



W numerze:

Raport UNAIDS z okazji Światowego Dnia AIDS 2020

Magdalena Nicoletti

Str. 1-4

„Czy wiesz, że...” – kampania profilaktyczna HIV/AIDS

KCAIDS

Str. 5-6

Narażenie na zakażenie HIV – zmiana prawa i jej skutki

KCAIDS

Str. 7-8

Aspekty

Pandemia COVID-19 a pomoc osobom uzależnionym cz. I

Artur Malczewski, KBPN

Telefon Zaufania AIDS

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

*połączenie bezpłatne

**z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy

AIDS - Zielona Linia

(+22) 621 33 67

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

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

Ośrodek Informacji o HIV/AIDS

(+22) 331 77 66

aids@aids.gov.pl

Poradnia Internetowa HIV/AIDS

poradnia@aids.gov.pl

Więcej informacji

www.aids.gov.pl

facebook.com/kcaids

Raport UNAIDS z okazji Światowego Dnia AIDS 2020

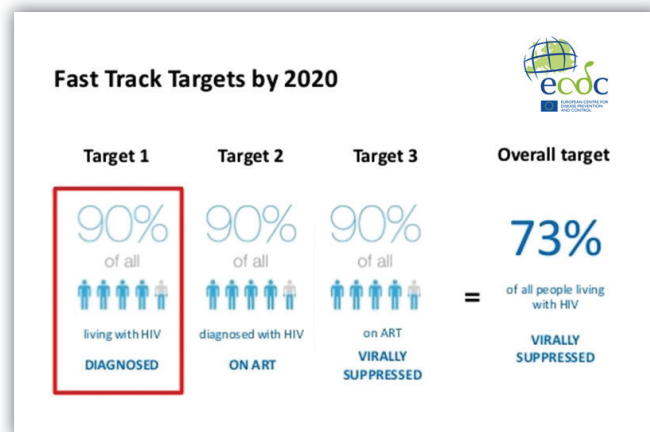
Co roku 1 grudnia obchodzony jest Światowy Dzień AIDS. Na całym świecie podejmowane są wspólne działania, aby wyrazić swoje wsparcie dla osób żyjących z wirusem oraz uczcić pamięć tych, którzy odeszli z powodu AIDS. Każdy Światowy Dzień AIDS ma swój odrębny temat przewodni, a ubiegłoroczny brzmiał: Solidarność o charakterze globalnym, wspólna odpowiedzialność – *Global solidarity, shared responsibility* i nawiązywał do walki z pandemią COVID-19.

Tak jak co roku, na kilka dni przed Światowym Dniem AIDS UNAIDS opublikowało obszerny raport na temat stanu epidemii, tym razem zatytułowany „Wykorzystać każdą chwilę – niwelowanie głęboko zakorzenionych nierówności w celu zakończenia epidemii”.

Winnie Byanyima (Dyrektor Wykonawcza UNAIDS) tak napisała w słowie wstępnym do tego raportu: *Istnieje poważna obawa co do tego, że pandemia COVID-19 może zniweczyć dokonania w obszarze zdrowia i medycyny, jakie udało się wypracować w ciągu ostatnich 20 lat w skali całego świata, co również zagraża osiągnięciom nauki dotyczącym walki z HIV i AIDS. Tak jak w przypadku wszystkich epidemii, również ta związana z koronawirusem pogłębia istniejące nierówności spo-*

łeczne, ekonomiczne oraz te dotyczące płci czy rasy. Stopniowo świat, w którym żyjemy staje się coraz bardziej podzielony. Przemoc na tle płciowym oraz dysproporcje dotyczące szans życiowych kobiet i mężczyzn nadal stanowią siłę napędową epidemii HIV. W 2019 roku w Afryce Subsaharyjskiej aż jedną czwartą nowych zakażeń wykryto u młodych kobiet i dorastających dziewcząt, mimo że liczą one zaledwie 10% całej populacji. A przecież umiemy leczyć skutki i przeciwdziałać zakażeniu HIV. To, czego obecnie najbardziej potrzebujemy, to różnego rodzaju strategie gwarantujące każdemu, w każdym miejscu prawo do zdrowia. Tego typu dokumenty powinny zawierać plan podjęcia wspólnego wysiłku na rzecz wyrównania różnic i niesprawiedliwości, które sprawiają, że młode kobiety i dziewczęta oraz osoby z populacji kluczowych są dużo bardziej narażone na ryzyko zakażenia HIV. Impas w walce z HIV, niemożność zatrzymania tej epidemii mogą zostać zażegnane głównie poprzez danie każdemu człowiekowi prawa do zdrowia oraz poprzez obalenie barier stojących mu na drodze do korzystania z podstawowych świadczeń zdrowotnych. W przypadku zwalczania pandemii COVID-19 musimy ciągle uczyć się na błędach, jakie popełniliśmy, zwalczając epidemię HIV i AIDS, a mających swe źródło w nierównym dostępie do różnego rodzaju świadczeń. Miliony osób zmarło na AIDS w czasie, gdy świat już dysponował odpowiednimi środkami, które mogły ich ocalić. Musimy zrobić wszystko, aby dostęp do leczenia choroby COVID-19 oraz do szczepień przeciw wirusowi SARS-CoV-2 były w zasięgu każdego w każdym zakątku kuli ziemskiej.





Z przedstawionych w raporcie UNAIDS szczegółowych danych wynika, że cele wyznaczone do osiągnięcia na rok 2020 nie zostały wypełnione z uwagi na rozwój pandemii COVID-19 oraz na nierówną dystrybucję podstawowych świadczeń zdrowotnych liczonych w skali globalnej oraz w odniesieniu do populacji.

Główne cele strategii *Fast Track* na rok 2020 i 2030

Strategia UNAIDS *Fast Track* – Szybka Ścieżka to zaproponowane przez UNAIDS w 2014 roku innowacyjne i kompleksowe działania mające prowadzić do zakończenia epidemii HIV/AIDS (jako zagrożenia dla zdrowia publicznego) do roku 2030, docierając do wszystkich potrzebujących z ofertą zindywidualizowanych, wszechstronnych świadczeń profilaktycznych oraz leczniczych. W strategii tej zawarto tzw. Cele Szybkiej Ścieżki - *Fast Track Goals*:

- do 2020 roku 90% osób zakażonych HIV będzie znało swój status serologiczny, 90% wszystkich zdiagnozowanych otrzyma leczenie ARV, u 90% leczonych nastąpi supresja wirusa do poziomu niewykrywalności (tzw. strategia 90-90-90). **Celem ogólnym jest osiągnięcie u 73% zakażonych niewykrywalnego poziomu wirusa w organizmie.**
- do 2030 roku 95% osób zakażonych HIV będzie znało swój status serologiczny, 95% wszystkich zdiagnozowanych otrzyma leczenie ARV, u 95% leczonych nastąpi supresja wirusa do poziomu niewykrywalności (tzw. strategia 95-95-95).

Główne założenia strategii *Fast Track* oraz cel ogólny: osiągnięcie u 73% zakażonych niewykrywalnego poziomu wirusa w organizmie.

Jak wynika z raportu, w 2020 roku zaledwie 14 krajów osiągnęło wyznaczone przez UNAIDS cele 90–90–90. Pozytywnym zaskoczeniem jest to, że afrykańskie państwo Eswatini (dawne Suazi), gdzie jeszcze w 2019 roku notowano najwyższy na świecie poziom prevalencji HIV dochodzący do 27% (!) osiągnęło cele wyznaczone na rok 2030, czyli 95-95-95. Jest to zdumiewające biorąc pod uwagę nie tylko rozmiar tamtejszej epidemii HIV, lecz także warunki naturalne: górzysty i wiejski charakter tego kraju oraz ogólnie niski poziom życia jego mieszkańców. „*Nie wolno nam spocząć na laurach ani pozwolić sobie na zniechęcenie powodowane mozolnym pokonywaniem*

przeciwności. Wszystkim naszym obywatelom musimy zapewnić pomoc i dostęp do świadczeń profilaktyczno-leczniczych. Dlatego też konieczne jest wyeliminowanie wszelakich nierówności. Nasz kolejny cel to 100–100–100” – powiedziała na łamach raportu Ambrose Dlamini, Premier Eswatini.

