydwu płci, w przypadku kontaktów z innymi partnerami ponad połowa kobiet nie udzieliła odpowiedzi. Zarówno braki danych, jak i częstsze stosowanie przez mężczyzn prezerwatyw można wyjaśnić ich większą skłonnością do podejmowania zachowań ryzykownych i wyższą średnią liczbą partnerów. Osoby podejmujące takie kontakty mogą być bardziej świadome potencjalnego ryzyka i decydować się na zabezpieczenie. Istotny odsetek kobiet zadeklarował posiadanie tylko jednego partnera, co oznacza, że w „brakach odpowiedzi” zawiera-

ją się także odpowiedzi „nie dotyczy”. Orientacja homoseksualna wśród mężczyzn koreluje dodatnio z częstotliwością używania prezerwatyw.

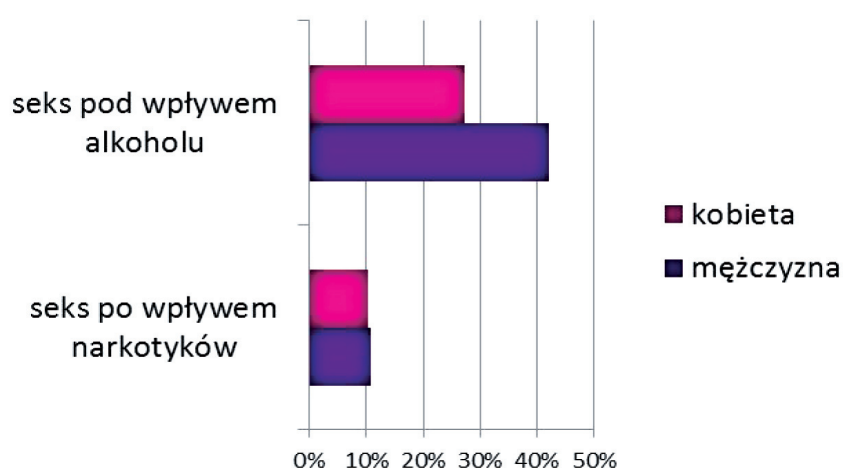
Niemal identyczny odsetek kobiet i mężczyzn zadeklarował podejmowanie kontaktów seksualnych pod wpływem narkotyków. Seks pod wpływem alkoholu zdecydowanie częściej mieli mężczyźni.

Przyjmowanie narkotyków drogą iniekcji zadeklarowało 2% ogółu badanych, co piąty klient PKD (20,2%) przyjmował narkotyki w inny sposób. Najczęściej wskazywaną substancją psychoaktywną było THC (w postaci marihuany i haszyszu) – narkotyk ten przyjmowało 16,4% wszystkich klientów PKD. Jedynie w 18 kwestionariuszach uwzględnionych w próbie sprecyzowano rodzaj narkotyków przyjmowanych dożylnie – najczęściej wskazywano heroinę i amfetaminę.

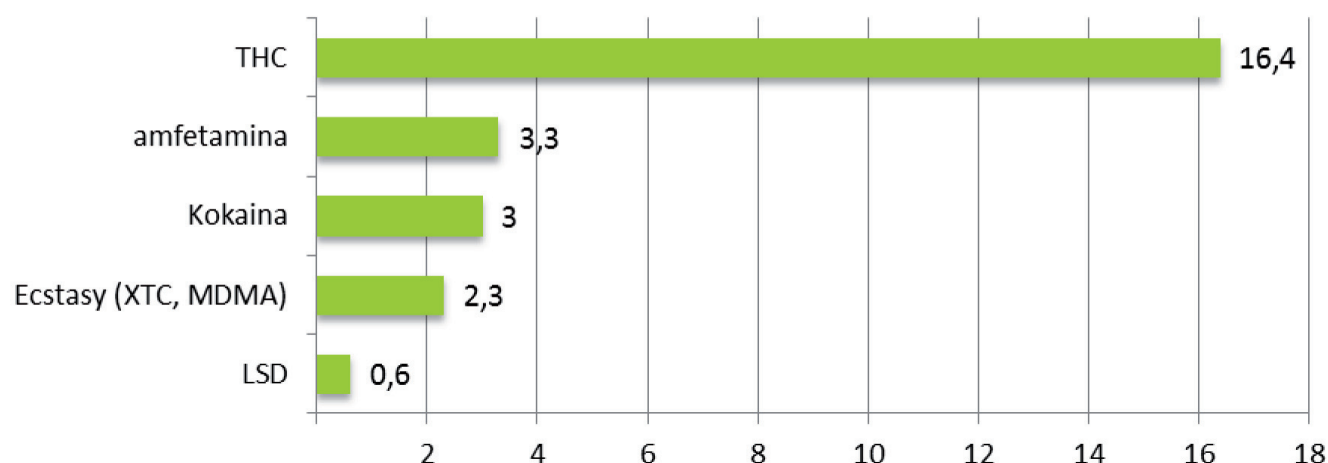
W trzecim numerze „Kontry” przedstawione zostaną dane dotyczące charakterystyki wybranych grup spośród klientów PKD. Będą to mężczyźni mający seks z mężczyznami, osoby przyjmujące narkotyki drogą iniekcji oraz osoby, u których wykryto zakażenie HIV.

Marta Walichnowska

Seks pod wpływem alkoholu lub narkotyków wg płci klienta PKD



Rodzaj środków psychoaktywnych przyjmowanych drogą inną niż iniekcja (wśród ogółu klientów PKD w %)



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

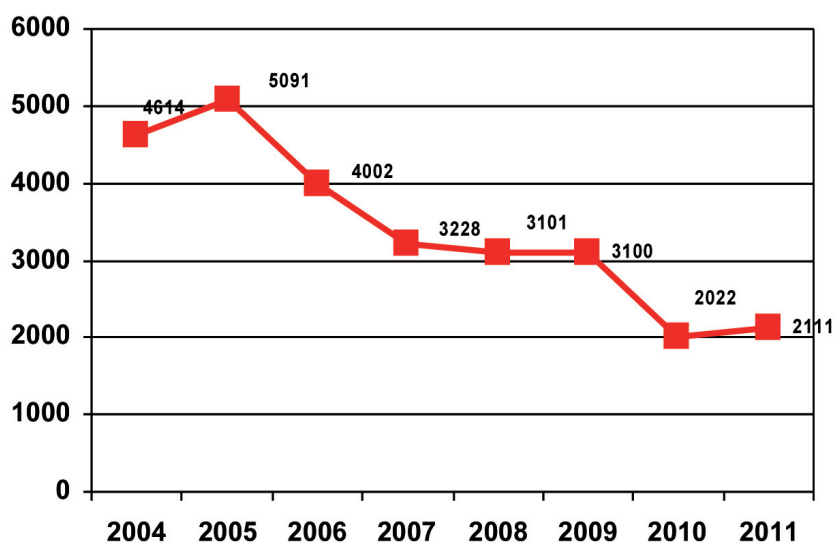
Jeśli chcą Państwo, aby ważne wiadomości (np. informacje o wydarzeniach związanych z HIV/AIDS) znalazły się w e-Kontrze proszę przesyłać pełną informację na wyżej podany adres o temacie „PROŚBA O ZAMIESZCZENIE INFORMACJI W e-Kontrze”

