

kontra



Agenda Ministra Zdrowia



Ministerstwo Zdrowia

Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS

Nr 4 (90) / 2021

W numerze:

Zakażenia HIV wśród populacji IDU. Przyczyny, zapobieganie, działania na przyszłość

Maria Wawer

Str. 1-5

30 lat programów redukcji szkód w Polsce

Artur Malczewski

Str. 6-8

Zasady finansowania profilaktyki poekspozycyjnej (PEP)

KCAIDS

Str. 9-10

Aspekty

Raport UNAIDS z okazji Światowego Dnia AIDS 2021

Maria Wawer

Telefon Zaufania AIDS

(+22) 692 82 26; 800 888 448*
od pn. 09:00 do pt. 21:00**

*połączenie bezpłatne

**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

Ośrodek Informacji o HIV/AIDS

(+22) 331 77 66
aids@aids.gov.pl

Poradnia Internetowa HIV/AIDS

poradnia@aids.gov.pl

Więcej informacji

www.aids.gov.pl
facebook.com/kcaids

Szanowni Państwo,
Życzymy zdrowych, spokojnych
Świąt Bożego Narodzenia,
spełnienia osobistych marzeń
oraz pomyślności w Nowym Roku 2022.

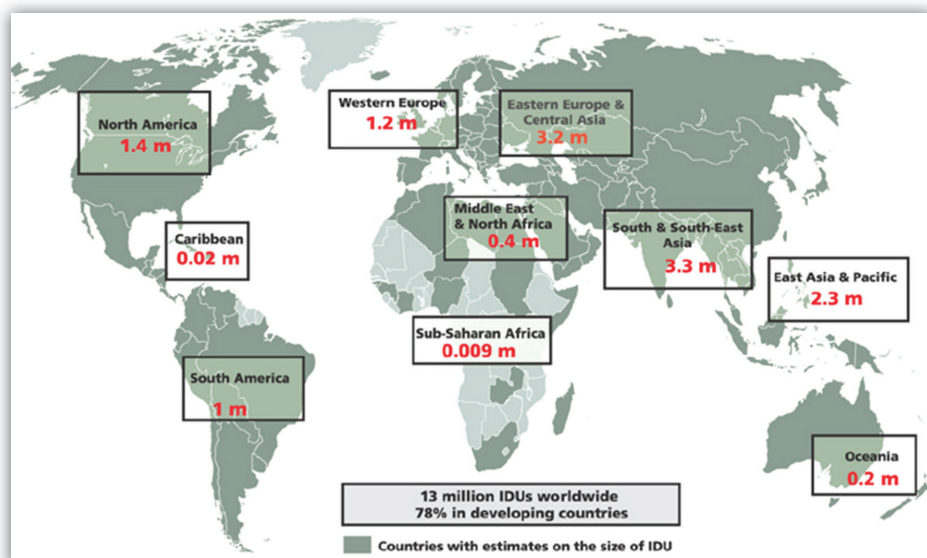
Anna Marzec-Bogusławska
Dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS
z Zespołem

Zakażenia HIV wśród populacji osób przyjmujących środki psychoaktywne drogą iniekcji: przyczyny, zapobieganie, działania na przyszłość.

Dlaczego osoby przyjmujące środki psychoaktywne drogą iniekcji są szczególnie narażone na zakażenie HIV?

Globalne dane za rok 2020 przedstawione przez Światową Organizację Zdrowia pokazują, że średnio jeden na dziesięć nowych

przypadków zakażeń HIV został spowodowany używaniem przez osoby przyjmujące środki psychoaktywne zanieczyszczonego sprzętu do iniekcji. Ponadto szacuje się, że 25% nowych zakażeń HIV rejestrowanych poza Afryką Subsaharyjską dotyczy członków właśnie tej, szczególnie narażonej na zakażenie populacji. W przybliżeniu można założyć, że dożylnych użytkowników



Źródło: UNDOC (Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości - United Nations Office on Drugs and Crime)

środków psychoaktywnych jest na świecie około 13 milionów – Chiny, Rosja i Stany Zjednoczone Ameryki Północnej to trzy kraje, w których występuje koncentracja blisko połowy wszystkich tych osób – a aż 13,1% z nich żyje z HIV. Pod względem geograficznym większość nowych zakażeń HIV, występujących wśród osób przyjmujących środki psychoaktywne drogą iniekcji, notuje się w Europie Wschodniej i Azji Środkowej. Jednocześnie w wielu krajach świata pogarsza się poziom jakości, zasięgu i finansowania programów profilaktyczno-zdrowotnych dotyczących HIV, a kierowanych do członków tej szczególnej społeczności. W chwili obecnej to nie tylko wyraźnie zauważalny i niepokojący trend, lecz stan zagrożenia zdrowia publicznego, szczególnie alarmistyczny w epoce pandemii COVID-19.



Jak podawało UNAIDS w swoim rocznym raporcie z grudnia 2020 roku, wśród członków populacji kluczowych oraz ich partnerów seksualnych zanotowano 65% wszystkich nowych przypadków zakażeń HIV (biorąc pod uwagę skalę globalną). Wyliczono także, że ryzyko zakażenia HIV jest:

- 25 razy wyższe wśród mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami,
- 35 razy wyższe wśród osób przyjmujących środki psychoaktywne w iniekcjach,
- 26 razy wyższe wśród osób sprzedających usługi seksualne,
- 34 razy wyższe wśród kobiet trans niż w populacji ogólnej.

Epidemia HIV rozwijająca się wśród użytkowników dożylnych manifestuje inne trendy od tych dominujących wśród społeczności, gdzie główną przyczyną występowania nowej liczby zakażeń jest tylko jedna droga transmisji, a mianowicie droga kontaktów płciowych. Ponadto epidemia rozprzestrzeniająca się wśród osób przy-

mujących środki psychoaktywne charakteryzuje się znacznymi różnicowaniami regionalnymi i krajowymi. Dzieje się tak dlatego, że gdy wirus zdoła już przeniknąć do danej populacji użytkowników zamieszkującej określone terytorium, to częstość występowania wśród nich nowych przypadków zakażeń HIV (jak również innych infekcji o tej samej drodze transmisji¹⁾ może wzrosnąć aż do 90 procent i to w okresie krótszym niż 24 miesiące. Mamy wtedy do czynienia z gwałtownym wybuchem lokalnego ogniska epidemicznego, a główną przyczyną lawinowego przyrostu liczby zakażeń jest wielokrotne używanie tego samego, skażonego biologicznie sprzętu do iniekcji, rzeczy osobistych oraz o czym niewiele się mówi, wody służącej do płukania igieł i strzykawek. Dodatkowo, osoby uzależnione żyjąc na marginesie społeczeństwa nie mają wystarczającego dostępu do świadczeń profilaktycznych, zdrowotnych czy socjalnych, w konsekwencji czego droga transmisji różnego rodzaju zakażeń krwiopochodnych nie zostaje skutecznie przecięta.

Jeśli dokładnie przeanalizujemy drogi transmisji HIV to zauważymy, że nieco inaczej zakażają się uzależnione kobiety, a inaczej uzależnieni mężczyźni. Dowiedzono, że to właśnie kobiety, użytkowniczki środków psychoaktywnych w iniekcji, w odróżnieniu od ich użytkowników, są znacznie bardziej podatne na zakażenie HIV. Dzieje się tak z wielu powodów. Między innymi z uwagi na społeczne oczekiwania wobec kobiet jakko matek i opiekunek, a w konsekwencji na wysuwanie wobec nich szczególnych oczekiwań, co w momencie niemożności ich spełnienia z powodu uzależnienia naraża je na płynące z otoczenia akty stygmatyzacji czy dyskryminacji. Niestety, tak wrogie nastawienie stanowi kolejny, poważny czynnik rozwoju epidemii, gdyż różnice w normach społecznych zwyczajowo przypisywane mężczyznom i kobietom podnoszą poziom ryzyka zakażenia w przypadku tych drugich, a odbieranie kobietom mocy sprawczej czy pozbawianie ich możliwości

zarabiania czy podejmowania autonomicznych decyzji oraz niski poziom dostępności do należnych im świadczeń, dodatkowo zwiększają podatność kobiet na różnego rodzaju niesprawiedliwości, w tym na przejawy przemocy fizycznej i psychicznej ze strony mężczyzn. Dodatkowo, kobiety mogą być zmuszane do dzielenia się wspólnym, zanieczyszczonym sprzętem do iniekcji (np. z uwagi na zwyczaje panujące w danej subkulturze) czy być przymuszane do podejmowania ryzykownych czynności seksualnych bez możliwości negocjacji stosowania prezerwatywy jako środka profilaktyki HIV. Również partnerki seksualne członków populacji kłuczowych (mężczyzn przyjmujących środki psychoaktywne w iniekcji czy mężczyzn biseksualnych), są nieporównywalnie bardziej narażone na ryzyko zakażenia HIV od kobiet mających partnerów heteroseksualnych wolnych od uzależnienia od środków psychoaktywnych.

Co więcej, indywidualne potrzeby kobiet z zakresu prokreacji nie są brane pod uwagę, co widać na przykładzie organizacji dystrybucji świadczeń redukcji szkód czy terapii antyretrowirusowej, nadal zwykle takiej samej (mimo zróżnicowanych potrzeb w ich odbiorze) tak dla kobiet jak i dla mężczyzn. Kobiety już posiadające dzieci częściej niż mężczyźni ukrywają fakt swojego uzależnienia z powodu dyskryminacji społecznej oraz groźby pozbawienia ich praw rodzicielskich, co prowadzi do zaniechania przez nie kontaktów ze służbami medycznymi czy braku korzystania ze świadczeń związanych z profilaktyką i leczeniem HIV. Brak chęci do korzystania z tego rodzaju programów może także mieć źródło w ograniczeniach związanych ze sprawowaniem opieki nad dziećmi. Konsekwencją tego stanu rzeczy jest większa prevalencja HIV wśród populacji kobiet przyjmujących środki psychoaktywne w iniekcji niż wśród uzależnionych od tych substancji mężczyzn, co w prostej mierze prowadzi do ryzyka pojawienia się nowych zakażeń wertykalnych (z matki na dziecko).

1. Należy pamiętać, że stosowanie środków psychoaktywnych w iniekcji stanowi obecnie dominującą drogę transmisji nie tylko HIV, ale również wirusowego zapalenia wątroby typu C. Nielezione zakażenie HCV przechodzi w stan infekcji chronicznej u co najmniej 50–85% przypadków chorych. U około 7–15% z nich w ciągu 20 lat dochodzi do marskości wątroby, a u pewnego odsetka tych pacjentów rozwija się rak tego narządu.

Wielokrotne używanie zanieczyszczonego biologicznie sprzętu

W przypadku gdy osoba HIV+ używa sprzętu do iniekcji, resztki jej krwi pozostają we wnętrzu igły zanieczyszczając ją materiałem biologicznym. W konsekwencji kolejna osoba z grupy użytkowników (która to grupa może liczyć kilkanaście osób) korzystająca ze wspólnego, zanieczyszczonego sprzętu, oprócz substancji psychoaktywnej wstrzykuje sobie do organizmu także materiał zakaźny, którego już nigdy nie będzie można usunąć. Dodatkowym czynnikiem ryzyka rozprzestrzeniania się epidemii jest niechęć lub niemożność wykonania przez osoby uzależnione testu w kierunku HIV, co prowadzi do późnego wykrycia ich zakażenia (już w fazie AIDS). Do tego momentu, przez szereg lat osoba uzależniona może nieświadomie zakażać setki innych użytkowników lub partnerów/partnerki seksualne i tym samym aktywnie przyczyniać się do dalszej transmisji HIV.

