



### W numerze:

#### Międzynarodowe konferencje w cieniu COVID-19

Magdalena Nicoletti

Str. 1-4

#### Zawody medyczne a HIV/AIDS - aspekty prawne (cz. I)

KCAIDS

Str. 4-5

#### PKD - zalecenia dla klientów i aktualna lista

KCAIDS

Str. 6-7

### Aspekty

#### Zdrowie seksualne osób osadzonych jako interes społeczny

Maria Łukaszek, Uniwersytet Rzeszowski

#### 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

#### Ósrodek 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](http://www.aids.gov.pl)

[facebook.com/kcaids](https://facebook.com/kcaids)

### Międzynarodowe konferencje w cieniu COVID-19



Przez całe dekady organizowana co dwa lata z ogromnym rozmachem światowa Międzynarodowa Konferencja AIDS stanowiła platformę, na której spotykały się środowiska badaczy, naukowców i decydentów z aktywistami i przedstawicielami społeczeństwa obywatelskiego. Nie mogło zabraknąć tam także celebrytów dodających całemu wydarzeniu atrakcyjności i kolorytu. Tegoroczna konferencja, umiejscowiona w San Francisco i Oakland, była szczególnie wyczekiwana z uwagi na towarzyszące jej wyjątkowe okoliczności. Miała przebiegać w cieniu światowego kryzysu wywołanego pandemią COVID-19 i w obliczu perspektywy niewypełnienia celu zakończenia epidemii HIV do roku 2030 jako zagrożenia zdrowia publicznego, czyli niezrealizowania strategii Szybkiej Ścieżki – Fast Track UNAIDS. Z uwagi na konieczność zachowania dystansu społecznego oraz narzuconych ograniczeń komunikacyjnych, konferencja niemalże w ostatniej chwili została przeniesiona do przestrzeni wirtualnej, tym samym zapisując się jako wydarzenie bez precedensu, wymagające od wszystkich osób nią zainteresowanych podjęcia natychmiastowych i innowacyjnych działań. Wyzwaniu udało się sprostać.

Jak planowano od 6 do 10 lipca 2020, w przestrzeni wirtualnej spotkali się delegaci ze 175 krajów. Byli to głównie badacze, przedstawiciele firm farmaceutycznych oraz eksperci reprezentujący najważniejsze organizacje międzynarodowe, gdyż aktywiści, osoby HIV+ oraz przedstawiciele społeczności szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia wycofali swoje zgłoszenia i zorganizowali własną konferencję, której nadali nazwę HIV 2020. Tym samym widoczne od wielu lat (a konkretnie od roku 1989) kontrowersje we wzajemnych relacjach środowisk spowodowały podział na dwa odrębne wydarzenia. Incydent ten można metaforycznie określić jako rozwód „Globalnej Wioski” z „Sesją Plenarną”, do którego najbardziej przyczyniła się kontrowersyjna decyzja Międzynarodowego Towarzystwa ds. AIDS (IAS) dotycząca organizacji tego rodzaju wydarzenia już po raz drugi w przeciągu ośmiu lat na terenie Stanów Zjednoczonych. Dla osób ze środowisk najbardziej narażonych na zakażenie HIV (sprzedających usługi seksualne, stosujących środki psychoaktywne w iniekcji, migrantów, osób kolorowych czy transpłciowych) oznacza to problem z otrzymaniem pozwolenia na wjazd na teren Stanów Zjednoczonych, brak wstępu na konferencję i uniemożliwienie zaprezentowania swoich problemów. Paradoksalnie przeniesienie konferencji do przestrzeni wirtualnej oznaczające umożliwienie udziału każdemu, bez konieczności wychodzenia z domu, nie wpłynęło na poprawę wzajemnych relacji, gdyż w większości przypadków wirtualna platforma transmisyjna nie została wyposażona w opcję do zadawania pytań. Pierwszego dnia konferencji okno czatu nie działało prawidłowo, a następnie zostało zamknięte. Krytyczne tweety wysyłane za pomocą oficjalnego hashtagu #AIDS2020Virtual były usuwane. Zatem



Ilustracja ze strony HIV2020

tegoroczna konferencja AIDS 2020 była nie tylko wyjątkowa ze względu na przeniesienie jej do przestrzeni wirtualnej, lecz także dlatego, że głos społeczeństwa obywatelskiego został z niej skutecznie wyeliminowany. Na pomysłowość i bezkompromisowość aktywistów zawsze jednak można liczyć. Aktywiści zorganizowali alternatywną przestrzeń o charakterze online, nazwaną HIV 2020 (czas trwania lipiec – październik 2020), która oferuje ciekawe sesje nadawane domowymi sposobami, niekiedy z przednich siedzeń samochodów, ale o wartościowej merytorycznej zawartości i dostępne w wielu językach (angielski, hiszpański, francuski, portugalski i rosyjski).

Ze strony organizatora można się dowiedzieć, że konferencja HIV 2020 to wydarzenie o charakterze interdyscyplinarnym i pozytywnym pod względem równości płci, odzwierciedlającym przesłanie o solidarności i udzielaniu sobie wzajemnego wsparcia. Sesje obejmowały takie tematy, jak: zwiększenie finansowania walki z AIDS prowadzonej przez członków społeczeństwa obywatelskiego, łączenie wysiłków z innymi ruchami we wspólne działania na rzecz zdrowia oraz prawa człowieka. W szczególności konferencja miała na celu podkreślenie wiodącej roli, jaką społeczność HIV+ i osoby narażone na ryzyko zakażenia odgrywają w światowej walce z epidemią. Okien-

ka czatu były przez cały czas otwarte, umożliwiając wymianę komentarzy czy wirtualnych powitań. W ramach działań konferencyjnych aktywiści opracowali i przedstawili listę zaleceń dla IAS stanowczo domagając się restrukturyzacji sposobu organizacji przyszłych konferencji tak, aby były przygotowywane przede wszystkim z myślą o osobach zakażonych i wywodzących się z kluczowych populacji. W związku z tym przygotowano listę krajów, w których nie przestrzega się praw człowieka, argumentując, że w przyszłości nie mogą one zostać gospodarzami Międzynarodowych Konferencji AIDS. Przypominano też, że w obliczu rozpadających się systemów opieki zdrowotnej, braku bezpieczeństwa żywnościowego i rosnącego poczucia rażących nierówności, to właśnie powiązania środowiskowe są kołem ratunkowym dla osób HIV+, zapewniając im wsparcie emocjonalne i pomoc finansową, co należy uwzględnić przy wytyczaniu nowych strategii walki z HIV i AIDS.

Tymczasem rozpoczęcie konferencji AIDS 2020 zdominował temat współistnienia i wzajemnego oddziaływania na siebie trendów epidemii HIV i pandemii COVID-19. Równoległym wątkiem był temat wzmożonej aktywności międzynarodowego ruchu społecznego BlackLivesMaster, upominającego się o przestrzeganie praw człowieka, którego celem jest

przeciwstawienie się przemocy wobec osób czarnoskórych i walka z rasizmem systemowym. „Nadeszły niezwykle czasy – czasy konieczności podejmowania radykalnych decyzji – na rzecz realizacji postanowień zakończenia epidemii HIV i AIDS oraz na rzecz wytyczenia przyszłego kierunku rozwoju świata” – mówił Anton Pozniak, prezes IAS, a zarazem Dyrektor Naukowy Wirtualnej Konferencji AIDS 2020. „Obecnie temat każdej prowadzonej przez nas dyskusji toczy się wokół sprzężenia epidemii HIV i pandemii COVID-19 z aktywnym zwalczaniem systemowego rasizmu.” „Jeszcze przed pojawieniem się COVID-19, na łamach raportu specjalnego, UNAIDS alarmowało, że nie będzie możliwe osiągnięcie celu zakończenia do roku 2030 epidemii AIDS jako zagrożenia zdrowia publicznego” – powiedziała Winfried Byanyima, Dyrektor Wykonawcza UNAIDS. „Nie możemy na to pozwolić. Musimy podwoić wysiłki i starania, a rządy i decydentów zobowiązać do odpowiedzialności za powodzenie zakończenia epidemii HIV i AIDS. Różnego rodzaju nierówności: o charakterze społecznym, edukacyjnym czy zdrowotnym stanowią świetną pozycję dla rozwoju wszelkiego rodzaju epidemii, dlatego też kluczem do sukcesu i ich pokonania jest wyrównanie szans”.

