



W numerze:

Świadczenia zdrowotne związane z profilaktyką HIV i leczeniem ARV dla uchodźców wojennych z Ukrainy

Krajowe Centrum ds. AIDS **Str. 1**

Kampania „czy wiesz, że...” 2021

Krajowe Centrum ds. AIDS **Str. 2-5**

Stacjonarnie czy on-line: szkolenia w czasie COVID-19

M. Brodzikowska **Str. 6-8**

Adopcje przez osoby HIV+

Krajowe Centrum ds. AIDS **Str. 9**

Aspekty

PrEP na świecie

Maria Wawer

Telefon Zaufania AIDS

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

*połączenie bezpłatne

**z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy

AIDS - Zielona Linia

(+22) 621 33 67

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

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

Ośrodek Informacji o HIV/AIDS

(+22) 331 77 66

aids@aids.gov.pl

Poradnia Internetowa HIV/AIDS

poradnia@aids.gov.pl

Więcej informacji

www.aids.gov.pl

facebook.com/kcaids

Świadczenia zdrowotne związane z profilaktyką HIV i leczeniem ARV dla uchodźców wojennych z Ukrainy

WAŻNE INFORMACJE DOTYCZĄCE HIV I AIDS

dla obywateli Ukrainy przybywających do Polski w związku z agresją militarną Rosji na Ukrainę

LECZENIE ANTYRETROWIRUSOWE (ARV)

W obliczu dramatu wojny w Ukrainie, Krajowe Centrum ds. AIDS informuje, że wszystkie osoby zakażone HIV, które nie mają możliwości kontynuowania leczenia ARV, powinny zgłaszać się do:

- ✓ poradni HIV/AIDS działających przy ośrodkach referencyjnych – klinikach – realizujących Rządowy Program Polityki Zdrowotnej pn. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” na lata 2022–2026. Wizyty należy umówić telefonicznie. Adresy i numery telefonów są dostępne pod tym linkiem: <https://aids.gov.pl/na-strone-glowna/Ukraina/>
- ✓ albo Krajowego Centrum ds. AIDS, wysyłając wiadomość e-mail na adres: aids@aids.gov.pl.

Podczas wizyty w klinice potrzebna będzie dokumentacja medyczna z leczenia – jeśli jest dostępna. Leczenie ARV jest bezpłatne.

Każdy pacjent z HIV/AIDS, szczególnie kobiety ciężarne i dzieci, zgłaszający potrzebę leczenia i problem braku leków, otrzyma czasową pomoc w tym zakresie.

W sytuacjach nagłych narażenia na zakażenie HIV (pozazawodowe, wypadkowe), takich jak gwałt, zakłucie igłą niewiadomego pochodzenia lub inne zdarzenie należy pamiętać o profilaktyce poekspozycyjnej – PEP. Trzeba jak najszybciej (najlepiej w ciągu 48 godzin od zdarzenia) zgłosić się do szpitala zakaźnego, prowadzącego terapię antyretrowirusową. Leki w ramach terapii poekspozycyjnej są bezpłatne. Wykaz placówek znajduje się pod adresem <https://aids.gov.pl/co-robic/>.

Jednocześnie przypominamy, że wszystkie osoby, które już pracują w Polsce, w celu uzyskania świadczeń (w tym leczenia ARV), powinny posiadać ubezpieczenie zdrowotne.

TESTOWANIE W KIERUNKU HIV

Jeżeli podejrzewasz, że możesz być zakażona/zakażony HIV – zrób test! Najlepiej w jednym z punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD), których adresy znajdziesz na stronie Internetowej Krajowego Centrum ds. AIDS <https://aids.gov.pl/pkd>.

W PKD testy są wykonywane bez skierowania, anonimowo, bezpłatnie i profesjonalnie przez certyfikowanych doradców, którzy w razie wykrycia zakażenia służą wsparciem, informacjami i kierują do specjalistów.

Test w kierunku HIV można również wykonać w każdym laboratorium, jednak nie będzie to anonimowo i bezpłatnie. Wykonanie testu w zwykłym laboratorium wyklucza także rozmowę z doradcą.