Programy wymiany igieł i strzykawek w Polsce

Pierwszy pilotażowy program wymiany igieł i strzykawek został uruchomiony w 1988 przez Stowarzyszenie Monar. Rok później wszystkie punkty konsultacyjne MONAR-u w kraju dystrybuowały czysty sprzęt do iniekcji. Według danych IPiN w 1989 r. rozdano 66 000 igieł i strzykawek, a w roku 1993 liczba ta wzrosła do 360 tysięcy. W ciągu następnych dwu lat dystrybucja igieł spadła o połowę (Kulka, Z.; Moskalewicz, J. 1998). Kolejne informacje o dystrybuowanych igłach i strzykawkach zostały zebrane w ramach monitorowania działań z zakresu redukcji szkód prowadzonego przez Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. W 2002 r. odnotowano w Polsce 21 programów wymiany realizowanych w 23 miastach. W tym roku rozdano ponad 668 tys. igieł, tj. dziesięć razy więcej niż w 1998 r. Od roku 2002 odnotowujemy jednak spadek liczby programów i miast, które prowadzą wymianę.

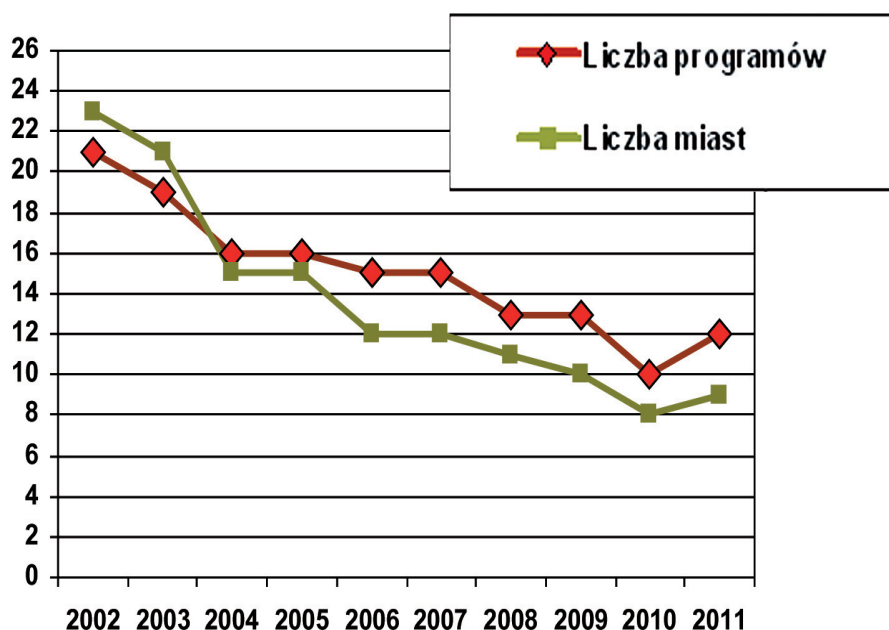
Pomimo że liczba igieł i strzykawek utrzymywała się na podobnym poziomie jeszcze przez trzy lata, a nawet osiągnęła rekordową liczbę 731 tys. w 2004 r., to ostatnie dziesięć lat charakteryzuje zmniejszanie się zasięgu wymiany igieł i strzykawek w Polsce. Od 2002 r. liczba programów wymiany igieł i strzykawek spadła z 21 do 12 w roku 2011, jak również miast – z 23 do 9.

Wykres 2. Liczba klientów programów wymiany



Źródło: Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN.

Wykres 1. Liczba programów oraz miast, w których realizowane były programy wymiany igieł i strzykawek

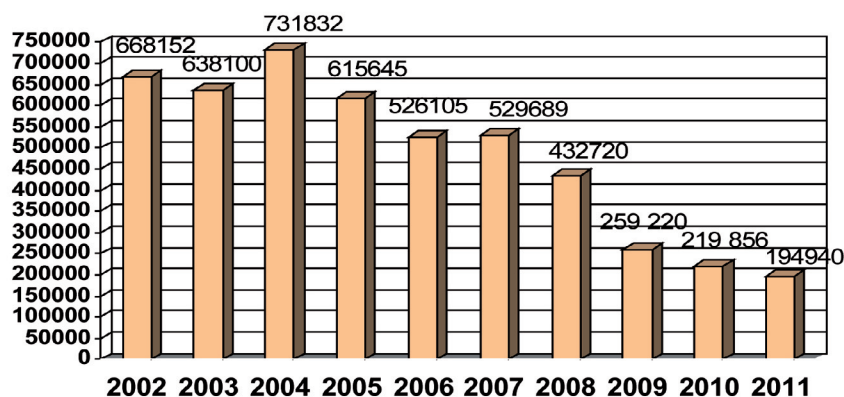


Źródło: Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN.

Na wykresie 2 przedstawione zostały liczby klientów w latach 2004 – 2011. Od roku 2005 zmniejsza się systematycznie liczba klientów programów wymiany. Najwięcej osób, bo ponad 5000, zostało objętych programami w 2005. W roku 2011 odbiorców było już tylko 2111.

Wraz ze zmniejszaniem się liczby programów i punktów wymiany, spada liczba dystrybuowanych igieł i strzykawek. Na wykresie 3 przedstawiono liczbę rozdanych igieł w latach 2002 – 2011. Najwięcej igieł (731 832) i strzykawek (545 738) przekazały programy w 2004 roku. Do 2008 odnotowujemy systematyczne zmniejszenie się liczby rozdawanych igieł i strzykawek (igły: 432 720, strzykawki: 318 054). Pomimo obserwowanego spadku w dystrybucji, średnia liczba igieł na jednego użytkownika w 2004 r. jest niewiele mniejsza niż w 2008 r.: tj. 159 igieł w 2004 r. oraz 140 w 2008 r. Duży spadek średniej liczby rozdanych igieł nastąpił w 2009 r. (83 igły na jednego użytkownika). Następne dwa lata to dalszy spadek liczby rozdawanych igieł i stabilizacja w liczbie odbiorców na poziomie ponad 2 000 osób rocznie.

Wykres 3. Liczba igieł i strzykawek wydanych w latach 2002 - 2011



Źródło: Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN.