Sukces takiego kraju jak Eswatini w osiągnięciu celów postawionych przez UNAIDS, na 10 lat przed wyznaczonym terminem, leży w powszechnym testowaniu mieszkańców w kierunku HIV oraz w sprawnym włączaniu do terapii antyretrowirusowej wszystkich osób zakażonych. Na uwagę zasługuje też wysoki poziom wsparcia udzielanego nowo zdiagnozowanym pacjentom nie tylko przez personel medyczny, lecz także przez lokalnych przywódców religijnych czy pracodawców oraz ich zrozumienie faktu, że części pacjentom zaraz po otrzymaniu diagnozy może być trudno



zaakceptować konieczność przyjmowania leków ARV do końca ich życia. Przykładem na to jest historia Zandile.

Zandile ma 26 lat, mieszka w Eswatini i ma ambicję zostać nauczycielką. Pozytywny wynik testu w kierunku HIV otrzymała niespodziewanie, na dodatek będąc w ciąży. Przeżyła wtedy szok i niedowierzanie.

Czułam, jak włosy stają mi dęba... wszystko zawirowało i zaczęłam wpadać w jakąś czarną otchłań.

Personel szpitala zalecił Zandile przyjęcie leków ARV jeszcze tego samego dnia.

Pielęgniarka podała mi tabletki... byłam przerażona... a ona dodała: od dziś musisz je przyjmować już do końca życia. Wtedy zaczęłam wpadać w panikę... myślałam, że umieram. Na odchodne pielęgniarka wręczyła mi do słownie worek lekarstw... a ja miałam przy sobie tylko małą damską torebkę, myślałam, że gdy wyjdę na ulicę, wszyscy wkolo od razu domyślą się co mi dolega, poznają po tych stertach leków, których nie miałam gdzie i jak schować.

Przykład ten pokazuje, że testowanie w kierunku HIV, widok dodatniego wyniku testu i (co wydaje się logiczne) rozpoczęcie leczenia to rutynowe wydarzenia dla personelu medycznego, jednakże dla pacjenta, dla którego otrzymanie diagnozy jest zazwyczaj trudnym i zmieniającym życie doświadczeniem, natychmiastowe przyjęcie leków nie wydaje się być ani łatwe ani oczywiste. Zandile wzięła ze sobą leki, ale nie miała zamiaru ich przyjmować – na wszelki wypadek ukryła je w zaroślach przy domu. W tym czasie radio i telewizja w Eswatini nadawały materiały kampanijne zachęcające do testowania oraz do przyjmowania leków ARV zgodnie z zaleceniami lekarza. Po trzech tygodniach Zandile, już nieco oswojona z nową rzeczywistością, poszła po poradę do pastora, głównie w nadziei, że będzie on w stanie ją

uzdrowić. Ku jej zaskoczeniu pastor powiedział: „Obiecuję, że będę się za ciebie modlił, ale za to ty musisz wypełnić wszystkie zalecenia lekarza i pielęgniarki.” Zandile upewniła się: „więc powinnam rozpocząć leczenie?” Pastor odpowiedział: „to najlepsze, co możesz w tej sytuacji zrobić dla siebie, dla twojego dziecka i męża.” Tego dnia odszukałam w zaroślach mój worek leków i zaczęłam je regularnie przyjmować.

W raporcie UNAIDS podkreślono, że w ciągu ostatniego roku na świecie udało się znacznie poszerzyć dostęp do terapii antyretrowirusowej, jednakże w bardzo nierównomierny sposób, tak geograficzny jak i populacyjny. Autorzy ostrzegają, że jeśli sytuacja na tym polu się nie poprawi, nie tyle niemożliwe będzie stopniowe wypełnianie nowych celów, ale co gorsze, zaprzepaszczone mogą zostać nawet z takim trudem wypracowane dotychczasowe osiągnięcia. Przedstawione w raporcie alarmujące dane mają za zadanie zdopingować rządy krajów do podjęcia natychmiastowych i zdecydowanych działań profilaktyczno-leczniczych, tak aby miliony osób obecnie pozostawionych samym sobie, tak w obliczu pandemii COVID-19, jak i epidemii HIV i AIDS, mogło otrzymać niezbędne świadczenia. Dzięki umożliwieniu korzystania z terapii ARV coraz większej liczbie zakażonych udało się uratować miliony istnień ludzkich. Jednakże w roku 2020 aż 690 000 osób zmarło z powodu AIDS, a 12,6 miliona z 38 miliona osób HIV+ nie miało dostępu do ratującego życie leczenia. Niepokoi fakt, że profilaktyka zakażeń HIV stoi na zatrważająco niskim poziomie. W 2020 roku odnotowano ok. 1,7 miliona nowych przypadków zakażeń, czyli trzy razy więcej niż dopuszczono w przyjętych dla świata celach. Postęp w propagowaniu działań profilaktycznych odnotowano we Wschodniej i Południowej Azji, gdzie od 2010 roku liczba nowych przypadków HIV została obniżona o 38%. Stoi to w ostrym kontraście do sytuacji panującej w Europie Wschodniej i Azji Centralnej, gdzie zarejestrowano ogromny wzrost (o 72%) liczby nowych przypadków HIV (licząc od roku 2010). Na Środkowym Wschodzie

oraz w Afryce Północnej nastąpił 21% wzrost liczby nowych zakażeń, a w Ameryce Łacińskiej 21 procentowy.

Na łamach raportu ukazano nierównomierne rozłożenie wysiłków podejmowanych w obszarze ograniczania epidemii, a w sposób szczególny uwypuklono fakt, że zbyt dużo osób z populacji szczególnie narażonych na zakażenie jest pozostawionych własnemu losowi. Około 62% nowych przypadków zakażeń wykryto wśród osób wywodzących się z populacji szczególnie narażonych na zakażenie oraz wśród ich partnerów seksualnych, włączając w to mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami, osoby sprzedające usługi seksualne, osoby przyjmujące środki psychoaktywne w iniekcji, osoby osadzone, pomimo że wszyscy ci ludzie stanowią zaledwie ułamek populacji ogólnej.

Stygmatyzacja i dyskryminacja oraz innego rodzaju nierówności społeczne i wykluczenia stanowią główne bariery w dostępie do świadczeń zdrowotno-profilaktycznych. Populacje marginalizowane obawiają się o to, że ich tryb życia czy postępowanie zostaną napiętnowane przez ogół społeczeństwa, a one same mogą spotkać się z agresją czy penalizacją w procesie starania się o dostęp do świadczeń z obszaru zdrowia reprodukcyjnego, a w szczególności do tych obejmujących środki antykoncepcyjne czy profilaktykę HIV. Stygmatyzacja osób HIV+ jest wciąż częstym zjawiskiem ogólnoswiatowym. Przynajmniej w 82 krajach karze podlegają pewne formy transmisji wirusa, a w 103 państwach penalizacji podlega sprzedawanie usług seksualnych, przynajmniej 108 krajów nie zezwala na konsumpcję lub posiadanie środków odurzających na użytek własny.

