



W numerze:

HCV i HBV – najważniejsze informacje Str. 1-2

dr n. med. Bartosz Szetela,
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Pandemia COVID-19 a pomoc osobom uzależnionym cz. II Str. 3-5

Artur Malczewski, CINN KBPN

Badania profilaktyczne pracowników – zmiany w przepisach Str. 5-6

KCAIDS

Aspekty

UNAIDS: koniec z nierównościami, koniec z AIDS

dr n. przyr. Maria Wawer, UMCS

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

HCV i HBV – najważniejsze informacje

Zakażenia przenoszone drogą płciową (STIs) stanowią poważny problem zdrowotny zarówno w Polsce, jak i na całym świecie. Ponadto STIs kilkakrotnie zwiększają ryzyko zakażenia HIV.

Krajowe Centrum ds. AIDS, zgodnie ze swoimi zadaniami statutowymi, przygotowało wydawnictwa edukacyjne dotyczące powyższego tematu. Będą one dostępne na portalu aids.gov.pl w dziale Publikacje, w wersji do pobrania. Planowana jest również wersja drukowana.

Artykuł o HCV i HBV jest pierwszym z tego cyklu, zamieszczonym również w biuletynie Kontra. W kolejnych numerach podejmiemy temat innych STIs.

Wprowadzenie

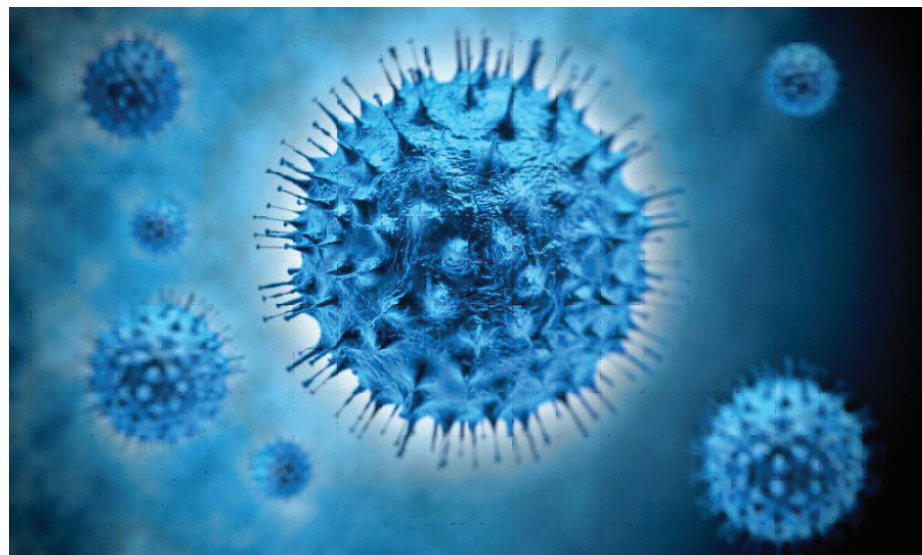
HBV i HCV są to dwa wirusy wywołujące wirusowe zapalenie wątroby, które niewyleczone może prowadzić do trwałego i nieodwracalnego uszkodzenia wątroby.

Częstość występowania zakażenia HBV w Polsce systematycznie spada, podob-

nie jak we wszystkich krajach, w których wprowadzono powszechne szczepienia przeciw temu wirusowi (większość Europy i Ameryki Północnej). Obecnie duże ryzyko zakażenia dotyczy wyjazdów w rejon o dużej częstości występowania tego zakażenia (większość rejonów tropikalnych), a także podczas kontaktu z osobami pochodzącymi z tych rejonów. Szacuje się, że w Polsce zakażonych i zakaźnych jest mniej niż 2% populacji.

HBV jest wirusem niezwykle zakaźnym, a ryzyko wiąże się ze wszystkimi rodzajami kontaktów seksualnych (ryzykowne są również głębokie pocałunki). Do zakażenia może dochodzić podczas używania wspólnego sprzętu do wstrzyknięć lub wciągania narkotyków z wykorzystaniem różnego rodzaju rurek, banknotów czy słomek. Nawet mikroskopijne ilości krwi obecne na ich końcach mogą być przyczyną zakażenia.

Zakażenie HCV dotyczy podobnego odsetka populacji jak HBV (< 2%), wirus ten jednak przenoszony jest wyłącznie drogą krwi. Szczególne ryzyko wiąże się zatem z używaniem wspólnego sprzętu do wstrzyknięć lub do wciągania narko-



tyków (jak w przypadku HBV). Podczas kontaktów heteroseksualnych wirus HCV zasadniczo nie przenosi się. Obserwujemy jednak poważną epidemię zakażeń HCV wśród mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami, co związane jest ze zjawiskiem chemseksu. W związku z używaniem substancji psychoaktywnych z grupy stymulantów (m.in. mefedron, metamfetamina), również drogą wstrzyknięć, dochodzi do podejmowania bardzo ryzykownych kontaktów seksualnych z wieloma partnerami. Podczas tych kontaktów dochodzi do uszkodzenia błon śluzowych odbytu, gardła i napletka, w wyniku czego nawet niewielkie ilości krwi mogą być przyczyną zakażenia.

W populacji ogólnej do zakażeń HCV i HBV najczęściej dochodzi podczas wykonywania tatuaży i podczas procedur medycznych z wykorzystaniem nieprawidłowo wysterylizowanego sprzętu wielokrotnego użytku.

Ryzyko zakażenia HCV podczas kontaktów seksualnych jest większe dla osób żyjących z HIV, a także dla osób z kiłą lub ziarniniakiem wenerycznym pachwin (LGV).

Objawy

W większości przypadków objawy w ogóle nie występują lub są na tyle niecharakterystyczne, że zakażenie wykrywane jest przypadkowo podczas badań krwi.

Krótko po zakażeniu mogą wystąpić objawy przypominające przeziębienie (uczucie rozbicia, bóle mięśni, stan podgorączkowy, zmęczenie, senność). Mogą również pojawić się nudności, biegunka, bóle brzucha, a niekiedy żółtaczka.

Dochodzić może również (choć nie zawsze i nie w całym okresie zakażenia) do wzrostu aktywności enzymów wątrobowych takich jak *Alat* czy *Aspat*, co może być wskazówką diagnostyczną.

Diagnostykę może prowadzić każdy lekarz, a w razie wątpliwości lub konieczności podjęcia leczenia należy skonsultować się z lekarzem chorób zakaźnych.

Diagnostyka

W diagnostyce wykorzystuje się badania krwi. Dostępne są standardowe testy laboratoryjne, które wykrywają przeciwciała przeciw wirusom HBV i HCV (zwykle już po kilku tygodniach od zakażenia), białka wirusowe lub materiał genetyczny wirusów (zwykle już po kilkunastu dniach od zakażenia). Niezwykle przydatne są tzw. szybkie testy kasetkowe, które pozwalają uzyskać wynik już po 5-15 minutach. Wykonuje się je poprzez nakłucie opuszki palca i pobranie kilku kropli krwi. Można je wykonać u wybranych lekarzy, w punktach diagnostycznych i podczas okresowych kampanii diagnostycznych.

Zakażenie potwierdzić można zwykle już po 2-4 tygodniach (badanie techniką PCR). Dla wykluczenia muszą upłynąć przynajmniej 3 miesiące, gdyż dopiero po tym czasie u większości zakażonych pojawiają się przeciwciała wykrywane w testach.

Leczenie

U większości osób zakażonych HBV dochodzi do samoistnego wyleczenia. Wymagają oni jedynie corocznych kontroli. W pozostałych kilku procentach przypadków konieczne jest przyjmowanie leku blokującego namnażanie wirusa, zwykle przez wiele lat.