Oferta w 2011 roku

W 2011 r. działania z zakresu redukcji szkód prowadzone były przede wszystkim w Warszawie i Krakowie. W Krakowie działają dwa programy realizowane przez Monar i Krakowskie Towarzystwo Pomocy Osobom Uzależnionym. W ich ramach prowadzona jest wymiana uliczna i stacjonarna; do wymiany mobilnej używany jest minibus. Dla czynnych użytkowników narkotyków otwarty został ponownie „Drop-in” w Krakowie, czyli dzienna świetlica. Drugim aktywnym ośrodkiem redukcji szkód jest Warszawa, gdzie wymiana realizowana była przez trzy podmioty: Stowarzyszenie Pomoc Socjalna, Centrum Odwykowe SPZOZ (program Bezpieczny Grochów) i Centrum Redukcji Szkód Monar. Podobnie jak w Krakowie, czysty sprzęt do iniekcji można znaleźć w „Drop-in” prowadzonym przez Centrum Redukcji Szkód. W programie „Bezpieczny Grochów” przez pewien czas do wymiany ulicznej używane były rowery. Niestety rok 2011 był ostatnim, działającego przez pięć lat na warszawskiej Pradze, programu. Stowarzyszenie Pomoc Socjalna oprócz igieł i strzykawek przekazuje również w okresie świątecznym paczki żywnościowe. Igły i strzykawki wymieniane są również w innych miastach w Polsce, przede wszystkim przez Stowarzyszenie Monar (Gdańsk, Olsztyn, Częstochowa, Katowice, Puławy). We Wrocławiu oprócz wymiany igieł i strzykawek działa, podobnie jak w Warszawie i Krakowie, „Drop-in”. Świetlice dla użytkowników narkotyków, jak i wymianę uliczną prowadzi w tym mieście od 1999 r. Dolnośląskie Stowarzyszenie Psychoprofilaktyczne Return. W celu uzupełnienia obrazu działających programów wymiany igieł i strzykawek

należy wymienić w Zgorzelcu ofertę Stowarzyszenia Subsidium. Należy również odnotować nowy program w Zielonej Górze realizowany przez PTZN. Jeden z programów prowadzi działania z zakresu redukcji szkód w Zakładzie Karnym. Obecnie uliczna wymiana nie jest zadaniem prostym z powodu rozproszenia sceny narkotkowej i zniknięcia w wielu miastach tradycyjnych skupisk użytkowników narkotyków tzw. „bajzli”. Realizowaną w ostatnich latach nową ofertą są świetlice „Drop-in” w Krakowie, Warszawie i Wrocławiu, gdzie użytkownicy narkotyków oprócz igieł i strzykawek mogą otrzymać pomoc i wsparcie. W Krakowie „Drop-in” przestał działać na jakiś czas z powodu braku akceptacji sąsiadów, co spowodowało wymówienie lokalu. W Warszawie doszło nawet do ataku na pracowników „Drop-in” i przebywających w środku użytkowników narkotyków. Sprawcami byli najprawdopodobniej mieszkańcy okolicznych bloków niezadowoleni z istnienia tego typu placówki.

Przyczyny zmiany

Przedstawione na wykresach dane pokazują zmniejszanie się liczby programów wymiany igieł i strzykawek w Polsce. Pod koniec XX w. działały m.in. programy w Szczecinie, Poznaniu, Chorzowie czy Jeleniej Górze. Na spadek liczby programów wymiany wpłynęło kilka czynników. W 2000 r. zaostrzona została Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 r. i od tego czasu posiadanie każdej ilości narkotyków, nawet niewielkiej i na własny użytek, podlegało karze (usunięcie ustępu 4 z art. 48 Ustawy). W efekcie w niektórych miastach zniknęły otwarte sceny narkotkowe,

jak np. w Poznaniu, będące typowym miejscem działania streetworker'ów. Należy jednak podkreślić, że w 2001 r. kolejna nowelizacja zapisała redukcję szkód jako element polityki państwa w przeciwdziałaniu narkomanii. Kolejna przyczyna to brak środków finansowych, które pomogłyby w prowadzeniu i rozwijaniu programów poprzez rozszerzanie oferty działań. Narodowy Fundusz Zdrowia nie finansuje programów redukcji szkód innych niż leczenie substytucyjne. Działania z zakresu redukcji szkód powinny być wspierane głównie przez gminy. Jednakże władze lokalne zainteresowane są przede wszystkim dofinansowywaniem profilaktyki uniwersalnej i tylko samorządy niektórych miast, jak np. Warszawa, w większym stopniu wspierają tego typu działania. Ponadto początek XX w. to rozwój nowej oferty ukierunkowanej na redukcję szkód zdrowotnych tj. programów adresowanych do uczestników klubów, dyskotek, koncertów nazywanych w Polsce programami partyworking'owymi. Odbiorcami tych działań są przede wszystkim użytkownicy narkotyków syntetycznych (np. ecstasy czy amfetamina). Często programy partyworking'owe były i nadal są realizowane przez osoby wcześniej zaangażowane w streetworking. Specyfika pracy streetworkera polegająca na pracy w środowisku problemowych użytkowników wymaga dużego zaangażowania i poświęcenia. W efekcie nie jest łatwo znaleźć programom wymiany igieł i strzykawek stałych pracowników oraz wolontariuszy. Analizując sytuację warto również zwrócić uwagę na brak zainteresowania ze strony realizatorów uruchamianiem nowych programów wymiany. Ostatni i chyba najważniejszy czynnik mający wpływ na zmniejszenie się zasięgu programów wymiany to obserwowany spadek liczby iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Nie dysponujemy danymi liczbowymi dotyczącymi iniekcyjnych użytkowników narkotyków w Polsce, ale z informacji otrzymywanych od realizatorów tych działań wynika, że w ciągu ostatnich dziesięciu lat nastąpił spadek używania iniekcyjnego narkotyku. W 2008 i 2010 Centrum Informacji KBPN przeprowadziło badanie klientów programów wymiany igieł i strzykawek, w ramach którego przez dwa tygodnie wszystkie programy wymiany przeprowadzają wywiady kwestionariuszowe ze swoimi klientami. Oba badania były zrealizowane w tym samym czasie. W 2010 r. przeprowadzono 30% mniej wywiadów niż w roku 2008, co jest kolejnym sygnałem na zmniejszanie się populacji.

Artur Malczewski

Epidemia HIV/AIDS w Izraelu

Tabu w Ogrodzie Getsemani, czyli kwestia HIV/AIDS w Izraelu

Po ponad trzydziestu latach od zanotowania pierwszego przypadku zakażenia HIV w Izraelu i dwunastu od śmierci najsłynniejszej ofiary AIDS w Ziemi Świętej, wielkiej divy Ofry Hazy, izraelskie społeczeństwo wciąż niechętnie mówi o chorobie.