Z uwagi na pojawienie się wielu obaw związanych z tym, czy zakażenie HIV zwiększa prawdopodobieństwo koinfekcji COVID-19 oraz czy obecność HIV w organizmie wywołuje ciężki przebieg zakażenia nowym szczepem koronawirusa, wiele uwagi poświęcono temu zagadnieniu. Badacze ze Stanów Zjednoczonych odkryli, że obecność HIV w organizmie nie zwiększa ryzyka zakażenia się nowym szczepem koronawirusa i nie przyczynia się do zgonu z powodu COVID-19. Co więcej, przyjmowanie leków antyretrowirusowych nie wywiera wpływu na powodzenie leczenia COVID-19. Podobne wnioski uzyskano w badaniu przeprowadzonym w Londynie, w którym pacjenci żyjący z HIV i jednocześnie chorzy na COVID-19 zdrowieli szybciej niż osoby HIV-. Badania te bezpośrednio zaprzeczają doniesieniom z Republiki Południowej Afryki, które wcześniej mówiły o tym, że zakażenie HIV zwiększało ry-

zyko śmierci z powodu COVID-19, a zagrożenie to było większe u osób nieleczonych preparatami antyretrowirusowymi. Naukowcy potwierdzili, że największymi czynnikami ryzyka zgonów związanych z COVID-19 jest cukrzyca i podeszły wiek pacjenta. Badacze stwierdzili, że nie zauważa się wzrostu ryzyka zgonu z powodu COVID-19 u osób zakażonych HIV, o ile nie cierpią one na inne schorzenia towarzyszące. Inne badanie z Wielkiej Brytanii udowodniło, że osoby czarnoskóre żyjące z HIV częściej wymagały hospitalizacji niż osoby rasy białej także zakażone HIV.

## **Nowa strategia walki z HIV autorstwa UNAIDS: twórz historię wspólnie z nami**

Podczas otwarcia Międzynarodowej Konferencji AIDS 2020, w czasie sesji UNAIDS Dyrektor Wykonawcza Winnie Byanyima przedstawiła odważny plan podjęcia na nowo światowej walki z HIV. Plan ten nosi nazwę: nowa światowa strategia AIDS. „Na początku tego tygodnia alarmowałam szerokie gremia, że osiągnięcie globalnych celów dotyczących eliminacji HIV nie będzie możliwe do spełnienia. Nowa strategia opracowana przez UNAIDS to wytyczne mające na celu przestawienie trajektorii walki z wirusem na właściwy kurs tak, aby do 2030 móc ogłosić zwycięstwo na tym polu.” – powiedziała Byanyima. „Przy pomocy nowej strategii UNAIDS musimy rozwiązać wciąż aktualne i palące problemy tak, aby móc osiągnąć nasze najważniejsze cele, czyli prowadzenie działań profilaktycznych wśród populacji kluczowych w zgodzie z przestrzeganiem praw człowieka, uzyskanie powszechnego dostępu do leczenia i opieki oraz uporanie się z wieloma zagrożeniami jakie napotykają dorastające dziewczęta i młode kobiety w Afryce Subsaharyjskiej”.

Sesja ta stanowiła okazję dla pozostałych uczestników konferencji do przeprowadzenia rozmowy z ekspertami z UNAIDS na temat założeń, które ich zdaniem powinny stanowić podstawę nowej globalnej strategii. Deborah Bix, globalna koordynatorka ds. AIDS ze Sta-

nów Zjednoczonych, a jednocześnie szefowa programu ds. koordynacji działań dot. koronawirusa w Białym Domu, podkreśliła potrzebę „zebrania niezbędnych twardej danych naukowych, nawiązania porozumienia pomiędzy społecznością osób narażonych na zakażenie czy już żyjących z HIV a decydentami tak, aby mogły zostać rozwiązane codzienne problemy zwykłych ludzi”. Uczestnicy sesji zgodzili się co do tezy, że w ramach nowej strategii UNAIDS powinno się likwidować przyczyny zwiększonego narażenia na ryzyko zakażenia osób wywodzących się z populacji kluczowych. Dobrym przykładem byłoby tu niwelowanie szkodliwych (najczęściej mających swe korzenie w tradycji) stereotypów dotyczących płci, propagowanie łatwego dostępu do edukacji i źródeł utrzymania oraz zmniejszenie poziomu wykluczenia i marginalizacji. „Walka o zdrowie to nie tylko starania o utrzymanie organizmu w dobrym stanie fizjologicznym. Zdrowie to temat interdyscyplinarny, ściśle powiązany z zagadnieniem sprawiedliwości społecznej. Podam przykład: aby uchronić przed zakażeniem osoby sprzedające usługi seksualne nie wystarczy wyposażyć je w prezerwatywy, trzeba też rozpoznać i zwalczać wszystkie czynniki, uniemożliwiające im ich zastosowanie” – powiedział Rico Gustav, Dyrektor Wykonawczy Globalnej Sieci Osób Żyjących z HIV i przewodniczący Komitetu ds. Strategii Globalnego Funduszu. Likwidacja tego typu barier uniemożliwiających sprawną realizację strategii walki z HIV będzie możliwa tylko wtedy, gdy programy profilaktyczne będą dostosowane do trendów epidemiologicznych i do kontekstu miejscowego. „Jesteśmy w posiadaniu odpowiednich narzędzi do efektywnego zwalczania epidemii, ale trzeba je przenieść na poziom lokalny oraz stosować rozwiązania szyte na miarę” – wskazał Quarraisha Abdool Karim z Centrum Programu Badań nad AIDS w RPA.

Wezwano członków społeczności do przyjęcia przywódczej roli w procesie przygotowania i wdrażania nowej strategii UNAIDS oraz do aktywnego stymulowania procesu zmian w swoim środowisku lokalnym oraz na arenie międzynarodowej.