W przypadku HCV do samoistnego wyleczenia dochodzi w około 40% przypadków, najczęściej w ciągu pierwszych 6 miesięcy od zakażenia. Pozostałe osoby wymagają najczęściej dwumiesięcznej terapii lekami doustnymi, a jej skuteczność sięga 99%. Leczenie prowadzone jest w poradniach chorób zakaźnych i jest refundowane przez NFZ.

Profilaktyka

Najskuteczniejszą profilaktyką zakażenia HBV jest szczepienie. Polega ono na przyjęciu trzech dawek szczepionki według schematu 0-1-6 miesięcy. Dawki przypominające w większości przypadków nie są zalecane. Szczepienie chroni bardzo wydajnie przed zakażeniem. Powszechne szczepienia dzieci zostały wprowadzone w Polsce na początku lat 90-tych, dlatego osoby urodzone wcześniej powinny skonsultować się z lekarzem i ustalić wskazania do zaszczepienia.

Przeciw HCV nie dysponujemy szczepionką i jedyną metodą profilaktyki, jeśli nie można uniknąć ekspozycji, jest używanie prezerwatywy podczas kontaktów seksualnych, rękawiczek lateksowych podczas fistingu lub fingeringu, chusteczek lateksowych podczas kontaktów oralnych, a także własnego sprzętu do iniekcji lub wciągania narkotyków. Wybierając salon tatuażu należy zweryfikować czy są w nim przestrzegane zasady w zakresie sterylizacji sprzętu wielokrotnego użytku i zawsze używać własnych igieł. Te same metody chronią przed zakażeniem HBV.

Domownicy i partnerzy osób zakażonych powinni zbadać się w kierunku tych dwóch wirusów, zaszczepić przeciw HBV i leczyć jednocześnie w razie potwierdzenia zakażenia.

Dla HBV istnieje również profilaktyka poekspozycyjna. Jeśli doszło do ryzykownego kontaktu (ekspozycji) z osobą zakażoną, należy podać preparat gotowych przeciwciał przeciw HBV. Tego rodzaju postępowanie dotyczy osób wcześniej niezaszczepionych i należy je rozpocząć w ciągu 7 dni od kontaktu.

*dr n. med. Bartosz Szetela
Klinika Chorób Zakaźnych, Chorób
Wątroby i Nabytych Niedoborów
Odpornościowych Uniwersytetu
Medycznego we Wrocławiu*

Bibliografia:

1. Workowski K, Bolan G. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2015, MMWR Recomm Rep 2015.
2. Brook G, Brockmeyer N, van de Laar T et al. 2017 European guideline for the screening, prevention and initial management of hepatitis B and C infections in sexual health settings. International Journal of STD & AIDS 2018, Vol. 29(10) 949–967

Pandemia COVID-19 a pomoc osobom uzależnionym cz. II

Artykuł przedstawia wyniki analiz z końca 2020 roku Centrum Informacji Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii jak również w drugiej części najważniejsze informacje i wnioski z raportu Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), dotyczącego wpływu pandemii COVID-19 na system pomocy osobom uzależnionym. Raport EMCDDA ukazał się w kwietniu tego roku¹ i powstał na bazie szybkiej oceny sytuacji, która została przeprowadzana metodą trendspotter przez Europejskie Centrum. Część informacji zawartych w raporcie EMCDDA została przekazana przez Reitox Focal Point².

Sytuacja w Polsce

W ramach monitorowania sytuacji w obszarze pomocy osobom uzależnionym oraz prowadzenia działań leczniczych w trakcie pandemii COVID-19 Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii przeprowadziło dwie analizy sytuacji w 2020 roku. Na początku pandemii, to jest w kwietniu i maju, zostały zrealizowane badania ankietowe wśród placówek leczniczych. Wyniki tej analizy zostały przedstawione w pierwszej części artykułu. Pod koniec 2020 roku (16-18 listopada) zostały przeprowadzone trzy dyskusje grupowe online dotyczące wpływu pandemii na system pomocy osobom uzależnionym. W pierwszej dyskusji uczestniczyli Eksperti Wojewódzcy ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii (16 listopada). Druga rozmowa odbyła się z przedstawicielami placówek leczenia osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków, a w trzeciej wzięli udział przedstawiciele programów leczenia substytucyjnego. W trakcie dyskusji na temat działania placówek leczniczych w czasie epidemii COVID-19 przedstawiciele programów substytucyjnych zgłaszali różne strategie i zmiany w ich

funkcjonowaniu w celu przestrzegania wymogów sanitarnych. Wydłuża się czas przyjmowania pacjentów do placówek leczniczych, ponieważ osoby przyjmowane są dopiero po otrzymaniu wyniku testu na COVID-19. Część oferowanych działań została wstrzymana, jak np. zamknięcie Klubu Pacjenta, świetlic, aby minimalizować kontakty między pacjentami. W czasie lockdownu nie było przyjęć do większości programów, ponieważ wiązało się to z wizytą diagnostyczną. W programach wprowadzono ograniczenie wizyt, wyznaczenie konkretnej godziny odbioru metadonu co 15 minut, żeby uniknąć gromadzenia się osób oraz wprowadzono pojedyncze wizyty pacjentów w poradni. W programach substytucyjnych zostały zawieszony grupy terapeutyczne, natomiast wszystkie spotkania indywidualne funkcjonowały jak dawniej. Wprowadzono zmiany w pracy programów, np. rezygnacja z zebrań dla pacjentów, komunikacja w formie papierowej, stworzenie formularza, w którym są zamieszczone informacje na co mogą liczyć, itp. W jednej z placówek wydzielono specjalny pokój przeznaczony do odbywania kwarantanny. Pacjent przebywał w nim przez 7 dni, następnie był przyjmowany do ośrodka. Większość panelistów podnosiła kwestię, że koszty testów na COVID-19 ponoszą placówki, jest to częsta praktyka, zwłaszcza w dużych miastach, w których kontakt z inspekcją sanitarną jest niemożliwy ze względu na przeciążenie tej instytucji. Z dyskusji wynikało, że większość placówek z własnych środków opłaca testy dla pacjentów i personelu. Paneliści wyrazili nadzieję, że będą jedną z pierwszych grup, które otrzymają szczepionki na COVID-19 i ten postulat udało się zrealizować. Pandemia COVID-19 nie spowodowała istotnego wzrostu liczby pacjentów leczonych substytucyjnie, jednakże w niektórych programach zaobserwowano trend częstszego zgłasza-

nia się do programu pacjentów pierwszorazowych. Warto zwrócić uwagę, że według uczestników dyskusji pacjenci podchodzą do obostrzeń z dużym poczuciem obowiązku i dyscypliny, jeżeli ktokolwiek z pacjentów ma objawy lub podejrzewa zarażenie wirusem, jest obsługiwany na zewnątrz placówki (wydawanie metadonu).

Wyzwania dla pomocy osobom uzależnionym w Polsce

W trakcie dyskusji zidentyfikowano problemy, jakie pojawiły się w związku z pandemią COVID-19 w 2020 roku. Należały do nich m.in:

- zawieszenie komunikacji publicznej spowodowało problemy z dojazdem do placówki, pacjenci byli zmuszeni do wynajmowania taksówek, żeby dojechać po metadon z pobliskich miejscowości,
- po wydawaniu zaliczek metadonu na dwa tygodnie w czasie lockdownu pojawił się problem, żeby pacjenci wrócili do starych reguł,
- istnieje problem z pacjentami bezdomnymi, zazwyczaj funkcjonują oni w sposób niestabilny, trudniej uchronić ich przed zarażeniem COVID-19,
- pojawił się także problem z pacjentami, którzy wymagają alkomatów. Pielęgniarki nie chcą, żeby osoby te dmuchały w nie przy nich ze względów higienicznych, natomiast gdy robią to, odwracając się od pielęgniarek to nie wiadomo, czy pomiar został wykonany prawidłowo,
- zdarzają się pacjenci, którzy nie mają możliwości technicznej, żeby uczestniczyć w teleporadach,
- mniejsza możliwość przyjmowania pacjentów, ponieważ ze względu na konieczność odbycia kwarantanny trzeba odczekać tydzień, zanim przyjmie się pacjenta.

