



W numerze:

Kilka pytań do... Liliany Fabisińskiej

Redakcja

Str. 1

Badania w kierunku HIV, trendy nowych diagnoz i późnych rozpoznai

Magdalena Rosińska

Str. 2-3

Kampania Projekt Test 2014

Manifest 5.0. Chcemy całego życia!

Agata Kwiatkowska

Str. 4-5

Najciekawsze publikacje prasowe z ostatnich miesięcy

Małgorzata Olczyk

Str. 6

Jeśli zależy ci na przyszłości

Maria Brodzikowska

Str. 7-8

Aspekty

Region Morza Bałtyckiego w kontekście HIV i infekcji powiązanych, a także gruźlicy

Piotr Wysocki

Telefon Zaufania HIV/AIDS

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

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

*połączenie płatne tylko za pierwszą minutę

**z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy

AIDS - Zielona Linia

(+22) 621 33 67

poniedziałki, środy w godz. 13:00–19:00

wtorki, czwartki i piątki w godz. 10:00–16:00

Órodek Informacji o HIV/AIDS

(+22) 331 77 66

aids@aids.gov.pl

Poradnia Internetowa HIV/AIDS

www.aids.gov.pl

poradnia@aids.gov.pl

Kilka pytań do... Liliany Fabisińskiej



W styczniu odbyła się premiera Pani najnowszej książki „Córeczka”, w której na tle historii niezwykle miłości porusza Pani trudny temat HIV. Skąd zainteresowanie taką tematyką? Skąd pomysł na takie zestawienie?

Miłość i HIV to zestawienie poniekąd naturalne. Chciałabym przełamać przekonanie, że HIV dotyczy tylko ludzi rozwiązłych, prowadzących bardzo bujne życie seksualne. Pokazać, że to może być sprawa każdego z nas, także wtedy, kiedy kochamy szczerze i wiernie. Dość długo „chodził za mną” ten temat, czułam, że muszę o nim napisać...

Czy po premierze czytelnicy zwracają się do Pani z pytaniami dotyczącymi różnych aspektów HIV i AIDS?

Tak, takich pytań, wątpliwości, jest bardzo wiele. Dostaję mnóstwo mejli, a pod recenzjami publikowanymi w sieci wpisywane są liczne komentarze. Zupełnie, jakby odbiorcy czekali na możliwość przeczytania czegoś o HIV, na odczarowanie tego tematu. Odzywają się dawni znajomi i obcy ludzie,

opowiadając mi o tym, że kiedyś - faktycznie - dawno temu, mieli taki przelotny związek... na wakacjach, na studiach... I nigdy nie myśleli, że to może mieć znaczenie.

Czy tak dogłębne poznanie tematu wpłynęło także na Pani osobiste postrzeganie problemu, jakim jest HIV i osób, które są zakażone tym wirusem?

Przede wszystkim zobaczyłam problem, jakim jest unikanie testów, nawet przez kobiety w ciąży. To niesamowite: ich partnerzy uważają, że skoro żona chce zrobić test, to musi mieć coś na sumieniu! Nie rozumieją, dlaczego lekarze kierują kobiety na test. Na plus zaś zaskoczyły mnie punkty konsultacyjno-diagnostyczne. Nie przypuszczałam, że są to miejsca aż tak przyjazne przychodzącym osobom, otwarte, nie atakujące od progu białymi fartuchami i sztywnymi procedurami... Tam naprawdę można szczerze porozmawiać, a nie tylko zrobić test.

Czy, według Pani, książka może przelożyć się na zainteresowanie społeczeństwa tematem, który dla niektórych wciąż jest tabu? Jak Pani myśli, jak przekonać osoby, które nie chcą się zbadać, aby wykonały test w kierunku HIV?

Mam nadzieję, że książka okaże się tu jedną z małych, drażących skalę kropelek – tym bardziej, że wśród czytelników przeważają kobiety. A to właśnie one szczególnie niechętnie robią testy. Myślę, że o HIV trzeba po prostu mówić: i w mediach, i w książkach, i w kampaniach społecznych, i w gabinetach lekarskich. A wszystko po to, żeby ludzie zaczęli o testach i o HIV w końcu rozmawiać bez skrępowania z przyjaciółmi, z partnerami. Żeby profilaktyka, testy, życie z wirusem, były zupełnie normalnym tematem...

Dziękujemy za rozmowę.

Redakcja

Badania w kierunku HIV, trendy nowych diagnoz i późnych rozpoznai

Od początku epidemii HIV w Polsce w drugiej połowie lat 80. do końca 2014 r. zakażenie HIV stwierdzono u 18 646 osób, w tym co najmniej 6 072 zakażenia w związku z używaniem narkotyku we wstrzyknięciach i 2 236 przez kontakt seksualny między mężczyznami. Ogółem odnotowano 3 200 zachorowań na AIDS i 1 288 zgonów chorych, choć ta ostatnia liczba w świetle danych GUS jest najprawdopodobniej dwukrotnie zaniżona. W porównaniu do innych krajów, nawet krajów europejskich, nie są to wysokie liczby. Dynamika rozprzestrzeniania się HIV w ostatnich latach może jednak budzić już większe obawy. Podczas gdy w połowie lat 90. zakażenie HIV rozpoznawano u ok. 500 osób rocznie, liczba ta od 2011 r. przekracza 1 100. Wzrost ten odnotowano wyłącznie wśród mężczyzn, szczególnie mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami (MSM) (Ryc. 1). Zwraca również uwagę fakt, że wzrost ten odnotowuje się głównie w populacji osób w wieku 25–44 i, mniej nasilony, w wieku 45+. Liczba zakażeń rozpoznawanych wśród młodzieży i młodych dorosłych (<25 r. ż.) systematycznie spada (Ryc. 2).

Odpowiadając na pytanie, skąd może wynikać ta tendencja zwykła, zwykle zwraca się uwagę na ewentualną rolę zwiększonej liczby badających się w kierunku HIV. Według wszystkich dostęp-

nych szacunków, co najmniej 50% osób żyjących z HIV w Polsce nie jest świadoma swojego statusu serologicznego. Zwiększenie częstości badań może więc rzeczywiście przyczyniać się do zwiększania liczby rozpoznai, nawet jeśli nie występowałby wzrost nowych zakażeń. Dodatkowo na duży odsetek nierozpoznanych zakażeń w populacji, w której nie doszło do zwiększonego rozprzestrzeniania się HIV, wskazywałby zwiększający się procent osób, u których HIV rozpoznaje się w późnych fazach zakażenia. W dalszej części artykułu zostaną przytoczone najnowsze dane dotyczące tych właśnie wskaźników, co pozwoli na pełniejszą interpretację obserwowanych tendencji.

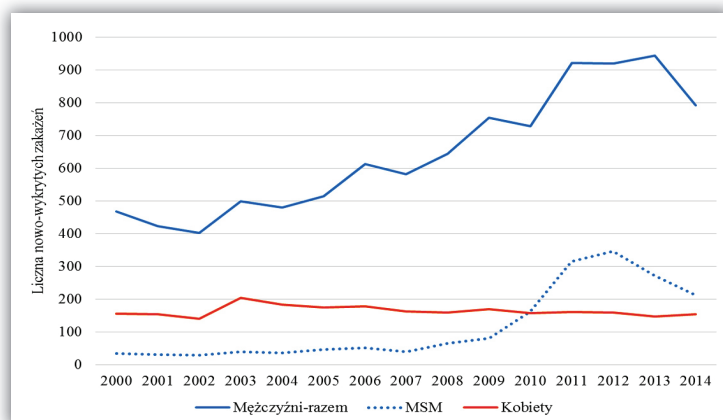
Testowanie w kierunku HIV

Znakomita większość badań w kierunku HIV w Polsce wykonywana jest przy okazji oddawania krwi. Rocznie badanych jest ponad milion dwieście tysięcy donacji, co stanowi ok. 80% wszystkich testów w kierunku HIV w Polsce. Z uwagi jednak na wstępną dyskwalifikację dawców zgłaszających zachowania ryzykowne, zakażenia HIV w tej grupie rozpoznawane są bardzo rzadko: <5 na 100 tys. badań (wg danych Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie). Istotniejsze jest więc śledzenie liczby badań wykonywanych poza krwiodawstwem. Liczba tych badań syste-

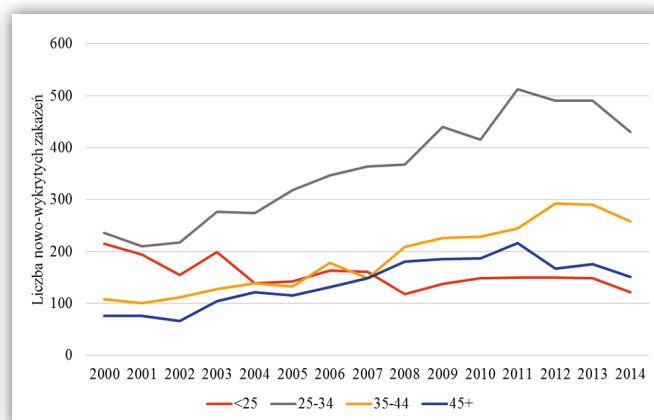
matycznie wzrasta, co świadczy o zwiększającej się dostępności badań i potrzebie ich wykonywania. W latach 2006–2012 wrosła o 118%, czyli ponad dwukrotnie. Podobną tendencję można zauważyć w odsetku osób, które deklarują, że choć raz w życiu badały się w kierunku HIV. Należy jednak stwierdzić, że liczba osób testujących się pozostaje niestety na dość niskim poziomie, ok. 9 na 1 000 rocznie, co przekłada się na wciąż niezadowalający odsetek osób, które kiedykolwiek w życiu testowały się w kierunku HIV (<15%) (Ryc. 3).