Jednocześnie wskazano na potrzebę wyposażenia tych osób w odpowiednie umiejętności, by możliwe było powierzenie im funkcji liderów proponowanych reform. Tylko poprzez wzmocnienie roli przywódczej członków społeczności możliwe jest danie im poczucia sprawczości, a w konsekwencji opracowanie efektywnie działającego programu świadczeń dotyczących HIV, gruźlicy i COVID-19 prowadzonego w zgodzie z prawami człowieka, jak również na dotarcie z nim do populacji trudnodostępnych. Ludo Bok, kierownik Grupy ds. Zdrowia i Rozwoju w Programie Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju wyjaśnił: „Epicentrum walki z epidemią HIV muszą stanowić społeczności. Oznacza to ich odpowiednie dofinansowanie, umożliwienie brania czynnego udziału w procesie decyzyjnym oraz otwarcie na walkę z wirusem przestrzeni obywatelskich, gdyż odpowiedzialność za powodzenie realizacji nowej strategii spoczywa na barkach nas wszystkich”. W dalszej części sesji, prelegenci zaapelowali o podjęcie poważnej dyskusji nad tym, co należy zmienić w dotychczasowej realizacji zobowiązań dotyczących ograniczania epidemii oraz wezwali do przyjęcia zbiorowego zobowiązania dotyczącego zmiany sposobu walki z HIV. Uczestnicy zgodzili się, że istnieje potrzeba skupienia się na dialogu w temacie zdrowia jako podstawowego prawa, konstruktu społecznego. Nie można zapewnić pełnego leczenia i profilaktyki HIV, jeśli nadal napotyka się na bariery w dostępie do wiedzy, edukacji, opieki zdrowotnej, do świadczeń redukcji szkód, do ochrony zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, stabilnych źródeł utrzymania, obrony przed przemocą oraz dostępu do wymiaru sprawiedliwości i niezbędnych środków do życia. „W głębi duszy czuję, że niesie mnie nowy rodzaj inspiracji. Nie możemy działać na starych zasadach i oczekiwać, że wynik naszych starań okaże się, jakimś cudownym zrządzeniem losu, wbrew wszelkim prognozom, pozytywny” – stwierdziła Byanyima. „Ludzie oczekują, że na kartach kolejnej strategii zostanie wytyczony nowatorski kierunek globalnej walki z AIDS – możliwy do realizacji przez UNAIDS i pozwalający na zakończenie epidemii w każdym kraju na świecie i wśród członków każdej społeczności.”

## Nowa Strategia Walki z HIV autorstwa UNAIDS – Protect and Accelerate Progress Towards the End of AIDS: Ready, Set, Go!

Do osiągnięcia wyznaczonego celu, jakim jest zakończenie epidemii jako zagrożenia zdrowia publicznego do 2030 roku zostało mniej niż 10 lat, a istnieje realna obawa, że o ile nie wprowadzi się odpowiednich reform, zamierzenie to nie będzie możliwe do spełnienia. Dlatego też Rada Koordynacyjna (PCB) zleciła UNAIDS opracowanie kolejnej globalnej strategii, która ma opierać się na już wypracowanych skutecznych działaniach, a tempo ich wdrażania zostanie znacznie przyspieszone. Nowa strategia UNAIDS ma być ambitna, wizjonerska i oparta na twardych danych naukowych, ma służyć jako wytyczne dla wszystkich krajów świata do wyeliminowania problemu AIDS jako zagrożenia zdrowia publicznego do 2030 roku. Będzie pełniła rolę przewodnika do przewycięzania wyzwań i będzie gwarantem skutecznego wdrażania efektywnych rozwiązań na poziomie państw i społeczności. Nowa strategia w swej treści będzie zawierała nowe globalne cele do wypełnienia do roku 2025 oraz nowe oszacowanie kosztów związanych z ich realizacją. Temat kolejnej edycji strategii i procesu jej wdrażania zdominuje kolejne posiedzenie wysokiego szczebla Zgromadzenia Ogólnego ONZ. Opracowanie strategii będzie miało charakter partycypacyjny, odbędzie się z udziałem ekspertów z UNAIDS, donatorów, przedstawicieli

społeczeństwa obywatelskiego, osób żyjących z HIV i dotkniętych tym problemem, młodych dorosłych, instytucji wyznaniowych, ministrów zdrowia, finansów oraz ministrów ds. kwestii związanych z płcią, jak również parlamentarzystów, naukowców i przedstawicieli sektora prywatnego.

Strategia UNAIDS znana jako Szybka Ścieżka – Fast Track, której celem jest zakończenie epidemii HIV i AIDS do 2030 roku jako główne zamierzenie określała podniesienie poziomu dostępu do leczenia ARV, a zaniechywała podejmowanie konkretnych działań w takich obszarach jak: profilaktyka, mobilizacja do działania członków społeczności szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia czy propagowanie zniesienia szkodliwych zapisów prawnych. Zasadniczym błędem było dążenie do udoskonalenia systemu leczenia w wybranych krajach o wysokiej prevalencji, podczas gdy epidemia HIV koncentruje się wśród członków społeczności krajów biednych. Efektem takiego postępowania był spadek liczby zgonów w krajach, gdzie upowszechniono dostęp do terapii antyretrowirusowej, ale nowe trendy epidemiologiczne zintensyfikowały się w miejscach, gdzie nadal penalizuje się i dyskryminuje członków populacji szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia. Przeoczono problem dużych różnic w poziomie zapadalności na HIV i śmiertelności z powodu AIDS mających miejsce w poszczególnych częściach globu i w konkretnych populacjach, a skupiono się na wypełnianiu wąskiego zakresu

wskaźników mierzonych na skalę krajową. Zamiast tego powinno się definiować i monitorować szeroki i zróżnicowany zestaw wskaźników, które mogłyby ujawnić bariery strukturalne i nieefektywne działania podejmowane przez rządy (np. przepisy, ustawy i praktyki) prowadzące do ograniczenia powszechnego dostępu do profilaktyki, opieki i leczenia.

Globalny Fundusz opublikował raport, w którym eksperci sugerują, że pandemia COVID-19 może wywołać nawet podwojenie liczby zgonów z powodu HIV, gruźlicy i malarii, niwecząc blisko dwie dekady podejmowania wysiłków celem ograniczenia epidemii w najbardziej dotkniętych nią regionach. Pandemia COVID-19 wywiera także destrukcyjny wpływ na członków populacji kluczowych, czyli: osoby sprzedające usługi seksualne, mężczyźni mających kontakty seksualne z mężczyznami, osoby transpłciowe oraz przyjmujące środki odurzające w iniekcjach i osoby przebywające w zakładach penitencjarnych. Najnowsze dane UNAIDS pokazują, że aż 62% nowych globalnych zakażeń HIV w 2019 roku zanotowano wśród członków populacji kluczowych i ich partnerów seksualnych. Patrząc na oś czasu widzimy, że odsetek ten szybko rośnie: w 2018 roku wynosił 54%, a w 2017 roku tylko 40%. Wniosek nasuwa się sam: transmisja zakażeń HIV wśród członków populacji kluczowych nigdy nie została zahamowana, a wręcz wzrasta.

*Magdalena Nicoletti*

## Zawody medyczne a HIV/AIDS - aspekty prawne (cz. I)

### Wykonywanie zawodów medycznych przez osoby żyjące z HIV

Na podstawie aktualnie obowiązujących przepisów, osoby żyjące z wirusem HIV mogą pracować w zawodach medycznych m.in. w zawodzie lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki, położnej, ratownika medycznego, fizjoterapeuty czy masażyisty. Obecnie pracownicy tych zawodów ani przed

rozpoczęciem pracy, ani w jej trakcie nie są obligatoryjnie testowani w kierunku HIV.

Zgodnie z Konstytucją RP każdemu zapewnia się wolność wyboru i wykonywania zawodu oraz wyboru miejsca pracy. Wyjątki określają poszczególne ustawy.<sup>1</sup> Na przykład, na podstawie ustawy *o Państwowym Ratownictwie Medycznym*, zawód ratownika medycznego może wykonywać

osoba, która posiada pełną zdolność do czynności prawnych, stan zdrowia pozwalający na wykonywanie tego zawodu, zna język polski w stopniu wystarczającym oraz spełnia wymagania dotyczące edukacji.<sup>2</sup> Podobne warunki stawiają ustawa *o zawodach pielęgniarstwa i położnej* czy też ustawa *o zawodach lekarza i lekarza dentystry*, z tym, że w tej ostatniej pojawia się dodatkowy warunek „nienagannej postawy

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U.97.78.483), art. 65.

2. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. *Państwowe Ratownictwo Medyczne* (Dz.U.2020.882 t.j.), art. 10.

etycznej”<sup>3</sup>. Nie ma jednak przepisów, które bezpośrednio zakazywałyby osobie żyjącej z HIV wykonywać którykolwiek z zawodów medycznych. Natomiast w poszczególnych ustawach jest warunek takiego stanu zdrowia, który „pozwała na wykonywanie zawodu”. Samo zakażenie wirusem HIV nie powoduje automatycznego pogorszenia stanu zdrowia do poziomu uniemożliwiającego wykonywanie zawodu. Zarówno w stosunku do lekarzy, lekarzy dentyków, jak i pielęgniarek i położnych, jeżeli istnieje uzasadnione podejrzenie niezdolności do wykonywania zawodu lub ograniczenia w wykonywaniu ściśle określonych czynności medycznych ze względu na stan zdrowia (zakażenie HIV, a zwłaszcza AIDS niewątpliwie mają wpływ na ogólny stan zdrowia) uniemożliwiający wykonywanie zawodu, powołuje się złożoną ze specjalistów komisję, która wydaje stosowne orzeczenie.<sup>4,5</sup>

Ograniczenia w wykonywaniu zawodów medycznych nie mają bezpośredniego związku z ewentualnym zakażeniem wirusem HIV. Osoby mające kontakt z krwią znajdują się w grupie, której dotyczą szczególne wskazania w związku z badaniami. Jednakże w przypadku wirusa HIV test nie jest obligatoryjny, wykonywany jest w zależności od wskazań, a jego wykonanie wymaga uzyskania pisemnej zgody badanego, poinformowanego uprzednio o celu, sposobie wykonania i ewentualnych skutkach badania. Oznacza to, że pracownik powinien mieć możliwość przeprowadzenia badania, nie może jednak być przez pracodawcę do niego zmuszonym.<sup>6</sup>

### Kwestie prawne związane z postępowaniem poekspozycyjnym w przypadku pracowników medycznych

Zasady finansowania profilaktyki poekspozycyjnej po narażeniu na zakażenie

HIV określa ustawa *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi*. Warto wspomnieć, że od momentu podpisania ustawy w 2008 r. zasady te nie uległy znaczącym zmianom. Generalnie, finansowanie profilaktyki poekspozycyjnej po narażeniu na zakażenie HIV determinują dwa przepisy: art. 41 ust. 4 wprowadzający zasadę generalną oraz art. 41 ust. 5 wprowadzający wyjątek od tej zasady ogólnej.

Zgodnie z art. 41 ust. 4 (zasada ogólna) „leczenie poekspozycyjne osób, które miały styczność z ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV), jest finansowane na zasadach określonych w art. 40 ust. 4 i 5.<sup>7</sup> 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<sup>8</sup>, w tym przede wszystkim w przepisach *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*<sup>9</sup>. 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.<sup>10</sup> Koszty te pochodzą ze środków programu polityki zdrowotnej MZ poświęconego profilaktyce i leczeniu antyretrowirusowemu, aktualnie pn. *Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017 – 2021*.

Wyjątkiem wprowadzonym przez art. 41 ust. 5 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.<sup>11</sup> Przepis ten powoduje, że podmiotem odpowiedzialnym za sfinansowanie leczenia poekspozycyjnego, w przypadku ekspozycji, do której doszło w wyniku wypadku w trakcie pracy (wykonywania czynności zawodowych) jest każdorazowo pracodawca (zlecający pracę).

Sąd Rejonowy Szczecin-Centrum w Szczecinie w wyroku z dnia 12 stycznia 2017 r., sygn. XI GC 1061/16, w kontekście rozważania wyłączenia odpowiedzialności pracodawcy lub zlecającego pracę w sytuacji, gdy pracownik swoim zawnionym zachowaniem doprowadził do wypadku, którego skutkiem była ekspozycja na HIV, potwierdził, że ewentualne zawnienie pracownika nie miałyby znaczenia. Sąd wskazał, że „art. 41 ust. 5 (...) nie zawiera żadnych okoliczności wyłączających odpowiedzialność pracodawcy albo zlecającego pracę od obowiązku sfinansowania profilaktycznego leczenia poekspozycyjnego ze styczności z ludzkim wirusem niedoboru (HIV)”.

Jednocześnie, co potwierdził Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z dnia 21 czerwca 2018 r., sygn. II SA/Wa 427/18, w przypadku konieczności leczenia poekspozycyjnego pracownika ze styczności z HIV, do której doszło w wyniku wypadku w trakcie wykonywania czynności zawodowych, pracodawca powinien nie tylko sfinansować koszty leczenia pracownika, ale także rozważyć wypłatę temu pracownikowi 100% uposażenia za okres nieobecności spowodowany leczeniem.

Stan prawny: 5 sierpnia 2020 r.  
*oprac. Krajowe Centrum ds. AIDS*

3. Ustawa *o zawodach lekarza i lekarza dentydy* (Dz.U.2020.514 t.j.), art. 5.

4. Ustawa *o zawodach lekarza i lekarza dentydy* (Dz.U.2020.514 t.j.), art. 12.

5. Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej* (Dz.U.2020.562 z późn. zm.), art. 28, 31.

6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. *w sprawie przeprowadzenia badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy* (Dz.U.2016.2067 t.j. z późn. zm), załącznik nr 1.

7. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (Dz.U.2019.1239 j.t.), art. 41 ust. 4.

8. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (Dz.U.2019.1239 j.t.), art. 40 ust. 4.

9. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz.U.2019.1373 j.t. ze zm.).

10. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (Dz.U.2019.1239 j.t.), art. 40 ust. 5.

11. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (Dz.U.2019.1239 j.t.), art. 41 ust. 5.

## Punkty Konsultacyjno-Diagnostyczne – zalecenia dla klientów w związku z COVID-19

W związku z sytuacją epidemiologiczną, ze względu na występowanie zakażeń koronawirusem SARS-CoV-2, który wywołuje chorobę COVID-19, Krajowe Centrum ds. AIDS wprowadza zalecenia dla Klientów PKD.

**Ponieważ zasady w Punktach mogą się różnić, prosimy o upewnienie się, jakie procedury obowiązują w PKD, do którego Państwo się wybierają.**

Poniżej przedstawiamy **zasady ogólne**:

- Prosimy o niezgłaszanie się do PKD osób z objawami infekcji dróg oddechowych (nawet przeziębienia), z temperaturą powyżej 37,5°C, osób objętych kwarantanną, osób, które miały kontakt z chorym z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2.
- W przypadku kontaktu z osobą z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 prosimy o niezgłaszanie się do PKD w ciągu co najmniej 14 dni od kontaktu.
- Przed wizytą w PKD prosimy o telefoniczne (lub przez aplikację) umówienie wizyty na konkretny dzień i godzinę. Zapisy telefoniczne prowadzone są anonimowo, np. na hasło). Telefony do poszczególnych PKD zamieszczone są wraz z informacjami o pracy danego Punktu.
- Przed wizytą w PKD prosimy o wykonanie pomiaru temperatury ciała.
- Każda osoba zgłaszająca się do PKD proszona jest o zapoznanie się z *Informacją dla Klienta*. Informujemy, że przy wizycie w PKD możliwe jest wykonanie pomiaru temperatury ciała.
- Na teren poczekalni przy PKD będą mogły wejść tylko osoby wstępnie zakwalifikowane. Na terenie poczekalni przebywać może jednorazowo tylko tyle osób, ile wskaże pracownik PKD. Pozostałe osoby oczekują na zewnątrz z zachowaniem bezpiecznej odległości.
- Osoby zgłaszające się do PKD otrzymają maski jednorazowe, a także zobowiązane są do dezynfekcji rąk.
- Prosimy o zachowanie bezpiecznej odległości w rozmowie z doradcą.
- W przypadku wystąpienia objawów infekcji z gorączką powyżej 38° w ciągu 14 dni po wykonaniu testu w kierunku HIV, w przypadku wystąpienia potwierdzonego zakażenia koronawirusem prosimy o poinformowanie (telefoniczne lub mailowe) o tym PKD, w którym wykonano badanie.