WSPARCIE I POMOC PSYCHOLOGICZNA

Nie bój się pytać! Nasi wykwalifikowani konsultanci odpowiedzą na wszystkie Twoje pytania. Możesz skorzystać z:

- ✓ Poradni Internetowej HIV/AIDS, wpisując wiadomość w formularzu kontaktowym: <https://aids.gov.pl/pi> lub
- ✓ Telefonu Zaufania HIV/AIDS: **800 888 448** (połączenie bezpłatne) i **22 692 82 26** (połączenie płatne wg taryfy operatora).



Wersja do pobrania: aids.gov.pl

ВАЖЛИВА ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО ВІЛ ТА СНІД

для громадян України, які прибувають до Польщі у зв'язку з військовою агресією Росії в Україні

АНТИРЕТРОВІРУСНА ТЕРАПІЯ (АРТ)

Через війну в Україні, Національний центр з питань СНІДу інформує, що всі особи, заражені ВІЛ, які не мають можливості продовжувати лікування в рамках АРТ, повинні звертатися в:

- ✓ консультативні пункти ВІЛ/СНІД (порадні HIV/AIDS), які працюють при відповідних центрах – клініках, що виконують урядову програму політики у сфері охорони здоров'я під назвою «Антиретровірусна терапія осіб, які живуть з ВІЛ, у Польщі» на 2022–2026 роки.
- На консультацію можна записатися по телефону.
- Їхні адреси та номери телефонів доступні за цим посиланням: <https://aids.gov.pl/na-strone-glowna/Ukraina/>
- ✓ або Національний центр з питань СНІДу (Krajowe Centrum ds. AIDS), надсилаючи повідомлення електронною поштою на адресу: aids@aids.gov.pl.

Під час консультації в клініці необхідна буде медична документація про лікування – якщо вона доступна. Антиретровірусна терапія є безкоштовною.

Кожні пацієнт з ВІЛ/СНІД, особливо вагітні жінки та діти, які повідомлять про потребу в лікуванні та проблему з відсутністю ліків, отримають відповідну тимчасову допомогу.

У невідкладних ситуаціях ризику інфікування ВІЛ (позарофесійного, пов'язаного з нещасним випадком), таких як зґвалтування, поранення голкою невідомого походження або інша подія, слід пам'ятати про постконтактну профілактику (PrEP). Необхідно якнайшвидше (найкраще протягом 48 годин з моменту події) звернутися в інфекційну лікарню, яка проводить антиретровірусну терапію. Ліки в рамках постконтактної терапії безкоштовні. Список відповідних медичних закладів можна знайти за адресою <https://aids.gov.pl/co-robic/>.

Водночас нагадуємо, що всі особи, які вже працюють у Польщі, з метою отримання медичних послуг (у тому числі антиретровірусної терапії), повинні мати медичне страхування.

ТЕСТИ НА ВІЛ

Якщо ви підозрюєте, що могли заразитися ВІЛ, зробіть тест! Найкраще в одному з консультативно-діагностичних пунктів (punkt konsultacyjno-diagnostyczny PKD), адреси яких можна знайти на сайті Національного центру з питань СНІДу: <https://aids.gov.pl/pkd>.

У консультативно-діагностичних пунктах тести виконуються без направлення, анонімно, безкоштовно і професійно сертифікованими консультантами, які у випадку підтвердження інфікування нададуть підтримку, інформацію та направлять до відповідних спеціалістів.

Тест на ВІЛ можна також зробити у будь-якій лабораторії, однак він у такому випадку не буде анонімною і безкоштовною. Виконання тесту в звичайній лабораторії не передбачає також допомоги консультанта.

ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА І ДОПОМОГА

Не бійтеся, питайте! Наші кваліфіковані консультанти дадуть відповіді на всі ваші запитання. Ви можете скористатися:

- ✓ онлайн-консультацією ВІЛ/СНІД (Poradnia Internetowa HIV/AIDS), надсилаючи повідомлення через контактну форму: <https://aids.gov.pl/pi> або
- ✓ телефонуючи на номер телефону довіри ВІЛ/СНІД (Telefon Zaufania HIV/AIDS): **800 888 448** (безкоштовні дзвінки) і **22 692 82 26** (дзвінки платні відповідно до тарифів оператора).