Późne rozpoznania wśród mężczyzn i kobiet

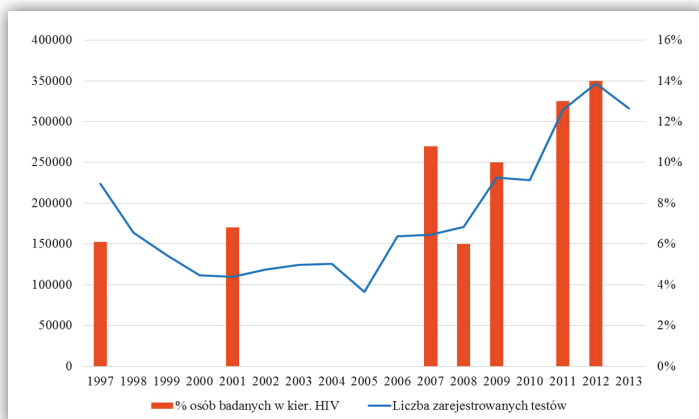
Uzgodniona w Europie definicja późnych rozpoznai opiera się na poziomie komórek CD4 w momencie rozpoznania zakażenia HIV: za późne uważa się takie rozpoznanie, gdy poziom CD4 wynosi 350 kom./ml lub mniej. Takie dane w chwili obecnej nie są dostępne w systemie nadzoru. Do celów monitorowania trendów przyjęto, że późne rozpoznanie ma miejsce, gdy w ciągu roku od rozpoznania HIV wystąpi choroba wskaźnikowa AIDS. Należy zauważyć, że w momencie rozpoznania AIDS liczba komórek CD4 wynosi w Polsce średnio ok. 100 kom./ml, co świadczy o znacznie bardziej zaawansowanej chorobie niż w przypadku definicji europejskiej. Przytoczonych w Tabeli 1. danych nie można



Rycina 1. Liczba nowo rozpoznanych zakażeń HIV wśród kobiet i mężczyzn, w tym wśród mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami (MSM), w Polsce w latach 2000–2014 (źródło: NIZP-PZH, dane z nadzoru epidemiologicznego).



Rycina 2. Liczba nowo rozpoznanych zakażeń HIV wg wieku rozpoznania, w Polsce w latach 2000–2014 (źródło: NIZP-PZH, dane z nadzoru epidemiologicznego).

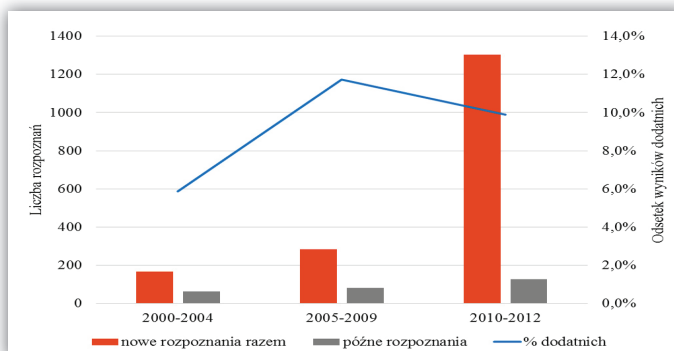


Rycina 3. Liczba badań w kierunku HIV

(źródło: NIZP-PZH, ankieta roczna wśród laboratoriów)

oraz odsetek osób, które choć raz wykonały takie badanie

(źródło: KC ds. AIDS, raporty z badań efektywności kampanii społecznych).



Rycina 4. Liczba nowo rozpoznanych zakażeń HIV z uwzględnieniem późnych rozpoznań

(źródło: NIZP-PZH, dane z nadzoru epidemiologicznego)

i częstość wykrywania zakażeń HIV w badaniach diagnostycznych

(źródło: NIZP-PZH, ankieta roczna wśród laboratoriów)

wśród MSM w Polsce w latach 2000–2013.

więc bezpośrednio porównywać z danymi z innych krajów europejskich.

Na przestrzeni ostatnich 15 lat częstość późnych rozpoznania ogółem była zbliżona wśród mężczyzn i kobiet. Tendencje jednak były zróżnicowane. Podczas gdy wśród mężczyzn odsetek późnych rozpoznania zmniejszył się istotnie w ostatnich latach, wśród kobiet obserwuje się trend wzrostowy. Uwagę zwraca jednak fakt, że liczba późnych rozpoznania wśród mężczyzn również systematycznie rosła, a odsetek spadł w związku ze zwiększającą się ogólną liczbą zakażeń, co wskazuje na rozprzestrzenianie się HIV w tej populacji.

	2000 -2004	2005 -2009	2010 -2014
MĘŻCZYŹNI			
Liczba nowo rozpoznanych zakażeń HIV	2 261	3 095	4 303
Liczba późnych rozpoznania	249	347	384
Odsetek późnych rozpoznania	11,0%	11,2%	8,9%
KOBIETY			
Liczba nowo rozpoznanych zakażeń HIV	830	841	777
Liczba późnych rozpoznania	79	96	98
Odsetek późnych rozpoznania	9,5%	11,4%	12,6%

Tabela 1. Późne rozpoznania wśród mężczyzn i kobiet w latach 2000–2014

Nowo wykryte zakażenia HIV wśród MSM na tle testowania się w tej populacji

Mężczyźni utrzymujący kontakty seksualne z mężczyznami badają się w kierunku HIV znacznie częściej niż ogół społeczeństwa w Polsce. Dane opublikowane w *Raporcie końcowym badania EMIS* (www.emis-project.eu/final-report) wskazują, że w Polsce 62,7% badanych osób kiedykolwiek, a 35,8% w ciągu ostatnich 12 miesięcy wykonało takie badanie. Mimo to istotny odsetek zakażeń w tej grupie jest nierozpoznany, o czym świadczy choćby utrzymująca się liczba późnych rozpoznania, a także częstość wykrywania HIV w badaniach diagnostycznych, których z zasady nie wykonują osoby z wcześniej rozpoznany zakażeniem.

Na Rycinie 4. pokazane są razem trendy wykrywania nowych zakażeń, w tym późnych rozpoznania oraz ich częstości wyników dodatnich w badaniach diagnostycznych. Trendy te mogą świadczyć o stopniowej kumulacji nierozpoznanych zakażeń HIV w grupie MSM, co spowodowało, że u dużego odsetka MSM żyjących z nierozpoznanym zakażeniem HIV, w latach 2000–2004 zaczęły występować objawy zaawansowanego niedoboru odporności, łącznie z chorobami wskaźnikowymi AIDS. Późne rozpoznania stanowiły wówczas 37% wszystkich

rozpoznań HIV w grupie MSM. U osób nieświadomie zakażonych, w późnych fazach choroby, dochodzi do wzrostu poziomu wirerii, co zwiększa również zakaźność takiej osoby. Nagromadzenie długotrwałych, nierozpoznanych zakażeń HIV wśród MSM mogło więc przyczynić się w latach 2005–2009 do zwiększonego występowania HIV wśród MSM. Zaowocowało to wzrostem częstości wyników dodatnich w badaniach diagnostycznych oraz wzrostem liczby nowo rozpoznawanych zakażeń w tym okresie. Największy wzrost nowych zakażeń w populacji MSM wystąpił w ostatnim okresie, w latach 2010–2014. Wiąże się to zarówno z występowaniem nowych zakażeń, jak i ze zdecydowanie częstszym testowaniem MSM. Świadczy o tym nie tylko obniżający się odsetek osób z wynikiem dodatnim wśród badanych, lecz także obniżenie odsetka późnych rozpoznania do 9,7%.

Szczegółowe dane liczbowe są dostępne na stronie internetowej www.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/index.htm oraz w Kronice Epidemiologicznej publikowanej corocznie w Przeglądzie Epidemiologicznym (www.przglepidemiol.pzh.gov.pl).

Magdalena Rosińska

Zakład Epidemiologii

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego

– Państwowy Zakład Higieny

Kampania Projekt Test 2014 *Manifest 5.0. Chcemy całego życia!*, czyli rzecz o seksualności osób w wieku 50 plus



Wedle obiegowych opinii seksualność jest domeną ludzi młodych, a w pewnym wieku seks jest już tylko wspomnieniem. Dlatego my, osoby, które w bliższej lub dalszej przeszłości przekroczyły pięćdziesiątkę, postanowiliśmy obalić te złośliwe stereotypy. Czuujemy się atrakcyjni, zdrowi i szczęśliwi. Jesteśmy dumni z naszej seksualności. Chcemy, aby dla Wszystkich w naszym wieku seks był istotnym, satysfakcjonującym i pięknym elementem życia, bez wstydu i kompleksów. Mówmy otwarcie o naszych potrzebach i fantazjach. Dzięki temu życie będzie ciekawsze i pełniejsze.