1. Raport dostępny jest na stronie EMCDDA: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13745/TD0321143ENN_002.pdf

2. W Polsce Reitox Focal Point jest działem Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii: Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii. W każdym kraju UE oraz w Norwegii i Turcji działa Reitox Focal Point.

Programy leczenia substytucyjnego oraz leczenia opartego na abstynencji wprowadzały różne rozwiązania w trakcie epidemii, aby wyeliminować lub ograniczyć ryzyko zarażenia COVID-19. Było to prowadzenie teleporad i osobistej terapii hybrydowo, jak również realizowana była komunikacja w formie pisemnej z pacjentami oraz rodzinami pacjentów, zamiast spotkań w placówce. Wprowadzono przejście personelu na pracę zdalną, np. praca przez komunikatory z pacjentami jak również system zmianowy, tydzień/tydzień, wymienianie się pracowników, żeby cały zespół nie był wyłączony w jednym czasie z pracy z powodu kwarentanny. Podejmowane były różne formy ostrożności, np. wpuszczano po jednej osobie na teren poradni pojedynczo, w celu odebrania substytutu. W jednej z placówek zamontowano lampy UV.

Leczenie substytucyjne w trakcie pandemii COVID-19

Sytuacja w obszarze pandemii w Europie została opisana w raporcie europejskiej agencji zajmującej się monitorowaniem problemu narkotykowego. Raport EMCDDA podkreśla, że dostępność świadczeń związanych z leczeniem substytucyjnym pozostawała na wysokim poziomie. Według doniesień krajowych Focal Pointów oraz analizowanych raportów udało się utrzymać działania dostosowujące, podjęte w pierwszych miesiącach pandemii (szersze wykorzystanie recept elektronicznych, zwiększenie dawek do samodzielnego zażycia, nadzór zdalny oraz dostęp niskoprogowy). Wstępne dane na temat nowych klientów oraz klientów ogółem, którzy korzystali z leczenia substytucyjnego w roku 2020 w trzech krajach wskazują, że po 20-procentowym spadku w okresie styczeń-kwiecień 2020 roku liczba klientów utrzymywała się na względnie stałym poziomie przez resztę roku, co jest dowodem na stabilność świadczenia tej formy leczenia. Podobne dane zgłaszano z innych krajów podczas niedawnego spotkania europejskich ekspertów ds. zgłaszalności do leczenia zorganizowanego przez EMCDDA. Nowością w ofercie leczniczej w Europie było zastosowanie metylofenidatu w leczeniu uzależnienia od amfetaminy w pierw-

szych miesiącach pandemii w Czechach. Do końca 2020 ta nowatorska forma leczenia była dostępna w czterech ośrodkach leczniczych.

Telemedycyna: nowe podstawowe narzędzie

Według raportu EMCDDA poradnictwo stacjonarne oraz wizyty w ośrodkach ambulatoryjnych na ogół zostały wstrzymane lub w znacznym stopniu ograniczone w czasie pierwszego lockdownu. Jako działania zastępcze często udzielano teleporady. Według ankiety EMCDDA przeprowadzonej wśród Krajowych Focal Pointów w okresie czerwiec-lipiec 2020 roku nastąpił wzrost korzystania z teleporadnictwa w obszarze leczenia uzależnień od narkotyków i redukcji szkód. W opinii specjalistów opieki zdrowotnej zapytanych w ramach tejże ankiety, szersze zastosowanie teleporad medycznych było możliwe dzięki lepszemu znajomości technologicznych rozwiązań w zakresie świadczeń zdalnych zarówno wśród personelu jak i klientów, ale również dzięki większemu przekonaniu co do użyteczności tej formy kontaktu. Tego typu rozwiązania okazały się przydatne w docieraniu do nowych klientów zwłaszcza osób w odległych obszarach, gdzie kontakt bezpośredni był utrudniony. Technologie zdalne okazały się również przydatne w kontaktach między specjalistami i placówkami opieki społeczno-zdrowotnej, co poprawiło możliwości wystawiania skierowań. Telemedycyna była również wymieniana przez kilku ekspertów jako kluczowe rozwiązanie w zapewnianiu ciągłości świadczeń leczniczych dla osadzonych w zakładach karnych podczas pandemii.

Realizacja szczepień przeciw COVID-19 Raport EMCDDA dotyka kwestii szczepień. Do marca 2021 w Europie wiele szczepionek przeciw COVID-19 otrzymało już autoryzację, jednak dostawy były wciąż ograniczone. Schorzenia przewlekłe będące czynnikami ryzyka w hospitalizacjach i zgonach wywołanych przez COVID-19 (w każdej grupie wiekowej), które jednocześnie stanowią kryteria włączające we wczesnych etapach akcji szczepień w wielu krajach

obejmowały również schorzenia szeroko rozpowszechnione wśród użytkowników narkotyków z grup wysokiego ryzyka np. przewlekła obturacyjna choroba płuc, przewlekłe choroby wątroby (np. przewlekłe zapalenie wątroby typu B i C) oraz zakażenie HIV. Według międzynarodowych zaleceń tego typu jednostki chorobowe są czynnikami ryzyka w poważnych przebiegach COVID-19. Ponadto zwrócono uwagę na inne czynniki ryzyka, które w niewspółmiernie obciążają użytkowników narkotyków. Bieda i mieszkanie w rejonach słabo rozwiniętych generują wyższe ryzyko zakażenia i ciężkiego przebiegu COVID-19. Niektóre zaburzenia psychiatryczne (w tym uzależnienie od narkotyków) również określane są jako niezależne czynniki ryzyka w ciężkim przebiegu infekcji koronawirusowych. Instytucje naukowe (np. w Belgii i Francji) zaleciły, aby poważne schorzenia psychiczne (w niektórych przypadkach również uzależnienie od narkotyków) zostały uznane jako kryteria kwalifikujące do udziału w szczepieniach grup priorytetowych (fale 2 i 3). Instytucje naukowe zaleciły również, aby grupy wrażliwe społecznie ze względów etycznych traktowane były priorytetowo. W niektórych przypadkach, na przykład w Belgii, ta kategoria osób wyraźnie obejmuje użytkowników narkotyków, osoby bezdomne, osadzone w zakładach karnych oraz pracowników seksualnych. Oprócz szczepienia osób używających narkotyki, działaniem priorytetowym jest również szczepienie pracowników służby zdrowia, którzy mają bezpośredni kontakt z pacjentami (służby pierwszej linii). Tego typu grupy zawodowe świadczą usługi uznawane za niezbędne, co, w niektórych przypadkach, wymaga bezpośredniej interakcji z wieloma ludźmi. Ankieta przeprowadzona w ostatnim tygodniu marca 2021 roku wśród sieci Krajowych Focal Pointów pokazała, że w większości krajów europejskich personel medyczny w leczeniu uzależnień od narkotyków i programach redukcji szkód uważany jest za pracowników pierwszej linii i przez to został objęty szczepieniami przeciwko COVID-19. Taka sytuacja miała również miejsce w Polsce. Ponadto niektóre służby odpowiedzialne za przeciwdzia-

łanie narkomanii (np. w Belgii) są aktywnie zaangażowane w krajowe programy szczepień z uwagi na kontakty z grupami w ramach społeczności, które nie są łatwo dostępne dla służb medycznych np. osoby bezdomne lub nielegalni imigranci. Ważnym zadaniem jest uważne monitorowanie zaistniałej sytuacji w celu zapewnienia wszystkim grupom społecznym, w tym osobom z pogranicza, dostępu do szczepionki przeciwko COVID-19.