Niestety, nawet w krajach, gdzie prowadzone są programy wymiany igieł² i strzykawek, tak aby zapewnić użytkownikom dostęp do sterylnej igły do iniekcji, przerwanie epidemii nie zawsze jest możliwe. W warunkach marginalizacji społecznej oraz ciągłego zagrożenia kryminalizacją dzielenie się wspólnym sprzętem stanowi element kulturowej więzi użytkowników dożylnych, dając im poczucie wspólnoty. Z niewyjaśnionych do końca przyczyn niewiele kobiet korzysta z nawet najbardziej rozwiniętych programów profilaktyczno-leczniczych (oferowanych np. w Zurychu), tak więc zagospodarowanie potrzeb użytkowników na odpowiednim dla nich poziomie bezpieczeństwa nadal pozostaje kolejną, palącą kwestią do rozwiązania.

Kryminalizacja i marginalizacja

Restrykcyjne przepisy prawne obowiązujące w wielu krajach, kryminalizujące

stosowanie, a nawet posiadanie małej ilości środków psychoaktywnych na własny użytek, prowadzą do bardziej ryzykownych form ich zażywania (np. do stosowania wspólnego sprzętu do iniekcji, tak aby szybciej móc przyjąć substancję odurzającą i błyskawicznie oddalić się z terenu zagrożonego patrolu policji). Kryminalizacja poparta innymi strategiami o represyjnym charakterze, jak również aktami dyskryminacji i stygmatyzacji, szczególnie silnie popycha użytkowników iniekcyjnych w stronę jeszcze większej marginalizacji, dodatkowo zniechęcając ich do korzystania ze świadczeń redukcji szkód i innych form opieki, w tym zdrowotnej, nie pozwalając na trwałe przerwanie dróg transmisji wirusa.

Ubóstwo

Życie na krawędzi ubóstwa i przyjmowanie środków psychoaktywnych w iniekcji są ze sobą powiązane w złożony i wzajemnie napędzający się sposób, co jednocześnie przyczynia się do rozprzestrzeniania się epidemii HIV. Ubóstwo wymusza na użytkownikach wybieranie bardziej ekonomicznych sposobów przyjmowania narkotyków, m.in. dzielenie się zanieczyszczonym sprzętem lub rezygnowanie z wszelkich form profilaktyki np. stosowania prezerwatyw. Wysiłki kierowane na przetrwanie w warunkach skrajnej biedy zazwyczaj prowadzą do podejmowania przez użytkowników iniekcyjnych zachowań związanych ze zwiększonym ryzykiem na zakażenie HIV, takich jak sprzedaż usług seksualnych lub ich bezpośrednia wymiana na środki psychoaktywne.

Co należy zrobić, aby chronić osoby przyjmujące środki psychoaktywne drogą iniekcji przez zakażeniem HIV?

Badania pokazują, że epidemię HIV występującą wśród osób przyjmujących środki psychoaktywne drogą iniekcji

można zatrzymać, a nawet odwrócić jej trendy, jeśli tylko działania profilaktyczno-lecznicze oraz te z obszaru redukcji szkód są wdrażane na podstawie rzetelnej oceny uwarunkowań lokalnych osadzonych w kontekście społeczno-kulturowo-politycznym oraz w oparciu o twarde dane naukowe. Powstrzymanie epidemii HIV wśród członków tej szczególnej społeczności wymaga zatem implementacji strategii o kompleksowym kształcie obejmującej:

- programy związane z wymianą igieł i strzykawek;
- leczenie uzależnienia od środków psychoaktywnych, a w szczególności leczenie farmakologiczne uzależnienia od opioidów;
- dostęp do dobrowolnego testowania w kierunku HIV (oraz innych zakażeń przenoszonych drogą płciową) połączone z poradnictwem okołotestowym;
- prowadzenie dostępnej dla wszystkich potrzebujących terapii antyretrowirusowej;
- profilaktykę i leczenie infekcji przenoszonych drogą płciową;
- dystrybucję prezerwatyw prowadzoną nie tylko wśród użytkowników, ale również wśród ich partnerów seksualnych;
- działania edukacyjno-informacyjne,
- szyty na miarę program szczepień.

Pomimo że każde z osobna z tych wyżej wymienionych działań sprawdza się w prowadzeniu wysoko jakościowej profilaktyki HIV i wirusowego zapalenia wątroby, należy pamiętać, że gwarantem ich najwyższej skuteczności jest kompleksowe i jednocześnie wdrażanie wszystkich jego komponentów. W krajach o ograniczonych zasobach finansowych zaleca się systematyczne wdrażanie co najmniej pierwszych czterech działań, czyli: prowadzenie programów wymiany igieł i strzykawek, farmakoterapię uzależnienia od opioidów, testowanie w kierunku HIV wraz z poradnictwem okołotestowym oraz upowszechnienie terapii antyretrowirusowej.

2. W ramach programów wymiany często stosuje się specjalnie zaprojektowane igły, w których ilość zalegającej krwi jest minimalna, na wypadek, gdyby ktoś zdecydował się na ich ponowne użycie.

Twarde dane naukowe pokazują, że na obszarach, gdzie zdekryminalizowano stosowanie środków psychoaktywnych (np. posiadanie ich na użytek własny), uzyskano gwałtowny spadek liczby nowych zakażeń HIV, a tam, gdzie użytkownikom otwarto dostęp do programów redukcji szkód oraz do innych publicznych programów zdrowotnych, znacząco spadł poziom ich dyskryminacji i marginalizacji. Kraje, w których wprowadzono tego rodzaju odpowiednie reformy legislacyjne i społeczne, to: Czechy, Holandia, Portugalia i Szwajcaria.

Programy redukcji szkód mają na celu zapobieganie rozprzestrzenianiu się HIV oraz innych zakażeń krwiopochodnych, jak również negatywnych zjawisk związanych z używaniem środków psychoaktywnych. Główne założenia tego typu programów to zapewnienie użytkownikom i użytkowniczkom łatwego dostępu do sterylnej sprzątki do iniekcji oraz zastąpienie nielegalnych środków (takich jak heroina) lekami na receptę, takimi jak metadon lub buprenorfina, podawanych pod nadzorem medycznym w celu uniknięcia zgonu z powodu przedawkowania. Priorytetem stosowania tego rodzaju te-

rapii substytucyjnej jest doprowadzenie do zaprzestania przyjmowania środków psychoaktywnych przez osoby od nich uzależnionych. Jednak cele główne leczenia substytucyjnego oparte są na założeniach charakteryzujących się o wiele szerszym kontekstem, bo odnoszącym się do tematu zdrowia publicznego. Dlatego też, leczenie substytucyjne ma na celu:

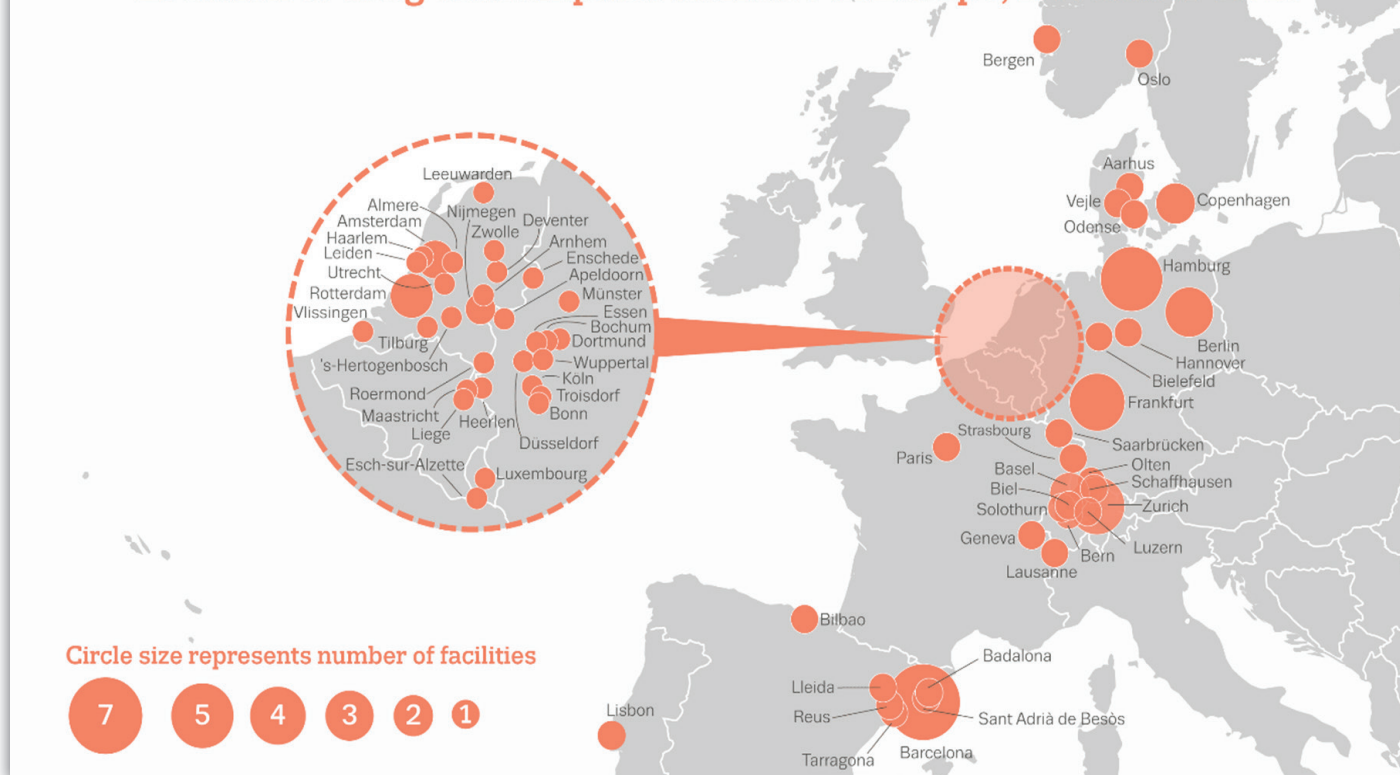
- redukcję zagrożeń wynikających ze stosowania środków odurzających drogą dożylną przy użyciu niesterylnego sprzętu do iniekcji, a w szczególności transmisji HIV, HBV, HCV oraz innych zakażeń krwiopochodnych,
- skrócenie „ciągow” brania narkotyków,
- zmniejszenie ryzyka wystąpienia powrotu do używania substancji psychoaktywnych,
- zmniejszenie potrzeby uciekania się do zachowań przestępczych w celu zdobycia środków finansowych na zakup substancji psychoaktywnych,
- ustabilizowanie stanu pacjenta w celu złagodzenia objawów zespołu abstynencyjnego,
- poprawę całościowego funkcjonowania pacjenta w aspekcie osobistym, społecznym i rodzinnym,
- zmniejszenie liczby zgonów wskutek

przedawkowania środków odurzających, szczególnie wkrótce po wyjściu osób uzależnionych na wolność.