- 1 Test na HIV – każdy się testuje!**
Wynik testu to wiedza, która chroni nasze życie i zdrowie.
- 2 Edukacja seksualna dla zaawansowanych.**
Bo na naukę nigdy nie jest za późno.
- 3 Wiek nie gwarantuje bezpieczeństwa. Prezerwatywa tak.**
Bezpieczeństwo nasze i naszych partnerów to gwarancja beztrzęsłego, udanego seksu. Prezerwatywa to nie tylko antykoncepcja.
- 4 Seksapil to stan umysłu.**
Atrakcyjności seksualnej nie mierzy się wiekiem. Najlepszym afrodyzjakiem jest zadowolenie z życia.
- 5 Biskość to więcej niż pocałunek w rękę.**
Każdy lubi i powinien czasem zaszaleć.
- 6 Seksualność lekceważy stereotypy.**
To, jak będzie wyglądało nasze życie seksualne, zależy wyłącznie od nas.
- 7 Z seksu się nie wyrasta.**
Aktywność erotyczna nie zależy od metryki. Na czerpanie radości z seksu i odkrywanie nowych rzeczy zawsze jest właściwa pora.
- 8 Seks nie zna tematów tabu.**
O naszych potrzebach powinniśmy mówić własnym głosem. Nic tak skutecznie nie zabija pożądaną, jak lęk i kompleksy.

www.manifest50.pl

Tegoroczna kampania, poza kształtowaniem postaw prozdrowotnych, ma również na celu przeciwdziałanie stereotypom związanym z wiekiem i tabuizacji sfery seksualnej u osób po 50 r. ż. Inspiracją do realizacji Manifestu było słynne przemówienie Zofii Nałkowskiej „Uwagi o etycznych zadaniach ruchu kobiecego” wygłoszone podczas Zjazdu Kobiet Polskich w 1907 roku. Młoda pisarka swoje emocjonujące wystąpienie zakończyła słowami: *Chcemy całego życia!*. Zdaniem Nałkowskiej równouprawnienie nie ogranicza się do kwestii politycznych i ekonomicznych – powinno objąć także sferę obyczajowo-erotyczną. Pisarka broniła prawa kobiet do rozkoszy. Tezy te nie straciły na aktualności. Co istotne, ich zasięg wykracza poza kontekst kobiecy. Obecnie grupą wykluczoną ze sfery erotycznej są osoby dojrzałe. Seks po pięćdziesiątym roku życia jest tematem tabu. Najwyższa pora to zmienić. Istnieje mit, który przyczynia się do wzrostu od-

setka zakażeń HIV wśród osób po 50. roku życia: *Ludzie w pewnym wieku nie uprawiają już seksu i w związku z tym nie są narażeni na zakażenie HIV*. Stwierdzenie to nie ma nic wspólnego z rzeczywistością. Badania prowadzone od początku lat 90. jasno pokazują, że po skończeniu 50. roku życia potrzeby seksualne nie ulegają zmniejszeniu. Ekspertki informują, że ponad połowa osób po pięćdziesiątce uprawia seks kilka razy w miesiącu. Niestety poziom wiedzy na temat bezpieczniejszego seksu w grupie 50 plus jest znacznie niższy niż wśród młodzieży. Debata publiczna przepełniona jest treściami erotycznymi. Kiedy jednak kończy się anonimowość i przechodzi się do problemów jednostki, nagle pojawia się wstyd, zakłopotanie, a czasem nawet wyparcie, co stwarza ogromne zagrożenie w obszarze zdrowia publicznego. Z danych epidemiologicznych wynika, że 11% nowych zachorowań na AIDS występuje u osób po 50. r. ż. Co więcej, liczba nowych przypadków w tej grupie rośnie szybciej niż wśród osób poniżej 40 r.ż.

Na zdjęciach wykonanych w ramach tegorocznej kampanii występują: Mariola Bojarska-Ferenc, Ewa Kasprzyk, Lidia Popiel, Grażyna Wolszczak, Andrzej Grabowski, Jacek Kawalec, Tomasz Lipiński, Piotr Polk. Efekty sesji można było zobaczyć po raz pierwszy 1 grudnia w Światowy Dzień AIDS w warszawskiej Galerii przy ul. Mysiej. Zdjęcia zostały również opublikowane w wielu magazynach m.in. „Gala”, „Sens”, „InStyle” czy „Claudia”. Powstałe w ramach kampanii spoty można oglądać w stacjach Telewizji Polskiej, na stronie internetowej kampanii oraz w sieci kin Silver Screen. W Światowy Dzień AIDS został również uruchomiony portal edukacyjny www.manifest50.pl, gdzie można zapoznać się z treścią Manifestu oraz go podpisać.

Skąd pomysł na taką kampanię? Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia liczba osób zakażonych HIV sięga 35 milionów, z czego 2,8 miliona to ludzie po 50 r.ż. W Polsce w grupie wiekowej 50+ wykryto w ubiegłym roku 95 nowych przypadków. Zdaniem epidemiologów to zaledwie wierzchołek góry lodowej, ponieważ osoby w wieku okołoemerytalnym, przekonane, że problem zakażeń ich nie dotyczy, bardzo rzadko wykonują testy w kierunku HIV. Duża część społeczeństwa nie zdaje sobie sprawy, że HIV/AIDS nie obowiązuje bariera wieku. Uważa się powszechnie, że wirus dotyka jedynie ludzi młodych, którzy mają wykazywać większą skłonność do zachowań ryzykownych. Osób po pięćdziesiątce nie postrzega się jako osób aktywnych seksualnie albo stosujących substancje psychoaktywne w formie dożylniej. Tymczasem z badań przeprowadzonych na Uniwersytecie Columbia wynika, że czynniki ryzyka zakażenia HIV mogą występować u 45% osób w wieku 50+. Co istotne, postawy, przekonania i stereotypy dotyczące starszych dorosłych mają wpływ nie tylko na podejmowanie przez osoby po 50. r. ż. nieodpowiedzialnych działań, lecz także na programy profilaktyczne, edukację i opiekę zdrowotną.

Ryzykowne zachowania seksualne

Podstawową drogą zakażenia HIV są kontakty seksualne. Wbrew stereotypowym przekonaniom osoby w wieku 50+ potrafią być w tej sferze równie aktywne, co ludzie młodzi. Wiele osób po pięćdziesiątce niedawno straciło partnera albo zdecydowało się na rozwód. Często zawierają nowe znajomości i wchodzą w nowe relacje, również o charakterze seksualnym. Nie mają jednak niezbędnej wiedzy na temat bezpieczniejszego seksu i nie zawsze są świadome, jak ważne jest regularne testowanie i rozmowa z lekarzem. Z badań *National Survey of Sexual Health and Behavior* wynika, że single w wieku dojrzałym wykazują większą skłonność do nieodpowiedzialnych zachowań seksualnych niż osoby młodsze. Ponieważ nie muszą się już przejmować niechcianą ciążą, niechętnie używają prezerwatyw i nie uważają seksu bez zabezpieczenia za ryzykowne zachowa-

nie. W efekcie, w grupie wiekowej 45–60 prezerwatywy są stosowane w zaledwie co 10. akcie seksualnym. Wśród osób powyżej 60. r.ż. odsetek ten jest jeszcze niższy (ryc. 1).

Choć na zakażenia najbardziej narażone są osoby często zmieniające partnerów, HIV występuje także wśród osób pozostających w stałych związkach, które nie widzą potrzeby, aby używać prezerwatyw. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że u kobiet po pięćdziesiątce często zachodzą zmiany fizjologiczne w obrębie narządów płciowych, które ułatwiają zakażenie. Duże znaczenie dla wzrostu liczby zakażeń HIV po 50. r.ż. ma również powszechne stosowanie środków wspomagających sprawność seksualną.

Brak edukacji

Osoby zajmujące się promocją zdrowia rzadko rozmawiają z seniorami na temat zapobiegania HIV i AIDS. Programy profilaktyczne są z reguły kierowane do innych grup wiekowych. Powszechne jest przekonanie, że osoby po pięćdziesiątce tracą popęd seksualny i przechodzą na erotyczną emeryturę, w związku z czym nie są narażone na zakażenia za pośrednictwem kontaktów seksualnych. Od tych stereotypów nie są wolni również lekarze, którzy często nie zadają pacjentom w wieku 50+ pytań dotyczących ich zachowań seksualnych i nie proponują im wykonania testu w kierunku HIV. Tym sposobem podczas rutynowych wizyt lekarskich wiele zakażeń pozostaje nierozpoznanych. Z drugiej strony sami zainteresowani niechętnie dzielą się z lekarzami informacjami dotyczącymi swojego życia seksualnego. Albo nie zdają sobie sprawy z wagi tych zagadnień dla profilaktyki HIV/AIDS, albo uznają te tematy za zbyt osobiste i wstydlive. Odczuwają wstyd lub strach przez wykonaniem testu i z tego względu odwlekają wizytę w laboratorium czy punkcie konsultacyjno-diagnostycznym. Boją się