Wersja do pobrania: aids.gov.pl

800 888 448

W Telefonie Zaufania HIV/AIDS (tel. 800 888 448) w poniedziałki i piątki w godz. 10-14 dyżuruje lekarz, mówiący zarówno po ukraińsku, jak i po polsku.
U służbie Telefonu Zaufania HIV/AIDS (tel. 800 888 448) po poniedziałkach i piątnicach z 10:00 do 14:00 чергує лікар, який володіє як українською, так і польською мовами.



panijnych (przedstawionych poniżej) na zewnętrznych tablicach informacyjnych tzw. Citylightach, umieszczonych głównie na przystankach komunikacji miejskiej, ale też w najbardziej uczęszczanych miejscach miast, takich jak pasaż handlowe czy deptaki: 500 nośników w 12 województwach.

Rozważając wskaźnik CTR (stosunek kliknięcia/wyświetleń) ogólnie i biorąc pod uwagę wszystkie kreacje jednocześnie, najlepszy wynik wygenerowała reklama z Basenem (CTR 0,41%), zaś najniższy linia dotycząca przenoszenia choroby drogą płciową (CTR 0,30%). W grupie wiekowej 18-34 lata, najwyższy CTR osiągnęła linia z Basenem, najniższy CTR linia z Komarem. Taki wybór kreacji mógł być ściśle powiązany z okresem wakacyjnym. W przypadku grupy wiekowej 35-49, linia kreatywna dotycząca Kaszlu wygenerowała wynik CTR 0,41%, natomiast linia chorób przenoszonych drogą płciową – najniższy 0,25%. Na popularność linii z Kaszlem mogła mieć bezpośredni wpływ pandemia COVID-19. Nie było znaczących różnic między poziomem zainteresowania reklamą w grupie mężczyzn i kobiet.

Drugi etap rozpoczął się 18 listopada 2021 r., aby wzmocnić przekaz dotyczący Europejskiego Tygodnia Testowania (ETT), odbywającego się w dniach 19-26 listopada oraz obchody z okazji Światowego Dnia AIDS obchodzonego 1 grudnia. W tej części tematem przewodnim była profilaktyka farmakologiczna HIV/AIDS:

- PrEP - profilaktyka przed narażeniem na zakażenie HIV
- PEP – profilaktyka po narażeniu na zakażenie HIV
- profilaktyka wertykalna - zapobieganie przeniesienia zakażenia HIV z zakażonej matki na dziecko w czasie ciąży, porodu i podczas karmienia piersią
- leczenie antyretrowirusowe (ARV)

Zintegrowane działania informacyjno-edukacyjne prowadzone były w internecie przy pomocy:

1. systemu reklamowego Google Ads: reklamy Google Display Network + Google Analytics.

Reklamy kampanii Google Ads zostały

PEP – PROFILAKTYKA FARMAKOLOGICZNA PO NARAŻENIU NA ZAKAŻENIE HIV

W razie zakażenia się niewiadomego pochodzenia, gwałtu lub innego zdarzenia, które mogło narazić Cię na zakażenie HIV, jak najszybciej skontaktuj się z lekarzem chorób zakaźnych.

PEP jest najbardziej skuteczną w ciągu 48 h od zdarzenia.

48h

AIDS MZ aids.gov.pl

Profilaktyka farmakologiczna po narażeniu jest najbardziej skuteczna w ciągu 48h

Reklama Krajowe Centrum ds. AIDS

Zobacz więcej

wyświetlone przede wszystkim w grupie wiekowej: 18-44 lata, częściej przez kobiety – 58% niż przez mężczyzn – 42%. W sumie wygenerowały 20 276 858 wyświetleń oraz 23 244 kliknięcia linku.

2. mediów społecznościowych: Facebook i Instagram

W kreacjach reklamowych promowane były zarówno posty graficzne, jak i posty wideo. W sumie udało się wygenerować 2 932 513 wyświetleń, które przełożyły

się na 21 762 kliknięć linku oraz 129 113 aktywności pod postem.