Ciekawą inicjatywę kierowaną do osób używających substancji psychoaktywnych stanowi powoływanie do istnienia i funkcjonowania tzw. drug consumption rooms czyli wydzielonych przestrzeni do bezpiecznego przyjmowania środków psychoaktywnych, w tym tych do iniekcji. Celem działania tego typu placówek jest nade wszystko zapobieganie zgonom z powodu przedawkowania środków psychoaktywnych, zapobieganie transmisji zakażeń krwiopochodnych (głównie HIV i AIDS), systematyczne obejmowanie użytkowników i użytkowniczek programami profilaktyczno-edukacyjno-społeczno-zdrowotnymi (w tym zdrowia psychicznego), ale również ochrona obszarów wspólnych takich jak parki, place zabaw przed zanieczyszczeniem zużytym sprzętem do iniekcji, jak również umożliwienie prowadzenia monitoringu nowych substancji wchodzących na rynek w celu ich szybkiej identyfikacji.

Materiał został przygotowany w oparciu o raporty UNAIDS: unaids.org

Location of drug consumption facilities in Europe, November 2019



Źródło: EMCDDA

1 listopada – Międzynarodowy Dzień Użytkowników Środków Psychoaktywnych

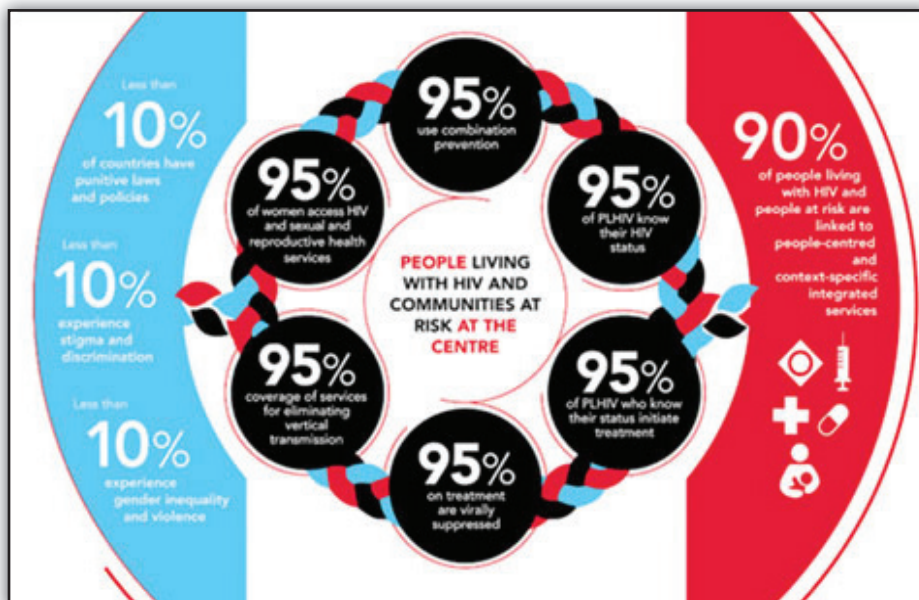
Od dwunastu lat pierwszego listopada globalna społeczność obchodzi Międzynarodowy Dzień Użytkowników Środków Psychoaktywnych. W tym Dniu szczególne znaczenie ma światowa dyskusja o wsparciu, prawach, potrzebach, wyzwaniach i osiągnięciach tej grupy. Mottem tegorocznego Dnia było #PowerOfPeers (#MocCzłonkówGrupy) w uznaniu dla osób, które w czasach kryzysu zdrowotnego COVID-19, pomimo potężnych barier i trudności, codziennie pokonywały trudności, zawsze stawały w obronie członków społeczności użytkowników środków psychoaktywnych. Poniżej można przeczytać fragmenty tegorocznego oświadczenia przygotowanego przez Aditia Taslima, rzecznika organizacji INPUD.

„Przez szereg lat słyszeliśmy ustne deklaracje członków rządów i decydentów mówiące o tym, że z uwagi na fakt, iż społeczność użytkowników odgrywa kluczową rolę propagatora profilaktyki na arenie globalnej, to w związku z tym należą jej się odpowiednie prawa. Niestety, te jedynie werbalnie zobowiązania dotychczas nie znalazły swego pokrycia w czynach, a osoby przyjmujące substancje psychoaktywne nadal doświadczają kryminalizacji, wykluczenia i różnego rodzaju niesprawiedliwości. Pandemia COVID-19 dostarczyła nam dodatkowych dowodów na to, że w czasach globalnego kryzysu zdrowotnego to właśnie członkowie danej społeczności reagują jako pierwsi, okazując gesty solidarności i przynosząc sobie wzajemne wsparcie, wznosząc się ponad problem niedofinansowania, niedoinwestowania oraz wykluczenia społecznego”.



Świat już wie, że dzięki prowadzeniu programów redukcji szkód można efektywnie ratować istnienia ludzkie. Niestety obecnie tego typu działalność została bardziej niż kiedykolwiek upolityczniona. Finansowanie świadczeń redukcji szkód plasuje się na niezwykle niskim poziomie, a na domiar złego tylko mały procent z tego i tak skrom-

nego nakładu środków trafia do najbardziej potrzebujących, czyli do samych użytkowników czy do organizacji pomocowych. Polityka narkotykowa w ogromnej większości krajów jest nadal prowadzona na zasadach kryminalizacji w oparciu o zapisy prawa karnego, a jej nowe edycje praktycznie nie uwzględniają żadnych reform.



W samym środku, symbolicznie umieszczono osoby żyjące z HIV oraz społeczności w sposób szczególny narażone na ryzyko zakażenia. Celem do osiągnięcia stało się to, aby:

- 95% z nich mogło korzystać z profilaktyki skojarzonej (co rozumie się jako wachlarz możliwości do swobodnego wyboru, np. wykonanie testu w kierunku HIV wraz z poradnictwem w punkcie testowania, wykonanie samego testu bez kontaktu z doradcą i otrzymanie wyniku w formie elektronicznej, lub wykonanie testu samodzielnie w domu i własnoręczne odczytanie wyniku),
- 95% osób HIV+ będzie znało swój status serologiczny, 95% osób HIV+ wiedzących o swoim zakażeniu rozpocznie leczenie, u 95% osób objętych leczeniem wystąpi obniżenie poziomu wirerii do poziomu niewykrywalności,
- świadczenia związane z eliminacją zakażeń wertykalnych (z matki na dziecko) dotrą do 95% potrzebujących, 95% kobiet uzyska dostęp do świadczeń związanych z ich zdrowiem seksualnym i reprodukcyjnym.

- 90% osób żyjących z HIV oraz tych szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia uzyska dostęp do zintegrowanych, specjalistycznych świadczeń pomyślanych tak, aby skupiały się na dobru ich odbiorców oraz były dostosowane do wymagań środowiskowych w których te osoby żyją,

- mniej niż 10% krajów charakteryzować się będzie obecnością zapisów prawa karnego z obszaru HIV i AIDS skierowanych do populacji szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia, mniej niż w 10% krajów występować będzie problem stygmatyzacji i dyskryminacji wobec osób z populacji kluczowych, mniej niż 10% krajów charakteryzować się będzie występowaniem nierówności na tle płciowym oraz przemocą z tym związaną.

Źródło: inpu.org

dr n. przyr. Maria Wawer, UMCS

30 lat programów redukcji szkód w Polsce

Działania z zakresu redukcji szkód stanowią od wielu lat element polityki państwa w obszarze przeciwdziałania narkomanii w Polsce. Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z 29 lipca 2005 roku w Artykule 2.1. wskazuje, że przeciwdziałanie narkomanii realizuje się przez odpowiednie kształtowanie polityki społecznej, gospodarczej, oświatowo-wychowawczej i zdrowotnej, a w szczególności w pkt 3) ograniczanie szkód zdrowotnych i społecznych. Według Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), które jest agendą Komisji Europejskiej, redukcja szkód obejmuje interwencje, programy i polityki mające na celu zmniejszenie szkód zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych wynikających z używania narkotyków dla jednostek, społeczności i społeczeństw. Podstawową zasadą redukcji szkód jest opracowanie pragmatycznych reakcji na radzenie sobie z używaniem narkotyków poprzez położenie głównego nacisku na zmniejszenie szkód zdrowotnych wynikających z ciągłego używania narkotyków.

Sytuacja epidemiologiczna

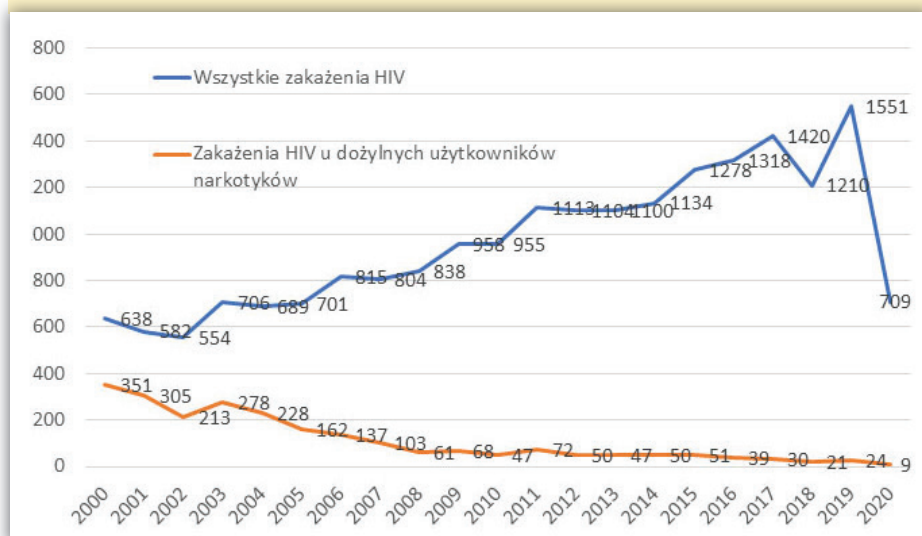
Zanim przejdę do omówienia realizacji programów redukcji szkód w Polsce,

które w niniejszym artykule dotyczyć będą działań przede wszystkim adresowanych do iniekcyjnych użytkowników narkotyków, przyjrzymy się sytuacji epidemiologicznej dotyczącej HIV. Na wykresie 1 zaprezentowane zostały dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny dotyczące nowych zakażeń HIV, w tym z powodu iniekcyjnego zażywania narkotyków w latach 2000-2020. W latach 2000-2019 nastąpił wzrost nowych zakażeń z 638 do 1551 osób. W przypadku zakażeń z powodu używania narkotyków w iniekcjach odnotowujemy spadek w tym okresie z 351 do 24. Najnowsze dane z 2020 roku wskazują na bardzo wyraźne zmniejszenie się nowych zakażeń w obydwu tych grupach. Niewątpliwie jest to efekt pandemii COVID-19, ale dalszych pogłębionych analiz wymaga też kwestia czy dane z tego roku obrazują faktycznie zmniejszenie się nowych zakażeń HIV, czy jest to wynik znacznie mniejszej liczby testów w tym czasie wykonanych, a co za tym idzie testów pozytywnych. W okresie pandemii prawdopodobnie na krótki okres ograniczona została dostępność do punktów testowania jak również zamknięcie osób podczas „lockdownu” mogło mieć wpływ na zgłaszalność do punktów testowania.