negatywnych konsekwencji społecznych zakażenia – odrzucenia, dyskryminacji i stygmatyzacji, które w populacji 50+ mogą być silniejsze niż u osób młodszych. Z tego też względu często ukrywają przed partnerami, rodziną i znajomymi informację o pozytywnym wyniku testu. Zdarza się również, że nie podejmują leczenia. Osoby zakażone HIV powyżej 50. r.ż. są niejako podwójnie wykluczone. Z badań wynika, że 68% z nich spotyka się jednocześnie z dyskryminacją ze względu na wiek i stygmatyzacją związaną z HIV/AIDS. Część symptomów HIV/AIDS może zostać zignorowana zarówno przez samych zakażonych, jak i przez lekarzy. HIV – zanim przerodzi się w AIDS – często daje objawy o niewielkim stopniu nasilenia albo przebiega bezobjawowo. Pierwsze symptomy są zwykle niespecyficzne (m.in. zmęczenie, utrata wagi, zmniejszenie apetytu czy nocne poty). Osoby w wieku 50+ często uznają je za naturalne oznaki starzenia i nie odczuwają potrzeby dalszej diagnostyki. Do lekarza zgłaszają się dopiero w momencie wystąpienia objawów o znacznym stopniu nasilenia, kiedy choroba jest już rozwinięta. Osoby w wieku 50+ zakażają się HIV w ten sam sposób, co osoby młodsze. Mają jednak mniejszą wiedzę na temat transmisji wirusa i zapobiegania HIV/AIDS. Stereotypy związane z wiekiem powodują, że nie otrzymują informacji na temat dróg zakażeń i profilaktyki. W związku z postępującym procesem starzenia się społeczeństwa walka ze stereotypami dotyczącymi wieku i dyskryminacją ze względu na wiek wydaje się zadaniem kluczowym. Osoby po 50. r.ż. powinny być bardziej świadome czynników ryzyka zakażeń, zaś pracownicy ochrony zdrowia i osoby odpowiedzialne za programy z zakresu promocji zdrowia powinni zadbać o to, aby przekaz dotyczący profilaktyki HIV trafił także do starszych dorosłych. Najlepszym sposobem zapobiegania zakażeniom HIV po pięćdziesiątce jest odpowiednia edukacja. Niestety kiedy



myślimy o HIV, mamy zazwyczaj z tyłu głowy określone grupy społeczne. Rzadko kiedy łączymy HIV ze starszymi dorosłymi. Czy HIV wśród osób 50+ jest w ogóle problemem? Z danych epidemiologicznych wynika, że 11% nowych zachorowań na AIDS występuje u osób po 50-tce. Co więcej, liczba nowych przypadków w tej grupie rośnie szybciej niż wśród osób poniżej 40 r.ż. Powyższe informacje rzucają nieco światła na zakażenia wirusem HIV w populacji starszych dorosłych i tego, co możemy zrobić, żeby zwiększyć świadomość, zminimalizować odsetek zakażeń i utrzymać wysoką jakość życia w grupie seniorów.

Kampania jest finansowana z M·A·C AIDS FUND, międzynarodowego funduszu finansującego projekty na rzecz walki z AIDS. Środki na te działania pochodzą ze sprzedaży specjalnie przygotowanej na ten cel limitowanej edycji produktów. Każda złotówka ze sprzedaży szminki i błyszczki Viva Glam pomaga osobom dotkniętym HIV/AIDS.

Ambasadorami Viva Glam byli m.in. Elton John, Linda Evangelista, Lady Gaga, Ricky Martin, Rihanna. Najnowszą kampanię promuje Miley Cyrus.

Agata Kwiatkowska

Źródła:

1. Charles A. Emlet, You're Awfully Old to Have This Disease: Experiences of Stigma and Ageism in Adults 50 Years and Older Living With HIV/AIDS, *The Gerontologist* 2006; 46(6): 781-790.
2. Dorota Milaszewski, Elise Greto, Tanya Klochkov i Esme Fuller-Thomson, A systematic review of education for the prevention of HIV/AIDS among older adults, *J. Evid Based Soc Work* 2012; 9(3):213-30.
3. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny <http://www.pzh.gov.pl/page/>
4. National Institute of Aging <http://www.nia.nih.gov/>.
5. National Survey of Sexual Health and Behavior <http://www.nationalsexstudy.indiana.edu/>.
6. Gary Pratt, Kate Gascoyne, Katherine Cunningham, Anne Tunbridge, Human Immunodeficiency Virus (HIV) in Older People, *Age Ageing* 2010; 39(3):289-294.
7. Andrea Sankar, Andrea Nevedal, Stewart Neufeld, Rico Berry i Mark Luborsky, What do we know about older adults and HIV? A review of social and behavioral literature, *AIDS Care* 2011;23(10):1187-207. Luis Scaccabarozzi, HIV Prevention and Older Adults <http://www.thebody.com/content/64420/hiv-prevention-and-older-adults.html>.

Najciekawsze publikacje prasowe z ostatnich miesięcy

HIV później rozwija się w AIDS

Zespół uczonych z Uniwersytetu Oxfordzkiego dowodzi, że HIV łagodniej, dostosowując się do ludzkiego układu odporności. Niektórzy wirusolodzy uważają, że jeśli ewolucja HIV dalej będzie przebiegać w tym kierunku, to kiedyś wirus może stać się „prawie niegroźny”. HIV uważany jest za mistrza kamuflażu, który bardzo szybko się mutuje, aby uciec przed atakującym go układem odpornościowym. Ta bezustanna walka sprawia, że aby przeżyć, wirus musi ponosić pewne koszty – tłumaczy prof. Philip Goulder z Oxfordu, jeden z autorów publikacji, która ukazała się w najnowszym wydaniu tygodnika „PNAS”. Takim kosztem jest np. zmniejszenie zdolności do namnażania się, co w konsekwencji prowadzi do tego, że staje się on mniej zakaźny. Kolejne osoby zakażają się już osłabionym wirusem. 25 lat temu osoby zakażone HIV zaczynały chorować na AIDS średnio po 10 latach od ekspozycji. Teraz ta średnia wydłużyła się do 12,5 roku. Brytyjcy uczeni sugerują także, że HIV złagodniał pod wpływem leków antyretrowirusowych, które mogły w pierwszej kolejności atakować najbardziej złośliwe odmiany wirusa.

*(Margit Kossobudzka,
HIV coraz mniej zabójczy i zakaźny,
„Gazeta Wyborcza” z dnia 03.12.2014 r.)*

Czy w Polsce będziemy mogli mówić o pokoleniu wolnym od AIDS?

Dziś mamy odwagę opartą na naukowych faktach i prognozach na najbliższą przyszłość, mówić o pokoleniu wolnym od AIDS – pisze Anna Marzec-Bogusławska, dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS. Taki stan będzie możliwy do osiągnięcia, kiedy wszystkie dzieci będą rodzić się wolne od zakażenia HIV, a kiedy staną się nastolatkami i dorosną, ich ryzyko zakażenia HIV – dzięki znacznie większemu potencjałowi narzędzi profilaktycznych – będzie o wiele mniejsze niż byłoby dzisiaj. Jeżeli jednak okazałoby się, że uległyby zakażeniu, dostępne leczenie ARV będzie na tyle efektywne, że pomoże w skutecznym zablokowaniu progresji choroby oraz zapobiegnie przekazaniu zakażenia innym osobom – wyjaśnia dyrektor Centrum.

Według Anny Marzec-Bogusławskiej to, co dzisiaj wiemy na temat HIV/AIDS

(informacje na temat dróg zakażenia, sposobów chronienia się przed nim), a także dysponowanie skutecznymi instrumentami profilaktycznymi charakteryzującymi się dużą skutecznością (testowanie w kierunku HIV, poradnictwo, techniki bezpieczniejszego seksu, profilaktyka skojarzona, w tym terapia ARV) pozwala na wyeliminowanie nowych zakażeń. Dlatego tak ogromną rolę przywiązuje się do wczesnej diagnostyki zakażeń HIV, promowania testowania w kierunku HIV oraz poradnictwa okołotestowego.

*(Anna Marzec-Bogusławska,
Myślisz, że problem AIDS cię nie dotyczy?
Lepiej zrób test na HIV!
„Gazeta Wyborcza (Warsaw Press)”
z dnia 01.12.2014 r.)*

Rusza nietypowa kampania edukacyjna

Streetworkerzy ze Stowarzyszenia Program Stacja i Społecznego Komitetu ds. AIDS odwiedzą warszawskie agencje towarzyskie, ulice i dworce w ramach projektu „Pozytywnie Otwarci”. Podczas wizyt będą edukować o zagrożeniach, jakie niosą ze sobą HIV/AIDS i inne zakażenia przenoszone drogą płciową, informować o profilaktyce i różnych formach wsparcia. Wolontariusze od kilku lat pomagają osobom świadczącym usługi seksualne w stolicy. Kilka razy w tygodniu organizują dyżury uliczne, podczas których udzielają wsparcia psychologicznego czy porad prawnych. Pomagają również w znalezieniu noclegu oraz pracy. Wolontariusze rozdają też prezerwatywy, lubrykanty i ulotki dotyczące zakażeń przenoszonych drogą płciową i zasad bezpieczniejszego seksu. Projekt ten będzie realizowany do września.

*(Wolontariusze wchodzą do agencji,
„Super Express - Warszawa”
z dnia 06.02.2015 r.)*

Warszawa – warsztaty dla seropozytywnych 50+

W Warszawie 24 stycznia rozpoczął się roczny cykl wykładów i warsztatów skierowanych do osób po 50. roku życia żyjących z HIV. Zdaniem ekspertów osoby zakażone HIV mają takie samo prawo do przeżywania swojej seksualności i drugiej młodości jak osoby zdrowe, ale ze

względu na swój status serologiczny, powinny być bardziej uważne i świadome. Temu mają służyć warsztaty.