MIASTO	NAZWA ORGANIZACJI I ADRES	NAZWA PKD	ADRES PKD	GODZINY OTWARCIA
BIAŁYSTOK	Stowarzyszenie FAROS ul. Pietkiewicza 1/1, 15 - 689 Białystok	PKD przy Przychodni na Bema	ul. Gen. Józefa Bema 2 lok. 011 (poziom -1)	poniedziałek 15:00 - 17:30 środa 15:00 - 17:30
BYDGOSZCZ	Fundacja Parasol	PKD przy Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej – Epidemiologicznej w Bydgoszczy	Wojewódzka Stacja Sanitarnej – Epidemiologicznej w Bydgoszczy ul. Kujawska 4, 85-031 Bydgoszcz	poniedziałek 15:00-19:00 środa 15:00-18:00
CHORZÓW	Górnośląskie Stowarzyszenie WSPÓLNOTA ul. Zjednoczenia 10, 41 - 500 Chorzów	PKD przy Górnośląskim Stowarzyszeniu Wspólnota	41-500 Chorzów, Zjednoczenia 10 na terenie Szpitala Specjalistycznego, w Poradni Zakaźnej. Budynek 4 gabinet numer 6 i 5	poniedziałek 12.00 - 15.00 wtorek 12.00 - 15.00 środa 12.00 - 15.00 czwartek 13.00 - 15.00 piątek 9.00 - 12.00 oraz 3 dodatkowe dyżury w listopadzie
CZĘSTOCHOWA	Stowarzyszenie MONAR ul. Nowolipki 9B, 00 - 151 Warszawa"	PKD przy Poradni Monar w Częstochowie	42-290 Częstochowa ul. Ogrodowa 66	czwartek 17.00 - 20.00
EŁK	Stowarzyszenie Honorowych Dawców Krwi ul. Grodzieńska 10, 19-300 Ełk	PKD W EŁKU	19-300 EŁK Kościuszki 35 gab. 31	czwartek 15.00 - 17.00
GDAŃSK	Fundacja POMORSKI DOM NADZIEI ul. Rzączyńskiego 1b/18 80 - 041 Gdańsk	PKD przy Pomorskim Centrum Chorób Zakaźnych i Gruźlicy	Budynek G ul. Smoluchowskiego 18 80-214 Gdańsk	poniedziałek 16.00 - 20.00 wtorek 16.00 - 20.00 czwartek 16.00 - 20.00
GDYNIA	Fundacja POMORSKI DOM NADZIEI ul. Rzączyńskiego 1b/18, 80 - 041 Gdańsk	PKD przy Szpitalu Morskim	Budynek 28, ul. Huzarska 1 81-518 Gdynia	środa 16.00 – 20.00, piątek 8.00 – 12.00
JELEŃ GÓRA	Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej ul. Kasprowicza 7, 58 - 500 Jelenia Góra"	PKD przy Wojewódzkim Centrum Szpitalnym Kotliny Jeleniogórskiej	58-506 Jelenia Góra ul. Ogińskiego 6	środa 15.00 - 18.00 piątek 15.00 - 17.00
KIELCE	Stowarzyszenie NADZIEJA RODZINIE ul. Karcówkowska 36, 25 - 711 Kielce"	PKD przy Stowarzyszeniu Nadzieja Rodzinie	25-711 Kielce ul. Karcówkowska 36	Wtorek 16.00-20.00 Czwartek 8.00-11.00 Piątek 12.30-15.30
KOSZALIN	Stowarzyszenie Profilaktyki i Terapii "Młodzi-Młodym" ul. Zwycięstwa 168, 75-612 Koszalin	PKD Koszalin	Koszalin ul. Szpitalna 2 III piętro (budynek SPZOZ MSW)	środa 13.00 - 18.00 sobota nieczynne do odwołania
KRAKÓW	Stowarzyszenie Profilaktyki Zdrowotnej "Jeden Świat" ul. Ściegiennego 89/28, 30-809 Kraków"	PKD przy Punkcie Pobrań Diagnostyki	Plac Szczepański 3 31-011 Kraków	Poniedziałek 15:00 – 18:00 Wtorek 15:00 – 18:00 Środa 15:00 – 18:00 Czwartek 15:00 – 18:00 Piątek 15:00 – 18:00