Leczenie w zakładach karnych

Raport EMCDDA przedstawia, że w okresie od marca do czerwca 2020 roku większość z 15 krajów, które nadesłały dane sprawozdawcze, zwróciło uwagę na poważne zaburzenia w funkcjonowaniu form pomocy antynarkotykowej w zakładach karnych takich, jak: poradnictwo psychospołeczne, terapie grupowe, interwencje rówieśnicze oraz działania realizowane przez zewnętrzne instytucje (EMCDDA, 2020b). Obstrżenia pandemiczne w więzieniach w związku z COVID-19 zostały na ogół utrzymane w większości krajów po wprowadzeniu lockdownu, co skutkowało kontynuacją przerw w dostępie do działań pomocowych z zakresu przeciwdziałania narkomanii. W niektórych krajach jednak

od czerwca 2020 roku zintensyfikowano interwencje z zakresu przeciwdziałania narkomanii. Dla przykładu, we francuskich zakładach karnych wznowiono działalność więziennych placówek pomocowych, natomiast w Luksemburgu zaczęto realizować interwencje terapeutyczne w małych grupach. Od wybuchu pandemii podejmowano działania zmierzające do utrzymania ciągłości więziennych oddziałów detoksykacyjnych oraz leczenia substytucyjnego, co trwa do dzisiaj. Zaobserwowano zwiększone zapotrzebowanie na wsparcie farmakologiczne oraz leczenie substytucyjne, szczególnie wśród nowo osadzonych zmuszonych do odbycia kwarantanny przed wejściem do zakładu karnego. Według dostępnych danych, w większości krajów utrzymano testy diagnostyczne na obecność chorób zakaźnych oraz kontynuowano usługi lecznicze. Czasami jednak pojawiały się obawy, że wzmożona koncentracja na testowaniu na obecność koronawirusa przy jednoczesnym ograniczeniu interwencji z zakresu redukcji szkód może odwrócić uwagę od tej formy działań. Rozwiązania innowacyjne w świadczeniu usług pomocowych z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom od narkomanii w warunkach więziennych dotyczą głównie narzędzi IT. Na przy-

kład, niektóre zakłady karne we Francji i Chorwacji wprowadziły elektroniczne recepty dla osadzonych korzystających z leczenia substytucyjnego. Podobnie jak w usługach świadczonych na wolności w niektórych więzieniach wprowadzono możliwość zdalnego korzystania z poradnictwa psychospołecznego, niektórych form opieki zdrowotnej oraz kontaktów z innymi formami opieki i szkoleń. Przykładowo w Luksemburgu osadzeni mogli udać się do więziennego oddziału opieki medycznej i tam połączyć się za pośrednictwem wideorozmowy z zewnętrznym ośrodkiem opieki zdrowotnej lub pracownikiem socjalnym. W kilku krajach zaczęto częściej wykorzystywać połączenia telefoniczne w zakresie krótkich interwencji. Wprowadzono również zmiany organizacyjne w celu zmniejszenia ryzyka zakażenia. W Luksemburgu i Słowenii leki substytucyjne wydawano w więziennych celach zamiast w więziennym zakładzie opieki zdrowotnej. W innych zakładach karnych zamontowano szklane ekrany zapewniające bezpieczny dystans między terapeutą a pacjentem.

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

Badania profilaktyczne pracowników

(wstępne, okresowe i kontrolne) w przypadku, gdy na danym stanowisku pracy wśród czynników niebezpiecznych, szkodliwych lub uciążliwych występuje ludzki wirus niedoboru odporności nabytej (HIV) – zmiany w przepisach.

Do 15 grudnia 2020 r. zgodnie z rozporządzeniem 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, „pracownicy służby zdrowia zatrudnieni w kontakcie z krwią” podczas badań profilaktycznych (wstępnych, okresowych i kontrolnych) w przypadku czynnika szkodliwego lub uciążliwego jakim jest ludzki wirus niedoboru odporności nabytej

(HIV) mogli mieć wykonywany test „w zależności od wskazań” z częstotliwością „co 2 lata”.¹ Powyższe oznaczało, że w żadnym przypadku, tak przy badaniach wstępnych, okresowych, jak i kontrolnych testy w kierunku HIV nie były obligatoryjne, lekarz kierował na nie w zależności od wskazań.

1. 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 (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 2067 z późn. zm.) wersja obowiązująca do 15 grudnia 2020 r., załącznik nr 1 pkt. IV ppkt. 3.

Obecnie jednak po zmianie ww. rozporządzenia w sprawie przeprowadzenia badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy, która weszła w życie z dniem 16 grudnia 2020 roku, przy przeprowadzaniu badań profilaktycznych pracowników (badań wstępnych, okresowych i kontrolnych) w przypadku występowania na danym stanowisku pracy czynnika niebezpiecznego, szkodliwego lub uciążliwego jakim jest wirus HIV, przeprowadza się „badanie lekarskie, przeciwciała anti-HIV, a po przypadkowej ekspozycji na materiał potencjalnie zakaźny badania serologiczne zależne od aktualnych wytycznych postępowania poekspozycyjnego”. Jeśli chodzi o częstotliwość badań profilaktycznych, wg. rozporządzenia jest to „co 2-4 lata, przeciwciała anti-HIV w badaniu wstępnym, a następnie w zależności od wskazań”.²

W związku z powyższym na podstawie ww. rozporządzenia i zmian, które weszły w życie z dniem 16 grudnia 2020 roku, w przypadku badania wstępnego, jeśli w ocenie zagrożeń na danym stanowisku pracy wśród czynników niebezpiecznych, szkodliwych lub uciążliwych znajduje się wirus HIV, lekarz przeprowadzający badanie ma nie tylko prawo, lecz także obowiązek skierowania kandydata do pracy na test w kierunku HIV. W przypadku odmowy wykonania testu lekarz ma prawo odmówić wydania orzeczenia

o zdolności do pracy. Jest to istotna **zmiana**, w stosunku do wcześniej obowiązujących przepisów, gdyż **wprowadza obowiązek zlecenia testu w kierunku HIV w każdym badaniu wstępnym, jeśli na danym stanowisku pracy wśród występujących czynników niebezpiecznych, szkodliwych lub uciążliwych znajduje się wirus HIV**. Ponadto w ramach badań okresowych i kontrolnych, jeśli w ocenie zagrożeń na danym stanowisku pracy wśród czynników niebezpiecznych, szkodliwych lub uciążliwych znajduje się HIV, test w kierunku HIV wykonuje się co 2-4 lata oraz w zależności od wskazań.

Jednak niezależnie od powyższego należy pamiętać, że do wykonania testu w kierunku HIV – także w ramach postępowania kwalifikacyjnego do pracy oraz pracowniczych badań kontrolnych – bezwzględnie konieczna jest zgoda osoby badanej, która powinna być poprzedzona wcześniejszą informacją o celowości wykonania badania. Sytuacje, w których można pobrać i zbadać krew w kierunku zakażenia HIV bez wiedzy i zgody badanego są ściśle określone; żadna nie ma bezpośredniego związku z postępowaniem kwalifikacyjnym do pracy lub kontrolnymi badaniami okresowymi.³ Testy na HIV w ramach badań profilaktycznych nie są przymusowe, choć mogą być obowiązkowe, jak w przypadku badania wstępnego, jeśli w ocenie zagrożeń na danym stanowisku pracy wśród czynników niebezpiecznych, szkodliwych lub uciążliwych znajduje się wirus HIV.

Na podstawie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowania, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami.⁴

Powyższe dotyczy oczywiście nie tylko „zwykłych” pacjentów, lecz także pracowników podlegających badaniom profilaktycznym do celów przewidzianych w Kodeksie pracy.