Na zajęciach uczestnicy otrzymają informacje na temat seksualności kobiet i mężczyzn w wieku średniego, ryzykownych zachowaniach, leczeniu antyretrowirusowym, chorobach. Pierwszy wykład ma dotyczyć seksualności osób po 50. roku życia. Podczas dwóch kolejnych eksperci z „Sieci Plus” opowiedzą o ryzykownych zachowaniach, zakażeniu HIV oraz HCV, profilaktyce, ale również o tym, jak dbać o długi i szczęśliwy związek. Na czwartej sesji zostaną omówione inne zakażenia przenoszone drogą płciową. Kolejne spotkania będą poświęcone zagadnieniom jakości życia osób po pięćdziesiątce, leczeniu, sytuacji psychospołecznej czy diecie podczas leczenia ARV.

*(Warszawa: porozmawiajmy
o seksualności osób z HIV,
www.rynekzdrowia.pl z dnia 20.01.2015 r.)*

Szykuje się przełom w walce z AIDS?

Amerykanie opracowali preparat chroniący przed zakażeniem HIV. Eksperyment przeprowadzono na razie tylko na kilku małpach (rezusach), które próbowano zakażać, wstrzykując im ogromne dawki wirusów. Żadne z zaszczepionych zwierząt nie zachorowało. Ten stan utrzymuje się jak dotąd, przez 40 tygodni od podania preparatu. Wydaje się, że szczepionka może działać także już po zakażeniu, skutecznie zwalczając wirusa.

Ponieważ wirus HIV szybko się zmienia i mutuje, nawet u tego samego pacjenta na różnych etapach rozwoju choroby może wyglądać inaczej. To przede wszystkim główna trudność w opracowaniu skutecznej szczepionki. Preparat opracowany przez specjalistów ze *Scripps Research Institute* nie jest klasyczną szczepionką, która sprawia, że układ odpornościowy rozpoznaje intruza. Naukowcy wybrali cząsteczki potrafiące zablokować wniknięcie HIV do komórek organizmu, hamując tym samym rozwój choroby, a później wyposażyli komórki w specjalny kod pozwalający na samodzielną produkcję takich cząsteczek.

*(Piotr Kościelniak,
Szczepionka zatrzyma HIV,
„Rzeczpospolita” z dnia 20.02.2015 r.)*

„Jeśli zależy ci na przyszłości”.*

Kulisy tworzenia materiałów profilaktycznych dla mężczyzn pozbawionych wolności.



Problematykę HIV/AIDS w kontekście potrzeb i problemów osób osadzonych w zakładach karnych (ZK) można rozpatrywać z kilku perspektyw. Te – połączone ze sobą – stały się podstawą filozofii projektu pn. „Wiem i spoglądam w przyszłość – kreacja materiałów profilaktycznych dla osób pozbawionych wolności”. Projekt był realizowany przez Stowarzyszenie Profilaktyki i Wsparcia w zakresie HIV/AIDS „Jeden Świat” z Krakowa, dzięki dotacji Krajowego Centrum ds. AIDS.

Jednym z problemów, które mogą dotyczyć osób skazanych, może być życie z HIV w więzieniu. Według badań, liczba osób zakażonych, osadzonych w zakładach karnych wynosi rocznie około 1 250 osób [3; s. 27]. Dane wskazują jednak, że odsetek osób zakażonych HIV w więzieniach jest w wielu krajach wyższy niż w populacji ogólnej [4; s.2]. W badaniach dowiedziano także wysoki poziom ryzykownych zachowań tej populacji przed osadzeniem w ZK (nieużywanie prezerwatyw, duża liczba partnerek/partnerów seksualnych [3; s.39]). Na tej podstawie można przypuszczać, że wiele osób może

nie być świadomych swojego statusu serologicznego. Dodatkowo, niska wiedza na temat HIV i AIDS implikuje z jednej strony nieodnoszenie ryzyka zakażenia do własnej osoby, a z drugiej – obawę przed wykonaniem testu z uwagi na możliwość doświadczenia stygmatyzacji. Osadzeni wyrażają na przykład niechęć do dzielenia celi z osobą zakażoną HIV i obawiają się zakażenia przez picie z jednej szklanki czy korzystanie z jednej toalety [3; s. 37-38]. Wszystko to powoduje, że więźniowie zakażeni HIV są jedną z populacji najbardziej narażonych na dyskryminację – często mogą doświadczać izolacji, przemocy czy braku przestrzegania ich praw człowieka ze strony współwięźniów [4; s. 12].

W kreowaniu strategii profilaktycznych istotne jest także ryzyko transmisji HIV, STI i innych infekcji podczas pobytu w ZK. Osadzeni podejmują bowiem zachowania ryzykowne w trakcie pobytu w jednostce: kontakty seksualne bez zabezpieczenia czy używanie niesterylnego sprzętu – głównie do wykonywania tatuaży (aż ok. 40% osadzonych wykonuje sobie takowe) [3; s. 41–42]. Równie ważne jest też wyposażenie populacji docelowej w taką wiedzę, która pozwoliłaby na unikanie zakażenia w przyszłości (po odbyciu kary), oraz wykształcenie postawy odpowiedzialności za podejmowane decyzje.

Pierwszym etapem projektowania materiałów profilaktyczno-edukacyjnych było więc określenie ich treści na podstawie badań potrzeb edukacyjnych więźniów, uwzględniając skuteczność oddziaływań profilaktycznych w ogóle oraz niebezpieczeństwa związane ze stosowaniem wybranych strategii profilaktyki. Wstępny koncept skonsultowano z psycholożką więzienną z Aresztu Śledczego Kraków-Podgórze. Na tej podstawie powstał pomysł opracowania – oprócz ulotki/broszury – również plakatu profilaktycznego, co miało rozwiązać zakła-

dany problem wstydu lub obaw przed zabranieniem materiałów do celi. Uznano, że plakat wiszący np. na korytarzu, gdzie osadzeni czekają na skorzystanie z telefonu, pozwoli na przyswojenie choćby podstawowych informacji i zachęci do sięgnięcia po ulotkę.

Pierwotne treści opracowane przez wewnętrznych ekspertów liczyły wiele stron tekstu, który w kolejnym etapie poddano selekcji. Tekst ten dotyczył dróg zakażeń HIV, sposobów unikania zakażenia, testowania, leczenia ARV, życia z HIV oraz innych zakażeń przenoszonych drogą płciową. Tak opracowane treści zostały poddane konsultacjom z grupą docelową w trzech małopolskich jednostkach o różnej specyfice. Były to: ZK Kraków-Nowa Huta (placówka półotwarta, dla młodocianych oraz skazanych po raz pierwszy), ZK Nowy Wiśnicz (zakład zamknięty dla recydywistów) oraz Areszt Śledczy Kraków-Podgórze [5].

Podczas konsultacji przeprowadzono zajęcia profilaktyczno-edukacyjne oraz dyskusję fokusową, w trakcie której zbierano informacje zwrotne od uczestników na temat potrzeb w zakresie treści, kształtu, formy, kolorystyki materiałów czy objętości broszury. Zajęcia oraz dyskusja były prowadzone zawsze przez dwie osoby. Pozwoliło to na obserwację, np. mowy ciała uczestników przy poruszaniu określonych tematów, ich zainteresowania w konkretnych momentach zajęć, jak również na zapamiętanie zadawanych pytań czy też pojęć wymagających doprecyzowania.

Warte podkreślenia jest ogromne zaangażowanie osadzonych w przygotowanie materiałów. Na terenie wszystkich trzech jednostek wykazywali oni ciekawość w odniesieniu do tematyki HIV/AIDS oraz chęć pomocy w osiągnięciu jak najlepszego efektu końcowego. Podobną pomoc okazał personel więzienny, udzielając niezbędnej pomocy i służąc radą.

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”

Protokoły prowadzących spotkania oraz uwagi uczestników zebrane w trakcie konsultacji pozwoliły na wprowadzenie niezbędnych modyfikacji w projekcie. W stosunku do wersji pierwotnej zminimalizowano część broszury na temat zakażeń przenoszonych drogą płciową, za to znacznie uwypuklono kwestie leczenia ARV i życia z HIV, gdyż na to osadzeni kładli szczególny nacisk. W ich ocenie wiadomości te znacząco podnosiły motywację do wykonania testu w kierunku HIV. Zgodnie z badaniami wskazującymi na znikomy odsetek osób podejmujących ryzykowne zachowania związane z iniekcjami, za to większy – z kontaktami seksualnymi [3; s. 39, 41–42], w broszurze znacznie bardziej skupiono się też na tym drugim aspekcie.

W celu zaintrygowania odbiorców zdecydowano się na opracowanie 12-stronicowej broszury oraz plakatu, graficznie i stylistycznie przypominających „Fakt” lub „Super Express” – gazet najczęściej czytanych przez osadzonych. Odpowiada to jednej z zasad skutecznej profilaktyki – użycia konwencji bliskiej i znanej odbiorcy, a przez to zwiększającej jego identyfikację z przedstawionym problemem. W broszurze znajdują się więc duże, krzykliwe nagłówki, zaś jej tytuł nawiązuje do zdrowia, ale nie bezpośrednio do problematyki HIV/AIDS – ma bowiem sprawiać wrażenie poradnika, wkładki do gazety. Wewnętrzne nagłówki natomiast, wymyślone przez samych osadzonych, to najistotniejsze hasła, które mają za zadanie zatrzymać uwagę odbiorcy na danym temacie. Pomiedzy informacje merytoryczne wpleciono krótkie historie obecnych lub byłych więźniów, związane z życiem z HIV lub testowaniem. Starano się w ten sposób przyczynić do jeszcze więk-

szej identyfikacji oraz kształtowania postaw za pomocą strategii wpływu zwanej „społecznym dowodem słuszności” [2]. Całość broszury domknięto krzyżówką wpisującą się w przyjętą konwencję, a jednocześnie wymuszającą skupienie podczas czytania broszury, bo tylko w ten sposób możliwe jest odgadnięcie haseł.