Dzisiejszy Izrael to państwo na wskroś nowoczesne. Technicznym nowinkom towarzyszy nowoczesne, liberalne ustawodawstwo zezwalające na związki jedнопłciowe, adopcje dzieci przez pary homoseksualne oraz przeciwdziałające dyskryminacji osób LGBT. Dziwić może zatem, że w kraju, w którym kwestie postrzegane w Polsce jako kontrowersyjne są szeroko akceptowane (vide popularność Dany International, Ivriego Lidera czy Harela Skaata), AIDS pozostaje tematem tabu.

Według szacunków izraelskiego Ministerstwa Zdrowia w kraju żyje około 6 000 osób zakażonych wirusem HIV, co oznacza, że 0,08% 7,5-milionowego społeczeństwa jest seropozytywna. Znaczna większość pacjentów z HIV pozostaje pod stałą opieką Szpitala Kaplan w Rechowot, największej i najnowocześniejszej placówki w kraju, zajmującej się chorobami zakaźnymi. Niestety śmiertelność nadal utrzymuje się na poziomie 100 zgonów rocznie. Co ważne, wynika to nie z mało efektywnej terapii antyretrowirusowej, ale z braku świadomości i lęku przed stygmatyzacją. Jeśli dodamy, że w przeciągu ostatnich pięciu lat liczba mieszkańców Izraela żyjących z HIV powiększyła się o 1000, kwestia staje się jeszcze bardziej poważna. Co zatem powoduje, że Izraelczycy nie chcą dostrzec problemu?

Z punktu widzenia działalności instytucji państwowych oraz organizacji pozarządowych, Izrael nie różni się niczym od innych państw pod względem zapobiegania i leczenia HIV/AIDS.

Opieka zdrowotna świadczona jest na wysokim poziomie, w kinach wyświetla się instruktażowe filmy krótkometrażowe, organizowane są kampanie społeczne przeznaczone m.in. dla uczniów szkół średnich, drukuje się materiały informacyjne i zapewnia możliwość zbadania krwi. Niestety wysiłki te nie odnoszą zamierzonego skutku, gdyż AIDS wciąż kojarzy się z hańbą i jest postrzegane jako swoisty „wyrok śmierci”, mimo iż długość życia osób leczonych antyretrowirusowo jest taka sama jak osób niezakażonych. Dlatego też, testowanie napotyka na bierny opór społeczeństwa, jako że wielu ludzi woli dowiedzieć się o chorobie tak późno, jak to możliwe. Według doniesień Israel AIDS Task Force, wielu pacjentów po prostu wstydzi się pojawić w szpitalu na badaniach kontrolnych czy też posiadania lekarstw (choć sędzę, że osoba postronna nie skojarzy nazwy leku z terapią antyretrowirusową). Problematiczną okazuje się być także opieka stomatologiczna, gdyż i w tym przypadku może paść feralne pytanie o status serologiczny.

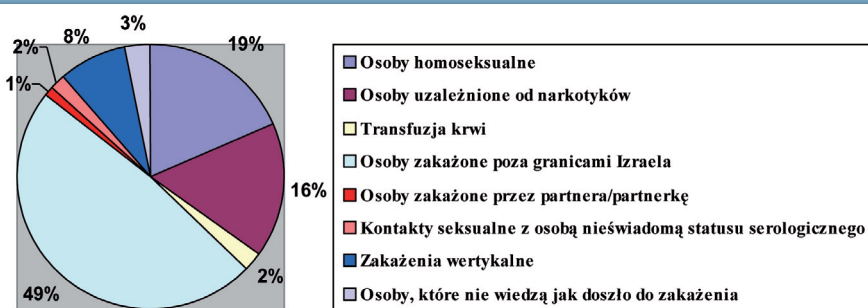
Z drugiej strony winne są też media, które informacje o AIDS podają najczęściej w suchy i rzeczowy sposób i na ogół nie starają się włączyć tzw. celebrytów w kampanie zmierzające do zmiany postrzegania HIV wśród społeczeństwa. Przykładem tego mogą być chociażby doniesienia prasowe po śmierci Ofry Hazy w 2000 r., które głównie ograniczały się do stwierdzenia, że ulubiona piosenkarka Izraelczyków zmarła w wyniku powikłań związanych z AIDS po przebytym za-

paleniu płuc. Jedynie lekarz prowadzący stwierdził na konferencji prasowej, że gdyby Ofra poddała się leczeniu wcześniej (cały Izrael huczał od plotek, że zakaził ją niewierny mąż, który notabene rok później zmarł w wyniku przedawkowania narkotyków), żyłaby do dziś.

Jedyną nadzieją zdaje się być zatem kreowanie pozytywnego wizerunku osób żyjących z HIV, choć jest to praktyka wciąż mało popularna, a osoby dokonujące swego „coming outu” już wcześniej były utożsamiane z działalnością na rzecz walki z AIDS, to też wydźwięk jest dość ograniczony. Jak przyznają Patrick Levy, Rami Hassman i Gideon Hirsch, dyrektorzy wykonawczy i przewodniczący Israel AIDS Task Force, jedyne co zmieniło się od 1995 r., kiedy ujawnili swój seropozytywny status, to wzrost zaufania u innych pacjentów. Ostatnio grupa podjęła kampanię o nazwie „Przełamując piętno”, polegającą na publicznym ujawnianiu się aktywistów jako osoby HIV+. Jej wyniki będą widoczne w najbliższych miesiącach i wówczas okaże się, czy udało się wpłynąć na zmianę nastawienia Izraelczyków. Pierwsze sukcesy widać jednak już teraz. W listopadzie ubiegłego roku choreograf i tancerz Sahar Azimi ujawnił się poprzez ciesząc się zainteresowaniem spektakl pt. „Komórka w ludzkiej skali”. Toteż zmiany, choć powolne, zaczynają kielkować w odwiecznym Ogrodzie Getsemani.