Wprowadzone zmiany dotkną przede wszystkim osoby ubiegające się o pracę w ochronie zdrowia, na stanowiskach, gdzie występuje kontakt z wirusem HIV. Niezależnie od powyższego należy jednak podkreślić, że ograniczenia w wykonywaniu zawodów medycznych nie mają bezpośredniego związku z ewentualnym zakażeniem HIV – samo zakażenie HIV nie może być automatyczną podstawą do stwierdzenia niezdolności do pracy w zawodzie medycznym.

Stan prawny na dzień 6 sierpnia 2021 r.

oprac. Krajowe Centrum ds. AIDS

2. 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 (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 2067 z późn. zm.), wersja obowiązująca od 16 grudnia 2020 r., załącznik nr 1 pkt. IV ppkt. 3.
3. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 790), art. 31 i art. 32.
4. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 849 z późn. zm.), art. 9 i 16.

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.

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”

aspekty

Dodatek do Biuletynu Krajowego Centrum ds. AIDS



KONIEC Z NIERÓWNOŚCIAMI, KONIEC Z AIDS

**Najnowsza misja UNAIDS przewidziana do wdrażania na lata 2021-2026:
Globalna strategia AIDS 2021-2026, Deklaracja polityczna w sprawie HIV/AIDS 2021,
raport pt. „Zobowiązania globalne, działania lokalne” oraz kampania medialna.**

„Milionerzy na luksusowych jachtach pływają po tym samym Morzu Śródziemnym w którym masowo toną tratwy z migrantami” – mówi Winnie Byanyima Dyrektor Wykonawczy UNAIDS. – „Nie możemy wobec tego faktu przejść obojętnie i uznać go za przejaw „nowej normalności”. Musimy przeciwstawić się przerażającym dysproporcjom społecznym i po raz kolejny upomnieć się o przestrzeganie podstawowych, fundamentalnych praw człowieka.”

Nierówności w obszarze zdrowia publicznego (*health inequalities*) według definicji opracowanej na rzecz Światowej Organizacji Zdrowia przez Margaret Whitehead to przewidywalne różnice w stanie zdrowia charakterystyczne dla różnych grup społeczno-ekonomicznych. U podłoża występowania tego typu nierówności leżą możliwe do uniknięcia nierówności społeczne, co rodzi poczucie niesprawiedliwości wśród osób ich doświadczających. Fakt ten nie może dziwić, gdyż ludzie, którzy znajdują się w gorszej sytuacji społeczno-ekonomicznej, napotykać więcej problemów natury medycznej, które dodatkowo niełatwo im rozwiązywać ze względu na utrudniony dostęp do ochrony zdrowia. Dywersyfikacja sytuacji zdrowotnej populacji jest pochodną nierównych warunków ich codziennego życia oraz dostępu do zasobów: ekonomicznych, społecznych i kulturowych, gdyż to właśnie te czynniki wpływają na kształtowanie się zachowań prozdrowotnych ludności oraz

umożliwiają lub blokują im dostęp do systemu ochrony zdrowia oraz korzystanie z niezbędnych świadczeń.

Badania obejmujące kraje europejskie pokazują, że stan zdrowia populacji naszego kontynentu stale się poprawia, a umieralność maleje we wszystkich grupach społecznych. Mimo to, zróżnicowanie stanu zdrowotnego ludności Europy nadal kształtuje się w zależności od pozyskiwanych dochodów, zajmowanej pozycji zawodowej czy wykształcenia.

Powołana przez WHO Komisja ds. Społecznych Determinantów Zdrowia (The Commission on Social Determinants of Health) na podstawie analiz epidemiologicznych oraz licznych badań społecznych ustaliła, że czynniki przyczyniające się do powstawania różnic społecznych w obszarze zdrowia, a jednocześnie te związane z indywidualnymi zachowaniami zdrowotnymi jednostek kształtują się już od okresu prenatalnego. Takie uwarunkowania jak poziom edukacji publicznej, bezpieczeństwa publicznego, jakości życia, warunków zamieszkania, stanu środowiska naturalnego, nasilenia zjawiska wykluczenia społecznego, dostępu do ochrony zdrowia itd. wpływają na zachowania zdrowotne jednostek, ich styl życia oraz na ich dalsze, kluczowe dla zdrowia wybory. Dlatego też WHO podkreśla, że kluczem do walki z nierównościami w obszarze zdrowia są skoordynowane działania wielosektorowe ukierunkowane na ogólne czynniki społeczno-ekonomiczne mające wpływ

na zdrowie ludności oraz działania nakierowane na bezpośrednie ograniczenie rozpowszechniania się konkretnych czynników ryzyka zdrowotnego związanych ze stylem życia i zachowaniami danych osób. Podejście to określane jest jako „obecność aspektu z obszaru zdrowia we wszystkich strategiach (*Health in All Policies*)”.

Jak napisano powyżej, nierówności nie występują w sposób naturalny. Są pochodną wdrażanych strategii i działań systemowych, które zamiast łączyć dzielą ludzi. Dane pochodzące z Afryki Subsaharyjskiej pokazują, że liczba przypadków HIV wśród osób sprzedających usługi seksualne w krajach, które nie zezwalają na tego typu praktyki wyniosła 39% w porównaniu do 12% w krajach, w których tego rodzaju aktywność choćby częściowo zalegalizowano.

Populacje kluczowe

W 2020 roku, wśród członków populacji kluczowych oraz ich partnerów seksualnych zanotowano 65% wszystkich nowych przypadków zakażeń HIV (biorąc pod uwagę skalę globalną).

- 39% wszystkich nowych zarejestrowanych przypadków zakażeń miało miejsce na terenie Afryki Subsaharyjskiej.

Ryzyko zakażenia HIV jest:

- 25 razy wyższe wśród mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami,
- 35 razy wyższe wśród osób przy-

mujących środki psychoaktywne w iniekcjach,

- 26 razy wyższe wśród osób sprzedających usługi seksualne,
- 34 razy wyższe wśród kobiet trans niż w populacji ogólnej.

Głównym motorem napędzającym epidemię HIV i AIDS są nierówności dotyczące płci. Różnice w normach społecznych zwyczajowo przypisywane mężczyznom i kobietom zwiększają ryzyko zakażenia w przypadku tych drugich, a odbieranie im mocy sprawczej czy pozbawianie możliwości podejmowania autonomicznych decyzji oraz niski poziom dostępności do należnych im świadczeń dodatkowo zwiększają podatność kobiet na przejawy przemocy fizycznej i psychicznej ze strony mężczyzn. Również kobiety pozostające w związkach z członkami populacji kluczowych (na przykład mężczyzn przyjmujących środki odurzające w infekcji czy mężczyzn biseksualnych) są w sposób szczególny narażone na ryzyko zakażenia, jednocześnie często mając utrudniony dostęp do profilaktyki czy leczenia. Kobiety i dziewczęta doświadczają różnorodnych, krzyżujących się form przemocy, opresji, stygmatyzacji i dyskryminacji. Przynajmniej 40 krajów nie wyróżnia i nie odnosi się do specyficznych potrzeb kobiet i dziewcząt z obszaru HIV i AIDS w swoich krajowych programach zwalczania epidemii, a większość krajów nie przewiduje oddzielnego budżetu na finansowanie działań skierowanych do kobiet. W Afryce Subsaharyjskiej zaledwie około jedna trzecia kobiet posiada odpowiednią wiedzę na temat HIV i AIDS. Na całym świecie blisko jedna na trzy kobiety doświadczyła przemocy fizycznej i/lub seksualnej ze strony partnera życiowego lub innego mężczyzny (lub od nich obu). Przemieszczanie się dużych grup ludności lub doświadczanie innego rodzaju kryzysu humanitarnego, znacząco zwiększa ryzyko występowania aktów przemocy na tle płciowym, co po raz kolejny naraża kobiety i dziewczęta na niebezpieczeństwo zakażenia.