Wymiana igieł i strzykawek

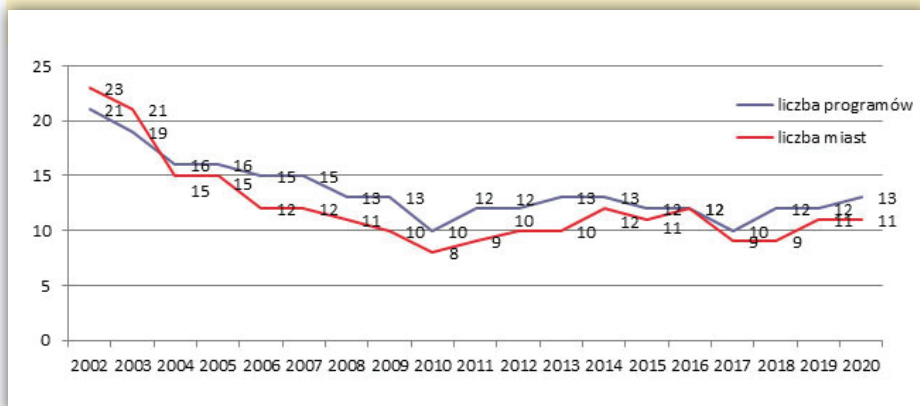
Pierwsze programy dystrybucji igieł i strzykawek powstały w 1989 roku w ramach działań prowadzonych przez Stowarzyszenie Monar, a w 1991 roku rozpoczęto wymianę sprzętu do iniekcji. Redukcja szkód pojawiła się w Polsce w odpowiedzi na epidemię HIV, która w początkowym okresie w dużym stopniu dotknęła osoby zażywające narkotyki w iniekcjach. Odnosząc się do obecnych czasów, pandemia COVID-19 pokazała, że programy redukcji szkód stanowią w tym trudnym czasie ważny element pomocy osobom uzależnionym. W 2020 roku wobec problemów z działaniem programów ukierunkowanych dla osób bezdomnych, niektóre z programów redukcji szkód przejęły ich funkcję, wydając np. jedzenie. W 2002 roku, kiedy rozpoczęto w systematyczny sposób zbieranie danych o działaniach programów wymiany igieł i strzykawek przez CINN KBPN, w 23 miastach działało 21 programów wymiany strzykawek. W tym czasie największą była dostępność usług wymiany igieł i strzykawek dla osób używających narkotyków iniekcyjnie, a także programów edukacyjnych i wsparcia socjalnego. W niecałe dwie dekady później, czyli w 2020 roku, działało 13 programów wymiany igieł i strzykawek. Operowały one głównie w dużych miastach i oferowały sterylny sprzęt do iniekcji w 11 miastach w Polsce: Zielona Góra, Wrocław, Puławy, Częstochowa, Warszawa, Lublin, Kraków, Zgorzelec, Olsztyn, Wieliczka, Chorzów. Dostępne były również inne usługi, takie jak poradnictwo, edukacja i opieka społeczna, która dla osób zażywających narkotyki była często jedyną drogą dotarcia do placówek związanych z narkotykami. Liderem w obszarze realizacji programów wymiany strzykawek prowadzi Stowarzyszenie Monar (6 programów). Jak widać na wykresie 2 najwięcej programów wymiany działało w 2002 roku. Od tego czasu zniknęły programy np. w Gdańsku, Szczecinie, Poznaniu i kilku miastach na Śląsku. Do pozytywnych tendencji należy zaliczyć powstanie w Polsce zintegrowanych

Wykres 1. Liczba nowych zakażeń HIV, w tym z powodu używania narkotyków w iniekcjach w latach 2000-2020.



Źródło: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH - Państwowy Instytut Badawczy (Zakład Epidemiologii, Chorób Zakaźnych i Nadzoru) według daty wykrycia, zgłoszono przed 31 grudnia 2020

Wykres 2. Programy wymiany w Polsce w latach.



Źródło: Dane Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN

centrów pomocy i redukcji szkód, które stanowią kompleksową ofertę skierowaną do użytkowników substancji psychoaktywnych.

Programy redukcji szkód starają się dotrzeć do potencjalnego klienta na różne sposoby. Większość programów jest stacjonarna, jednak pomoc i sprzęt do iniekcji są również zapewniane przez pracowników ulicznych, tzw. streetworkerów. Programy tego typu działają w społeczności narkomanów, tj. na ulicach, w parkach czy na stacjach komunikacji miejskiej. Zniknięcie otwartych scen narkotykowych (tzw. „bajzle”), na których użytkownicy narkotyków spotykali się, a także sprzedawanie narkotyków przez telefon i internet, spowodowało, że pracownikom programów redukcji szkód coraz trudniej jest dotrzeć do klientów. Niektóre programy oferujące pomoc na ulicy starają się udostępniać usługi mobilne w celu zwiększenia ich dostępności. Od 2017 roku w Warszawie działa mobilny punkt wymiany igieł i strzykawek, który jest wspólną inicjatywą Fundacji Edukacji Społecznej oraz Stowarzyszenia Prekursor. Punkt zapewnia również cały szereg innych usług swoim kluczowym klientom: bezpłatne i anonimowe testowanie w kierunku HIV, HCV i kiły oraz możliwość uzyskania bezpłatnego poradnictwa medycznego, prawnego i socjalnego. Warto jednak wspomnieć, że pierwsze tego typu działania mobilnego punktu – busa – zostały podjęte przez Stowarzyszenie Monar w Krakowie. We Wrocławiu

również pomoc do osób potrzebujących dociera za pomocą mobilnego punktu. Większość programów redukcji szkód działa w ośrodkach leczenia ambulatoryjnego organizacji pozarządowych jako wydzielone programy. Tylko nieliczne jak np. we Wrocławiu, Warszawie, Krakowie mają swoje stałe miejsce: dzienne schroniska dla czynnych użytkowników narkotyków, nazywane w języku angielskim drop-in. Kadre programów redukcji szkód stanowią w większości młode osoby o różnym poziomie wykształcenia: od studentów po terapeutów. Programy redukcji szkód oferują sprzęt do iniekcji, pomoc, wsparcie społeczne, informację i edukację. Część z nich wspiera również klientów w kontakcie z urzędami, np. pomagając otrzymać nowy dokument tożsamości.

Programy wymiany w liczbach

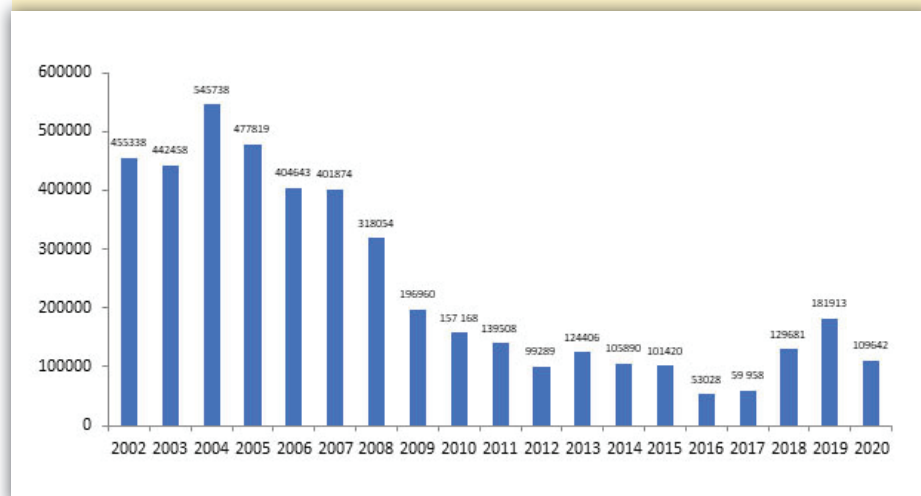
Spójrzmy, jak wygląda wdrażanie programów adresowanych do iniekcyjnych użytkowników narkotyków w liczbach. Wykres 3 pokazuje na wyraźny spadek liczby programów wymiany strzykawek w Polsce w latach 2002-2020. Dane dotyczące dystrybucji strzykawek pokazują trochę inny trend, bo w 2019 roku odnotowano wzrost wydanych igieł, jednakże w 2020 roku liczba strzykawek zmniejszyła się do 109 642 z 181 913 w 2019 roku.

Na wykresie 4 przedstawione zostały informacje na temat liczby osób objętych programami wymiany. W 2019 roku odnotowano ich wzrost do liczby ponad 2500 osób. Najnowsze dane to spadek do liczby 2227 osób. W analizowanym okresie najwięcej osób zostało objęte programami w 2005 roku – ponad 5000.

Raport o programach redukcji szkód

W 2021 roku na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii opracowany został raport¹ pt. „Przegląd badań nad efektywnością programów redukcji szkód oraz analiza czynników ułatwiających i utrudniających implementację tych strategii w Polsce i na świecie” (aut. Justyna Klingemann, Harold Klingemann). Zawiera on m.in. prezentację programów redukcji

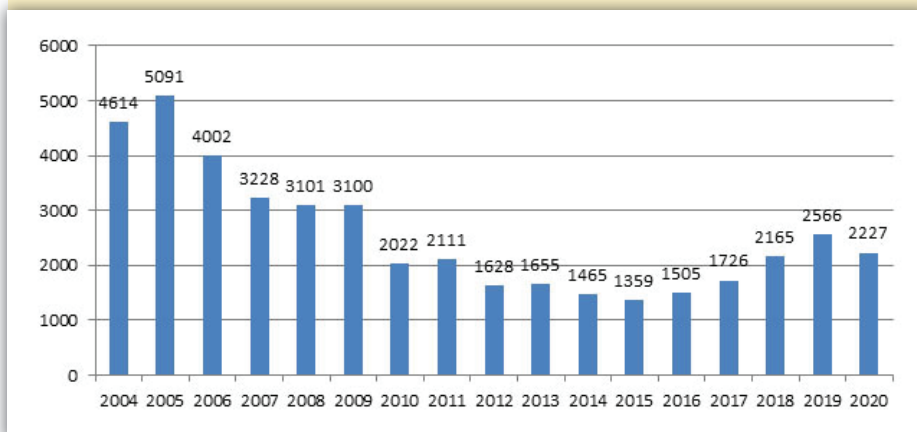
Wykres 3. Dystrybucja strzykawek w programach wymiany w latach 2002-2020.