Michael Biskupski

Wykres 1: HIV w Izraelu w latach 1981 – 2010.



kontra 

Redakcja
Redaktor naczelna – Iwona Kłapińska
Sekretarz redakcji – Maryla Rogalewicz
Wydawca:
Krajowe Centrum ds. AIDS

Adres redakcji:
ul. Samsonowska 1, 02-829 Warszawa
tel. (+22) 331 77 69, fax (+22) 331 77 76
e-mail: kontra@aids.gov.pl
www.aids.gov.pl

Egzemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.
Materiałów zamówionych
nie zwracamy.

aspekty

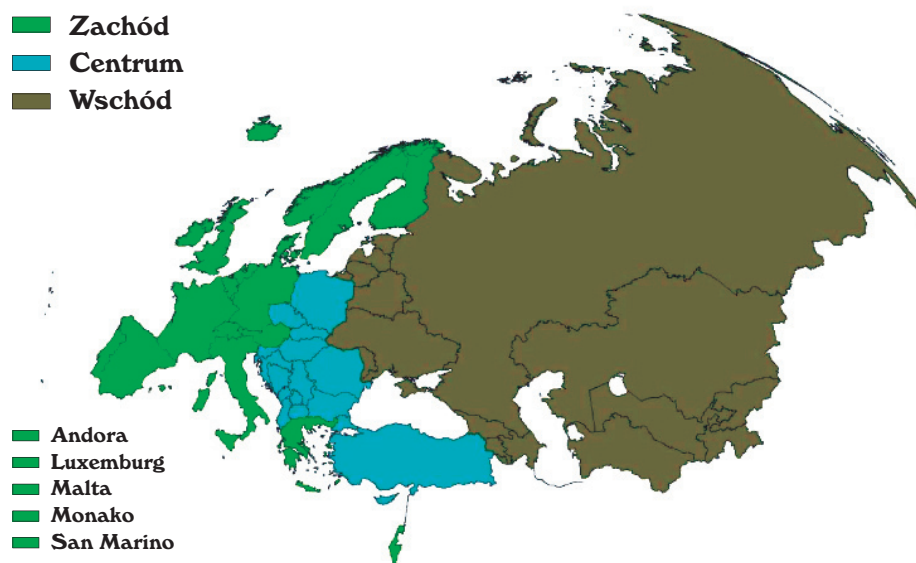


Dodatek do Biuletynu Krajowego Centrum ds. AIDS

kontra

Niektóre aspekty związane z HIV/AIDS w Regionie Europejskim WHO (Europa Wschodnia)

■ Zachód
■ Centrum
■ Wschód



Europa Wschodnia jest jedynym regionem¹ świata, w którym rośnie liczba osób zakażonych HIV. W państwach takich, jak: Ukraina, Państwa Bałtyckie, Federacja Rosyjska, kraje byłego Związku Radzieckiego, obserwujemy lawinowy wzrost zakażeń HIV i umieralności na AIDS. W ciągu ostatniej dekady liczba zakażeń HIV w tym regionie potroiła się. W niektórych państwach (np. Estonia, Ukraina, czy Federacja Rosyjska), prevalencja HIV wśród osób dorosłych przekracza 1%. W regionie tym wskaźniki zakażeń HIV kształtują się na poziomie 31.7/100 000 ludności (głównie ze względu na bardzo wysoką liczbę zakażeń na Ukrainie i w Federacji Rosyjskiej), czyli 5-krotnie więcej niż w Europie Zachodniej (6.6/100 000) i ponad 20-krotnie więcej niż w Europie Centralnej (1.2/100 000)². Głównym czynnikiem, który zadecydował o wybuchu i wysokiej dynamice epidemii HIV w Europie Wschodniej jest bardzo duży odsetek osób stosujących

narkotyki drogą dożylną. Szacuje się, że w Federacji Rosyjskiej i na Ukrainie osoby te stanowią 1-2% ogółu społeczeństwa, a w całym regionie ich liczba wynosi 3.7 miliona.

Warto podkreślić, że w Europie Wschodniej do nowych zakażeń dochodzi najczęściej nie drogą iniekcji środków psychoaktywnych, ale poprzez kontakty heteroseksualne. W 2010 roku wśród wszystkich nowo zgłoszonych zakażeń HIV (gdzie znany był wiek i płeć osoby zakażonej), 13% przypadków odnotowano w grupie osób bardzo młodych pomiędzy 15-24 rokiem życia (w tej grupie, kobiety stanowiły 42%). Najwięcej, bo aż 40% nowo zgłoszonych zakażeń odnotowano w grupie 30-39 lat.

Sytuacja epidemiologiczna

W przeciwieństwie do państw Europy Zachodniej i Centralnej, gdzie sytuacja epidemiologiczna związana

z HIV/AIDS pozostaje na stabilnym i dość niskim poziomie, w Europie Wschodniej liczba zakażeń HIV i zachorowań na AIDS rośnie w zaskakującym tempie. W 14 państwach Europy Wschodniej, które zgłosiły dane na temat liczby nowych zakażeń HIV, pomiędzy 2004 a 2010 rokiem liczba zgłoszonych zakażeń wzrosła tam o 71% (rok 2004 - 11.3/100 000 ludności, rok 2010 - 19.3/100 000). Od 2004 roku wszystkie państwa regionu (wyjątek - Łotwa i Estonia) zgłosiły wzrost liczby nowych zakażeń. W przypadku Ukrainy, Białorusi i Uzbekistanu były to wzrosty rzędu nawet 40-100%.

W 2010 r., 15 państw należących do Europejskiego Regionu WHO (Europa Wschodnia) zgłosiło łącznie 90 198 nowych zakażeń HIV. Spośród wszystkich nowo zdiagnozowanych przypadków, 88% pochodziło z Federacji Rosyjskiej (69.4%) i Ukrainy (18.4%). W trzech państwach regionu, które w 2010 r. zgłosiły ponad 20 nowych zakażeń na 100 000 osób, wskaźniki kształtowały się na poziomie 44.1 (Federacja Rosyjska), 36.4 (Ukraina), 27.8 (Estonia). W tym samym czasie, osiem państw regionu zgłosiło od 10 do 20 nowych zakażeń/100 000 ludności (wśród nich - Białoruś - 11.2/100 000). Według najnowszych danych liczba zakażeń HIV w Federacji Rosyjskiej rośnie, a w samym 2011 r. zgłoszono tam 62 000 nowych przypadków. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) szacuje, że na terenie Federacji Rosyjskiej mieszka prawie milion osób zakażonych HIV, co stanowi 0.9% dorosłych mieszkańców tego kraju (średnia dla Europy Zachodniej i Centralnej, to 0.2%). O ile prevalencja HIV wśród osób dorosłych w całym regionie wynosi 0.8%, o tyle w niektó-

¹ Dotyczy państw Europy Wschodniej należących do Europejskiego Regionu WHO: Estonia, Litwa, Łotwa, Armenia, Azerbejdżan, Białoruś, Gruzja, Kazachstan, Kirgistan, Mołdawia, Federacja Rosyjska, Tadżykistan, Turkmenistan, Ukraina, Uzbekistan.

² Dane z raportu: HIV/AIDS Surveillance in Europe 2010. WHO, ECDC. 2011.

Tabela 1: Charakterystyka nowo zgłaszanych zakażeń HIV w Europejskim Regionie WHO, w podziale na poszczególne obszary geograficzne, 2010.