3. portali informacyjnych oraz portali tematycznych (Gazeta.pl, Interia, Onet, WP.pl).

Każdy banner displayowej kampanii odsłownej na horyzontalnych portalach internetowych, został skorelowany z podstroną kampanii, dzięki czemu zwiększył się ruch na samej stronie aids.gov.pl. Suma wygenerowanych wyświetleń to 5 348 376,

Krajowe Centrum ds. AIDS Sponsorowane

Czy wiesz, że z HIV możesz żyć normalnie? Zobacz wideo - rozmowę z ekspertem dr Bartoszem Szetelą i dowiedz ...Wyświetl więcej

CZY WIESZ, ŻE... ZAKAŻENIE HIV NIE PRZEKREŚLA TWOJEGO ŻYCIA?

Dr Bartosz Szećka
Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedociągłości, Odpornościowych UM we Wrocławiu

WWW.AIDS.GOV.PL
Leczenie ARV Krajowe Centrum ds. AIDS

WIĘCEJ INFORMACJI

Krajowe Centrum ds. AIDS Sponsorowane

Czy wiesz, że kobieta HIV+ może urodzić zdrowe dziecko? Zobacz wideo - rozmowę ...Wyświetl więcej

CZY WIESZ, ŻE... KOBIETA HIV+ MOŻE URODZIĆ ZDROWE DZIECKO?

prof. Magdalena Harcusiak
Klinika Chorób Zakaźnych, Wirusi i Dermatologii WUM

AIDS.GOV.PL
Profilaktyka wertykalna

WIĘCEJ INFORMACJI

PrEP – PROFILAKTYKA FARMAKOLOGICZNA PRZED NARAŻENIEM NA ZAKAŻENIE HIV

To stosowanie leków antyretrowirusowych (ARV) u osób niezakażonych, w celu zmniejszenia ryzyka zakażenia HIV drogą kontaktów seksualnych.

PrEP

Dowiedz się więcej na: **aids.gov.pl**

AIDS MZ

JEDYNĄ METODĄ WYKRYCIA ZAKAŻENIA HIV JEST WYKONANIE TESTU W KIERUNKU HIV

aids.gov.pl

AIDS MZ

Okiem Doktor Luizy
24 listopada o 07:01 · 🌐

Włecia, jak bliska jest mi profilaktyka zdrowia. Dlatego dzisiaj chciałabym opowiedzieć Wam o HIV. Pamiętam, jak 20-30 lat temu był to gorący temat. Teraz mam wrażenie, że mniej się o tym mówi (oraz związanej z nim chorobie AIDS), a warto wiedzieć, co nowego dzieje się na tym polu.

Ten wpis to część mojego zaangażowania w kampanię informacyjno-edukacyjną prowadzoną przez Krajowe Centrum ds. AIDS, która ma „odczarować” AIDS, obalić mit, który pokutował (nadal pokutuje?), z... Zobacz więcej

HIV Drogi zakażenia

- ryzykowne kontakty seksualne
- kontakt z krwią
- ciąta poród laktacja

HIV Nie zakazisz się przez:

- ściskanie ręki, przytulanie, całowanie osoby chorej
- korzystanie z tych samych sztućców i naczyń
- dzielenie się posiłkiem
- przysiadanie w basenie
- korzystanie z tej samej toalety
- glaskanie zwierzątko chorej

DOKTOR LU
dr n.med. Luiza Napiórkowska

START ENDOKRYNOLOGIA DIABETOLOGIA ANTI-AGEING MEDIA SKLEP KALENDARZ 2022 KONTAKT

Polecane

Przyszła mam, czy zrobiłaś już test w kierunku HIV?

22 listopada 2021

527



NAJNOWSZE WPISY

Echodnia.eu – Doktor Lu radzi, jak zdrowo żyć. Kim jest? (21.04.2021)

Hormonalne leczenie otyłości (analog GLP-1)

Warsaw Press (dystrybucja z Gazetą Wyborczą) – Zapomniana terapia cukrzycy typu 2 (22.11.2021)

Przyszła mam, czy zrobiłaś już test w kierunku HIV?