Populacja kobiet i dziewcząt zamieszkujących teren Afryki Subsaharyjskiej jest niezmiernie najbardziej dotknięta problemem HIV. W 2019 roku zanotowano na tym terenie 59% wszystkich nowych przypadków, co oznacza, że tygodniowo HIV zakaża się tam 4, 5 tys. dziewcząt i młodych kobiet w wieku od 15. do 24. roku życia. Młode kobiety odpowiadają

liczbowo za 24% przypadków HIV zarejestrowanych w 2019 roku, a należy pamiętać, że w Afryce Subsaharyjskiej stanowią one tylko 10% populacji.

W krajach, gdzie świadczenia z obszaru HIV są udzielane w sposób spójny, liczba nowych zakażeń znacząco spadła. W Eswatini, Lesoto czy Afryce Południowej szeroka oferta profilaktyki skojarzonej (oferującej wiele odmian i opcji przeciwdziałania transmisji wirusa w tym osobom z populacji trudno-dostępnych), włączając w to wsparcie społeczne i ekonomiczne dla młodych kobiet oraz szeroki dostęp do leczenia skutkującego supresją, znacząco wpłynęła na niwelację nierówności oraz doprowadziła do znaczącego spadku liczby nowych zakażeń HIV.

Już teraz wiadomo, że pandemia COVID-19 blokuje płynność wdrażania działań z obszaru HIV i AIDS, a istnieje poważna obawa, że sytuacja ta może ulec dalszemu pogorszeniu. Modele matematyczne pokazują, że zaledwie sześciomiesięczne wstrzymanie leczenia może spowodować śmierć ponad 500 000 mieszkańców Afryki Subsaharyjskiej i podnieść liczbę zgonów do zatrważającego poziomu z roku 2008. Nawet dwudziestoprocentowe wstrzymanie leczenia antyretrowirusowego może przyczynić się do dodatkowych 1 110 000 zgonów. Te dane szokują.

„Ci z nas, którzy przeżyli fazę AIDS, walczyci o swoje życie oraz o dostęp do systemu leczenia i opieki nie mogą sobie teraz pozwolić na zaprzepaszczenie tych ratujących zdrowie osiągnięć! Ich pozyskanie za wiele nas kosztowało! W niektórych krajach Ameryki Łacińskiej środki pierwotnie przeznaczone na walkę z HIV, związane z tym leczeniem, pracą personelu medycznego oraz niezbędne wyposażenie ambulatoryjne są przesuwane na opanowanie problemu COVID-19,” mówi Gracia Violeta Ross, szefowa Boliwijskiej Sieci Osób Żyjących z HIV. „To błąd, że nie wykorzystuje się dobrych praktyk wypracowanych w czasie dekad walki z HIV. Nie można dopuścić do zaniechania walki z HIV, nawet w obliczu obecnej pandemii koronawirusa!”

W celu zwalczania nakładających się na siebie pandemii COVID-19 i epidemii HIV, UNAIDS i jej organizacje partnerskie wzywają do uruchomienia akcji *People's Vaccine for COVID-19* – szczepionka przeciw COVID-19 dla każdego człowieka. Akcję tę wsparło już 150 światowych przywódców i ekspertów domagających się szczepionki, leczenia i testów diagnostycznych produkowanych bez opłat patentowych na skalę masową i dostępnych dla każdego człowieka bezpłatnie.

UNAIDS wzywa także do zwiększenia nakładów finansowych przeznaczanych na walkę z HIV/AIDS oraz COVID-19. W 2019 roku finansowanie walki z HIV spadło o 7% licząc od roku 2017. „Nie można pozwolić na to, żeby biedne kraje tłoczyły się na końcu kolejki o zdrowie. Dostęp do świadczeń zabezpieczających przed śmiertelnymi wirusami nie powinien być uzależniony od koloru skóry ani od zasobności portfela” powiedziała Ms Byanyima. „Nie można zwalczać jednej choroby środkami przeznaczonymi na pokonywanie innej. Walka tak z HIV jak i z COVID-19 musi być w pełni dofinansowana, jeżeli naszym celem jest ocalenie całej rzeszy istnień ludzkich.”

Raport UNAIDS 2020 – dane liczbowe

Jak co roku, w swoim raporcie opublikowanym z okazji Światowego Dnia AIDS 2020, UNAIDS opublikowało nowe dane dotyczące światowej epidemii HIV. Oto najważniejsze z nich.

ŚWIAT

- W 2019 roku na świecie żyło 38,0 mln [31,6 – 44,5 mln] osób HIV+.
- W 2019 roku zanotowano ok. 1,7 mln [1,2 – 2,2 mln] nowych przypadków HIV.
- W 2019 roku z powodu AIDS zmarło 690 tys. [500 – 970 tys.] osób.
- Od początku epidemii HIV zakażyło się 75,7 mln [55,9 – 100 mln] osób (dane na koniec 2019).
- Od początku epidemii z powodu AIDS zmarło 32,7 mln [24,8 – 42,2 mln] osób (dane na koniec 2019).

OSOBY HIV+

- W 2019 roku na świecie żyło 38 mln [31,6 – 44,5] osób HIV+:
 - » 36,2 mln [30,2 – 42,5 mln] dorosłych oraz
 - » 1,8 mln [1,3 – 2,2 mln] dzieci (<15).
- 81% [68-95%] wszystkich zakażonych знаło swój status serologiczny.
- Ok. 7,1 mln zakażonych nie było tego faktu świadomych.

Leczenie ARV

W czerwcu 2020 roku 26 mln [25,1 – 26,2 mln] osób żyjących z HIV miało dostęp do terapii ARV, w porównaniu do 25,4 mln [24,5 – 25,6 mln] w roku 2019 oraz 6,4 mln [5,9 – 6,4 mln] w roku 2009.

W roku 2019 ok. 67% [54-79%] wszystkich osób żyjących z HIV miało dostęp do terapii ARV.

68% [54-80%] osób dorosłych od 15 r.ż. HIV+ otrzymywało terapię ARV, ale już tylko 53% [36-64%] dzieci wieku od 0–14 lat miało do niej dostęp.

73% [60% - 86%] dorosłych kobiet > 15 r.ż. otrzymywało terapię ARV i 61% dorosłych mężczyzn > 15 r.ż. [48-74%] miało do niej dostęp.

W 2019 roku 85% [63-100%] ciężarnych kobiet HIV+ przyjmowało leki ARV chroniące ich potomstwo przez zakażeniem.

Nowe przypadki HIV

W roku 2019 na całym świecie zanotowano 1,7 mln [1,2 – 2,2 mln] nowych przypadków HIV.

Od roku 2010 liczba nowych zakażeń HIV wśród dorosłych spadła o 23% – z 2,1 mln do 1,7 mln w roku 2019.

Od roku 2010 liczba nowych przypadków zakażeń HIV wśród dzieci spadła o 52% – z 310 tys. w 2010 roku do 150 tys. w 2019 roku.

Od roku 1998 liczba nowych przypadków HIV spadła o 40%.

Liczba zgonów z powodu AIDS

Liczba zgonów z powodu AIDS spadła o 60% od momentu, kiedy to w roku 2004 osiągnęła swoją najwyższą wartość.

W roku 2019 roku 690 tys. [500 – 970 tys.] osób zmarło z powodu AIDS, w porównaniu do 1,7 mln w roku 2004 oraz do 1,1 mln w roku 2010.

90-90-90

W 2019 roku 81% [68-95%] osób żyjących z HIV znało swój status serologiczny. 82% z nich [66-97%] było objętych terapią antyretrowirusową. U 88% [71-100%] poziom wirusa pozostawał na niewykrywalnym poziomie.

Kobiety

Co tydzień ok. 5,5 tys. młodych kobiet w wieku 15-24 lat zostaje zakażonych HIV. W Afryce Subsaharyjskiej pięć na sześć nowych przypadków HIV jest diagnozowanych wśród dziewcząt w wieku 15-19 lat. W przypadku młodych kobiet (w wieku 15-24) prawdopodobieństwo zakażenia HIV jest dwa razy większe niż w przypadku młodych mężczyzn.