	Region Europejski WHO ³	Europa Zachodnia	Europa Centralna	Europa Wschodnia
Liczba zakażeń HIV	118335	25659	2478	90198
Wskaźnik na 100 tys.	15.7	6.6	1.5	31.7
Procent zakażeń				
Osoby w wieku ⁴ 15-24	12%	10%	17%	13%
Kobiety	38%	27%	19%	42%
Drogi zakażenia ⁵				
Kontakty heteroseksualne	43%	24%	24% ⁶	48%
Mężczyźni mający seks z mężczyznami	20%	39%	29%	0.7%
Stosowanie narkotyków w iniekcjach	23%	4%	4%	43%
Nieznane	13%	16%	41%	6%

rych państwach przekracza ona 1%. Sytuacja taka ma miejsce na Ukrainie i w Federacji Rosyjskiej, gdzie w 2007 roku prevalencja HIV wśród osób dorosłych wynosiła odpowiednio 1.6% i 1.1%. W pozostałych państwach sąsiadujących z Polską m.in. na Litwie i na Białorusi odnotowano prevalencję na poziomie odpowiednio 0.1% i 0.2%. Udział dorosłych kobiet wśród wszystkich osób dorosłych zakażonych HIV jest bardzo wysoki i wynosi przy-

kładowo 43% na Ukrainie i 30% na Białorusi. Nie lepiej jest w Federacji Rosyjskiej, gdzie procent zakażonych kobiet wynosi 26% i na Łotwie, 27%. W przypadku Litwy brak jest dokładnych danych (szacuje się jednak, że ich liczba nie przekracza 1000).

Dla porównania, w Polsce udział dorosłych kobiet wśród wszystkich osób dorosłych zakażonych HIV, kształtuje się na poziomie 21% (2010 rok).

Drogi zakażenia

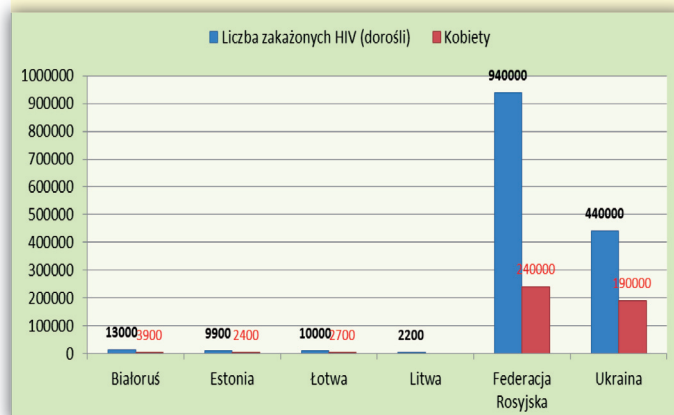
Dane pochodzące z 13 państw regionu (bez Federacji Rosyjskiej i Estonii), które od 2004 r. regularnie raportują dane na temat dróg zakażenia HIV dostarczają następujących informacji:

- wzrost liczby zakażeń o 42% w grupie osób stosujących narkotyki dożylnie (8 256 przypadków w r. 2004; 11 690 w 2010).
- wzrost zakażeń w wyniku kontaktów heteroseksualnych o 151% (5 252 przypadków w roku 2004; 13 192 w 2010). Większość państw regionu odnotowała u siebie co najmniej dwukrotny wzrost.
- czterokrotny wzrost zakażeń w grupie MSM – jednak w tym wypadku mówimy o bardzo małej liczbie osób zakażonych (41 zakażeń w r. 2004 i 184 w 2010).
- czterokrotny⁸ wzrost zakażeń matka-dziecko (44 zakażenia w 2004 r. i 191 zakażeń w 2010).
- wzrost liczby zakażeń o 8%, co do których brak informacji na temat dróg zakażenia.

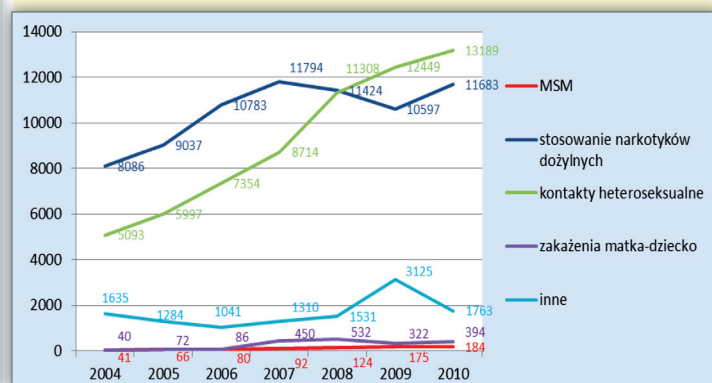
Przeciętny stosunek liczby zakażonych mężczyzn do kobiet w regionie wynosi 1:4. Po wyłączeniu osób, które zakażyły się w wyniku używania narkotyków dożylnych (IDU), stosunek ten zmniejsza się do 1:2.

Według Raportu¹⁰ WHO/UNICEF z 2011 r., niektóre badania wskazują na większą prevalencję HIV wśród kobiet używających narkotyki w iniek-

Wykres 1: Szacowana liczba osób żyjących z HIV w wybranych państwach Europy Wschodniej w 2007 roku⁷.



Wykres 2. Liczba⁹ zgłoszonych zakażeń HIV w latach 2004-2010, ze względu na drogi zakażenia. Europa Wschodnia, Europejski Region WHO (bez Federacji Rosyjskiej i Estonii).



³ Brak danych: Austria, Monako, Lichtenstein.

⁴ Z wyłączeniem krajów, co, do których brak danych na temat wieku osób zakażonych.

⁵ Z wyłączeniem krajów, co, do których brak danych na temat dróg zakażenia.

⁶ Z wyłączeniem osób, które zakażyły się HIV poza krajem zgłaszającym dane na temat liczby zakażeń na swoim terenie.

⁷ Na podstawie raportu: Joint United Nations Program on HIV/AIDS. 2008 Report on Global AIDS Epidemic. UNAIDS. 2008.

⁸ Brak danych z Ukrainy.

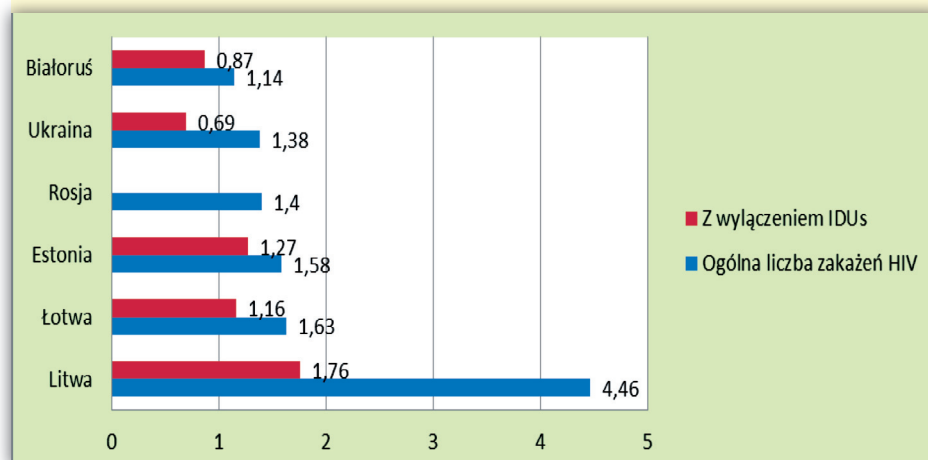
⁹ Na podstawie raportu: HIV/AIDS Surveillance in Europe 2010. WHO, ECDC. 2011.