Tworząc materiały, starano się unikać strategii „straszenia”, która może być szkodliwa zarówno dla zdrowia seksualnego odbiorców, jak i dla nasilania stygmatyzacji osób seropozytywnych [1]. Zasadę tę odniesiono również do grafiki: postawiono raczej na wielość kolorów, jasne tło, „przyjazne” zdjęcia. Ostre kontrasty mają natomiast na celu skupienie uwagi, przyciągnięcie wzroku, wzmożenie zainteresowania.

Przygotowane materiały konsultowali eksperci zewnętrzni – mgr Halina Strzelecka, kpt. Jolanta Nielubowicz i dr n. med. Aleksander Garlicki. Po uwzględnieniu ich uwag, całość została skonsultowana z byłym osadzonym oraz z ekspertami Krajowego Centrum ds. AIDS. Ostateczna, wydrukowana wersja broszur i plakatów została poddana ewaluacji na grupie więźniów w ZK Kraków-Nowa Huta.

W trakcie realizacji projektu uchwycono szereg aspektów, które pozwoliły na sformułowanie rekomendacji dotyczących profilaktyki i edukacji w zakładach karnych. Szczególnie ważne jest maksymalne angażowanie osadzonych w projektowanie działań profilaktycznych. Można byłoby zatem rozważyć jeszcze bardziej interaktywne formy – np. sugerowana przez osadzonych w ZK Kraków-Nowa Huta płyta CD z profilaktycznymi utworami muzycznymi,



tworzonymi i nagrywanymi w więzieniu. Biorąc pod uwagę informacje zwrotne, warto także stawiać na bezpośredni kontakt ekspertów z odbiorcami. Zainteresowanie uczestnictwem w zajęciach profilaktycznych przez osoby pozbawione wolności jest duże, a personel jest otwarty na współpracę z organizacjami pozarządowymi. Są to warunki niezwykle sprzyjające podejmowaniu wspólnych i skutecznych działań.

Warto podkreślić, że w ramach projektu opracowano materiały skierowane jedynie do mężczyzn, a nie do ogólnej populacji skazanych. Przyjęto bowiem, że skuteczna profilaktyka powinna być oparta na głównej zasadzie marketingu: wybraniu określonej grupy i odpowiedzi na jej specyficzne potrzeby. Profilaktyka kierowana do wszystkich jest niestety najczęściej profilaktyką do nikogo, dlatego tak istotne jest, aby w przyszłości skierować podobne materiały także do osadzonych kobiet.

Maria Brodzikowska

* Hasło wymyślone przez jednego z osadzonych w ZK Kraków-Nowa Huta

Bibliografia i netografia::

1. Brodzikowska M., Żołądek S., Suchocki T. (2013), *Krytyczna analiza języka i sposobu przekazu wybranych spotów profilaktycznych w zakresie HIV/AIDS skierowanych do mężczyzn mających seks z mężczyzną oraz ich percepcja w grupie docelowej na podstawie badań własnych*, https://stowarzyszeniejedenswiat.files.wordpress.com/2013/09/raport_kampanie_msm_brodzikowska_c5bc0c582c485dek_suchocki.pdf [dostęp: 04.06.2015].
2. Cialdini R., (2000) *Wpływanie wpływu na ludzi. Teoria i praktyka*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
3. Ksel M., Strzelecka H., Rudalski W., (2007) *Zdrowie w więzieniu – badanie postaw, zachowań i wiedzy personelu więziennego oraz ludzi pozbawionych wolności na temat chorób zakaźnych w wytypowanych polskich jednostkach penitencjarnych*, Warszawa.
4. UNODC, WHO, UNAIDS, (2006), *HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings*, New York.
5. <http://www.sw.gov.pl/pl/okregowy-inspektorat-sluzby-wieziennej-krakow/> [dostęp: 04.03.2015].

kontra 

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

Adres redakcji:
ul. Samsonowska 1, 02-829 Warszawa
tel. (+22) 331 77 82, fax (+22) 331 77 76
e-mail: kontra@aims.gov.pl
www.aims.gov.pl

Egzemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.

aspekty

Dodatek do Biuletynu Krajowego Centrum ds. AIDS

Region Morza Bałtyckiego w kontekście HIV i infekcji powiązanych, a także gruźlicy

Artkuł ten informuje nt. państw będących członkami Rady Państw Morza Bałtyckiego (RPMB), w kontekście panującej tam sytuacji epidemiologicznej dotyczącej HIV i infekcji powiązanych, w tym: wirusowego zapalenia wątroby typu B i C, kiły, rzeżączki i chłamydiozy przenoszonej drogą płciową (*Chlamydia trachomatis*) oraz gruźlicy. Zebrane informacje pochodzą z raportu nt. analizy regionalnej *Regional analysis: HIV, TB and Associated Infections (hepatitis B and C, syphilis, gonorrhoea and Chlamydia trachomatis in the Baltic Sea region countries)*. Raport, który powstał w ramach prac przy europejskim projekcie **HATBAI**¹, dotyczy 11 państw², w tym: Litwy, Polski, Norwegii, Finlandii, Estonii, Niemiec, Danii, Szwecji, Białorusi³, Łotwy i Federacji Rosyjskiej (zwłaszcza jej części północno-zachodniej). Jego liderem i koordynatorem, jak również współautorem ww. raportu, jest Krajowe Centrum ds. AIDS. Dane⁴ pochodzą z państw, które wzięły udział w projekcie i przekazały niezbędne informacje.

Celem niniejszego artykułu jest zasygnalizowanie tematów poruszonych w raporcie, które zostaną szerzej omówione w kolejnych publikacjach magazynu „Kontra”. W kilku miejscach artykuł został także uzupełniony najnowszymi danymi z raportu rocznego Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli

Chorób (ECDC) pt. *Annual epidemiological report 2014 – STIs including HIV and blood-borne viruses*.

Główne wnioski raportu nt. analizy regionalnej

HIV i infekcje powiązane, a także gruźlica stanowią poważne zagrożenie w państwach Rady, głównie ze względu na rosnącą liczbę zakażeń HIV, wysoki wskaźnik zapadalności na gruźlicę, a także zagrożenie epidemiologiczne związane z WZW B i C, kiłą, rzeżączką oraz chłamydią przenoszona drogą płciową (CT). Mimo dostępu do coraz nowocześniejszych narzędzi diagnostycznych i leczenia, zapadalność na niektóre z tych infekcji rośnie. Wiele z nich, zwłaszcza gdy przebiegają bezobjawowo lub gdy dają tylko niewielkie objawy, pozostaje niezdiagnozowana lub niewłaściwie zdiagnozowana (np. infekcja *Chlamydia trachomatis*), co ułatwia rozprzestrzenianie się i zwiększa prawdopodobieństwo późniejszych powikłań u osoby zakażonej.

W przypadku HIV występuje zróżnicowanie co do dróg zakażenia. Przykładowo w Estonii, na Litwie i Łotwie, a także w północno-zachodniej części Federacji Rosyjskiej, epidemia HIV ma charakter skoncentrowany i dotyczy głównie populacji osób używających narkotyki w iniekcjach. Z kolei w Niemczech do największej liczby zakażeń HIV docho-

dzi w populacji mężczyzn mających seks z mężczyznami (MSM).

Poważnym problemem w państwach Rady jest ogólny wzrost liczby zakażeń przenoszonych drogą płciową oraz występowanie w niektórych państwach (np. Federacja Rosyjska, Estonia) koinfekcji HIV z gruźlicą wielolekooporną (MDR-TB i XDR-TB).

Chlamydia trachomatis (CT) należy do najczęściej diagnozowanych zakażeń przenoszonych drogą płciową w regionie.

W przypadku kiły i rzeżączki występuje spore zróżnicowanie pomiędzy państwami. Spadek zakażeń (przy nadal wysokich wskaźnikach osób zakażonych /100 tys.), zauważalny jest m.in. w Estonii, na Łotwie, Litwie, Białorusi i w północno-zachodniej części Federacji Rosyjskiej. Ich wzrost obserwowany jest natomiast w Danii, Szwecji i Finlandii i dotyczy przede wszystkim populacji MSM. W populacji tej odnotowuje się także dużą liczbę nowych zakażeń wirusowym zapaleniem wątroby typu C i B.

Imigranci spoza Europy (zwłaszcza z Afryki Subsaharyjskiej i Azji) odgrywają coraz większą rolę w epidemiologii HIV i infekcji powiązanych, a także gruźlicy. Pochodzą oni najczęściej z państw o bardzo wysokiej prevalencji HIV (*countries with generalised HIV epidemics* $\geq 1\%$) lub obszarów ende-

1. HATBAI – HIV, AIDS, Tuberculosis, Associated Infections. Projekt realizowany w latach 2013/2014 w ramach Strategii Unii Europejskiej dla Regionu Morza Bałtyckiego na lata 2014–2020 w obszarze zdrowia. Celem nadrzędnym projektu było wzmocnienie profilaktyki i ograniczenie negatywnych skutków HIV/AIDS oraz infekcji powiązanych w regionie.