Ponad jedna trzecia kobiet (35%) na pewnym etapie życia doświadcza

przemocy fizycznej i/lub seksualnej. W niektórych regionach świata prawdopodobieństwo zakażenia HIV w przypadku tych kobiet jest półtora raza wyższe niż w przypadku kobiet bez tego rodzaju doświadczeń.

Kobiety i dziewczęta liczbowo odpowiadają za 48% wszystkich nowych przypadków HIV odnotowanych w 2019 roku. Na terenie Afryki Subsaharyjskiej kobiety i dziewczęta stanowiły 59% wszystkich nowych przypadków zakażeń.

Populacje kluczowe

Wśród członków populacji kluczowych oraz ich partnerów seksualnych zanotowano 62% nowych przypadków zakażeń HIV (biorąc pod uwagę skalę globalną). **Wśród populacji kluczowych odnotowano:**

- 99% wszystkich nowych przypadków zakażeń zarejestrowanych na terenie Europy Środkowej i Azji Centralnej, 97% wszystkich nowych przypadków zakażeń zarejestrowanych na terenie Środkowego Wschodu i Afryki Północnej, 96% w Zachodniej i Środkowej Europie oraz w Ameryce Północnej, 98% w rejonie Azji i Pacyfiku, 77% w Ameryce Łacińskiej, 69% w Zachodniej i Afryce Centralnej, 60% na Karaibach, 28% we Wschodniej i Południowej Afryce.

Ryzyko zakażenia HIV jest:

- 26-krotnie wyższe wśród męż-

czyni mających kontakty seksualne z mężczyznami,

- 29-krotnie wyższe wśród osób przyjmujących środki psychoaktywne w iniekcjach,
- 30-krotnie wyższe wśród osób sprzedających usługi seksualne,
- 13-krotnie wyższe wśród osób trans.

HIV/gruźlica

W roku 2018 na całym świecie zanotowano 10,0 mln przypadków gruźlicy, ok. 9% chorych było zakażonych HIV. Osoby żyjące z HIV, nawet te niewykazujące objawów gruźlicy, powinny być objęte profilaktyką przeciwgruźliczą, gdyż w ten sposób zmniejsza się ryzyko zgonu z powodu zakażeń współistniejących (TB/HIV) o ok. 40%. Szacuje się, że 44% osób żyjących z HIV i chorych na gruźlicę nie jest świadomych faktu podwójnego zakażenia i w związku z tym nie korzysta z odpowiedniej pomocy. Gruźlica nadal stanowi główną przyczynę śmierci osób HIV+ (ok. 1/3 wszystkich przypadków), ale pocieszające jest to, że ich liczba spadła o 33% na przestrzeni lat 2005-2015. W 2018 roku 1,8 mln osób HIV+ z 65 krajów rozpoczęło prewencyjne leczenie przeciwgruźlicze.

Pełna wersja raportu w języku angielskim jest dostępna na stronie internetowej UNAIDS: <https://aids2020.unaids.org/report/>

Magdalena Nicoletti

„Czy wiesz, że...” – kampania profilaktyczna HIV/AIDS 2020-2021

Polityka państwa w zakresie zapobiegania HIV i zwalczania AIDS została określona w Krajowym Programie Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS na lata 2017 – 2021. Jednym z pięciu obszarów działania Programu jest zapobieganie zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa, a jednym z celów szczegółowych tego obszaru - wzrost poziomu wiedzy na temat HIV/AIDS poprzez organizację kampanii.

Kampanię przygotowano w oparciu o wyniki badań społecznych dotyczących wiedzy na temat HIV/AIDS w naszym kraju, w tym badania przeprowadzonego w listopadzie 2019 roku przez Instytut Pedagogiki Kolegium Nauk Społecznych Uniwersytetu Rzeszowskiego przy współpracy z Krajowym Centrum ds. AIDS wśród studentów podkarpackich uczelni [aids.gov.pl/badania-spoeczne]. Wyniki badania po raz kolejny potwier-

dziły hipotezę, że poziom wiedzy (w tym przypadku wśród grupy studentów) na temat HIV/AIDS jest wysoki, jeśli wziąć pod uwagę świadomość istnienia tego zagrożenia. Badani zdają sobie sprawę, że najczęstszą drogą zakażenia wirusem są kontakty seksualne z zakażoną osobą. Z drugiej strony bardzo duży odsetek studentów nie potrafi rozróżnić sytuacji dnia codziennego, które powodują ryzyko zakażenia HIV, od zachowań bezpiecznych.



Przy określaniu dróg zakażenia HIV – odpowiadając na 26 pytań:

- udzielono mniej niż 50% poprawnych odpowiedzi;
- ponad 81,2% respondentów nie udzieliło prawidłowych odpowiedzi na żadne z pytań;
- tylko 40% studentów miało wiedzę, że matka zakażona HIV, karmiąc piersią swoje dziecko, naraża je na zakażenie;
- 68% osób zaklasyfikowało jako zagrożającą zakażeniem sytuację korzystania z toalet w miejscach publicznych, np. centrum handlowym, kinie.
- Jeśli chodzi o deklaracje zachowań wobec osób żyjących z HIV:
- 42% studentów nie udzieliłoby zgody na wspólne mieszkanie w akademiku (wspólny pokój z łazienką) ze studentem żyjącym z HIV;
- 38,5% nie zgodziłoby się na leczenie u stomatologa, gdyby wiedzieli, że przyjmuje on również osoby zakażone HIV.
- 40,7% nie umieściłoby swojego dziecka w tej samej grupie przedszkolnej, do której uczęszcza dziecko zakażone HIV.

Większość spośród ogółu badanych nie odnosi również ryzyka zakażenia do siebie, twierdząc, że problem HIV/AIDS dotyczy tylko wybranych grup społecznych np.: osób świadczących usługi seksualne, osób homoseksualnych, osób często zmieniających partnerów seksualnych czy osób przyjmujących narkotyki w iniekcjach.

Jednocześnie zebrane wyniki pokazały, że znaczna część respondentów jest przekonana o możliwości realizowania skutecznej profilaktyki HIV przez środki

masowego przekazu. Według nich jednym z najskuteczniejszych kierunków są kampanie informacyjne na temat zakażeń zachęcające do testowania się (49,1%).

Kolejnym źródłem informacji o stanie wiedzy na temat HIV/AIDS w naszym kraju były informacje przekazane przez konsultantów z Poradni Internetowej HIV/AIDS oraz z Telefonu Zaufania HIV/AIDS. Wielokrotnie sygnalizowano, że świadomość zagrożenia zakażeniem HIV wśród rozmówców jest bardzo niska, a pytania kierowane do obu poradni są podobne do tych stawianych na początku lat 90., np. czy można się zakazić przez dotyk, przez podanie ręki i czy komary lub zwierzęta przenoszą HIV.

W związku z powyższym jako grupę docelową kampanii wybrano ogół społeczeństwa, ze szczególnym uwzględnieniem tych osób, które traktują temat HIV/AIDS jako problem ich niedotyczący bezpośrednio. Określono główne cele komunikacyjne kampanii, tj.:

- Odczarowanie mitów i przybliżenie faktów na temat wirusa HIV, choroby AIDS oraz innych chorób przenoszonych drogą płciową (STI);
- Zwiększenie świadomości, że istnieje możliwość szybkiej diagnostyki: wykonanie testu jest jedyną metodą rozpoznania zakażenia HIV;
- Wzmocnienie wiedzy, że osiągnięcia współczesnej medycyny pozwalają obecnie na skuteczne leczenie osób zakażonych i prowadzenie przez nich normalnego życia – korzystając z nowoczesnej, bezpłatnej dla pacjenta, terapii antyretrowirusowej (ARV) z HIV można żyć wiele lat,

- Upowszechnienie informacji o stronie internetowej Krajowego Centrum ds. AIDS: aids.gov.pl, w tym o możliwości skorzystania z poradni internetowej oraz o bezpłatnym Telefonie Zaufania HIV/AIDS: 800 888 448.