¹⁰ Report Towards the elimination of mother-to-child transmission of HIV in low-prevalence and concentrated epidemic settings in Eastern and Central Asia. WHO, UNICEF 2011.

ciach niż wśród mężczyzn z tej grupy. Jest to związane z częstszym podejmowaniem ryzykownych zachowań seksualnych związanych ze sprzedażą usług seksualnych, oferowaniem tychże usług w zamian za narkotyki oraz ryzykownymi praktykami związanymi z iniekcją narkotyków. W grupie kobiet sprzedających usługi seksualne i używających narkotyków prevalencja HIV szacowana jest na poziomie 62%. Z kolei dane nadzoru epidemiologicznego wskazują na zmienną prevalencję HIV w grupie kobiet sprzedających usługi seksualne (od 2 do 48% w Federacji Rosyjskiej i od 4 do 31% na Ukrainie).

Wzrost liczby zakażeń HIV w grupie osób używających narkotyki w iniekcjach skutkuje także wzrostem liczby zakażeń w grupie osób heteroseksualnych (m.in. rośnie odsetek kobiet zakażonych HIV, które nie używają narkotyków w iniekcjach, a które nabywają wirusa od swoich używających narkotyki partnerów).

Wykres 3: Liczba zakażeń HIV – proporcja mężczyzn do kobiet. Wybrane państwa Europy Wschodniej. Europejski Region WHO. Dane za rok 2010.



Polska i UEFA EURO 2012

Imprezy masowe zawsze zwiększają ryzyko zagrożeń chorobami zakaźnymi. Według danych z Raportu¹¹ na temat wpływu przygotowań i organizacji Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej UEFA EURO 2012 na gospodarkę Polski, liczba turystów zagranicznych, którzy przyjadą do nas w czerwcu 2012 roku w związku z UEFA EURO 2012, wyniesie ponad 820 tys., z czego 450 tys. pozostanie w Polsce dłużej niż jeden dzień, m.in. w 4 miastach, gdzie rozgrywane będą mecze (Warszawa, Poznań, Gdańsk, Wrocław). Ekspertki zwracają ponadto uwagę na zwiększony ruch transgraniczny pomiędzy Polską, Ukrainą i Federacją Rosyjską podczas imprezy, co znacząco zwiększa ryzyko chorób zakaźnych, w tym ryzyko zakażeń chorobami przenoszonymi drogą płciową, m.in. HIV. Ryzyko zwiększa dodatkowo fatalna sytuacja epidemiologiczna HIV/AIDS na Ukrainie i w Federacji Rosyjskiej, jak również fakt przyjazdu do Polski wraz z kibicami z całej Europy, kobiet i mężczyzn świadczących usługi seksualne za pieniądze (głównie z terenu Ukrainy, Federacji Rosyjskiej, Białorusi i Bułgarii, ale także z Europy Zachodniej). Według szacunków, tylko w Federacji Rosyjskiej i na Ukrainie liczba kobiet sprzedających usługi seksualne, to ponad 500 tys. Ważne jest więc, aby podczas UEFA EURO 2012, zachować ostrożność i nie podejmować ryzykownych zachowań seksualnych. Budowaniu świadomości na temat zagrożeń związanych z możliwością zakażenia HIV i sposobów zapobiegania mają służyć kampanie społeczne dotyczące profilaktyki HIV. Jedną z nich jest kampania „Fair Play” opisana w tym numerze „Kontry”.

Europejskie Biuro WHO wydało broszurę, która stanowi „szybki poradnik” dla osób przybywających do Polski i na Ukrainę na temat zagrożeń dla zdrowia, na jakie mogą napotkać w czasie Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej UEFA EURO 2012. Wśród potencjalnych zagrożeń wymieniana się tam choroby przenoszone drogą płciową takie, jak: HIV/AIDS, ale także wirusowe zapalenie wątroby typu B, C, D.

<http://www.euro.who.int/en/home>¹²

Diagnostyka HIV

Według danych WHO, w krajach Europy Wschodniej i Azji Środkowej, które przedstawiły dane na temat powszechnego dostępu do profilaktyki HIV, leczenia i opieki nad zakażonymi w latach 2008-2010, mniej niż połowa kobiet i mężczyzn sprzedających usługi seksualne, przynajmniej raz w roku przeprowadziła test w kierunku HIV i poznała jego wyniki. Podobna sytuacja miała miejsce w przypadku mężczyzn mających seks z mężczyznami oraz wśród osób stosujących narkotyki dożylnie. W przypadku tych grup poważnym problemem pozostaje brak właściwej opieki lekarskiej, dostępu do bezpłatnych testów w kierunku HIV, darmowych prezerwatyw, czy w przypadku osób stosujących narkotyki dożylnie, dostępu do darmowych igieł i strzykawek.

Choć w całej Europie Wschodniej rośnie dostępność do poradnictwa i testów w kierunku HIV, postępy w tej dziedzinie są różne w zależności od kraju.¹³ Do krajów regionu, w których wykonuje się dużą liczbę testów w kierunku HIV należą Białoruś, Federacja Rosyjska i Litwa. W badaniu (rok 2007), w którym wzięły udział osoby w wieku 15-49 lat, 25% z nich wykonało test w ciągu ostatnich 12 miesięcy i otrzymało jego wynik.

Według Ukraińskiego Przeglądu Demograficznego i Zdrowotnego za rok 2007, ponad 80% mężczyzn i kobiet wiedziało, gdzie może wykonać test w kierunku HIV (dotyczy to głównie dużych miast). Mniejszą wiedzę na ten temat posiadali mieszkańcy wsi i małych miejscowości. Ponad połowa

¹¹ Raport przygotowany na zlecenie Ministra Sportu i Turystyki RP. 2010.

¹² http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/161689/HEALTH-ADVICE-for-Travellers-to-Poland-and-Ukraine-for-the-2012-UEFA.pdf

¹³ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, and United Nations Children's Fund. Towards universal access. Progress report 2009. WHO. Genewa. 2009.

(52%) kobiet biorących udział w badaniu zadeklarowała wykonanie testu w kierunku HIV (testy wykonywano jednak głównie w związku z badaniami okołoporodowymi). W przypadku mężczyzn biorących udział w badaniu, było to 28%.