LUBLIN	Katolickie Stowarzyszenie Pomocy Osobom Potrzebującym "AGAPE" ul. Bernardyńska 5, 20 - 109 Lublin"	PKD przy Punkcie Pobrań Przychodni SP ZOZ MSW	Lublin ul. Spokojna 3	wtorek 16.00 - 18.30 czwartek 16.00 - 18.30
ŁÓDŹ	Międzynarodowe Stowarzyszenie Pomocy "Słyszę Serce" ul. Skarbowska 28, 91-473 Łódź"	PKD w Łodzi	Łódź 93-011 ul. Tuszyńska 19	poniedziałek 15.00 -18.00 wtorek 15.00 -18.00 (dodatkowo od lipca do 17 grudnia) środa 15.00 -18.00 czwartek 15.00 -18.00 oraz dodatkowe dyżury według harmonogramu
OLSZTYN	Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej ul. Żołnierska 16, 10 - 561 Olsztyn			wtorek 15.00 -18.00 czwartek 15.00 -18.00
OPOLE	Stowarzyszenie Na Rzecz Osób Wykluczonych i Zagrożonych Wykluczeniem Społecznym PODWALE SIEDEM ul. Skarbowców 85/13, 53-025 Wrocław"	PKD przy Wojewódzkim Szpitalu w Opolu	Poradnia Chorób Zakaźnych Szpitala Wojewódzkiego w Opolu, wejście od ul. Koźnego 53, gabinet nr 2	środa 16.00-19.00 piątek 16.00-19.00
PŁOCK	"Społeczny Komitet ds. AIDS ul. Chmielna 4 lok. 11, 00-020 Warszawa"	PKD przy Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Płocku	ul. Medyczna 19	wtorki i czwartki w godz. 15.00-18:00 w pok nr 144
POZNAŃ	Fundacja Simontonowski Instytut Zdrowia ul. Sekutowicza 3/9, 20-152 Lublin"	PKD Poznań - punkt pobrań Diagnostyka	ul. Mickiewicza 5/4	poniedziałek 16.00 - 20.00 środa 16.00 - 20.00 piątek 16.00 - 20.00"
RZESZÓW	Stowarzyszenie Profilaktyki Zdrowotnej "Jeden Świat" ul. Ściegiennego 89/28, 30-809 Kraków	PKD przy WSSE w Rzeszowie	ul. Wierzbowa 16, 35-959 Rzeszów	środa 15:15-18:15 sobota 12:00-15:00
SZCZECIN	Stowarzyszenie Wolontariuszy DA DU ul. Broniewskiego 12, 71-460 Szczecin	PKD Szczecin	ul. Broniewskiego 12 71- 460 Szczecin	poniedziałek 15.00 - 18.00. wtorek 15.00 - 18:00 środa 15:00- 18:00 czwartek 15.00 - 18.00.
TORUŃ	Fundacja Parasol ul. H.Piskorskiej 1A/14, 87-100 Toruń"	PKD przy Wojewódzkim Ośrodku Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Toruniu	ul. Szosa Bydgoska 1, 87-100 Toruń	wtorek 15.00 - 18.00 piątek 14.00 - 18.00
WAŁBRZYCH	Stowarzyszenie Na Rzecz Osób Wykluczonych i Zagrożonych Wykluczeniem Społecznym PODWALE SIEDEM	PKD przy Dziennym Oddziale Psychiatrycznym Specjalistycznego Szpitala im. Sokołowskiego w Wałbrzychu	58-300 Wałbrzych ul. Stefana Batorego 4	środa 14.30 - 18.30 oraz w każdy pierwszy poniedziałek miesiąca 14.30 - 18.30
WARSZAWA Chmielna	Społeczny Komitet ds. AIDS ul. Chmielna 4 lok. 11, 00-020 Warszawa	PKD Chmielna 4	Chmielna 4 00-020 Warszawa	poniedziałek 9.30 - 19.30 wtorek 9.30-19.30 środa 9.30 - 19.30 czwartek - 14.30-19.30 piątek 9.30-16.30
WARSZAWA Jagiellońska	Zjednoczenie Na Rzecz Żyjących z HIV/AIDS "Pozytywni w Tęczy" ul. Majowa 5/57, 03-395 Warszawa	PKD przy Przychodni Internistyczno-Specjalistycznej SZPZO Warszawa Praga -Północ	ul. Jagiellońska 34, 03-719 Warszawa	poniedziałek 16.00 - 19.00 wtorek 16.00 - 19.00 środa 16.00 - 19.00 czwartek - 16.00 - 19.00 piątek 16.00 - 19.00
WARSZAWA Jana Pawła	Fundacja Edukacji Społecznej ul. Sewerynow 4/100, 00-331 Warszawa	PKD przy Laboratorium Diagnostyka	al. Jana Pawła II 45A 01-008 Warszawa	poniedziałek 16.00 - 20.00 wtorek 16.00 - 20.00 środa 16.00 - 20.00 czwartek - 16.00 - 20.00 piątek 16.00 - 20.00
WARSZAWA Nugat	Fundacja Edukacji Społecznej ul. Sewerynow 4/100, 00-331 Warszawa	PKD przy Laboratorium Diagnostyka	ul. Nugat 3 02 - 776 Warszawa	poniedziałek 16.00 - 20.00 wtorek 16.00 - 20.00 środa 16.00 - 20.00 czwartek - 16.00 - 20.00 piątek 16.00 - 20.00 sobota 10.00-14.00"
WROCŁAW	Towarzystwo Rozwoju Rodziny ul. Podwale 74 ofic. 23, 50 - 449 Wrocław	PKD przy Lekarskiej Przychodni Specjalistycznej TRR	ul. Podwale 74 ofic. 23 50 - 449 Wrocław	poniedziałek 9.00 -12.00 czwartek 9.00 - 12.00
WROCŁAW	Stowarzyszenie Na Rzecz Osób Wykluczonych i Zagrożonych Wykluczeniem Społecznym PODWALE SIEDEM	PKD przy Wrocławskim Centrum Zdrowia SP ZOZ	ul. Wszystkich Świętych 2, 50-136 Wrocław	poniedziałek 16.00 - 20.00 wtorek 16.00 - 20.00 środa 16.00 - 20.00 czwartek - 16.00 - 20.00 piątek 16.00 - 20.00
ZGORZELEC	Stowarzyszenie Profilaktyki i Profesjonalnej Pomocy Osobom Uzależnionym SUBSIDIUM ul. Warszawska 37a, 59-900 Zgorzelec"	PKD przy Medycznym Laboratorium Diagnostycznym w Zgorzelecu	59-900 Zgorzelec ul. Lubańska 11-12	wtorek 12.30 - 14.30
ZIELONA GÓRA	Towarzystwo Rozwoju Rodziny ul. Batorego 33/9, 65 - 735 Zielona Góra	PKD przy Centrum Medycznym Aldemed	al. Niepodległości 1 I piętro pok. 110	wtorek 16:00-18:00 czwartek 16:00-18:00

# aspekty

Dodatek do Biuletynu Krajowego Centrum ds. AIDS



## Zdrowie seksualne osób osadzonych jako interes społeczny

### Troska o zdrowie seksualne osób pozbawionych wolności wyrazem dbałości o interes społeczny

Wnioski z licznych badań prowadzonych na świecie wskazują, że troska o zdrowie seksualne więźniów jest w dobrze rozumianym interesie społeczeństw, do których oni wcześniej czy później wrócą (Testa, Weilandt, Ncube, Gill, 2006; Van der Meulen, Watson, De Shalit, 2017). Aktualny stan wiedzy daje podstawę, aby przypuszczać, iż populacja osadzonych stwarza wyższe ryzyko transmisji chorób przenoszonych drogą płciową, w tym HIV niż reszta społeczeństwa.

Na podstawie polskich badań ustalono, że liczba partnerów seksualnych więźniów jest trzykrotnie wyższa niż to ma miejsce w populacji ogólnopolskiej. Dodatkowo, partnerami bywają często osoby przypadkowe, prowadzące promiskuitywny tryb życia lub biorące czynny udział w seksbiznesie (por. Izdebski, 2012, Łukaszek, 2019a). Skrypty seksualne osób niedostosowanych charakteryzują się skłonnością do ryzykownych zachowań seksualnych, podejmowanych często w stanie odurzenia środkami psychoaktywnymi (Łukaszek, 2018). Odurzenie wiąże się natomiast z brawurą i krótkowzrocznością (por. Prause, Staley, Finn, 2011), co przekłada się na podejmowanie niezabezpieczonych kontaktów seksualnych. Należy przy tym pamiętać, że problemy z nadużywaniem lub uzależnieniem od środków psychoaktywnych dotyczą sporej grupy osadzonych. Ze statystyk policyjnych wynika, iż jedna trzecia sprawców przestępstw popełniła

je w stanie nietrzeźwości. Badania J. Sierosławskiego (2001) pokazały, że przed uwięzieniem używanie narkotyków deklarowało 19,5%, a w czasie odbywania wyroku – 22,5% więźniów.

Nie należy też zapominać, że wykonywanie tatuaży w niesterylnych warunkach wiąże się z ryzykiem zakażenia HIV. Takie doświadczenia na terenie zakładu karnego dotyczą 40,4% osadzonych (Krajowe Centrum ds. AIDS, 2007).

W materiale zawarto wyniki analiz wykonanych przez autorkę na podstawie danych Służby Więziennej, odnoszących się do zdrowia seksualnego więźniów. Informacje do eksploracji uzyskano ze statystyk rocznych – 2005-2019 (Centralny Zarząd Służby Więziennej). Dodatkowo przedstawiono wybrane wyniki dwóch projektów badawczych<sup>1</sup>: „Mężczyźni odbywający karę pozbawienia wolności wobec życia seksualnego i partnerek seksualnych” (2013-14) i „Służba Więzienna wobec zdrowia seksualnego mężczyzn odbywających karę pozbawienia wolności” (2015-16), realizowanych przez autorkę w dziewięciu zakładach karnych podlegających Okręgowemu Inspektoratowi Służby Więziennej w Rzeszowie. Przebadano 485 mężczyzn odbywających karę pozbawienia wolności oraz 210 funkcjonariuszy Służby Więziennej. Oba projekty zostały przygotowane i zrealizowane zgodnie z zasadami Dobrych obyczajów w nauce Polskiej Akademii Nauk oraz wszelkimi uregulowaniami dotyczącymi etyki badań społecznych, co zostało potwierdzone pozytywnymi opiniami Komisji Bioetycznej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Rzeszowie.