Źródło: Dane Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN

1. Raport jest dostępny na stronie KBPN pod linkiem: <https://www.kbpn.gov.pl/portal?id=11323424>

Wykres 4. Odbiorcy programów redukcji szkód 2014-2020



Źródło: Dane Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN

szkód realizowanych w Polsce. Poruszone zostały także w nim kwestie roli i miejsca redukcji szkód w narodowych strategiach w obszarze zdrowia dotyczących uzależnień oraz percepcji społecznej działań z zakresu redukcji szkód. Ponadto w raporcie opisane zostały czynniki ułatwiające i utrudniające implementację podejścia redukcji szkód w obszarze uzależnień odnosząc się do badań dotyczących rzecznictwa na rzecz redukcji szkód. Badacze, którzy przygotowali raport przedstawiają cele programów redukcji szkód jako: *Działania programów zmierzające do poprawy bezpieczeństwa publicznego. Ich celami w obszarze zdrowia są profilaktyka zakażeń HIV, HCV i kiły oraz zakażeń związanych z iniekcjami oraz poprawa stanu zdrowia adresatów programu. Oznacza to prowadzenie kompleksowych oddziaływań w warunkach stacjonarnych oraz w środowisku klienta, które zmierzają do: podniesienia poziomu wiedzy na temat zagrożeń związanych z używaniem substancji i zmiany wzorów używania na mniej szkodliwe; zmniejszenia liczby schorzeń somatycznych związanych z iniekcjami; zwiększenia dostępu do anonimowego testowania w kierunku zakażeń HIV, HCV i kiły; zwiększenia liczby osób świadomych swojego statusu serologicznego oraz podejmujących leczenie w programach lekowych dla osób HCV+; wzro-*

stu świadomości dotyczących uzależnienia i chorób współistniejących oraz zwiększenia liczby osób podejmujących odpowiednie leczenie. W raporcie zostały zidentyfikowane bariery, które utrudniają realizację założonych celów w programach redukcji szkód. Podstawowym ograniczeniem według ankiety przeprowadzonej w programach jest brak lub niewystarczające środki finansowe oraz bariery prawne i administracyjne. Kolejna grupa barier zaprezentowana w omawianym raporcie *...wiąże się z percepcją społeczną oraz stereotypami funkcjonującymi w przestrzeni publicznej, przekładającymi się na negatywny obraz programów pomocowych i ich klientów, niechęć do prowadzonych przez programy działań oraz trudności we współpracy z policją, MOPS czy też wspólnotą sąsiedzką.* Warto w tym miejscu zwrócić uwagę, że programy redukcji szkód, które prowadzą dzienne świetlice dla czynnych użytkowników narkotyków, spotykają się czasami z niechęcią i brakiem akceptacji mieszkańców, gdzie te programy są prowadzone. W kilku krajach w Europie prowadzone są pokoje iniekcyjne, gdzie możliwe jest dożylnie przyjmowanie narkotyku, w higienicznych warunkach i pod nadzorem wykwalifikowanego personelu. Wyniki badań przedstawione w omawianym raporcie pokazują *...że pokoje iniek-*

cyjne przyczyniają się do ograniczenia różnych zachowań ryzykownych, jak na przykład dzielenie się sprzętem do iniekcji; przyczyniają się też do znacznego obniżenia ryzyka zgonu w wyniku przedawkowania, ograniczenia zakażeń HIV i HCV oraz powstawania ran i owrzodzeń dzięki higienicznym warunkom iniekcji. Działanie tego typu placówek przyczynia się także do poprawy porządku i bezpieczeństwa publicznego. Użytkownicy iniekcyjnych narkotyków nie porzucają zużytego sprzętu na ulicach jak również zażywają narkotyki w pomieszczeniu do tego przeznaczonym. W Polsce nie ma obecnie realizowanych tego typu programów z powodów prawnych.

Co dalej?

W dniach 07 – 08 grudnia 2021 r. odbyła się w Warszawie konferencja programów redukcji szkód zorganizowana przez Centrum Informacji KBPN oraz Stowarzyszenie Monar. Podczas tego spotkania rozmawialiśmy o przyszłości programów redukcji szkód jak również o inicjatywie Fundacji Prekursor dotyczącej otwarcia programu wydawania naloxonu, który jest lekiem na depresję oddechową wywołaną opioidami. Naloxon jest używany w momencie przedawkowania opioidów, a jego dystrybucja wśród użytkowników mogłaby ograniczyć ryzyko zgonu z powodu narkotyków. Konferencja była również podsumowaniem działań programów redukcji szkód w trakcie pandemii COVID-19 i okazją do wypracowania rekomendacji dotyczących przyszłych działań tych programów. Konferencja programów redukcji szkód pomyślana jest jako horyzontalna platforma do wymiany doświadczeń między osobami zaangażowanymi w redukcję szkód. Tego typu spotkania są organizowane od 2008 roku przez CINN KBPN.

Artur Malczewski
Centrum Informacji
o Narkotykach i Narkomanii
Krajowe Biuro ds.
Przeciwdziałania Narkomanii

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”

Zasady finansowania profilaktyki poekspozycyjnej (PEP) po narażeniu na zakażenie wirusem HIV.

Zasady finansowania profilaktyki poekspozycyjnej (PEP) po narażeniu na zakażenie wirusem HIV.

Profilaktyka poekspozycyjna jest to specjalistyczne leczenie profilaktyczne po narażeniu na zakażenie wirusem HIV. Zgodnie z Zaleceniami Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS z 2021 roku¹ powinno zostać wdrożone jak najszybciej (najlepiej do 4 godzin), maksymalnie do 48 godzin, jedynie w wyjątkowych przypadkach ekspozycji seksualnych wysokiego ryzyka – do 72 godzin. Czas trwania leczenia: 28 dni.^{II} Jeśli chodzi o rekomendowany sposób postępowania, to według Zaleceń PTN AIDS w przypadku ekspozycji przezskórnej należy nie tamować krwi, ale też i jej nie wyciskać, przemyć ranę pod bieżącą wodą, można umyć mydłem, dezynfekcja preparatem niealkoholowym. W przypadku zachłapania śluzówek przepłukać kilkakrotnie wodą lub solą fizjologiczną. W przypadku ekspozycji zawodowych (podczas wykonywania obowiązków służbowych) należy zgłosić zdarzenie przełożonemu. Następnie należy zabezpieczyć krew pacjenta źródłowego do badań^I. Jeśli jest to niemożliwe skierować pacjenta na badania do ośrodka specjalistycznego zajmującego się profilaktyką poekspozycyjną. W przypadku ekspozycji pracowników medycznych badania mogą być wykonane w macierzystym zakładzie pracy, o ile nie opóźni to wdrożenia profilaktyki poekspozycyjnej. Zalecane jest uzyskanie dodatkowych informacji na temat pacjenta źródłowego, mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji o wdrożeniu profilaktyki (z zachowaniem tajemnicy lekarskiej i odpowiednim zabezpieczeniem takich danych. Następnie jak najszybciej należy zgłosić się do ośrodka specjalistycznego, celem wykonania badań i kwalifikacji do profilaktyki swoistej.^{III}

Zasady finansowania profilaktycznego leczenia poekspozycyjnego osób, które miały styczność z wirusem HIV określa ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1845 z późn. zm.). Od momentu podpisania ustawy w 2008 roku zasady te nie uległy znaczącym zmianom. Generalnie, finansowanie profilaktyki poekspozycyjnej po narażeniu na zakażenie wirusem HIV determinują dwa przepisy ww. ustawy: art. 41 ust. 4 wprowadzający zasadę generalną oraz art. 41 ust. 5 wprowadzający wyjątek od tej zasady ogólnej.

Zgodnie z art. 41 ust. 4, który można potraktować jako zasadę ogólną, leczenie poekspozycyjne osób, które miały styczność z ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV), jest finansowane na zasadach określonych w art. 40 ust. 4 i 5.^{IV} Powyższe oznacza, że koszty świadczeń zdrowotnych związanych z leczeniem poekspozycyjnym udzielonych ubezpieczonym, w tym także koszty leków, są finansowane na zasadach określonych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,^V zwłaszcza w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.). Z kolei koszty świadczeń zdrowotnych związanych z leczeniem poekspozycyjnym udzielonych osobom nieposiadającym uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, a także koszty leków, są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.^{VI} Koszty te pochodzą ze środków programu polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia poświęconego profilaktyce i leczeniu antyretrowirusowemu, aktualnie pn. *Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017 – 2021*.

Wyjątkiem od wyżej opisanej zasady ogólnej, wprowadzonym przez art. 41 ust. 5 ww. ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi jest profilaktyczne leczenie poekspozycyjne ze styczności z ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV), do której doszło w wyniku wypadku w trakcie wykonywania czynności zawodowych, które jak mówi ustawa, „jest finansowane przez pracodawcę albo zlecającego pracę.”^{VII} Przepis ten powoduje, że podmiotem odpowiedzialnym za sfinansowanie profilaktycznego leczenia poekspozycyjnego, w przypadku ekspozycji, do której doszło w wyniku wypadku w trakcie pracy (tj. „wykonywania czynności zawodowych”) jest każdorazowo pracodawca lub zlecający pracę. Zasada ta chyba najbardziej dotyka wszystkie podmioty medyczne (szpitale, przychodnie) które, aby uniknąć ponoszenia stosunkowo wysokich kosztów profilaktyki poekspozycyjnej swoich pracowników, zawierają dodatkowe ubezpieczenia w tym zakresie lub co się niejednokrotnie zdarza w przypadku np. studenckich praktyk zawodowych, zobowiązują studenta do wykupienia prywatnego ubezpieczenia, które pokryłoby koszty ewentualnego leczenia PEP.

Niezależnie od tego czy PEP miałaby być sfinansowana w ramach ubezpieczenia NFZ, ze środków będących w dyspozycji Ministra Zdrowia, przez pracodawcę lub zlecającego pracę, czy też z prywatnie wykupionego ubezpieczenia, powinna zostać wdrożona możliwie jak najszybciej, maksymalnie w ciągu 48 godzin od narażenia na zakażenie. W Programie Polityki Zdrowotnej Ministra Zdrowia pn. *Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017 – 2021* podkreślono, że „celowość stosowania profilaktyki zakażeń poekspozycyjnych” wypadkowych (uzup. redakcji) „potwierdza fakt, iż dzięki zastosowaniu leków ARV w celach profi-

1. Jeżeli osoba będąca źródłem ekspozycji jest przytomna, powinna wyrazić zgodę na badania. W przypadku, gdy źródłem ekspozycji jest osoba nieletnia poniżej 16 r.ż. zgodę na badania wyrażają opiekunowie prawni, a w wieku 16-18 lat – opiekunowie prawni i badany. W przypadku odmowy przez pacjenta źródłowego wykonania badań – należy potraktować go jak potencjalnie zakażonego HIV, HBV i HCV.

laktycznych w trakcie realizacji programu nie zarejestrowano żadnego przypadku zakażenia HIV w Polsce”.^{VIII}

Stan prawny na dzień 15 listopada 2021 r.

Gdzie znaleźć informacje o PEP

Krajowe Centrum ds. AIDS, w roku 2021, uaktualniło i wydało plakat oraz ulotkę na temat postępowania po ekspozycji zawodowej. Oba te materiały niebawem będą zamieszczone na portalu aids.gov.pl w zakładce Publikacje do pobrania lub zamówienia i dostępne w wersji papierowej po wypełnieniu i przesłaniu na adres aids@aids.gov.pl formularza zamówienia.

W przypadku ekspozycji pozazawodowej wypadkowej sposób postępowania opisany jest na tymże portalu w zakładce Ekspozycja na HIV – Postępowanie w nagłych wypadkach. Znajdują się tam adresy i dostępne całodobowo telefony do szpitali i klinik, w których można uzyskać pomoc w sytuacjach nagłych – ekspozycji pozazawodowej wypadkowej.