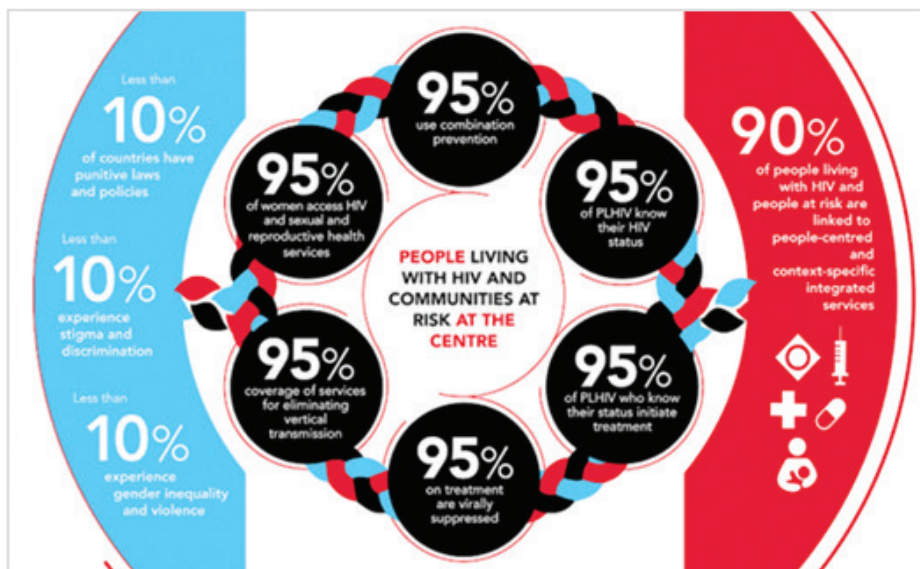
W marcu 2021 roku Rada Koordynacyjna Programu UNAIDS przyjęła *Globalną Strategię AIDS na lata 2021-2026: Ko-*

niec z nierównościami, koniec z AIDS - Global AIDS Strategy 2021-2026: End Inequalities, End AIDS. Jak dowiedziono, to właśnie różnice w traktowaniu dotyczące płci, rasy, statusu ekonomicznego, preferencji seksualnych czy pochodzenia etnicznego utrudniają lub wręcz uniemożliwiają członkom populacji szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia korzystanie z szeroko rozumianych świadczeń profilaktyczno-leczniczych, a tym samym blokują im drogę do skutecznej ochrony własnego zdrowia. Za stan ten przede wszystkim odpowiada brak właściwych zapisów legislacyjnych oraz jasnych kryteriów pozwalających na włączanie pacjentów do leczenia antyretrowirusowego, jak również obecność (w blisko 70 krajów świata!) prawa karnego skierowanego bezpośrednio do osób narażonych na zakażenie. Ponadto obserwuje się nawarstwiająca się liczbę przeszkód biurokratycznych utrudniających osobom potrzebującym dotarcie do podstawowych, ratujących życie świadczeń. Potężną negatywną rolę odgrywają też jaskrawe przejawy stygmatyzacji, dyskryminacji czy wręcz penalizacji osób, które są w sposób szczególny narażone na zakażenie, tych żyjących z HIV czy już chorych na AIDS. Fakt ten bezpośrednio przekłada się na ich brak zaufania do personelu medycznego/funkcjonariuszy publicznych z uwagi na obawę utraty źródła dochodu czy narażenia się na ostracyzm społeczny, a w skrajnych przypadkach na konflikt z obowiązującym prawem. Wszystkie te czynniki skutecznie odstraszają całe populacje od wejścia w bezpośredni kontakt z systemem służby zdrowia czy opieki społecznej. Szczególnie teraz, opisane powyżej nierówności związane z dostępem do świadczeń zdrowotnych związanych z HIV/AIDS zostały uzewnętrznione przez kolejne fale pandemii COVID-19, a do ich obnażenia, w sposób szczególnie, przyczyniły się rażące niedobory szczepionek przeciw COVID-19 notowane w wielu rejonach uprzednio dotkniętych HIV/AIDS. Badania prowadzone w Anglii i w Republice Południowej Afryki pokazują, że osoby zakażone HIV są dwukrotnie bardziej narażone na śmierć z powodu COVID-19 niż osoby wywodzące się z populacji ogólnej. Mniej niż 3% mieszkańców



Afryki Subsaharyjskiej gdzie grupuje się dwie trzecie (67%) wszystkich zakażonych, otrzymało przynajmniej jedną dawkę szczepionki przeciw COVID-19 (dane na lipiec 2021). Jednocześnie, świadczenia profilaktyczno-lecznicze z obszaru HIV i AIDS nie docierają do członków populacji szczególnie narażonych na zakażenie, dzieci czy nastolatków. - „Bogate kraje europejskie szykują się na pełne wykorzystanie czasu wakacji letnich, i dbają o to, aby ich mieszkańcy mieli łatwy dostęp do szczepień przeciwko COVID-19, nie bacząc na to, że południe globu właśnie przechodzi pandemiczny kryzys” powiedziała Winnie Byanyima, Dyrektor Wykonawczy UNAIDS. - „Nie wykorzystaliśmy lekcji płynącej z walki z HIV i AIDS, kiedy to milionom potrzebujących odmówiono dostępu do leczenia ratującego życie, i którzy zmarli tylko dlatego, że nie potraktowano ich na równi z innymi. Sytuacja ta jest absolutnie nie do zaakceptowania”.

Temat konieczności zwalczania nierówności jako siły napędowej epidemii był także szeroko omawiany w trakcie Spotkania Wysokiego Szczebla ONZ zaledwie kilka miesięcy temu, kiedy to przyjęto (jednakże bez konsensusu wszystkich państw biorących udział w spotkaniu) nową deklarację w sprawie zakończenia HIV/AIDS do 2030 roku wraz z jej głównymi założeniami. Założenia te przedstawiono w postaci diagramu, który prezentuje się następująco:



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

- 95% z nich mogło korzystać z profilaktyki skojarzonej (co rozumie się jako możliwość swobodnego wyboru, np. wykonanie testu w kierunku HIV wraz z poradnictwem w punkcie testowania, wykonanie samego testu bez kontaktu z doradcą i otrzymanie wyniku w formie elektronicznej, lub wykonanie testu samodzielnie w domu i własnoręczne odczytanie wyniku),
- 95% osób HIV+ będzie znało swój status serologiczny, 95% osób HIV+ wiedzących o swoim zakażeniu rozpocznie leczenie, u 95% osób objętych leczeniem wystąpi obniżenie poziomu wirēmii do poziomu niewykrywalności,
- świadczenia związane z eliminacją zakażeń wertykalnych (z matki na dziecko) dotrą do 95% potrzebujących, 95% kobiet uzyska dostęp do świadczeń związanych z ich zdrowiem seksualnym i reprodukcyjnym,
- 90% osób żyjących z HIV oraz tych szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia uzyska dostęp do zintegrowanych, specjalistycznych świadczeń pomyślanych tak, aby skupiały się na dobru ich odbiorców oraz były dostosowane do wymagań środowiskowych w których te osoby żyją,
- mniej niż 10% krajów charakteryzować się będzie obecnością zapisów prawa karnego z obszaru HIV i AIDS

skierowanych do populacji szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia, mniej niż 10% krajów charakteryzować się będzie obecnością przejawów stygmatyzacji i dyskryminacji osób wobec wywodzących się z populacji kluczowych, mniej niż 10% krajów charakteryzować się będzie występowaniem nierówności na tle płciowym oraz przemocą z tym związaną.