### Liczba testów w kierunku zakażeń HIV i innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową wykonywana w populacji osadzonych

Analizy wskazują, że liczba testów wykonanych wśród osadzonych w kierunku zakażeń HIV, a szczególnie innych zakażeń przenoszonych drogą płciową, stale maleje. W latach 2008-2019 przetestowano średnio w ciągu roku (wykres 1) 5% oraz 3,2% tej populacji.

Rozpatrując odsetek badanych w czteroletnich cyklach dostrzega się, że wskaźniki te ulegają stałemu obniżeniu. Stwierdzono, że w latach 2008-2011 procent badanych w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową wynosił 4%, w latach 2012-2015 – 3,7%, zaś od 2016 do 2019 – zaledwie 1,9%.

Jeśli chodzi o odsetek przeprowadzonych testów w kierunku zakażeń HIV to malał on znacznie wolniej (kolejno w podanych okresach 5,1%, 5% i 4,9%). Ta tendencja jest odwrotnością trendu panującego w ogólnopolskiej populacji. Jak podają Sadkowska-Todys, Paradowska-Stankiewicz, Rosińska i Czarkowski (2018), liczba wykonanych testów (z wyłączeniem dawców krwi) w połowie lat 2000 wzrosła z 160 tys. do ponad 300 tys. w latach 2013-15 oraz ponad 400 tys. w roku 2016.

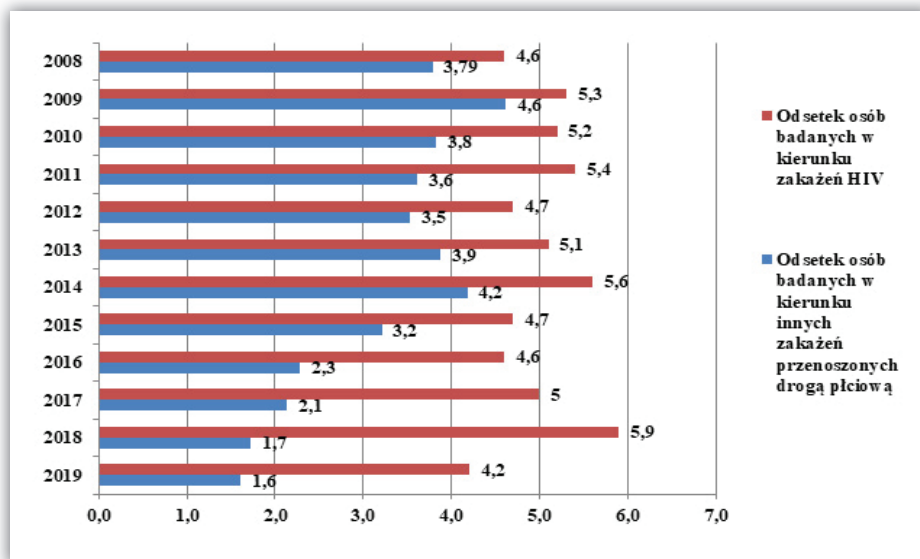
### Wskaźnik zakażeń w populacji osób pozbawionych wolności

Pomimo nieustannie zmniejszającej się liczby testów diagnostycznych wskaźnik

1. Granty naukowe: PE/WP/IX/Pb oraz PE/WP/IV/Pb realizowane ze środków statutowych Wydziału Pedagogicznego Uniwersytetu Rzeszowskiego



**Wykres 1.** Odsetek testów diagnostycznych w kierunku zakażeń HIV oraz innych chorób przenoszonych drogą płciową



**Źródło:** Obliczenia własne na podstawie danych Służby Więziennej

zakażeń przenoszonych drogą płciową oraz osobno zakażeń HIV w próbie skazanych jest bardzo wysoki.

Odnosząc dane liczbowe Służby Więziennej z lat 2005 - 2019 (CZSW) do ogólnej liczby osób w populacji osadzonych uzyskujemy średni odsetek zakażeń chorobami przenoszonymi drogą płciową na poziomie 0,092%, zaś wskaźnik nowo wykrytych zakażeń na poziomie 0,045%. Co prawda w latach 2016-2019 odsetki te znacznie zmalały – kolejno do 0,06% oraz 0,03% – należy jednak pamiętać, że w tym okresie procent osób diagnozowanych był dwukrotnie niższy niż w latach poprzednich.

Skala zakażeń przenoszonych drogą płciową wśród więźniów nabiera szczególnego

znaczenia w kontekście danych dotyczących populacji ogólnopolskiej. Dla porównania w 2016 roku wskaźnik zakażeń kiłą wynosił w Polsce 3,4 na 100 tys., na rzeczczkę zaś 1 na 100 tys. (dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny). Wśród osadzonych w 2016 roku wskaźnik zakażeń przenoszonych drogą płciową wyniósł 46 na 100 tys.

Zestawiając liczbę zakażonych HIV z liczbą całej populacji więziennej w latach 2005-2019 dostrzec można, że roczny wskaźnik żyjących z HIV wynosił średnio 214 na 100 tys., zaś średni wskaźnik nowo wykrytych zakażeń w tych latach – 54 na 100 tys. Należy podkreślić, że od 2010 roku nastąpiło znaczne obniżenie wskaźnika osób żyjących z HIV – do 161 na 100 tys. oraz nowo wykrytych zakażeń – 50 na 100 tys.

**Tabela 1.** Nowo wykryte zakażenia HIV w Polsce wśród kobiet i mężczyzn w populacji ogólnopolskiej i w polskich zakładach karnych w latach 2011-17.

Zestawiane lata	Polska / wskaźnik na 100 tys.	Więźniowie / wskaźnik na 100 tys.
2017	3,7	38
2014-2016	3,3	53
2011-13	2,9	51

**Źródło:** Obliczenia własne na podstawie danych Służby Więziennej oraz Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny

Mimo obniżających się wskaźników są one w porównaniu do danych dotyczących populacji ogólnopolskiej przytłaczające (por. tab. 1).

## Ryzykowne zachowania seksualne obecnych więźniów w kontekście zakażeń przenoszonych drogą płciową, w tym zakażeń HIV

Z deklaracji mężczyzn odbywających karę pozbawienia wolności wynika, że wielu z nich ma różnorodne doświadczenia seksualne (szerzej Łukaszek 2018, 2019b). Niemal 83% podejmowało stosunki oralne, ponad 60% kontakty oralne wraz z wytryskiem do ust, prawie połowa uprawiała seks analny, 42% korzystało z płatnych usług seksualnych, niemal 15% uprawiało seks grupowy, a prawie 9% świadczyło usługi seksualne.

W kontekście zakażeń przenoszonych drogą płciową kluczowe jest jednak, że większość z badanych nie używała prezerwatyw nawet podczas najbardziej ryzykownych kontaktów (od 48% do 91% w odniesieniu do poszczególnych ryzykownych kontaktów). Spośród wszystkich osadzonych ponad 54% zadeklarowało niezabezpieczone kontakty seksualne z całkiem obcymi osobami, 51% z osobami ledwie poznanymi. Ponad 20% stwierdziło, że nie używało prezerwatywy korzystając z usług seksualnych, zaś niemal 7% – świadcząc takie usługi. Prawie 10% miało doświadczenia grupowych kontaktów seksualnych, gdzie nie używano prezerwatyw. Osadzeni ujawnili także, że zmuszali inne osoby do kontaktów waginalnych (5,3%), oralnych (5,2%) oraz analnych (4,7%) bez zabezpieczenia.