Pytanie na Śniadanie – Herbaty i tabletki odchudzające – hit czy kit? 01.11.2021

KOMENTARZE

Luiza Napiórkowska - Choroba Hashimoto

Luiza Napiórkowska - Jak przygotować się do testu obciążenia glukozą (OGTT 75g) – tzw. krzywa glukozowo-insulinowa

Romek Wrzosek
25 listopada o 10:02 · 🌐

Siemanko wszystkim 🙋, jestem przed punktem PKD (Punkt Konsultacyjny – Diagnostyczny) w Gdańsku zresztą przepięknym mieście, w którym od niedawna pracuję. Dlaczego dzisiaj, tu się znalazłem? Po pierwsze, aby się przetestować, bo co jakiś czas robie test na HIV i żeby Was też do tego zachęcić. Jednocześnie przypominam Wam, że trwa właśnie Europejski Tydzień Testowania w kierunku HIV (22 – 29 listopada). W Polsce średnio 3 osoby dowiadują się codziennie, że są zakażone HIV. Mimo, że w każdym województwie funkcjonuje co najmniej jeden taki punkt testowania, jak ten w Gdańsku, tylko około 5-9% dorosłych Polaków wykonało choć raz w swoim życiu test w kierunku HIV. Pandemia COVID-19 dodatkowo pogłębiła ten problem. Tymczasem w wielu krajach na świecie badanie w kierunku HIV jest czymś tak normalnym, jak wykonanie badania krwi czy poziomu cukru. Nie robiąc testu ze strachu przed wynikiem dodatnim, odbieramy sobie szansę na długie życie. Nie bójcie się, testujcie się! Podaję Wam numer bezpłatnego telefonu zaufania HIV/AIDS: 800 888 448 oraz adresy punktów testowania <https://aids.gov.pl/pkd/>. Polecam wszystkim. 🙋
Mój post jest elementem kampanii prowadzonej przez Krajowe Centrum ds. AIDS: aids.gov.pl.



przez organizacje pozarządowe – punkt widzenia innych osób żyjących z HIV. Podcasty dostępne były w mediach społecznościowych, w tym na Fb oraz na podstronie kampanii. Osoby żyjące z HIV rozmawiały m.in. o: pozytywnej diagnozie i reakcji na nią (ich własnej oraz otoczenia), najczęstszych mitach stygmatyzujących osoby seropoztywne, codziennym życiu z HIV.

Ambasadorami kampanii byli Luiza Napiórkowska oraz Romek Wrzosek. Dr Luiza znana jest w sieci z blogu „Okiem dr Luizy”, „doktor Lu”. Jest specjalistą chorób wewnętrznych, diabetologiem i endokrynologiem. W ramach kampanii „Czy wiesz, że...” we wpisach na blogu, Facebooku i Instagramie opowiedziała o profilaktyce wertykalnej zakażenia HIV.

Romek Wrzosek jest osobowością medialną, prezenterem telewizyjnym znanym ze wspierania środowiska MSM. W postach na Facebooku oraz Instagramie opowiedział, jak ważne jest wykonywanie testów w kierunku HIV.

Bardzo dobry timing i dobrze zaplanowane aktywności przełożyły się na dużą liczbę wyświetleń działań w ramach kampanii w okresie 18.11.2021 - 08.12.2021 r.

Romek Wrzosek
30 listopada o 09:30 · 🌐
Pozdrowienia z Sopotem 🍷
Moi Drodzy, przed jutrzejszym Świątecznym Dniem AIDS chciałabym, chciałabym Wam przypomnieć, że jedynym sposobem na wykrycie zakażenia HIV jest zrobienie testu! Nie musicie się do niego specjalnie przygotowywać 🙋. Nie musicie być na czczo 🙋. W jednym z PKD (<https://aids.gov.pl/pkd/>) możecie go zrobić anonimowo i bezpłatnie. Nie potrzebujecie skierowania. Od wdrożenia badań w 1985 r. wykryto w Polsce ponad 26 tys. zakażeń HIV. Ile jest ich teraz? Trudno powiedzieć, bo szacuje się, że połowa zakażonych nie wie o swoim zakażeniu i może zakażać innych... Nie bójcie się, testujcie się! Bo warto wiedzieć. 🙋