Nowe cele wyznaczone do wypełnienia do roku 2025 są bardziej ambitne od tych z roku 2020; nakreślają one wizję przyszłych programów, których skuteczność będzie o wiele większa.

Peter Ghys,
Dyrektor Departamentu
Strategicznych Danych, UNAIDS

Z uwagi na brak znaczących postępów w walce z epidemią HIV i AIDS w ostatnich kilku latach, obecnie zapotrzebowanie na środki finansowe drastycznie wzrośnie. Jeśli krajom uda się osiągnąć nowe, ambitne cele, większa liczba potrzebujących skorzysta z oferowanych im świadczeń, a tym samym epidemia przejdzie w fazę, którą będzie można odpowiednio kontrolować, co także doprowadzi do stabilizacji jej finansowania.

Jose A. Izazola,
Doradca finansowy, UNAIDS

W celu rozpowszechnienia oraz podkreślenia znaczenia wyżej opisanych, zawartych na kartach nowej *Globalnej*

Strategii AIDS na lata 2021-2026 treści, jak również ustaleń podjętych na szczepku Organizacji Narodów Zjednoczonych, celebryci oraz aktywiści zaangażowani w temat walki z HIV i AIDS, m.in. Sir Elton John czy księżniczka Stefania z Monako wzięli aktywny udział w nowej kampanii medialnej przygotowanej przez UNAIDS. W czterominutowym filmie zatytułowanym *Przesłanie kierowane do przywódców światowych dotyczące zakończenia AIDS - A Message to World Leaders on Ending AIDS* dostępnym na kanale YouTube lub na stronie UNAIDS endinequalities.unaids.org ambasadorzy kampanii wzywają światowych przywódców do likwidacji nierówności, tłumacząc dlaczego stanowią one główną siłą napędową rozwoju epidemii HIV. Ta kampania medialna ma za zadanie przekonać odbiorców, że jeśli wyznaczone przez UNAIDS i w czasie Spotkania Wysokiego Szczebla priorytety zostaną wypełnione do 2025 roku, to do roku 2030 świat będzie na dobrej drodze do zakończenia epidemii AIDS jako zagrożenia zdrowia publicznego, tak jak to ujęto w Celach Zrównoważonego Rozwoju. Osiągnięcie przyjętych wyznaczników w rzeczywistości przełoży się na konkretne rezultaty, a mianowicie zapewni dostęp do niezbędnych świadczeń zdrowotnych 95% wszystkim potrzebującym, a wtedy liczba nowych zakażeń HIV uplasuje się na poziomie poniżej 370 000 rocznie, natomiast liczba zgonów związanych z AIDS spadnie do poniżej 250 000 (również w skali roku).

Niezaprzeczalnie, w ciągu ostatnich czterdziestu lat poczyniono niesamowite postępy w walce z HIV, a od roku 2010 potrojeniu uległa liczba osób przyjmujących leki ratujące życie. Niestety, wszystko to okazało się być za mało, aby skutecznie zatrzymać rozwój epidemii. Dlatego też UNAIDS za pośrednictwem swojej kampanii zwraca uwagę światowych przywódców na osoby, które pomimo tak spektakularnego rozwoju medycyny nadal nie mogą korzystać z jej dobrodziejstw. Jak wynika z badań, są to przede wszystkim młode kobiety i dziewczęta, mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami,



osoby świadczące usługi seksualne, osoby transpłciowe i osoby przyjmujące środki psychoaktywne w iniekcji. Na łamach niedawno opublikowanego raportu UNAIDS pt. *Zobowiązania globalne, działania lokalne – Global commitments, local action*, pokazano, że 10,2 miliona z 37,6 miliona osób żyjących z HIV wciąż czeka na objęcie ich skutecznym leczeniem. Przytoczone w raporcie dane szczegółowe pokazują, że kraje, w których obowiązują postępowe przepisy prawne, a miejsce penalizacji zajęły strategie włączające osoby narażone na zakażenie lub już zakażone do systemu ochrony zdrowia mogą pochwalić się najlepszymi wynikami walki z epidemią. Dzieje się tak, gdyż to osoby szczególnie narażone na ryzyko zakażenia najprawdopodobniej staną się ofiarami HIV/AIDS, a paradoksalnie ich szanse na samodzielne dotarcie do świadczeń profilaktyczno-leczniczych, w tym do testowania w kierunku HIV, profilaktyki przedekspozycyjnej, programów redukcji szkód, nieprzerwanego leczenia antryretrowirusowego oraz opieki są relatywnie małe. Na łamach raportu zwrócono uwagę, że populacja niezwykle dotknięta problemem HIV i AIDS to populacja młodych kobiet i dziewcząt zamieszkujących teren Afryki Subsaharyjskiej. Sześć na siedem nowych przypadków zakażeń wśród osób nastoletnich (15-19 lat) notowanych w tym regionie przypada na dziewczęta. Choroby związane z AIDS stanowią główną przyczynę zgonów dziewcząt i kobiet

(w wieku 15-49) z tego regionu świata. Szokujące jest to, że populacją w najwyższym stopniu pozostawioną w walce z HIV i AIDS są osoby poniżej 18 roku życia, aż 800 000 dzieci żyjących z wirusem nadal nie otrzymuje leków antyretrowirusowych. - „Kraje, które odniosły sukces wytyczyły innym ścieżki, którymi należy podążać” – napisała Winnie Byanyima. - „Są to: odpowiednie finansowanie, autentyczne zaangażowanie się członków społeczności we wdrażanie działań, przygotowanie i przestrzeganie właściwych przepisów prawnych oraz przyjęcie podejścia wielosektorowego, jak również wprowadzenie rozwiązań opartych na twardych dowodach naukowych. Wszystko to, w pewnych obszarach świata pozwoliło na świadome tworzenie ukierunkowanych strategii, a w konsekwencji umożliwiło odwrócenie trendów epidemii i uratowanie wielu istnień ludzkich. Wytyczenie tych dróg stanowi nieoceniony przełom na wypadek wystąpienia zupełnie nowej pandemii, jak również może okazać się zbawienne w zwalczaniu HIV, COVID-19 oraz wielu innych zakażeń czy chorób.” Dlatego też, UNAIDS zachęca wszystkich do aktywnego przyłączenia się do swojej najnowszej kampanii internetowej *Przesłanie kierowane do przywódców światowych dotyczące zakończenia AIDS - A Message to World Leaders on Ending AIDS*. Można to zrobić poprzez wysłanie za pomocą hashtagu #EndInequalitiesEndAIDS światowym przywódcom własnego apelu z prośbą o likwidację nierówności lub poprzez podpisanie dostępnego na stronie internetowej gotowego wzoru listu zatytułowanego *Dear World Leader*. W treści listu opisano dotychczasowe postępy poczynione w walce z epidemią HIV, jednocześnie wzywając decydentów do podjęcia zdecydowanych działań na rzecz zmniejszenia różnego rodzaju nierówności, które przyczyniają się do występowania nowych przypadków zakażeń HIV oraz zgonów z powodu AIDS. W liście wyrażono również zaniepokojenie wpływem pandemii COVID-19 na ograniczenia udzielania świadczeń zdrowotnych związanych z HIV oraz tym, jak pandemia zwiększyła podatność na zakażenie HIV niektórych populacji.