Ogromny odsetek obecnych więźniów ma doświadczenia niezabezpieczonych kontaktów seksualnych, do których dochodziło w sytuacji odurzenia substancjami

Jeśli chcą Państwo zostać autorem ARTYKUŁU w Kontrze prosimy o kontakt mailowy na adres: [kontra@aims.gov.pl](mailto: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”

psychoaktywnymi. Prawie 50% ogółu respondentów ujawniło podjęcie współżycia w stanie upojenia alkoholowego obojga partnerów lub upojenia samego badanego (44%), lub tylko partnera seksualnego badanego (23%); kontakty w stanie odurzenia narkotykami samego badanego (23%) lub obojga partnerów (21%).

Biorąc pod uwagę możliwość transmisji chorób przenoszonych drogą płciową istotne jest, iż więźniowie mają doświadczenia seksualne z wieloma partnerami. Średnia liczba partnerów w ciągu życia aktualnych więźniów (średni ich wiek to 36 lat) wyniosła 15.

### Opinie funkcjonariuszy Służby Więziennej na temat problemu HIV i innych chorób przenoszonych drogą płciową wśród więźniów

Z opinii funkcjonariuszy Służby Więziennej, których ze względu na pracę w bezpośrednim, codziennym kontakcie z osadzonymi należy traktować jako ekspertów wynika, że zakażenia chorobami

**Tabela 2.** Szacowany przez funkcjonariuszy odsetek więźniów z problemem chorób przenoszonych drogą płciową i HIV (N=175 - osoby, które udzieliły odpowiedzi; 16,7% jej nie udzieliło - wyniki w %)

Zestawiane lata	Polska / wskaźnik na 100 tys.	Więźniowie / wskaźnik na 100 tys.
0%	36,6	22,9
1-5%	37,1	52,6
6-10%	9,1	12,0
11 i więcej	17,1	12,6

przenoszonymi drogą płciową, w tym HIV dotyczą ogromnego odsetka mieszkańców placówek penitencjarnych. Profesjonaliści szacują, że problem chorób przenoszonych drogą płciową ogółem może dotyczyć 6,75%, zaś zakażenia HIV – 5,87% osadzonych.

Z danych zamieszczonych w tabeli 2 wynika, że większość respondentów przekonana jest, że osadzeni borykają się z problemami zdrowia seksualnego. Ćwierć z nich jest zdania, że dotyczy to odsetka wyższego niż 6%.

### Podsumowanie

Wydaje się, że w świetle przedstawionych analiz statystycznych i badań własnych konieczne jest przypomnienie, że zgodnie

z obowiązującymi w Polsce przepisami, każdy osadzony ma prawo do zachowania zdrowia, którego jednym z elementów jest zdrowie seksualne. Ma temu służyć, między innymi, zapewnienie przez Służbę Więzienną adekwatnych do potrzeb świadczeń zdrowotnych oraz warunków higieny (Kodeks Karny Wykonawczy art. 102 k.k.w.). Dostęp do diagnostyki i leczenia osób dotkniętych problemem chorób przenoszonych drogą płciową, w tym HIV, oraz prowadzenie edukacji seksualnej całej populacji jest wyrazem troski o zdrowie seksualne więźniów, ale jest równocześnie chronieniem zdrowia całej populacji.

*Maria Łukaszek  
Instytut Pedagogiki  
Uniwersytetu Rzeszowskiego*

### Bibliografia:

1. Centralny Zarząd Służby Więziennej. *Roczna informacja statystyczna* (lata 2008-2019) <http://www.sw.gov.pl/strona/statystyka-roczna> (dostęp: 15.08.2020)
2. Izdebski Z. (2012). *Seksualność Polaków na początku XXI wieku. Studium badawcze*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
3. Krajowe Centrum ds. AIDS (2007). *Zdrowie w więzieniu - badanie postaw, zachowań i wiedzy personelu więziennego oraz ludzi pozbawionych wolności na temat chorób zakaźnych w wytypowanych polskich jednostkach penitencjarnych. Europejska Sieć Współpracy na Rzecz Przeciwdziałania Narkomanii i Infekcjom w Więzieniach* (ENDIPP). [https://aids.gov.pl/badania\\_spoeczne/248/](https://aids.gov.pl/badania_spoeczne/248/) (dostęp: 10.10.2017).
4. Łukaszek M. (2017). Cechy obyczajowości seksualnej mężczyzn niedostosowanych społecznie. [W:] Mudrecka, I. (red.). *Resocjalizacja, readaptacja i reintegracja społeczna - problemy, programy i perspektywy rozwoju komunikacji*. Warszawa: Pedagogium Wyższa Szkoła Nauk Społecznych. s. 219-230.
5. Łukaszek M. (2018). *Socially maladjusted men and their sexual scripts in the context of psychoactive substance use/Skrypty seksualne mężczyzn społecznie niedostosowanych w kontekście używania substancji psychoaktywnych*. „Alcohol Drug Addict” 2018; 31 (3): DOI: <https://doi.org/10.5114/ain.2018.80852>
6. Łukaszek M. (2019a). *Obyczajowość seksualna mężczyzn społecznie niedostosowanych*. [W:] K, Wąż (red.). *Obyczajowość seksualna Polaków: perspektywa interdyscyplinarna*. Kraków: Impuls 2019, s. 193-212.
7. Łukaszek M. (2019b). *HIV/AIDS – the problem in Polish prisons*, *HIV AIDS Rev* 2019; 18, 3: 199-206 DOI: <https://doi.org/10.5114/hivar.2019.88195>.
8. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, PZH: Sadkowska-Todys M., Paradowska-Stankiewicz I., Rosińska M., Czarkowski M. (2018). *Zachorowania na choroby zakaźne i pasożytnicze*. [W:] B. Wojtyński i P. Goryński (red.). *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*. <https://www.pzh.gov.pl/najnowszy-raport-nizp-pzh-sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania> (dostęp: 15.08.2020)
9. Policja. <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/nietrzezwi-sprawcy-prz/50862,Nietrzezwi-sprawcy-przestepstw.html>. dostęp: 3.11.2017).
10. Prause N. Staley C. Finn P. (2011). *The Effects of Acute Ethanol Consumption on Sexual Response and Sexual Risk-Taking Intent*. *Arch Sex Behav* 2011; 40: 373-84; <https://doi.org/10.1007/s10508-010-9718-9>; dostęp: 14.02.2018.
11. Sierosławski J. (2001). *Narkomani w zakładach karnych i aresztach śledczych*. *Serwis Informacyjny Narkomania*, 2, s. 45 – 56.
12. Testa, A. C., Weilandt, C., Ncube, F., Gill, N. O. (2006). *HIV transmission in part of the US prison system: implications for Europe*. *Eurosurveillance*, Tom 11, nr 21, 25 maja (<http://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/esw.11.21.02962> - dostęp: 18.11.2017) <https://doi.org/10.2807/esw.11.21.02962-en>
13. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. 1997 Nr 90, poz. 557 ze zmianami), art. 102.
14. Van der Meulen, E., Watson, T. M., De Shalit, A. (2017). *Insights on Prison Needle and Syringe Programs: Research With Former Prisoners in Canada*. *The Prison Journal*, Tom 97, nr 5, s. 628-643. (<https://doi.org/10.1177/0032885517728901> dostęp: 10.01.2018).

**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](mailto:kontra@aims.gov.pl)  
[www.aims.gov.pl](http://www.aims.gov.pl)

**Egzemplarz bezpłatny**  
Redakcja zastrzega sobie prawo  
adjustacji i skracania artykułów.