Informacja ta jest opatrzona uwagą o konieczności bezzwłocznego zgłoszenia się po ekspozycji do wybranej przez siebie placówki medycznej z listy lub dowolnej kliniki chorób zakaźnych w przypadku długiego oczekiwania lub braku możliwości kontaktu telefonicznego, spowodowanego np. epidemią COVID-19.

Oprac. Krajowe Centrum ds. AIDS

POSTĘPOWANIE PO ZAWODOWEJ EKSPOZYCJI NA MATERIAŁ POTENCJALNIE ZAKAŹNY (HIV/HBV/HCV)

Opracowała (na podstawie Rekomendacji PTN AIDS 2021): dr n. med. Weronika Rymer, Konsultacja merytoryczna: prof. dr hab. n. med. Brygida Knyż – wiceprezes PTN AIDS i lek. med. Beata Zawada.

EKSPOZYCJA ZAWODOWA – narażenie na materiał potencjalnie zakaźny w związku z wykonywaną pracą. Do zakażenia HIV, HBV, HCV może dojść poprzez: narażenie ciągłości skóry przedmiotem zanieczyszczonym materiałem biologicznym potencjalnie zakaźnym, lub zaciśnięcie błony śluzowej albo uszkodzonej skóry.

POSTĘPOWANIE POEKSPOZYCJYNE – działania stosowane w celu zminimalizowania ryzyka zakażenia HIV i HBV oraz monitorowanie w kierunku rozpoznania wczesnego zakażenia HIV, HBV, HCV.

PROFILAKTYKA ZAKAŻENIA HIV polega na stosowaniu przez 28 dni trzech leków antyretrowirusowych.

SCHEMAT LEKÓW ANTIRETROWIRUSOWYCH (ARV) STOSOWANYCH W PROFILAKTYCE ZAKAŻENIA HIV (jedna z kombinacji leków z kolumny I jedna z kombinacji leków z kolumny II):	
2 inhibitory odwrotnej transkrypcji	Inhibitor proteazy lub inhibitor integracji
LEKI PIERWSZEGO WYBORU	
TDF/FTC (emtrycytyna 200 mg/tenofovir diphosphoryl 245 mg) 1 tabl. co 24 godziny lub TAF/FTC (emtrycytyna 200 mg/lamivudyna 150 mg) 1 tabl. co 24 godziny	RAL/raltegravir 400 mg) 1 tabl. co 12 godzin lub DRV/r (danurawir 800 mg/rytonawir 100mg) 1 tabl. co 24 godziny lub DRV/cobi (danurawir 800 mg/kobicystat 150 mg) 1 tabl. co 24 godziny
LEKI DRUGIEGO WYBORU (ALTERNATYWNE)	
3TC (lamivudyna 150 mg) 1 tabl. co 12 godzin z pościelkiem + TDF (tenofovir diphosphoryl 245 mg) 1 tabl. co 24 godziny	LPV/r (lopinawir 200 mg/rytonawir 50 mg) 2 tabl. co 12 godzin lub DTG (doluteagrawir 50 mg) 1 tabl. co 24 godziny (nie stosować u kobiet w wieku prokreacyjnym, które nie stosują antykoncepcji) lub BIC (bikitegrawir 50 mg) 1 tabl. co 24 godziny (nie stosować u kobiet w wieku prokreacyjnym, które nie stosują antykoncepcji)

PROFILAKTYKĘ NALEŻY ROZPOCZĄĆ JAK NAJWYŻEJ – NAJPIERZ DO 4 GODZIN, NAJPOŹNIEJ DO 48 GODZIN OD EKSPOZYCJI. NIE BAGATELIZUJ ZDARZENIA. FINANSOWANIE WYSTĄPIENIA JEST USTAWOWYM OBOWIĄZKIEM PRACODAWCY.



NAJBLIŻSZY OŚRODEK REALIZUJĄCY PROGRAM PROFILAKTYKI POEKSPOZYCJYNEJ HIV

Adres:

Telefon:

Opracowano na podstawie:
1. Rekomendacji PTN AIDS 2021
2. CDC Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposure to HIV, HBV and HCV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis, *MMWR* Recommendations and Reports, 2005, Tom 54, str. 1-12.
3. CDC Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposure to HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis, *MMWR*, 2005, Tom 54, str. 9.
4. Kohler DT i wsp. Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposure to Human Immunodeficiency Virus and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 2011 Sep; 136(9): 979-983.
5. EACS Guideline 151 (October 2020).

Exemplarz bezpłatny sfinansowany przez Krajowe Centrum ds. AIDS ze środków Ministerstwa Zdrowia.

Zgodnie z:
- art. 41 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1845 z późn. zm.), art. 41 ust. 4.
- art. 228 i 6 do 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1320 z późn. zm.), pracodawca ponosi ponadto inne koszty profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami, niezbędnej z uwagi na warunki pracy;
- rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami, zapewnienia pracownikom stałego dostępu do informacji o zasadach używania ostrych narzędzi i środków ochrony indywidualnej. Informowania pracowników o zasadach postępowania w przypadku narażenia na zakażenie, prowadzenia wykazu zranień ostrymi narzędziami, jak również wdrożenia procedury postępowania poekspozycyjnego, umożliwiającej niezwłoczne udzielenie pierwszoplanowej pomocy medycznej oraz zapobieganie skutkom narażenia, a także objęcie go profilaktyczną opieką zdrowotną po narażeniu zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

Stan prawny na dzień 21 czerwca 2021 r.

Piśmiennictwo:

- I. Zasady opieki nad osobami zakażonymi HIV. Zalecenia PTN AIDS 2021, redakcja wydania: Miłosz Parczewski, Elżbieta Jabłonowska, Magdalena Witak-Jędra.
- II. Zasady opieki nad osobami zakażonymi HIV. Zalecenia PTN AIDS 2021, redakcja wydania: Miłosz Parczewski, Elżbieta Jabłonowska, Magdalena Witak-Jędra. Rozdział 6 pt. Profilaktyka poekspozycyjna po narażeniu na zakażenie HIV, HBV, HCV. Weronika Rymer, Marek Beniowski, Elżbieta Mularska, str. 45.
- III. Zasady opieki nad osobami zakażonymi HIV. Zalecenia PTN AIDS 2021, redakcja wydania: Miłosz Parczewski, Elżbieta Jabłonowska, Magdalena Witak-Jędra. Rozdział 6 pt. Profilaktyka poekspozycyjna po narażeniu na zakażenie HIV, HBV, HCV. Weronika Rymer, Marek Beniowski, Elżbieta Mularska, str. 43-44.
- IV. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1845 z późn. zm.), art. 41 ust. 4.
- V. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1845 z późn. zm.), art. 40 ust. 4.
- VI. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1845 z późn. zm.), art. 40 ust. 5.
- VII. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1845 z późn. zm.), art. 41 ust. 5.
- VIII. Program Polityki Zdrowotnej Ministra Zdrowia pn. Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017 – 2021, str. 74.

kontra

Redakcja
Maryla Rogalewicz
Katarzyna Gajewska
Wydawca:
Krajowe Centrum ds. AIDS

Adres redakcji:
ul. Samsonowska 1, 02-829 Warszawa
tel. (+22) 331 77 68, fax (+22) 331 77 76
e-mail: kontra@aims.gov.pl
www.aims.gov.pl

Exemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.

kontra

Nr 4 (90)/2021

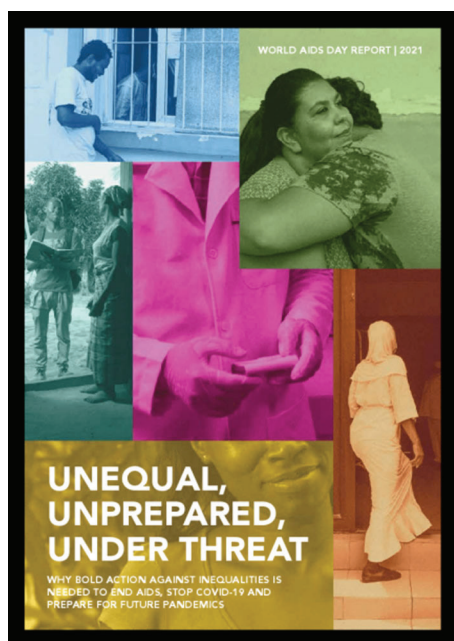
aspekty



Dodatek do Biuletynu Krajowego Centrum ds. AIDS

kontra

Raport UNAIDS z okazji Światowego Dnia AIDS 2021



Na łamach swojego nowego raportu opublikowanego 29 listopada 2021 z okazji przypadającego na 1 grudnia Światowego Dnia AIDS UNAIDS wydało poważne ostrzeżenie, wyliczając, że jeśli przywódcom nie uda się skutecznie zwalczyć nierówności na poziomie kontynentów/państw/społeczności lokalnych/populacji, to w ciągu najbliższych 10 lat świat może stanąć w obliczu nawet 7,7 miliona¹ zgonów mających związek z AIDS. UNAIDS ponadto przestrzega, że jeśli nie zostaną wdrożone konkretne działania niezbędne do zakończenia epidemii AIDS, to ludzkość zostanie dodatkowo długofalowo uwięziona w obecnym kryzysie zdrowotnym wywołanym pandemią COVID-19. Ta skomplikowana sytuacja równoległego występowania dwóch globalnych zagrożeń zdrowia publicznego nie przyczyni się do skutecznej obrony przed kolejnymi, nadchodzącymi pandemiemi

prawdopodobnie wywołanymi ocieplaniem się klimatu czy niszczeniem ekosystemów przez człowieka.

Z przedstawionych przez UNAIDS szczegółowych danych wynika, że niektóre kraje, w tym te o najwyższym wskaźniku prevalencji HIV, poczyniły znaczne postępy w walce z epidemią. Pokazuje to, że najważniejszym osiągnięciem w skali globalnej w walce z HIV i AIDS było i nadal jest ustawiczne podnoszenie poziomu dostępu do leczenia antyretrowirusowego dla wszystkich potrzebujących. Niestety liczba nowych przypadków zakażeń HIV nie spada tak szybko jakby tego oczekiwano. Niepokojem napawa wynik 1,5 miliona nowych przypadków zakażeń zdiagnozowanych w 2020 roku oraz rosnące w niektórych krajach wskaźniki zakażeń. Duża liczba nowych przypadków infekcji pozostaje w ścisłej korelacji z występowaniem różnego rodzaju nierówności – tych dotyczących kontynentów/państw/społeczności lokalnych czy samych populacji. Dość powiedzieć, że 6 na 7 nowych przypadków zakażeń HIV zanotowano wśród nastoletnich dziewcząt mieszkających w Afryce Subsaharyjskiej. Mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami, osoby sprzedające usługi seksualne oraz te przyjmujące środki psychoaktywne w iniekcji są 25-35 razy bardziej narażone na zakażenie HIV właśnie z powodu nierównego dostępu do systemu ochrony zdrowia, świadczeń profilaktyczno-leczniczych czy tych z obszaru redukcji szkód.