Treść listu w języku angielskim można przeczytać oraz podpisać na stronie <https://endinequalitiesendaids.unaids.org/>

CYTATY Z KAMPANII MEDIALNEJ UNAIDS:

Trzeba, aby rządy wywiązały się ze swoich obietnic, trzeba aby członkowie społeczności zmobilizowali się i zorganizowali, potrzebujemy społeczeństwa obywatelskiego, które będzie bronić praw słabszych... Ci, którzy rozumieją potrzebę globalnej solidarności, ci, którym serca podpowiadają, że troska o ludzkość jest czymś właściwym, muszą doprowadzić do skutku i wygrać debatę publiczną

Winnie Byanyima,

Dyrektor Wykonawczy UNAIDS
i Podsekretarz Stanu Organizacji
Narodów Zjednoczonych

Wydaje mi się, że gorsza do zniesienia od samej choroby była stygmatyzacja związana z AIDS... Jeżeli zewrzymy szyki i ramię w ramię będziemy pracować na rzecz osiągnięcia wspólnych celów dotyczących profilaktyki i leczenia HIV i jeśli je osiągniemy do 2025 roku, to do roku 2030 epidemia przestanie zagrażać zdrowiu publicznemu.

Kenneth Cole,

projektant, aktywista i Międzynarodowy
Ambasador Dobrej Woli UNAIDS

Istotnym jest kontynuowanie walki z HIV i AIDS oraz podwojenie wysiłków. Trzeba działać natychmiast.

Toumani Diabaté,

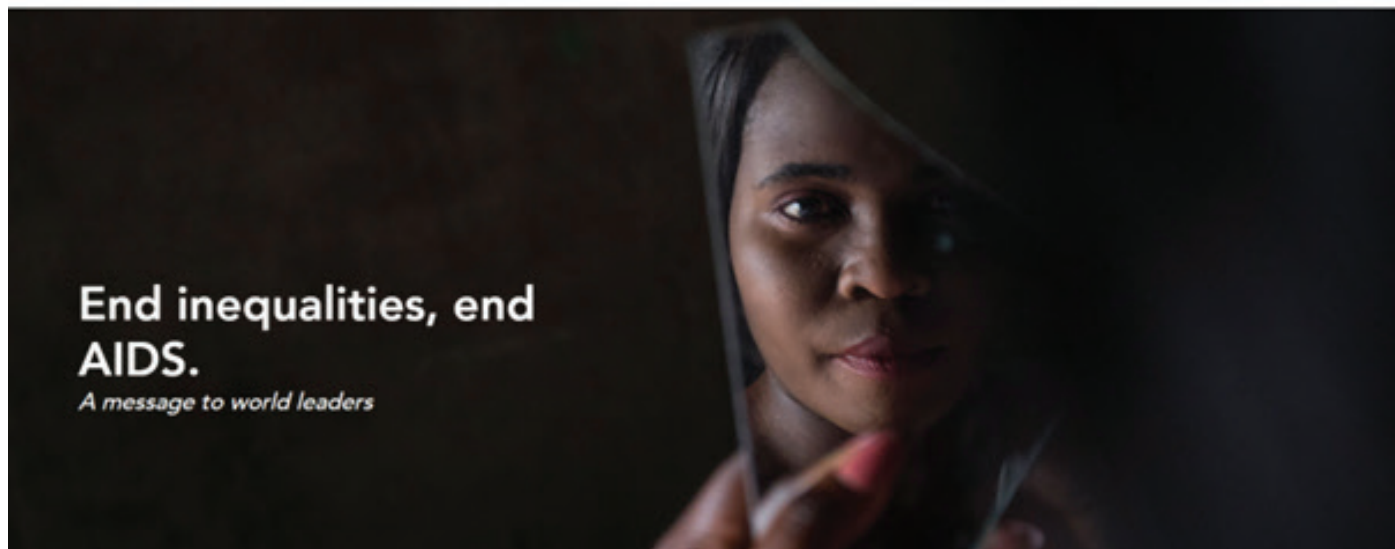
muzyk i Międzynarodowy Ambasador
Dobrej Woli UNAIDS

Wirus jeszcze nie odpuścił. Bezsprzecznym priorytetem jest dostęp do profilaktyki, leczenia oraz systemu opieki.

Youri Djorkaeff,

Dyrektor Generalny Fundacji FIFA

Ludzie, którzy czują się pozbawieni praw obywatelskich, tym samym odcięci zostają od społeczeństwa... to właśnie wśród



nich najczęściej pojawia się i zakorzenia HIV. Musimy zapewnić, aby każdy, narażony na zakażenie, czuł się bezpieczny, kochany oraz miał poczucie, że ma dostęp do systemu testowania i i leczenia, których tak potrzebuje.

David Furnish,

Prezes Fundacji AIDS Eltona Johna
(Elton John AIDS Foundation)

Indonezyjskie dzieci zostały relegowane ze szkół po tym jak nauczyciele i rodziciele dowiedzieli się, że są one zakażone HIV.

Atiqah Hasiholan,

aktorka, modelka i Międzynarodowa Ambasadorka Dobrej Woli UNAIDS z Indonezji

Postęp naukowo-medyczny jest ogromny, jednak ciągle wiele pozostaje do zrobienia. Zakończenie epidemii AIDS to marzenie ze wszech miar osiągalne, teraz trzeba skończyć ze stygmatyzacją. Naszym zadaniem jest dawanie ludziom na to nadziei poprzez ciągle stawianie tematu AIDS jako tematu przewodniego dyskusji prowadzonych na szczeblu światowym. Nie możemy tych ludzi zawieść. Nie możemy ich zostawić samych sobie. Wszyscy urodziliśmy się równi i powinniśmy być traktowani tak samo.

Sir Elton John,

muzyk oraz założyciel Fundacji AIDS Eltona Johna

W dzisiejszych czasach, osoby żyjące z wirusem mogą prowadzić długie, zdrowe życie, przyjmując jedynie jedną pastylkę dziennie. Musimy ponownie zobowiązać się do skończenia z ignorancją, stygmatyzacją oraz, tak, czasem z milczeniem, które ustawiło się pomiędzy nami a końcem epidemii AIDS.

Sheryl Lee Ralph,

aktorka, piosenkarka, autorka oraz aktywistka

Wiemy, jak skończyć z AIDS i mamy do tego narzędzia.

Stéphanie Seydoux,

francuska Ambasadorka Zdrowia Globalnego (Ambassador for Global Health)

Możemy zachęcać naszych przywódców, aby przekazali środki na zatrzymanie tej pandemii.

Księżniczka Stéphanie z Monako,

Międzynarodowy Ambasador Dobrej Woli UNAIDS

Przyczyną niepowodzenia zatrzymania epidemii jest problem nierówności. Członkowie populacji kluczowych, które są najbardziej narażone na ryzyko zakażenia HIV, mają najmniejsze szanse na dostęp do niezbędnych świadczeń, w tym do tych ratujących życie. To, czy jest ci dane żyć, czy umierasz na AIDS nadal

zbyt często zależy od tego, kim jesteś, kogo kochasz i gdzie mieszkasz.

Charlize Theron,

aktorka, założycielka Charlize Theron Africa Outreach Project oraz Posłaniec Pokoju Organizacji Narodów Zjednoczonych

Niestety, osiadamy na laurach, a przez to nierówności się pogłębiają. Wzywam najważniejszych przywódców do zaangażowania się w projekt: świat bez AIDS.

Brigitte Touadera,

Pierwsza Dama Republiki Środkowej Afryki

Wiele osób nie korzysta ze świadczeń z powodu strachu przed byciem rozpoznany lub osądzony lub też chcąc zachować bezpieczeństwo osobiste.

Pia Wurtzbach,

Miss Universe 2015 oraz Ambasadorka Dobrej Woli UNAIDS na Azję i Pacyfik

Aby skończyć z AIDS musimy o nim mówić. HIV nie dyskryminuje. My tak.

Yousra,

aktorka, piosenkarka oraz Ambasadorka Dobrej Woli UNAIDS na Środkowy Wschód i Afrykę Północną

Opracowanie na podstawie dokumentów zamieszczonych na portalu unaids.org:
dr. n. przyr. Maria Wawer, UMCS