Wymienione powyżej zagadnienia zostały przełożone na prostą formę graficzną z krótkim tekstem odnoszącym się do różnych aspektów profilaktyki HIV/AIDS i umieszczone na cyklu kolorowych plakatów, które łączy hasło kampanii: „Czy wiesz, że...”.

Kampanię zaplanowano w dwóch etapach. W roku 2020 na plakatach zostały przedstawione następujące zagadnienia:

- Zakażenia lub jego braku nie da się rozpoznać po wyglądzie – tylko test w kierunku HIV daje wiarygodną odpowiedź na to pytanie;
- W czasie ciąży, porodu lub podczas karmienia piersią, matka zakażona HIV, która nie wie o swoim zakażeniu, może zakazić swoje dziecko – badanie w kierunku HIV jest zalecane każdej kobiecie ciężarnej i jest bezpłatne w ramach NFZ. Wykrycie HIV i włączenie leczenia antyretrowirusowego u matki sprawia, że ryzyko zakażenia dziecka jest bliskie zeru;
- Nie można zakazić się HIV od psów, kotów, komarów czy innych zwierząt – wirus przenosi się wyłącznie z człowieka na człowieka;
- Przedstawiono sposoby zapobiegania zakażeniu HIV/STI, tj.: abstynencja seksualna i wzajemnie wierny związek oraz zmniejszające ryzyko zakażenia HIV, gdy nieznan jest status serologiczny partnera/partnerki, poprzez właściwe używanie dobrej jakości prezerwatyw.

Plakaty były eksponowane w przestrzeni publicznej na tzw. citylightach. Równole-





gle w 2020 roku były prowadzone działania popularyzujące wiedzę z zakresu profilaktyki HIV/AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową w prasie tradycyjnej i mediach elektronicznych:

- działania informacyjno-edukacyjne pn. „Czy wiesz, że...” za pośrednictwem gazet regionalnych (plakat z treścią, że HIV nie można rozpoznać po wyglądzie);
- artykuł dotyczący profilaktyki HIV/AIDS/STI w serwisach internetowych gazet regionalnych;
- zintegrowane działania informacyjno-edukacyjne pn. „Czy wiesz, że...”, z wykorzystaniem internetu:

- » social media (Facebook, Instagram) – przy współpracy z ambasadorkami działań: Natalią Tur (blog <https://www.nishka.pl/>), Wiołą Wołoszyn-Matka Wariatka (blog <https://wiolawoloszyn.pl/>);
- » sieci reklamowej Google Display Network (GDN) – wyświetlanie reklam banerowych i displayowych na stronach internetowych i w aplikacjach, które należą do sieci reklamowej lub są dla niej partnerami;
- » szeroko zasięgowych portali informacyjnych, m.in.: wp.pl, onet.pl. Na stronach głównych portali wyświetlały się graficzne banery odsyłające na stronę Krajowego Centrum ds. AIDS aids.gov.pl.

W roku 2021 w ramach kampanii planujemy poruszyć kolejne tematy, tym razem dotyczące **farmakologicznej** profilaktyki HIV:

- profilaktyka wertykalna – zapobie-

ganie przeniesieniu zakażenia HIV z zakażonej matki na dziecko w czasie ciąży, porodu i połogu;

- PEP – po narażeniu na zakażenie tzw. wypadkowym (gwałt, przypadkowe zakłucie igłą niewiadomego pochodzenia, kontakt z krwią osoby zakażonej);
- PrEP – stosowanie leków antyretrowirusowych u osób niezakażonych w celu zmniejszenia ryzyka zakażenia HIV drogą kontaktów seksualnych oraz
- wzmocnienie wiedzy, że osiągnięcia współczesnej medycyny pozwalają na skuteczne leczenie osób zakażonych i prowadzenie przez nich normalnego życia – korzystając z nowoczesnej, bezpłatnej dla pacjenta, terapii ARV zgodnie ze wskazaniami lekarza. Z HIV można żyć wiele lat, pracować, mieć satysfakcjonujące życie i nie zakażać innych.

Oprac. Krajowe Centrum ds. AIDS

Narażenie na zakażenie HIV

– zmiana prawa i jej skutki, zasady odpowiedzialności karnej

Obowiązująca ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. kodeks karny zawiera dwa przepisy, które bezpośrednio wiążą się z narażeniem innych na zarażenie wirusem HIV. Pierwszy, podstawowy to przestępstwo świadomego narażenia drugiej osoby na zarażenie HIV, drugi to przestępstwo spowodowania zagrożenia epidemiologicznego lub szerszenia się choroby zakaźnej. W przypadku pierwszego z nich w marcu 2020 roku ustawodawca wprowadził istotne zmiany, które nie tylko znacznie podwyższyły górną granicę zagrożenia karą, lecz także poważnie wydłużyły termin przedawnienia tego przestępstwa. Dokładny opis wprowadzonych zmian i aktualnie obowiązującego w tym zakresie stanu prawnego podajemy poniżej.

Art. 161 § 1 kodeksu karnego [Narażenie człowieka na zarażenie]

W myśl art. 161 § 1 kodeksu karnego, kto, wiedząc, że jest zakażony wirusem HIV (świadomość zarażenia jest niezbędna), naraża bezpośrednio inną osobę na takie zakażenie (narażenie musi mieć charakter bezpośredni), podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.¹ Z dniem 31 marca 2020 roku na podstawie ustawy z 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw górne zagrożenie karą za przestępstwo z art. 161 § 1

zostało podniesione z dotychczasowych 3 do 8 lat pozbawienia wolności.²

Przestępstwo z art. 161 § 1 k.k. jest przestępstwem świadomego narażenia na zakażenie wirusem HIV. Aby ponieść odpowiedzialność karną, nie musi wystąpić skutek w postaci zakażenia drugiej osoby, niezbędne jednak jest celowe i świadome działanie sprawcy (celowe i świadome narażenie człowieka na zakażenie HIV). Przestępstwo to można popełnić zarówno w zamiarze bezpośrednim (gdy ktoś świadomie chce zakażać HIV inną osobę), jak i w zamiarze ewentualnym (gdy osoba żyjąca z HIV wie o swojej chorobie i realizując określone działania, jednocześnie godzi się na zakażenie innej osoby). Co do zasady przyjmuje się, że

1. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz.U.2020.1444 t.j. ze zm.), art. 161 § 1 i 3.

2. Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. *o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw*, art. 13 ust. 1.

partner seksualny osoby żyjącej z HIV zawsze jest narażony na zakażenie wirusem HIV. W związku z powyższym, osoba żyjąca z HIV ma prawny obowiązek poinformować każdego partnera seksualnego o swoim statusie serologicznym.

Zgodnie z art. 101 § 1 pkt. 4 k.k. przestępstwo z art. 161 § 1 k.k. ulega przedawnieniu po 15 latach od jego popełnienia.³ W związku z podniesieniem granicy karalności z art. 161 § 1 k.k. do lat 8, z dniem 31 marca 2020 r. termin przedawnienia w tym przypadku uległ wydłużeniu z dotychczasowych 5 do 15 lat. Jest to bardzo duża zmiana w stosunku do obowiązujących dotychczas przepisów. W tym kontekście dodatkowo mocno należy podkreślić, że lekarz powinien poinformować pacjenta z HIV nie tylko o prawach i obowiązkach pacjenta, lecz także o ciąży na nim odpowiedzialności karnej za narażenie innych na zakażenie.