Pandemia COVID-19 w wielu miejscach na świecie miała i ma destrukcyjny wpływ na niegdyś ustabilizowaną dystrybucję

świadczeń profilaktyczno-leczniczych z obszaru HIV i AIDS. W związku z tym, dynamika testowania uległa prawie wszędzie spowolnieniu licząc w skali globalnej, w konsekwencji czego w 2020 roku mniejsza liczba osób HIV+ rozpoczęła leczenie antyretrowirusowe. Najgorszy okres pod tym względem miał miejsce w pierwszej połowie 2020 roku, kiedy to wiele krajów ogłosiło lockdown i poddało wszystkich obowiązkowej izolacji. Liczba żyjących osób HIV+ korzystających z terapii antyretrowirusowej wzrosła zaledwie o 1,9% między styczniem a czerwcem 2020 roku, z 25,5 mln osób do 26,0 mln osób. Następnie przyszedł przyspieszony wzrost o 4,9% od lipca 2020 roku do grudnia 2020 roku sięgający liczby 27,3 mln osób, a następnie zanotowano wzrost o 3,4% w ciągu pierwszych sześciu miesięcy 2021 roku. Pod koniec czerwca 2021 roku na świecie odnotowano 28,2 miliona osób żyjących z HIV i zarazem leczonych antyretrowirusowo. Naturalnemu zakłóceniu uległa także dystrybucja świadczeń z obszaru redukcji szkód wśród osób przyjmujących środki odurzające. Z raportu wynika, że ten niekorzystny trend miał miejsce w 65% ze 130 krajów objętych badaniem.

Na łamach raportu UNAIDS poddano także analizie pięć modułów planu skutecznego zwalczenia epidemii HIV, który to plan został niedawno opracowany przez państwa członkowskie na spotkaniu wysokiego szczebla Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych w sprawie AIDS. Jest to bardzo istotne zagadnienie, gdyż pełna implementacja owych modułów ma zasadnicze znacze-

1. Jeżeli osoba będąca źródłem ekspozycji jest przytomna, powinna wyrazić zgodę na badania. W przypadku, gdy źródłem ekspozycji jest osoba nieletnia poniżej 16 r.ż. zgodę na badania wyrażają opiekunowie prawni, a w wieku 16-18 lat – opiekunowie prawni i badany. W przypadku odmowy przez pacjenta źródłowego wykonania badań – należy potraktować go jak potencjalnie zakażonego HIV, HBV i HCV.

nie dla powodzenia strategii zakończenia epidemii. Moduły powyższego planu są następujące:

• Opracowanie infrastruktury zarządzanej przez członków społeczności szczególnie narażonych na zakażenie i opartej na ich pracy.

W krajach gdzie do działania publicznego systemu ochrony zdrowia zostały zaangażowane organizacje pozarządowe prowadzone przez członków społeczności szczególnie narażonych na zakażenie, osiągnięto znaczne wzmocnienie pozycji osób najbardziej dotkniętych kryzysem zdrowotnym, skuteczniej zwalczano rozprzestrzenianie się szkodliwych mitów i fałszywych informacji (tzw. fake news), jak również stereotypów napędzających stygmatyzację i dyskryminację przy jednoczesnym zachowaniu ciągłości dystrybucji świadczeń profilaktyczno-leczniczych oraz przy dochowaniu nadrzędnej zasady przestrzegania praw człowieka.

• Poszechny dostęp do leków, szczepionek i technologii medycznych.

Proces upowszechnienia testów w kierunku HIV oraz obejmowanie leczeniem antyretrowirusowym jak największej liczby pacjentów zajął światu całe dziesięciolecie. W tym czasie straciliśmy wiele istnień ludzkich, które przy użyciu obecnych praktyk i strategii łatwo można by uratować. Nierówności widoczne w dystrybucji szczepionek przeciw COVID-19 odzwierciedlają nierówności występujące w leczeniu antyretrowirusowym w czasie początkowej fazy walki z HIV/AIDS. Dane pokazują, że w pierwszym kwartale listopada 2021 r. zaledwie 2% mieszkańców krajów o niskich dochodach zostało w pełni zaszczepionych przeciwko COVID-19, w porównaniu z 65% mieszkańców krajów o dochodach wysokich.

• Wspieranie środowiska medycznego i innych osób pracujących na pierwszej linii frontu walki z pandemią.

Środowisko medyczne oraz inny personel ochrony zdrowia, pracownicy socjalni, nauczyciele i opiekunowie osób chorych nie pobierający za swą pracę wynagrodzenia są bohaterami walki z pandemią gdyż ryzykują swoim zdrowiem i życiem, po to aby zapewnić opiekę i podstawowe świadczenia profi-

laktyczno-lecznicze swoim podopiecznym. Bardzo często osoby te pracują w trudnych warunkach, są słabo opłacane, a bywa, że ich wysiłki niedoceniane. Często doświadczają oni także stygmatyzacji otoczenia jako ci, którzy mają permanentny kontakt z niebezpiecznym wirusem. Kluczowe dla ich wydajności zawodowej jest ciągłe podnoszenie kompetencji oraz zapewnienie im odpowiednich zasobów oraz narzędzi do walki z kryzysem zdrowotnym.

• Prawa człowieka w centrum walki z pandemią.

Nieprzestrzeganie praw człowieka podważa zaufanie pacjentów do pracowników służby zdrowia i zniechęca członków populacji kluczowych do korzystania ze świadczeń profilaktyczno-leczniczych, co w wielu częściach świata stanowi poważną przeszkodę w walce z epidemią HIV/AIDS. Brak poszanowania praw człowieka ma również zdecydowanie negatywny wpływ na radzenie sobie z pandemią COVID-19. To właśnie na terenie Afryki, gdzie poziom wyszczepialności jest znikomo niski pojawiają się nowe, niebezpieczne warianty wirusa rozprzestrzeniające się następnie na inne kontynenty, w tym na te gdzie szczepionki są bezpłatne i dostępne na wyciągnięcie ręki.

• Systemy zbierania danych powinny koncentrować się na czynnikach ludzkich i uwypuklać istniejące wielopoziomowe nierówności.

Wybrany rodzaj walki z pandemią powinien być kształtowany przez obiektywną triangulację szerokiego zakresu danych, a gromadzenie, analiza i wykorzystanie ilościowe i jakościowe zebranych informacji powinno być prowadzone etycznie i poufnie. Tylko tak będzie można się dowiedzieć, które populacje, z jakiego obszaru geograficznego są najbardziej dotknięte kryzysem zdrowotnym oraz dlaczego nie są one objęte świadczeniami profilaktyczno-leczniczymi na zadowalającym poziomie.

W miarę upływu czasu wyłania się pełniejszy obraz zależności występujących między zakażeniem HIV, SARS-CoV-2 a odpowiedzią immunologiczną organizmu w reakcji na szczepienie. Badania pochodzące z Republiki Południowej Afryki,

Wielkiej Brytanii oraz Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej pokazują, że osoby HIV+ chore na COVID-19 są bardziej narażone na poważne powikłania zdrowotne, a nawet zgon niż osoby HIV- również przechodzące zakażenie koronawirusem. Ryzyko to rośnie szczególnie w przypadku osób żyjących z HIV, a nie objętych terapią antyretrowirusową. Niedawne duże badanie przeprowadzone w ośrodkach klinicznych w USA na próbie ponad 5,8 miliona osób wykazało, że zakażenie HIV wiązało się z 20% wyższym ryzykiem hospitalizacji z powodu COVID-19 i z 29% wyższym ryzykiem śmierci. Istnieje coraz więcej dowodów również na to, że zagrożenie wystąpienia powikłań z powodu zakażenia SARS-CoV-2 wśród osób HIV+ jest najwyższe wśród tych pacjentów, którzy mają niską liczbę komórek CD4 lub wykrywalny poziom wirerii. Odkrycie to podkreśla dodatkową wagę i korzyści płynące z efektywnego leczenia antyretrowirusowego.

Dane zebrane przez Światowe Forum Ekonomiczne pokazują, że pandemia COVID-19 odsunęła nadzieję na likwidację nierówności płci o przynajmniej jedno pokolenie. Utrata miejsc pracy, a co za tym idzie dochodów jest zdecydowanie wyższa wśród kobiet. Dodatkowo, kobiety zostały jeszcze bardziej obciążone obowiązkami opiekuńczymi nad dziećmi, chorymi czy starszymi członkami rodziny. Dziesiątki badań potwierdzają wzrost przemocy fizycznej czy psychicznej wobec kobiet i dziewcząt podczas trwania pandemii, co jest również związane z podwyższonym ryzykiem zakażenia HIV oraz ma destrukcyjny wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne. Jednocześnie zakłóceniu uległ dostęp do świadczeń z obszaru praw zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego. Ocenia się także, że ok. miliona dziewcząt może nigdy nie wrócić do szkół w celu kontynuowania dalszej nauki przerwanej z powodu pandemii COVID-19. Dane UNAIDS pokazują także, że mężczyźni HIV+ mieszkający w Afryce Subsaharyjskiej mają mniejsze szanse niż kobiety na testowanie w kierunku HIV, a w konsekwencji na rozpoczęcie terapii antyretrowirusowej.

Populacje kluczowe, takie jak: osoby świadczące usługi seksualne, przyjmują-

ce środki odurzające w iniekcji, osadzeni, osoby transpłciowe i mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami są szczególnie narażeni na zakażenie HIV i innymi infekcjami ze względu na marginalizację społeczną, akty dyskryminacji i przemocy, jak również na szkodliwe zapisy legislacyjne. Najnowsza analiza przeprowadzona przez UNAIDS pokazuje, że dane zgłaszane przez szereg krajów wydają się nie określać właściwie rozmiarów populacji kluczowych, powodując, że dziesiątki milionów ludzi stają się niewidzialni dla krajowych programów zapobiegania i zwalczania HIV/AIDS.

RAPORT UNAIDS 2020 – DANE LICZBOWE

Jak co roku, z okazji Światowego Dnia AIDS 2019 UNAIDS opublikowało nowe dane dotyczące epidemii HIV. Oto najważniejsze z nich.

ŚWIAT

- W czerwcu 2021 28,2 mln osób korzystało z terapii antyretrowirusowej.
- W 2020 roku na świecie żyło 37,7 mln [30,2 – 45,1] osób HIV+.
- W 2020 roku zanotowano ok. 1,5 mln [1,0 – 2,0] nowych przypadków HIV.
- W roku 2020 680 tys. [480 000–1,0 mln] osób zmarło z powodu AIDS.
- Od początku epidemii, HIV zakażyło się 79,3 mln [55,9 – 110] osób.
- Od początku epidemii 36,3 mln [27,2 – 47,8] osób zmarło z powodu AIDS.

Osoby HIV+ OOSOBY HIV+

- W 2020 roku na świecie żyło 37,7 mln [30,2 – 45,1] osób HIV+. Z czego:
- 36,0 mln [28,9 – 43,2] dorosłych oraz
- 1,7 mln [1,2 – 2,2] dzieci (<14).
- 53% wszystkich osób zakażonych stanowią kobiety i dziewczęta.
- 84% [67 – >98%] wszystkich zakażonych znało swój status serologiczny.
- Ok. 6,1 mln [4,9–7,3] zakażonych nie było tego faktu świadomych

Osoby HIV+ objęte terapią antyretrowirusową

W czerwcu 2021 28,2 mln osób żyjących z HIV miało dostęp do terapii ARV, w porównaniu do 23,3 mln [20,5 – 24,3] w roku 2018 oraz 7,8 mln [6,9 – 7,9] w roku 2010.