2. Z wyłączeniem Islandii.

3. Białoruś, jako państwo objęte programem Europejskiej Polityki Sąsiedztwa UE (ENP).

4. Dane. Analiza sytuacji epidemiologicznej na poziomie krajowym dotycząca HIV, gruźlicy i infekcji powiązanych, obejmująca następujące zagadnienia: tło społeczno-ekonomiczne, trendy epidemiologiczne w ciągu ostatnich 5 lat, sytuację populacji szczególnie narażonych na zakażenie. Ponadto, kwestie dotyczące koordynacji, zarządzania i finansowania programów zapobiegania, leczenia i opieki, a także otoczenia legislacyjnego.

micznego występowania gruźlicy. Jako osoby zakażone lub chore, imigrują do najbogatszych państw regionu, takich jak: Niemcy, Szwecja, Norwegia czy Finlandia. Ze względu na swój – często nielegalny – status w danym państwie, pozostają one poza zasięgiem lokalnego systemu opieki zdrowotnej.

Większość państw Rady dysponuje wieloletnią strategią zapobiegania i zwalczania HIV oraz infekcji powiązanych, a także gruźlicy oraz wiodącymi instytucjami i organizacjami odpowiedzialnymi za wdrażanie strategii, jej monitoring i ewaluację na poziomie krajowym i lokalnym.

Finansowanie i organizacja opieki zdrowotnej oparta jest w większości państw Rady na mieszanym systemie finansowania, w którym większość środków pochodzi z budżetu państwa, a tylko niewielka część od świadczeniobiorców. Głównym sposobem finansowania służby zdrowia są tam podatki i/lub przymusowe ubezpieczenie zdrowotne. Relatywnie niewielką część stanowią opłaty z prywatnych ubezpieczeń czy bezpośrednie wpłaty od pacjentów.

Charakterystyka państw regionu biorących udział w projekcie HATBAI

Państwa Rady biorące udział w projekcie HATBAI, w tym: Litwa, Polska, Norwegia, Finlandia, Estonia, Niemcy, Dania, Szwecja, Białoruś⁵, Łotwa i Federacja Rosyjska (region Kaliningradu) zamieszkuje ponad 11 narodowości i prawie 303 miliony osób (włączając w to mniejszości etniczne). Migracje oraz czynnik etniczny odgrywają w tych państwach istotną rolę w kontekście HIV i infekcji powiązanych, a także gruźlicy. Przykładowo, 14% mieszkańców Norwegii to imigranci urodzeni poza tym państwem lub osoby urodzone w Norwegii, będące dziećmi imigrantów. Z kolei w północno-zachodniej części Federacji Rosyjskiej w rejonie Sankt Petersburga, obserwowany jest duży napływ imigrantów za-

robkowych (rocznie około 450 tys. osób). Systemy ochrony zdrowia poszczególnych 11 państw różnią się pod względem zasobów i możliwości działania, poziomu organizacyjnego i rozwiązań w ochronie zdrowia. Ma to swoje uwarunkowania historyczne, polityczne, społeczno-ekonomiczne i kulturowe. Wyżej wymienione państwa różnią się w sposób istotny poziomem rozwoju społeczno-gospodarczego, mierzonym dochodem narodowym brutto/na 1 mieszkańca, wysokością wydatków na służbę zdrowia, przypadającą na jednego mieszkańca, sumą wydatków na zdrowie, liczoną jako % PKB, a także przewidywaną średnią długością życia (tabela poniżej).

Wśród prezentowanych państw, najwięcej na zdrowie na jednego mieszkańca wydają Niemcy, Dania, Szwecja, Norwegia i Finlandia (w tym jako % PKB),

najmniej zaś Białoruś, Estonia, Łotwa i Federacja Rosyjska, które plasują się za Polską (6,7% PKB).

Finansowanie służby zdrowia w państwach Rady

Systemy ochrony zdrowia w państwach Rady oparte są na mieszanym źródłach finansowania. W większości z nich podstawowym źródłem finansowania są fundusze publiczne, kontrolowane przez państwo bezpośrednio lub pośrednio. Finansowanie ze środków publicznych odbywa się przez obowiązkowe systemy ubezpieczeń społecznych (np. Niemcy, Estonia) lub bezpośrednie finansowanie ze środków pochodzących z dochodów publicznych (podatków) np. z budżetu państwa (Szwecja, Dania, Finlandia) czy budżetów regionalnych. Stosunkowo mała część finansowania pochodzi z do-

Państwo	Liczba mieszkańców (w mln)	Dochód narodowy brutto /1 mieszkańca (kwota w międzynarodowej \$, 2012)	Średnia długość życia m/k (wiek) 2012	Suma wydatków na zdrowie /1 mieszkańca (Intl \$, 2012)	Suma wydatków na zdrowie jako procent PKB (2012)
Szwecja	9,6	43 980	80/84	4 158	9,6
Dania	5,6	43 430	78/82	4 720	11,2
Niemcy	80	42 230	78/83	4 617	11,3
Estonia	1,29	22 500	71/81	1 385	5,9
Finlandia	5,4	38 220	78/84	3 545	9,2
Norwegia	5,07	66 960	80/84	5 970	9
Litwa	2,98	23 560	68/80	1 426	6,7
Białoruś	9,46	14 960	67/78	790	5
Polska	38,5	21 170	73/81	1 489	6,7
Federacja Rosyjska	143	22 720	63/75	1 474	6,3
Łotwa	2,02	21 920	69/79	1 188	6
Total	302,92				

Źródło: raporty z państw (dane WHO).

5. Białoruś jako państwo objęte programem Europejskiej Polityki Sąsiedztwa Unii Europejskiej (ENP).

browolnych, prywatnych ubezpieczeń, a także z bezpośrednich opłat dokonywanych przez pacjentów.

Przykładowo:

Państwo	Sposób finansowania
Szwecja	Lokalne hrabstwa pokrywają wydatki z własnych dochodów podatkowych. Dodatkowe środki pochodzą z państwowych funduszy, z ubezpieczeń subsydiowanych przez państwo, z prywatnych ubezpieczeń i bezpośrednich opłat od pacjentów.
Finlandia	Narodowy Fundusz Ubezpieczeniowy, budżety gminne, subsydia rządowe, ubezpieczenia prywatne.
Niemcy	Obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne, budżet państwa, ubezpieczenia prywatne, bezpośrednie opłaty od pacjentów.
Dania	Budżet państwa, dochody z podatków płaconych do budżetu hrabstw i gmin, ubezpieczenia prywatne, bezpośrednie opłaty od pacjentów.

Ogólny zarys sytuacji epidemiologicznej HIV i infekcji powiązanych oraz gruźlicy w populacji generalnej

Wśród państw Rady występuje duże zróżnicowanie dotyczące raportowanej liczby zakażeń HIV i infekcjami powiązanymi, a także zapadalności na gruźlicę. Jest to związane z faktem występowania różnic w systemach nadzoru epidemiologicznego, diagnostyce, co wiąże się z możliwościami wykonywania badań przesiewowych i testów (dostępność, wiedza, gdzie mogą zrobić badanie), a także sposobami raportowania. Większość systemów nadzoru epidemiologicznego dysponuje niepełnymi danymi dotyczącymi liczby zakażeń. Duża część zakażeń pozostaje niezdiagnozowana lub z różnych powodów nie jest zgłaszana do narodowego systemu nadzoru epidemiologicznego, a także do właściwych instytucji (np. instytutów zdrowia publicznego w danym kraju).

To powoduje, że dane epidemiologiczne pochodzące z państw są często niedoszacowane, niekompletne lub ich brak. W przypadku zakażeń *Chlamydia trachomatis* (CT) i rzeżączką (NG), niektóre z państw (np. Niemcy) nie prowadzą rejestru liczby zakażeń na poziomie krajowym w sposób ciągły. W związku z powyższym wyciąganie wiążących wniosków lub dokonywanie bezpośrednich porównań pomiędzy państwami w kontekście konkretnych zakażeń jest dość problematyczne.

Zakażenia HIV i infekcjami powiązanymi oraz zachorowania na gruźlicę obserwuje się najczęściej w populacjach o podwyższonym ryzyku zakażenia.