Wyniosły łącznie 29 809 580 wyświetleń. Liczba wyświetleń poszczególnych tematów kampanii poprzez blogi influencerów wyglądała następująco:

Nazwa reklamy	Wyświetlenia ↓
Wideo 2 z pacjentem	379 204
PrEP	262 716
Wertykalna	233 240
Wertykalna 2	224 543
Wideo 1 z pacjentem	217 850

Oprac. Alfa Communication

Kampania „Czy wiesz, że...” została przygotowana w oparciu o twarde dowody naukowe i opisane metody skutecznej profilaktyki HIV, z zastosowaniem podstawowego założenia zapobiegania chorobom w epidemiologii, jakim jest unikanie ryzyka lub jego minimalizowanie. Głównym zadaniem kampanii było przede wszystkim budowanie świadomości i promowanie kompleksowego podejścia do profilaktyki zakażeń. Wiedza, w jakim stopniu konkretne działania przekładają się na spadek liczby zakażeń HIV, wydaje się kluczowa. Niemniej jednak musi upłynąć sporo czasu pomiędzy inwestycją w profilaktykę HIV/AIDS, a rzeczywistą redukcją liczby zakażeń.

Krajowe Centrum ds. AIDS

Stacjonarnie czy on-line: doświadczenia ze szkoleń HIV/AIDS w czasie COVID-19

W ostatnich dwóch latach większość ludzi na świecie doświadczyło ogromnych zmian w stylu życia i pracy. Pandemia COVID-19 wymusiła je także w zakresie edukacji, choć trudno powiedzieć, czy zmiany te zostały przez nią zainicjowane, czy jedynie przyspieszone. Już przed 2020 rokiem pojawiały się bowiem w wielu miejscach próby wprowadzania pojedynczych kursów czy zajęć na uczelnianych w formie zdalnej. Mimo tego można było odnieść wrażenie, że wówczas nie były one traktowane jako jakościowo równorzędna forma edukacji. Dopiero konieczność jej szybkiego wprowadzenia w miejsce edukacji stacjonarnej spowodowała intensyfikację pracy nad jej udoskonaleniem. W ślad za tą koniecznością nastąpił rozwój platform edukacyjnych oraz namysł dydaktyków nad przenoszeniem różnych metod pracy do przestrzeni wirtualnej. Najłatwiej jest bowiem wykorzystać w tym obszarze metody podające, znacznie trudniej natomiast te, które wymagają większej aktywności osób uczestniczących w zajęciach¹. Wydaje się, że brak możliwości wykorzystania całego wachlarza metod dydaktycznych jest jedną z oczywistych wad edukacji on-line. Jednak nie można zapomnieć, że ma również zalety, które w niektórych obszarach dają jej znaczącą przewagę nad edukacją stacjonarną.

W takich warunkach zmienionego przez pandemię COVID-19 stylu życia podjęto wyzwanie zorganizowania szkoleń certyfikacyjnych dla osób ubiegających się o certyfikat doradcy/doradczynie w Punktach Konsultacyjno-Diagnostycznych, jak też szkoleń dla służb mundurowych. Wyzwanie - szczególnie w przypadku szkolenia dla przyszłych doradców i doradczyń - wymagające ogromnej uważności, a także zgranego i doświadczonego zespołu. Ważne było tu przewidzenie możliwych trudności, a także wspólne poszukiwanie rozwiązań.

Wymieniane w badaniach i doświadczeniach trudności edukacji zdalnej są różne. W organizowanych szkoleniach główna z nich, trudność w tworzeniu relacji¹ miała tutaj mniejsze znaczenie, ponieważ szkole-

nia były skierowane do osób dorosłych, posiadających doświadczenie zawodowe oraz doświadczenie funkcjonowania w relacjach społecznych na różnych szczeblach edukacji. Nie można jej jednak nie zauważyć i pomijać w projektowaniu również i takich szkoleń. Trudność ta związana jest z brakiem komunikacji bezpośredniej w czasie zajęć on-line. Mimo tego warto pamiętać, że niektórzy autorzy uważają, iż komunikacja zapośredniczona (np. transmisja video oraz czaty na platformach edukacyjnych) choć różni się poziomem otwartości i obecności społecznej, to przy odpowiednim wykorzystaniu niektórych narzędzi może pozwolić nawet na większą bliskość, niż komunikacja bezpośrednia². Narzędzia te pozwalają także na większe wykorzystanie metod aktywizujących w pracy dydaktycznej¹, zatem korzyść z ich używania wydaje się wielokrotniona.