W roku 2020 ok. 73% [56 – 88%] wszystkich osób żyjących z HIV miało dostęp do terapii ARV.

74% [57 – 90%] osób dorosłych od 15 r.ż. HIV+ korzystało z terapii ARV, ale już tylko 54% [37–69%] dzieci wieku od 0–14 lat miało do niej dostęp.

79% [61 – 95%] dorosłych kobiet >15 r.ż. korzystało z terapii ARV, ale zaledwie 68% dorosłych mężczyzn >15 r.ż. [52–83%] miało do niej dostęp.

W 2020 roku 85% [63 – >98%] kobiet ciężarnych HIV+ przyjmowało leki ARV chroniące ich dzieci przed transmisją wirusa.

Nowe przypadki HIV

W roku 2020 na całym świecie zanotowano 1,5 mln [1,0 – 2,0] nowych przypadków HIV w porównaniu do 3,0 mln [2,1 mln – 4,2 mln] w 1997, kiedy to epidemia osiągnęła swoje apogeum.

Od roku 2010 liczba nowych zakażeń HIV wśród dorosłych spadła o 31%, z 2,1 mln [1,5 – 2,7] do 1,5 mln [1,0 – 2,0] w roku 2020.

Od roku 2010 liczba nowych przypadków zakażeń HIV wśród dzieci spadła o 53%, z 320 tys. [210 000–510 000] w 2010 do 150 tys. [100 000–240 000] w 2020.

Liczba zgonów z powodu AIDS

Liczba zgonów z powodu AIDS spadła o ponad 64% od momentu, kiedy to w roku 2004 osiągnęła swoją najwyższą wartość, a od 2010 spadła o 47%.

W roku 2020, 680 000 [480 000–1.0 miliona] osób zmarło z powodu AIDS, w porównaniu do 1.9 mln [1,3 – 2,7] z roku 2004 oraz do 1,3 mln [910 000 – 1,9] z roku 2010.

90-90-90

W roku 2020, 84% [67–>98%] osób żyjących z HIV znało swój status serologiczny. 87% z nich [67–98%] było objętych terapią antyretrowirusową. U 90% z nich [70–98%] poziom wirusa pozostawał na niewykrywalnym poziomie.

Kobiety

Co tydzień ok. 5 000 młodych kobiet (w wieku 15–24 lat) zakaża się HIV. Na

terenach Afryki Subsaharyjskiej, 6 na 7 nowych przypadków HIV jest diagnozowanych wśród dziewcząt w wieku 15–19 lat. W przypadku młodych kobiet prawdopodobieństwo zakażenia HIV jest dwa razy większe niż w przypadku młodych mężczyzn.

Ponad jedna trzecia kobiet (35%) na pewnym etapie życia doświadcza przemocy fizycznej i/lub seksualnej. W niektórych regionach świata prawdopodobieństwo zakażenia HIV w przypadku tych kobiet jest półtora raza wyższe niż w przypadku kobiet niemających tego rodzaju doświadczeń.

Populacje kluczowe

Wśród członków populacji kluczowych oraz ich partnerów seksualnych zanotowano 65% nowych przypadków zakażeń HIV (biorąc pod uwagę skalę globalną). Wśród populacji kluczowych odnotowano: 93% wszystkich nowych przypadków zakażeń zarejestrowanych na świecie z wyłączeniem obszaru Afryki Subsaharyjskiej, a 39% wszystkich nowych przypadków na terenach Afryki Subsaharyjskiej.

- Ryzyko zakażenia HIV jest:
- 25 wyższe wśród mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami,
- 35 wyższe wśród osób przyjmujących środki psychoaktywne w iniekcjach,
- 26 wyższe wśród osób sprzedających usługi seksualne,
- 34 razy wyższe wśród kobiet trans
- niż wśród osób wywodzących się z populacji ogólnej.

HIV/COVID-19

Osoby żyjące z HIV częściej cierpią na choroby współistniejące oraz na powikłania wynikające z zakażenia SARS-CoV-2. W połowie 2021 roku większość osób żyjących z HIV nie miała dostępu do szczepienia przeciw COVID-19. Badania prowadzone w Anglii i w Republice Południowej Afryki wykazały, że ryzyko zgonu z powodu COVID-19 wśród osób z HIV+ było dwukrotnie wyższe niż wśród członków populacji ogólnej.

W Afryce Subsaharyjskiej mieszka dwie trzecie (67%) wszystkich osób żyjących z HIV, jednakże tamtejsza dostępność szczepionek jest bardzo ograniczona. W lipcu 2021 roku mniej niż 3% mieszk-

kańców kontynentu afrykańskiego otrzymało co najmniej jedną dawkę szczepionki przeciw COVID-19.

Lockdown związany z COVID-19 i inne ograniczenia zakłóciły płynność wykonywania testów w kierunku HIV, a w wielu krajach doprowadziły do gwałtownego spadku liczby diagnoz i wydawania skierowań na leczenie antyretrowirusowe.

Globalny Fundusz na rzecz Walki z AIDS, Gruźlicą i Malarcią poinformował, że zgodnie z danymi zebranymi w 502 placówkach opieki zdrowotnej w 32 krajach Afryki i Azji, podczas lockdownu w 2020 roku w porównaniu z tym samym okresem w 2019 roku, liczba wykonywanych testów w kierunku HIV spadła tam o 41%, a liczba skierowań na pełną diagnostykę oraz leczenie antyretrowirusowe zmniejszyła się o 37%

Przesłanie wygłoszone przez Dyrektor Wykonawczą UNAIDS Winnie Byanyima z okazji Światowego Dnia AIDS 2021:

Drodzy przyjaciele,

Niedawno świat zgodził się na realizację odważnego planu, dzięki któremu możliwe jest zakończenie epidemii AIDS do 2030 roku. Ale dzisiaj my jako Wspólny Program Narodów Zjednoczonych ds. HIV/AIDS, ostrzegamy! Rozprzestrzenianie się AIDS ma nadal charakter pandemiczny, a przezwyciężenie trendów HIV/AIDS będzie możliwe tylko wtedy, gdy sprawnie i szybko zwalczymy napędzające je nierówności.

W regionach, gdzie lokalni przywódcy podejmują wspólnotowe i odważne działania oparte na najnowszych odkryciach naukowych, gdzie udostępnia się niezbędne świadczenia wychodząc naprzeciw potrzebom wszystkich obywateli, tam, gdzie przestrzegane są prawa człowieka i gdzie zapewnia się odpowiednie finansowanie, liczba zgonów z powodu AIDS spada, a nowe przypadki zakażeń HIV stają się coraz rzadsze. Niestety, ten pozytywny obraz sytuacji charakteryzuje tylko niektóre miejsca na świecie i nielicznych decydentów. Aby położyć kres rozprzestrzenianiu się AIDS konieczna jest likwidacja nierówności, co w znacznym

stopniu przyczyni się także do zatrzymania pandemii COVID-19 oraz innych zagrożeń zdrowia publicznego, które niechybnie czekają na nas w przyszłości. Obecnie, z powodu kryzysu związanego z szerzeniem się na całej kuli ziemskiej nowych wariantów SARS-CoV-2, czasowych lockdownów i obustronnych strategii dotyczące zwalczania HIV i AIDS nie mogły przynieść spodziewanych rezultatów. Obecna krzywa zakażeń nie zmienia się tak szybko jakbyśmy tego chcieli, co grozi tzw. pełzającą epidemią mogącą trwać całe dziesięciolecie. Jedynym skutecznym rozwiązaniem jest przystąpienie do szybkiego wdrażania konkretnych działań opracowanych przez państwa członkowskie Organizacji Narodów Zjednoczonych i systematyczne likwidowanie nierówności napędzających epidemię HIV i AIDS.

To właśnie doświadczenia walki z AIDS mówią nam o tym co należy zrobić, aby prowadzić skuteczną walkę z innymi pandemicznymi i podobnymi zagrożeniami zdrowia publicznego. Pilnie potrzeba zbudować odpowiednią infrastrukturę działającą w ramach wydajnego systemu zdrowia publicznego a kierowaną przez członków społeczności przy wsparciu członków społeczeństwa obywatelskiego. Potrzebujemy także strategii zapewniających sprawiedliwy i przystępny cenowo dostęp do obszarów o charakterze czysto naukowym, gdyż każde nowe rozwiązanie medyczne czy technologia powinny niezwłocznie dotrzeć do każdego potrzebującego. Konieczne jest też roztoczenie parasola ochronnego nad pracownikami ochrony zdrowia oraz pozyskiwanie nowych, dobrze wyszkolonych ekspertów. Musimy wdrażać ideę przestrzegania praw człowieka oraz budować zaufanie do systemu opieki zdrowotnej. Implementacja tych działań w pełnym zakresie, czyli mając na uwadze wszystkich członków społeczeństwa przy 100% dofinansowaniu sprawi, że obecne nierówności zostaną zlikwidowane i możliwe stanie się zakończenie epidemii AIDS.

Pozdrawiam członków społeczności szczególnie narażonych na zakażenie HIV, którzy zainicjowali i przez lata systematycznie wdrażali pionierskie rozwiązania. Z perspektywy czasu widać, że to właśnie ich pomysły na zatrzymanie epidemii HIV/AIDS okazały się być najskuteczniejsze.

Dały one także impuls do wywołania zmian systemowych. Szczerze zachęcam aktywistów to dalszej pracy w tym kierunku. Przywódcy światowi powinni sumiennie współpracować z całym szeregiem ludzi zaangażowanych w walkę z HIV/AIDS, tak aby móc skutecznie stawiać czoła wyzwaniom jakie niesie ze sobą zatrzymanie epidemii. Szczerze zachęcam: wykażcie się odwagą, gdy nadejdzie czas, aby słowa wprowadzić w czyn.

Obecnie nie można dokonywać wyboru pomiędzy efektywnym zakończeniem pandemii AIDS, a przygotowaniem do stawienia czoła przyszłym podobnym kryzysom zdrowotnym. Oba te cele będzie można osiągnąć jedynie przy przyjęciu właściwego podobnego podejścia i likwidacji nierówności. Niestety, na razie jako świat nie jesteśmy na dobrej drodze do stawienia czoła obu tym wyzwaniom.

Tylko efektywne zmierzenie się z nierównościami, które blokują zakończenie pandemii pozwoli nam na spełnienie obietnicy jaką jest zlikwidowanie AIDS do 2030 r. Jest to w naszym zasięgu. Z każdą mijającą minutą tracimy cenne istnienia ludzkie z powodu AIDS. Nie mamy czasu.

Skończmy z nierównościami. Skończmy z AIDS. Skończmy z pandemią.

Dziękuję Wam.



Dr n. przyr. Maria Wawer, UMCS

Pełna wersja raportu „Nierówni, nieprzygotowani, zagrożeni: dlaczego tak ważne dla zakończenia epidemii AIDS, powstrzymania pandemii COVID-19 i przygotowania się na przyszłe kryzysy zdrowotne jest wdrażanie zdecydowanych działań zwalczających nierówności” (ang. Unequal, unprepared, under threat: why bold action against inequalities is needed to end AIDS, stop COVID-19 and prepare for future pandemics) w języku angielskim dostępna jest na stronie internetowej UNAIDS: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021_WAD_report_en.pdf