Zgodnie z art. 161 § 3 k.k. przestępstwo świadomego narażenia na zakażenie należy do grupy przestępstw bezwzględnie wnioskowych – ścigane jest z oskarżenia publicznego, ale tylko (wyłącznie) na wniosek osoby pokrzywdzonej (osoby narażonej na zakażenie).⁴ Powyższe oznacza, że organy ścigania nie mogą działać z urzędu. Wniosek o ściganie można złożyć pisemnie lub też ustnie do protokołu (na Policji lub w Prokuraturze). Dla potwierdzenia winy organy ścigania w ramach prowadzonego postępowania mają możliwość przeprowadzenia testu na HIV u osoby podejrzanej. Złożenie wniosku o ściganie jest oczywiście bezpłatne, a postępowanie prowadzi organ ścigania. Nie ma jednak możliwości

złożenia wniosku o ściganie z art. 161 § 1 k.k. anonimowo, konieczne jest podanie danych osobowych przez osobę wnioskującą. Zgodnie z art. 101 § 1 pkt. 4 kodeksu karnego przestępstwo z art. 161 § 1 k.k. ulega przedawnieniu po 15 latach od jego popełnienia (o czym więcej powyżej).⁵ To oznacza, że dla skuteczności wniosku o ściganie za narażenie na zakażenie wirusem HIV, należy go złożyć przed upływem 15 lat od popełnienia przestępstwa.

Art. 165 § 1 kodeksu karnego [Sprowadzenie stanów powszechnie niebezpiecznych dla życia lub zdrowia]

Kolejny przepis, który może wiązać się z zakażeniem HIV, to art. 165 § 1 pkt 1 k.k. Na jego podstawie, kto sprowadza niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia wielu osób albo dla mienia w wielkich rozmiarach, powodując zagrożenie epidemiologiczne lub szerzenie się choroby zakaźnej (...) podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.⁶ W komentarzach do kodeksu karnego podkreśla się, że przy zagrożeniu epidemiologicznym dla penalizacji danego czynu, nie jest wymagane sprowadzenie stanu epidemii określonej choroby zakaźnej, ale wystarczy tu fakt stworzenia realnej możliwości jej wybuchu. Jeżeli sprawca tego przestępstwa działa nieumyślnie, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.⁷ Jednakże, jeżeli następstwem czynu jest śmierć człowieka lub ciężki uszczerbek na zdrowiu wielu osób, zagrożenie karą wzrasta, zarówno w przypadku czynu nieumyślnego⁸, jak i umyślnego⁹.

Przestępstwo spowodowania zagrożenia epidemiologicznego lub szerzenia się choroby zakaźnej ścigane jest z oskarżenia publicznego, z urzędu. Organy ścigania powinny sprawdzić i zareagować nawet na wiadomość przesłaną do nich anonimowo. Podkreślić należy, że zgodnie z przepisami kodeksu postępowania karnego każdy dowiedziawszy się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu ma społeczny obowiązek zawiadomić o tym prokuratora lub Policję.¹⁰ Jednak instytucje państwowe i samorządowe, które w związku ze swą działalnością dowiedziały się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu, są obowiązane niezwłocznie zawiadomić o tym prokuratora lub Policję.¹¹

Podobnie jak w przypadku narażenia na zakażenie HIV (art. 161 § 1 k.k.), zgodnie z art. 101 § 1 pkt. 4 k.k. przestępstwo z art. 165 § 1 pkt. 1 k.k. ulega przedawnieniu po 15 latach od jego popełnienia.¹²

Art. 234 kodeksu karnego [Fałszywe oskarżenie]

Jednocześnie należy dodać, że w myśl art. 234 kodeksu karnego, kto przed organem powołanym do ścigania lub orzekania w sprawach o przestępstwo fałszywie oskarża inną osobę o popełnienie czynów zabronionych, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.¹³ M. Mazgawa wskazuje, że „dla bytu przestępstwa konieczna jest fałszywość oskarżenia, zatem oskarżenie musi być zarówno przedmiotowo, jak i podmiotowo nieprawdziwe (a więc sprzeczne z obiektywnym stanem rzeczy i przy świadomości sprawcy nieprawdziwości zarzutów).”¹⁴ Jak podnoszą Szewczyk, Wojtaszczyk, Zontek, fałszywe oskarżenie może przybrać kilka form, które mogą występować w różnych konfiguracjach: (1) czynu w ogóle nie popełniono (2) czyn został popełniony, ale realizował inne znamiona niż określone w oskarżeniu (3) czyn opisany w zawiadomieniu faktycznie popełniono, ale wskazano inną osobę jako jego sprawcę.¹⁵

Stan prawny na dzień 5 lutego 2021 r.

Oprac. Krajowe Centrum ds. AIDS

3. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz.U.2020.1444 t.j. ze zm.), art. 101 § 1 pkt. 2a.
4. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz.U.2020.1444 t.j. ze zm.), art. 161 § 4.
5. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz.U.2020.1444 t.j. ze zm.), art. 101 § 1 pkt. 4.
6. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz.U.2020.1444 t.j. ze zm.), art. 165 § 1 pkt. 1.
7. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz.U.2020.1444 t.j. ze zm.), art. 165 § 2.
8. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz.U.2020.1444 t.j. ze zm.), art. 165 § 4.
9. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz.U.2020.1444 t.j. ze zm.), art. 165 § 3.
10. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks postępowania karnego*. (Dz.U.2020.30), art.304 § 1.
11. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks postępowania karnego*. (Dz.U.2020.30), art.304 § 2.
12. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz.U.2020.1444 t.j. ze zm.), art. 101 § 1 pkt. 2a.
13. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz.U.2020.1444 t.j. ze zm.), art. 234.
14. M. Mozgawa [w:] M. Budyn-Kulik, P. Kozłowska-Kalisz, M. Kulik, M. Mozgawa, *Kodeks karny. Komentarz aktualizowany*, Gdańsk 2021, art. 234.
15. Szewczyk, Zontek, Wojtaszczyk [w:] Wróbel, Zoll II/2, s. 331.

aspekty

Dodatek do Biuletynu Krajowego Centrum ds. AIDS



Pandemia COVID-19 a pomoc osobom uzależnionym cz. I

Pandemia COVID-19 wywarła duży wpływ na działania instytucji ochrony zdrowia i systemu pomocy w Polsce w obszarze uzależnień. W celu szybkiej oceny sytuacji i jej wpływu na placówki lecznicze oraz na osoby korzystające z programów redukcji szkód, Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii przeprowadziło badanie wśród podmiotów zajmujących się leczeniem osób uzależnionych oraz programami redukcji szkód. Narzędzie badawcze zostało opracowane przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) i po modyfikacjach wykorzystano ankietę EMCDDA do przeprowadzenia krajowego badania. Badanie było realizowane od 14 kwietnia do 6 maja – ankietę wypełniło 71 podmiotów. Warto zgłosić zastrzeżenie, że na ankietę odpowiedziało jedynie część placówek z ponad 200, do których zosta-