Głównym - choć niejedynym - narzędziem pracy on-line jest wybór platformy do edukacji - jest ona bowiem wirtualną salą szkoleniową. Wśród platform można wyróżnić np. Teams, Classroom⁴, czy ZOOM. W opisywanych szkoleniach wykorzystano platformę ZOOM, która dawała możliwość prowadzenia zajęć z wykorzystaniem komunikacji synchronicznej poprzez kamery internetowe, dyskusje z wykorzystaniem czatu i pokoje do pracy w podgrupach. Jako pozostałe narzędzia wykorzystano formularze Google do pracy warsztatowej, a także „żyjący” dysk Google, na którym prowadzący/e i uczestnicy/czki mogli umieszczać całą bazę materiałów zarówno obowiązkowych, jak i uzupełniających pozostając w ten sposób w kontakcie nawet poza poszczególnymi zjazdami. To, nad czym można zastanowić się w przyszłości, to wybór platformy. Być może MS Teams lub Google Classroom dałyby jeszcze większe możliwości aktywizacji osób uczestniczących i pozostawania w kontakcie, aniżeli ZOOM. Tym niemniej ich przewaga polega głównie na zintegrowaniu z nimi tych funkcji, które z powodzeniem można osiągnąć także w inny sposób (np. dysk wirtualny czy opcja przydzielania zadań nie musi znajdować się na platformie).

W integracji osób uczestniczących ważną jest odpowiednia komunikacja czy aktywizacja z wykorzystaniem potencjału grupy. Wydawać by się mogło, że w szkoleniu on-line integracja ta będzie niemożliwa i była to też jedna z obaw w trakcie organizacji szkolenia certyfikacyjnego. Tymczasem doświadczenie pokazało, że poziom integracji grupy zaskoczył realizatorów. Nieocenioną pomocą okazały się tutaj media społecznościowe. Ważnym elementem była także właściwa rekrutacja - wpłynęło wiele zgłoszeń i w związku z tym, że chętnych było ponad dwukrotnie więcej niż miejsc, kryteria przyjęcia na szkolenie mogły obejmować rozliczne czynniki. Tym samym osoby przyjęte w większości miały już wcześniej do czynienia z tematyką HIV i AIDS oraz miały doświadczenie pracy w organizacjach pozarządowych. W połączeniu z ich kompetencjami zawodowymi prawdopodobnie to zadecydowało o tak dużym poziomie otwartości, że możliwe stało się silne zintegrowanie grupy w warunkach pracy on-line. O sile grupy stanowiła także jej ogromna aktywność w dyskusjach podczas zajęć.

Warto pamiętać, że edukacja on-line uniezależnia od barier geograficznych³ i było to wielokrotnie podkreślane przez uczestników i uczestniczki. Z jednej strony zyskali oni wolność w zakresie uczestniczenia w zajęciach z każdego obszaru świata (były osoby łączące się z zagranicy), ale także - uczestniczenia w ogóle w szkoleniu w przypadku osób, których sytuacja rodzinna nie pozwoliłaby na dotarcie do miejsca stacjonarnego prowadzenia zajęć. Takie opinie otrzymano po ukończonym kursie od dwóch osób (młodych rodziców), które w przypadku innej jego organizacji musiałyby odłożyć plany certyfikacji na później. Choć w tej edycji szkoleń nie spotkano się z sytuacją (a przynajmniej nie było takiej informacji), w której edukacja zdalna umożliwiłaby ukończenie szkolenia osobom z barierami zdrowotnymi, to warto pamiętać, że to również jest niepodważalna zaleta tej formy pracy. Nietrudno bowiem wyobrazić sobie osobę, która z uwagi na

problemy zdrowotne musi odkładać uczestnictwo w wydarzeniach stacjonarnych na okres po ukończeniu leczenia, gdy tymczasem zdalne szkolenie pozwala jej na realizację planów zawodowych tu i teraz.