Z kolei w Mołdawii uruchomiono punkty konsultacyjno-diagnostyczne dla osób planujących zawarcie związku małżeńskiego. Brakuje jednak badań oceniających jakość poradnictwa.¹⁴

Dane pochodzące z Europy Wschodniej wskazują, że pomimo ogólnie dużej liczby testów w kierunku HIV wykonywanych co roku (np. 2 miliony testów przeprowadzonych w Kazachstanie w 2009 r.), tylko niewielki procent dotyczy osób stosujących narkotyki dożylnie (np. Kazachstan – 1%, Kirgistan – 0.6%). Badania jakościowe przeprowadzone w Federacji Rosyjskiej i Serbii na grupie osób stosujących narkotyki dożylnie ujawniły niechęć do wykonania testu spowodowaną brakiem zaufania do jakości poradnictwa, zachowania anonimowości osób wykonujących test, wcześniejszymi doświadczeniami ze stygmatyzacją ze strony personelu medycznego.¹⁵ Badanie przeprowadzone na grupie kobiet sprzedających usługi seksualne w Estonii (Tallin) wykazało, że 34% spośród nich nigdy nie miała wykonanego testu w kierunku HIV, a 81% zakażonych HIV kobiet nie знаła swojego statusu serologicznego.¹⁶

W kontekście gromadzenia danych na temat wykonywanych testów w kierunku HIV, podobnie jak w przypadku Europy Środkowej, również w Europie Wschodniej brakuje sprawnego systemu zbierania danych, w tym rygoru metodologicznego i mechanizmu zapewniającego skoordynowane zbieranie danych na poziomie krajowym, a następnie zestawianie i porównywanie uzyskanych wyników pomię-

dzy krajami. Wiele spośród państw Europy Wschodniej nie jest w stanie dostarczyć wiarygodnych danych na temat liczby wykonanych u siebie testów w kierunku HIV lub nie dysponuje takimi danymi w ogóle.

Zachorowania na AIDS

Według Raportu WHO/ECDC, zachorowalność na AIDS w Europie Wschodniej stale rośnie. Zdecydowana większość państw odnotowała u siebie wzrost zachorowań na przestrzeni lat 2004-2010. W 2010 roku, w 14 państwach¹⁷ regionu odnotowano 2 881 (2.3/100 000 ludności) przypadków AIDS. Najwyższe wskaźniki zachorowalności odnotowały: Gruzja (7.8/100 000; 339 przypadków), Łotwa (5.5/100 000; 124 przypadki), Białoruś (5/100 000; 475 przypadków). Brakuje dokładnych danych z Ukrainy, ale według Ukraińskiego Centrum ds. AIDS w 2010 r. zanotowano tam 5 861 nowych zachorowań na AIDS (dla porównania w Polsce było to 127 przypadków¹⁸). W latach 2004-2010, pięciokrotny wzrost zachorowań na AIDS zanotowano także na Białorusi.

Wzrost zachorowań na AIDS często związany jest z brakiem możliwości zapewnienia przez państwo leczenia ARV lub jego ciągłości. Według danych UNAIDS rośnie liczba osób umierających z powodu AIDS w Federacji Rosyjskiej. W 2009 r. odnotowano tam 35-65 tys. zgonów z powodu AIDS – jest to 5 razy więcej niż w roku 2004. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w Federacji Rosyjskiej leki antyretrowirusowe otrzymuje zaledwie 21-29% chorych (według oficjalnych rosyjskich danych, jest to 97% pacjentów). Z kolei liczba osób chorych na AIDS na Ukrainie, to ponad 32 tys. Od początku epidemii, odnotowano na Ukrainie prawie 18 tys. zgonów z powodu AIDS.

Podsumowanie

Europa Wschodnia to jedyny region na świecie, gdzie prevalencja HIV wyraźnie rośnie. W ciągu ostatnich lat Europa Wschodnia odnotowuje lawinowy wzrost zakażeń HIV i zachorowań na AIDS. Sytuacja taka dotyczy przede wszystkim Federacji Rosyjskiej, Ukrainy (90% spośród wszystkich zakażeń w Europie) i Państw Bałtyckich. Do nowych zakażeń dochodzi głównie poprzez kontakty heteroseksualne, w tym kontakty z osobami zakażonymi HIV, stosującymi narkotyki dożylnie (IDUs). Populacją najbardziej dotkniętą przez epidemię w tym regionie są osoby stosujące narkotyki dożylnie. Przy tak poważnej sytuacji epidemiologicznej, w Europie Wschodniej i Azji Środkowej, gdzie liczba zakażeń niemal się potroiła, zaledwie 19% osób ma dostęp do leków ARV (średnia dla krajów o średnich i niskich dochodach – 42%, Afryka Subsaharyjska – 33%).

W przypadku niektórych państw (np. Ukraina i Federacja Rosyjska) brak możliwości zapewnienia przez państwo leczenia ARV lub jego ciągłości, nie jest związany z niedostatecznymi środkami finansowymi, gdyż te w dużym stopniu są zapewniane przez międzynarodowe instytucje takie, jak Globalny Fundusz na rzecz Walki z AIDS, Gruzlicą i Malarcią. Fundusz przeznaczył m.in. miliony dolarów na walkę z AIDS na Ukrainie czy w Federacji Rosyjskiej, jednak brak nadzoru nad wydatkami oraz mechanizmów dystrybucji środków finansowych spowodował, że w wielu przypadkach trafiały one (i trafiają nadal) nie tam, gdzie potrzeba tzn. do instytucji działających na rzecz zapobiegania HIV i leczenia AIDS i do osób chorych.

Piotr Wysocki

¹⁴ Z. Porkhomenko. Needs assessment study: prevention of mother to child transmission programme in the Republic of Moldova. Chisinau: UNICEF. 2009.

¹⁵ Rhodes T, Zikic B, Prodanovi A, Kuneski E, Bernays S. Hygiene and uncertainty in qualitative accounts of hepatitis C transmission among drug injectors in Serbia. Soc Sci Med 2008. Marzec; 66(6):1437-1447.

¹⁶ Uuskula A, Fischer K, Raudne R, Kilgi H, Krylov R, Salminen M, et al. A study on HIV and hepatitis C virus among commercial sex workers in Tallinn. Sex Transm Infect 2008, czerwiec 1;84(3):189-191.

¹⁷ Brak danych z Federacji Rosyjskiej.

¹⁸ Dane NIZP, PZH. 2010.

kontra 

Redakcja
Redaktor naczelna – Iwona Kłapińska
Sekretarz redakcji – Maryla Rogalewicz
Wydawca:
Krajowe Centrum ds. AIDS

Adres redakcji:
ul. Samsonowska 1, 02-829 Warszawa
tel. (+22) 331 77 69, 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.
Materiałów zamówionych
nie zwracamy.