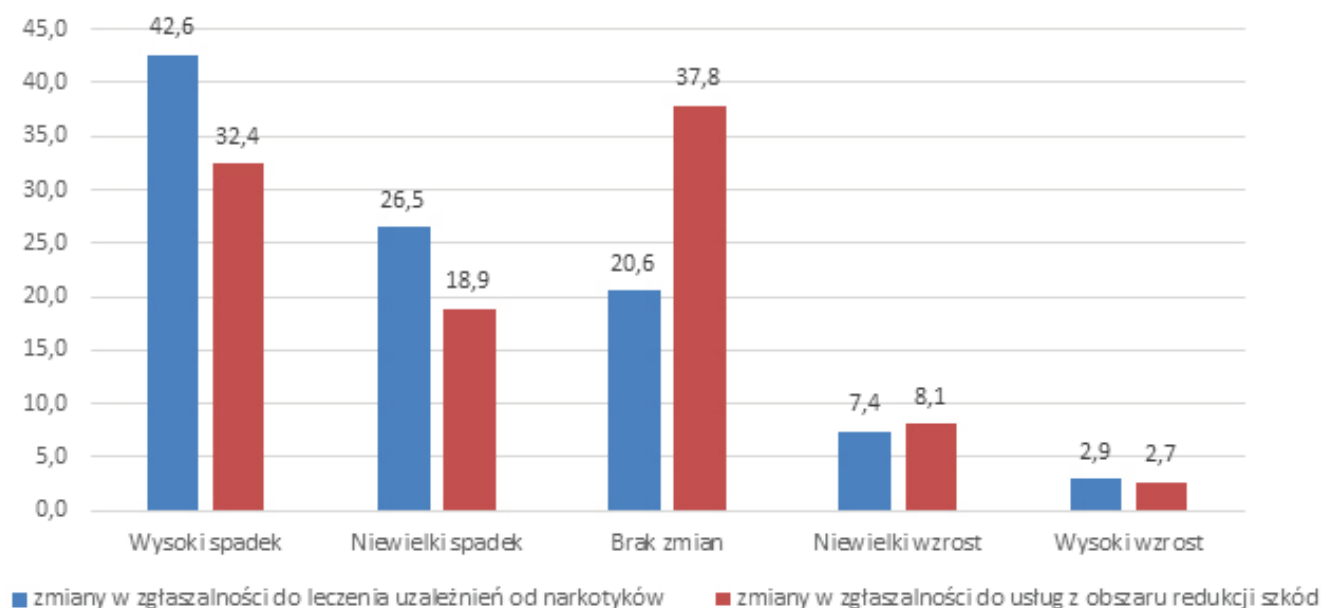
ła ona wysłana. Najwięcej odpowiedzi otrzymaliśmy z placówek leczniczych (82%), w mniejszym stopniu z organizacji pozarządowych (21,1%) oraz programów redukcji szkód (12,7%), a także od Ekspertów Wojewódzkich (12,7%). Ankiety wypełniły również podmioty zajmujące się profilaktyką (7%) oraz Policja (1,4%). Artykuł przedstawia wybrane wyniki badania uzupełnione o elementy dyskusji grupowej zorganizowanej przez Centrum Informacji KBPN w dniach 17-18 listopada 2020 z udziałem placówek leczniczych. W niniejszym numerze przedstawimy pierwszą część analizy.

Zgłaszalność do leczenia i redukcji szkód na początku epidemii

Jednym z głównych pytań badawczych była kwestia dotycząca zapotrzebowania na usługi lecznicze. Chcieliśmy sprawdzić

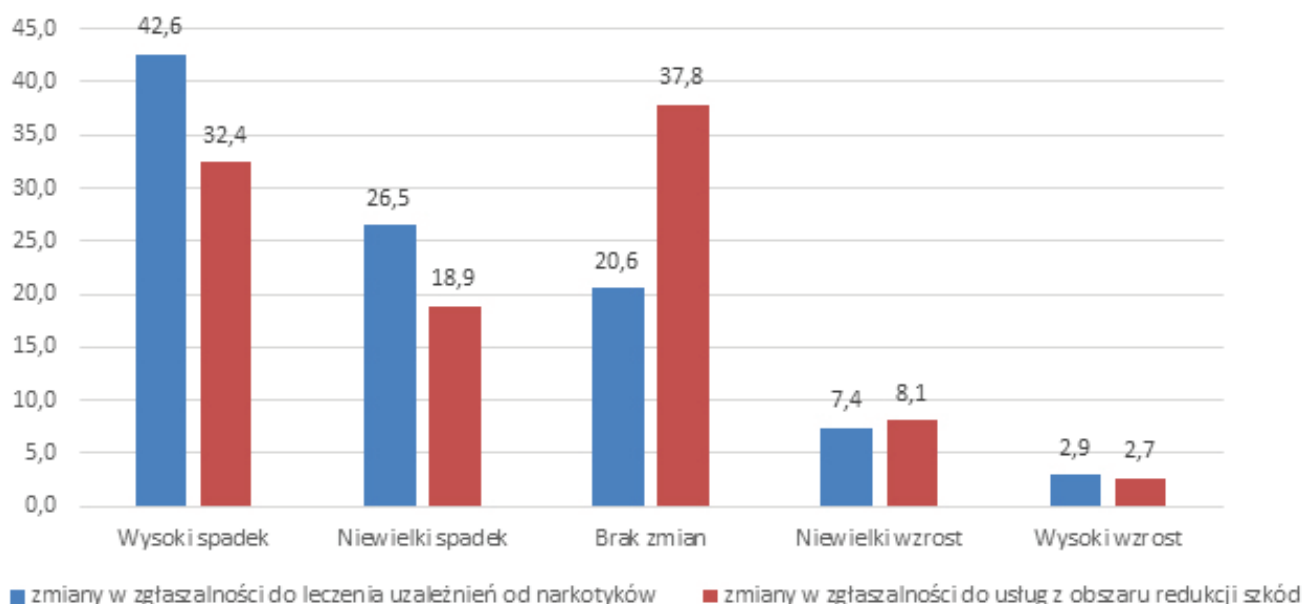
na ile zmniejszyła się liczba osób, które chciały się leczyć z powodu narkotyków na początku epidemii. Pytaliśmy się respondentów, czy w ich opinii zaszły zmiany w zgłaszalności do leczenia uzależnień od narkotyków od momentu wprowadzenia w Polsce działań zaradczych wobec epidemii koronawirusa. Według badania 69% osób odpowiedziało, że nastąpił spadek liczby osób podejmujących leczenie z powodu narkotyków w ich placówce a 10% iż odnotowali wzrost (wykres 1). W przypadku programów redukcji szkód spadek był mniejszy: 51% placówek odnotowało spadek liczby osób zgłaszających się do programów redukcji szkód. Podobnie jak w przypadku placówek leczniczych, 11% programów redukcji szkód odnotowało wzrost pacjentów. Wyniki badania pokazały, że w efekcie epidemii mniej osób podejmowało leczenie oraz zgłaszało się do programów redukcji szkód z powodu narkotyków marcu i kwietniu.

Wykres 1. Czy nastąpiły ogólne zmiany w zgłaszalności do systemu pomocy od narkotyków od momentu wprowadzenia w Państwa kraju działań zaradczych wobec epidemii COVID-19? (%) (N=68)



Źródło: Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN

Wykres 2. Czy nastąpiły ogólne zmiany w dostępności i poziomie świadczenia usług w obszarze leczenia uzależnienia narkotyków oraz redukcji szkód od momentu wprowadzenia w Państwa kraju działań zaradczych wobec epidemii COVID-19 (%) (N=62)



Źródło: Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN

Spadek przyjęć dotyczył przede wszystkim zgłaszalności nowych osób do placówek pomocowych. Programy leczenia substytucyjnego, czyli metadonowe, zmieniły swój sposób pracy na wydawanie metadonu na dłuższe okresy (np. na 14 dni, a nawet 6 tygodni). Z punktu widzenia klienta, który już leczył się z powodu narkotyków, najmocniej nową sytuację odczuła przede wszystkim grupa pacjentów, która brała udział w terapii grupowej. Poradnie przestały prowadzić terapię grupową w placówkach i zaczęły wdrażać terapię grupową on-line.