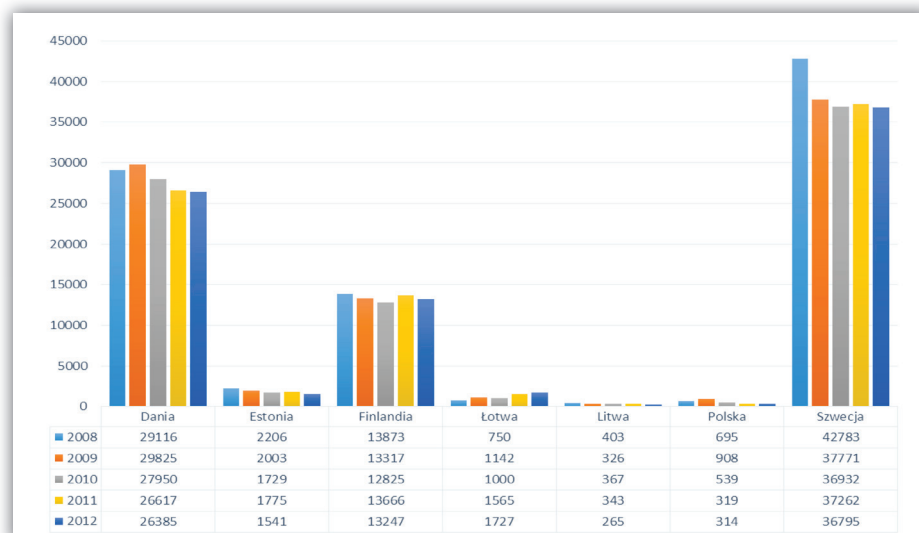
Wyjątek stanowi zakażenie *Chlamydia trachomatis*, występujące głównie wśród osób młodych i nastolatków (głównie kobiet) w wieku 15–24 lata. Prewalencja CT w państwach Rady w populacji generalnej jest na dość niskim poziomie, jednak CT należy do najczęściej zgłaszanych infekcji przenoszonych drogą płciową, a liczba rejestrowanych przypadków stale rośnie. Występuje tu jednak spore niedoszacowanie prawdziwej liczby zakażeń, głównie ze względu na asymptomatyczny przebieg zakażenia i niezgłaszanie się osób zakażonych na badania. Często przyczyną jest brak możliwości wykonania badania przesiewowego czy testu lub też brak informacji, gdzie taki test (badanie) można wykonać.

Według danych ECDC spośród 11 państw uczestniczących w projekcie HATBAI, do największej liczby zakażeń CT dochodzi w Szwecji (36 795 przypadków w 2012; 388/100000 osób), Danii (26 385 w 2012; 473/100000) i Finlandii (13 247 w 2012; 245/100000).

Zakażenia kiłą i rzeżączką (NG) w Europie występują mniej powszechnie, jednak widać nasilenie przypadków zakażeń, głównie w populacji mężczyzn mających seks z mężczyznami (MSM).

Na przestrzeni ostatnich lat, w państwach Rady obserwowany jest wzrost liczby zakażeń rzeżączką wśród osób młodych w wielu 15–24 lata. Wzrosła także zapadalność (zwłaszcza w państwach zachodniego regionu) na kiłę, co jest związane w głównej mierze ze wzrostem liczby zakażeń w populacji MSM.

W niektórych państwach nadbałtyckich notuje się także bardzo wysoką prewalencję gruźlicy (TB), zwłaszcza w północno-zachodniej części Federacji Rosyjskiej, na Litwie i Białorusi oraz w Estonii. Niepokojącym zjawiskiem jest także wysoka prewalencja TB w państwach takich jak: Szwecja czy Finlandia (w których prewalencja TB wśród rdzennych mieszkańców była od lat na bardzo niskim poziomie), co jest związane w głównej mierze z dużym napływem



Wykres 1: *Chlamydia trachomatis* (CT) – liczba przypadków w wybranych państwach UE w latach 2008–2012

(źródło: Raport roczny ECDC: Annual epidemiological report 2014 – STIs including HIV and blood-borne viruses.

imigrantów i uchodźców (chorych na gruźlicę) z państw endemicznych występowania gruźlicy.

Napływ dużej liczby emigrantów (w tym uchodźców) z państw Afryki Subsaharyjskiej i Azji do Szwecji i Finlandii powoduje wzrost liczby zakażeń podtypem wirusa HIV, występującym na obszarach (w państwach) endemicznych występowania HIV. Do zakażeń tym podtypem wirusa dochodzi najczęściej w populacji MSM oraz wśród osób wstrzykujących narkotyki (PWID). W przypadku zakażeń HIV drogą kontaktów heteroseksualnych do największej ich liczby dochodzi od osób pochodzących z państw endemicznych występowania HIV (Afryka Subsaharyjska i Azja) lub od osób, które zakażyły się w państwach endemicznych (np. podczas wyjazdu, urlopu itp.), a następnie przeniosły zakażenie na partnera w kraju.

Nieco inna sytuacja ma miejsce na Litwie, gdzie odnotowuje się spadek liczby zakażeń HIV w populacji osób wstrzykujących narkotyki, natomiast wyraźny wzrost zakażeń wśród partnerów seksualnych tych osób. Według danych litewskiego nadzoru epidemiologicznego do największej liczby zakażeń przenoszonych drogą płciową dochodzi wśród osób młodych w wieku 20–29 lat, które na przestrzeni 12 miesięcy miały więcej niż jednego partnera seksualnego. W tej grupie połowa osób nigdy nie używała prezerwatyw w sytuacji posiadania nowego partnera seksualnego. W przyszłości przewidywany jest dalszy wzrost liczby zakażeń w grupie 20–29 lat. Także na Litwie obserwowany jest wzrost liczby zakażeń HIV i innych zakażeń przenoszonych drogą płciową w populacji MSM.

Leczenie, opieka i wsparcie

Wszystkie państwa Rady podejmują wysiłki na rzecz zapewnienia leczenia, opieki i wsparcia dla osób zakażonych HIV i infekcjami powiązanymi oraz chorych

na gruźlicę. Wszystkie też posiadają własne mechanizmy finansowania leczenia i wsparcia, oparte na źródłach mieszanych lub współfinansowaniu bezpośrednio przez pacjentów. Najczęściej odpłatność dotyczy leków, co ma miejsce w przypadku leczenia WZW typu C i B w Federacji Rosyjskiej, na Litwie i w Estonii. Przy czym na Litwie pacjent otrzymuje zwrot kosztów leczenia z obowiązkowego funduszu ubezpieczenia zdrowotnego, w Estonii zaś może się ubiegać o dofinansowanie z funduszu ubezpieczenia zdrowotnego.

Podstawowym źródłem finansowania ochrony zdrowia są fundusze publiczne (podatki) lub przymusowe ubezpieczenie zdrowotne.

Praktycznie we wszystkich państwach Rady pacjenci zakażeni HIV ze wskazaniem do leczenia i opieki medycznej oraz chorzy na gruźlicę otrzymują leczenie. Tak jak w przypadku WZW B i C, również w przypadku kiły, rzeżączki oraz chłamydiozy przenoszonych drogą płciową, niektóre państwa wymagają współfinansowania leczenia przez pacjentów. Istnieje jednak możliwość ubiegania się o dofinansowanie lub zwrot kosztów leczenia z funduszu ubezpieczenia zdrowotnego. Państwa, które nadesłały informacje wskazując, że dostępność leczenia jest u nich na dość dobrym poziomie. Problem stanowią osoby z tzw. populacji kluczowych (najbardziej narażonych na ryzyko zakażenia HIV i infekcjami powiązanymi lub chorych na gruźlicę), które np. ze względu na swój status w danym państwie (np. nielegalni imigranci, uchodźcy) mogą mieć trudności z dostępem do systemu opieki zdrowotnej (w tym do diagnostyki i leczenia).

Zarządzanie i koordynacja działań w ochronie zdrowia

W większości państw Rady obywatele są objęci narodową ochroną zdrowia, która jest planowana, finansowana i prowadzona przez władze publiczne. Obowiązuje także zasada równego i wolnego dostępu do

usług ochrony zdrowia. Za politykę zdrowotną, a także narodowe priorytety i plany z tym związane, odpowiada z reguły centralna instytucja systemu ochrony zdrowia (np. Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Spraw Socjalnych i Zdrowia). Jednak w zależności od państwa, zakres kompetencji oraz zasięg działania instytucji centralnej może być różny. Przykładowo w Szwecji, obywatele mają dostęp do szerokiego zakresu usług i praktycznie wszyscy objęci są narodowym systemem ochrony zdrowia. Rola Rządu ograniczona jest do zapewnienia ogólnych wytycznych i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, jednak to lokalne hrabstwa muszą zdobyć i pokryć wydatki z własnych dochodów podatkowych. Tylko dodatkowe środki pochodzą z funduszy państwowych, z ubezpieczeń zdrowotnych obywateli, częściowo wspomaganych przez środki państwowe oraz z prywatnych ubezpieczeń i bezpośrednich opłat dokonywanych przez pacjentów.

W Finlandii to Ministerstwo Spraw Socjalnych i Zdrowia odpowiada za politykę zdrowotną i określa narodowe priorytety w tym zakresie. Ponadto sporządza czteroletnie plany ochrony zdrowia i monitoruje ich realizację. Odpowiedzialność za zapewnienie opieki zdrowotnej, administrowanie i wdrażanie polityki zdrowotnej spoczywa w rękach ponad 450 gmin.

W Danii odpowiedzialność za zapewnienie usług zdrowotnych jest rozdzielona pomiędzy 14 hrabstw i 375 gmin. Hrabstwa odpowiadają m.in. za opiekę podstawową i szpitalną, a także promocję zdrowia. Finansowanie odbywa się z wykorzystaniem własnych dochodów podatkowych.

W Niemczech z kolei rola rządu centralnego ogranicza się do ustalenia ram prawnych, administracją i wykonywaniem obowiązków związanych z ochroną zdrowia zajmują się natomiast władze poszczególnych landów.

Piotr Wysocki

kontra 

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

Adres redakcji:
ul. Samsonowska 1, 02-829 Warszawa
tel. (+22) 331 77 82, fax (+22) 331 77 76
e-mail: kontra@aims.gov.pl
www.aims.gov.pl

Egzemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.