W dużym stopniu sytuacja w wyniku epidemii zmieniła się dla programów redukcji szkód, których miejscem działania są ulice miast czy nocne kluby. W wyniku regulacji prawnych dotyczących epidemii dostęp do większości miejsc działania programów redukcji szkód został mocno ograniczony albo wręcz zamknięty (jak np. w klubach). Programy redukcji szkód napotkały problemy z zakazem zgromadzeń utrudniający działania wśród beneficjentów programów ulicznych.

Dostępność i poziom świadczenia usług w zakresie leczenia i redukcji szkód

Kolejnym obszarem badawczym była kwestia dostępności leczenia i redukcji szkód w trakcie epidemii. Wyniki badania pokazały, że nastąpił spadek w dostępności leczenia dla osób uzależnionych od narkotyków. Większość respondentów (aż 86%) wskazało tą odpowiedź. Nastąpił także spadek w dostępie do programów redukcji szkód – 77% badanych odnotowało zmniejszenie się dostępności w poziomie usług. Wydaje się, że działania zaradcze wobec epidemii COVID-19 nie miały dużego wpływu na kontynuację opioidowego leczenia substytucyjnego w przypadku klientów już korzystających z tej formy leczenia. Według badania 62% respondentów wskazało, że nie zaszły zmiany w tym obszarze; 33% odpowiedziało przeciwnie (N=21). W odniesieniu do przyjmowania nowych pacjentów do leczenia substytucyjnego 10% respondentów odpowie-

działo, że działania zaradcze wobec epidemii COVID-19 miały silny negatywny wpływ na programy substytucyjne, przez co mniej klientów jest w stanie rozpocząć tego typu leczenie (N=14).

Co się zmieniło?

Według wyników badania przeprowadzonego na początku epidemii udzielanie porad przez Internet stało się jedną z głównych metodą pracy stosowaną w placówkach ambulatoryjnych na początku epidemii. Wdrożenie nowych metod spowodowało pojawienie się nowych wyzwań dla zapewnienia ciągłości pomocy osobom uzależnionym. W wielu placówkach trzeba było dostosować systemy teleinformatyczne do świadczenia porad i terapii. Spore wydatki dla placówek leczniczych stanowił zakup nowego sprzętu do prowadzenia teleporad lub terapii z wykorzystaniem Internetu.

W efekcie szerszego korzystania z Internetu w pracy placówek leczniczych

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”

pojawiła się kwestia zmiany nastawienia pacjentów co do skuteczności terapii prowadzonej poprzez telemedia. Osoby pracujące z osobami uzależnionymi zaczęły budować relację terapeutyczną na odległość. Nowym zagrożeniem zgłaszanym w ankietach była ryzyko wypalenia zawodowego terapeutów, którzy nie mają bezpośredniego kontaktu z klientami. Ponadto nie wszyscy pacjenci mają dostęp do urządzeń umożliwiających terapię zdalną, co stanowi dodatkowe wyzwanie w stosowaniu nowych form leczenia i poradnictwa i chcą w takich zajęciach uczestniczyć.

Przeszkody i bariery w dostępie do programów

W ramach omawianych badań pytaliśmy o główne przeszkody i wyzwania dla podmiotów prowadzących leczenie uzależnienia od narkotyków oraz redukcję szkód. Należą do nich oczywiście wyzwania w obszarze bezpieczeństwa z powodu pojawienia COVID-19:

- Zapewnienie bezpieczeństwa pracownikom podmiotów prowadzących leczenie uzależnienia poprzez wprowadzenie procedur chroniących pacjentów przebywających w placówce
- Nieograniczony dostęp do środków ochrony osobistej i szeroki dostęp do teleporad zarówno psychiatrycznych jak i psychoterapeutycznych
- Przystosowanie pomieszczeń poradni, oddziałów do przyjmowania pacjentów zakażonych (śluzy, izolatki, sprzęt ochronny)
- Szeroki dostęp do testów na obecność aktywnego zakażenia COVID-19 i przebiecia zakażenia, nabyci odporności – kwestia współpracy z Sanepidem
- Kontrola stanu zdrowia każdego pacjenta w momencie przekraczania progu placówki (temperatura, test na COVID-19, kontrola zakrycia twarzy i nosa od początku epidemii = dodatkowy pracownik przy drzwiach wejściowych)

- Następną grupę problemów stanowiły kwestie związane ze zmianą pracy wielu placówek, co przełożyło się na nowe formy pracy z osobami uzależnionymi i ich bliskimi:
- Brak kontaktu z rodziną pacjenta ze względu na wstrzymane odwiedziny w oddziale;
- Brak terapii grupowej;
- Brak przepustek do osób w ośrodkach stacjonarnych;
- Trudność w przyjmowaniu pacjentów pierwszorazowych;
- Budowanie relacji terapeutycznej na odległość;
- Znaczne ograniczenie sesji indywidualnych terapeutycznych;
- Wprowadzenie testowania lub/i izolatoriów;
- Wydawanie metadonu na dłuższy czas, wprowadzenie godzin odebrania metadonu.

Wiele placówek pomocowych zaczęło wykorzystywać Internet do pracy z klientem, co powoduje pojawienie się kolejnych wyzwań i problemów:

- Utrzymanie stałego kontaktu z pacjentem może być trudne w przypadku pracy za pomocą Internetu;
- Ograniczony kontakt z pacjentem w razie awarii czy usterki sieci teleinformatycznej;
- Brak umiejętności korzystania ze środków teleinformatycznych zarówno wśród terapeutów jak i pacjentów.

Placówki, które wypełniły ankiety, zgłaszały również problemy związane z funkcjonowaniem całego systemu i braku dostępu do niektórych form pomocy. W znacznym stopniu została ograniczona współpraca między różnymi podmiotami zajmującymi się leczeniem i pomocą osobom uzależnionym:

- Większość ośrodków stacjonarnych nie przyjmowała pacjentów na początku epidemii;
- Nastąpiły ograniczenia w przyjęciach na detoksykację;
- Programy dzienne mają bardzo duży

problem z prowadzeniem swojej działalności;

- Kontynuowanie leczenia w ośrodkach stacjonarnych po odbytej detoksykacji zostało ograniczone.

Nastąpiło ograniczenie dostępu i współpracy z placówkami pomocy socjalnej, medycznej oraz miejscami pobytu dziennego i noclegu z powodu zamknięcia części tego typu obiektów.

Budżety programów redukcji szkód oraz placówek leczniczych zostały obciążone wydatkami związanymi z zakupami dodatkowych materiałów (maski, testy na COVID-19, rękawiczki, środki dezynfekcyjne, paliwo) i innymi nieprzewidzianymi wydatkami, które pozwalają na funkcjonowanie i pomaganie osobom używającym narkotyków w okresie epidemii. W niektórych programach nie wprowadzone zostały testy na COVID-19 personelu i pacjentów, ponieważ koszty testów przekraczały możliwości finansowe placówki.

W wyniku COVID-19 w niektórych programach odnotowano zwiększone zapotrzebowanie na leczenie substytucyjne, np. w Warszawie lub Szczecinie, co było efektem utraty dochodów przez użytkowników narkotyków i braku środków na ich zakup. Wśród nich były osoby młode, np. zażywające opioidy w lekach. Warto zwrócić uwagę, że placówki lecznicze miały problem z zapewnieniem ciągłości pracy w przypadku zakażeń wśród personelu lub/i pacjentów. W przypadku takich sytuacji stosowano różne strategie. Jedną z nich było wydzielenie oddzielnego pomieszczenia dla osób zakażonych. W przypadku zakażenia COVID-19 pacjenci i terapeuci byli izolowani od reszty personelu. Innym podejściem było wypisywanie pacjentów i tymczasowe zamknięcie ośrodka.

*Artur Malczewski
Centrum Informacji o Narkotykach
i Narkomanii – Krajowe Biuro
Przeciwdziałania Narkomanii*

kontra 

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

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

Egzemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.