W przypadku kursu, którego pozytywne ukończenie wymaga określonego poziomu obecności (jak to ma miejsce np. w szkoleniu dla doradców) forma on-line może okazać się sprzyjająca także w przypadku infekcji czy - w obecnych czasach - kwarantanny lub izolacji. Na fakt dostępności edukacji w różnych sytuacjach życiowych zwróciły uwagę dwie osoby. Pojawiły się bowiem takie odpowiedzi: „mimo choroby mogę brać udział w zajęciach” oraz „W czasie, w którym realizowałam szkolenie, nie miałabym możliwości na tryb stacjonarny”

Szczególnym wyzwaniem w prowadzeniu zajęć było „przeniesienie” niektórych warsztatów do przestrzeni wirtualnej - głównie tych, które wymagały wytworzenia plansz na flipchatrach przez podgrupy czy układania wylosowanych fiszek na podłodze sali szkoleniowej. W tym przypadku świetnie sprawdziły się pliki Google: zakładki w arkuszach zamiast plansz czy też plik dzielony na ekranie ZOOM, do którego edycji miały dostęp wszystkie osoby z grupy. Główną wadą tej formy pracy był niestety brak możliwości przeprowadzenia warsztatów zakładających głębszą pracę na emocjach - ze względów etycznych nie podjęto próby przeniesienia ich w przestrzeń wirtualną. Tego typu warsztaty są niezwykle cenne pod względem kształtowania postaw i przekonań, stąd nie zadowalał brak wprowadzenia ich do programu. Problem ten można częściowo rozwiązać zwracając większą uwagę na aspekt postaw w czasie rekrutacji uczestników i uczestniczek oraz w czasie prowadzenia innych zajęć. Nie bez znaczenia jest tutaj także dobry i sprawny kontakt pomiędzy osobami szkolącymi, odpowiednio zorganizowana wymiana informacji na temat obserwacji poszczególnych uczestników i uczestniczek.

Warto zauważyć, że edukacja cyfrowa może przybierać różne formy i w różny sposób być łączona (bądź nie) z kształceniem tradycyjnym³. W przypadku szkolenia certyfikacyjnego mamy do czynienia z edukacją cyfrową wspieraną przez kształcenie trady-

cyjne - nie można bowiem zapomnieć, że poza zjazdami on-line osoby uczestniczyły także w stażach stacjonarnie. Uczyły się praktyki w sposób tradycyjny: w punktach testowania poprzez obserwację doradców, rozmowę z nimi oraz rozmowę z klientami i klientkami PKD. Tę formę pracy wsparła także technologia, gdyż na wniosek prowadzących warsztaty utworzono specjalny, „wirtualny” Punkt Konsultacyjno-Diagnostyczny w Systemie Punktów na potrzeby osób uczestniczących w szkoleniu. Otrzymały one swoje loginy i hasła, dzięki czemu miały przestrzeń do wypróbowywania pracy z ankietą on-line. Wirtualny PKD spotkał się z pozytywnym odzewem ze strony uczestników i uczestniczek.

Pozytywne opinie uzyskano także w ankietach ewaluacyjnych. W przypadku szkolenia certyfikacyjnego zebrano dane w sposób jakościowy, co z jednej strony wiązało się z większą pracą osób wypełniających ankietę, jednak z drugiej pozwoliło na uzyskanie bardziej dokładnych informacji, które w ankiecie punktowej mogłyby umknąć. Na potwierdzenie wcześniej przedstawionych informacji w zakresie integracji grupy warto przytoczyć takie wypowiedzi z ankiet jak: „[...] Niewątpliwy walor, kapitał stanowi grupa uczestników szkolenia.” czy „[...] A grupa... jest niesamowita!!!”. Można więc przypuszczać, że pomimo zdalnej formy pracy integracja była możliwa. Co ważne, osoby szkolące się stworzyły swoją grupę na Facebooku oraz były inicjatorami i inicjatorkami powstania wspomnianego wcześniej wirtualnego dysku Google z materiałami. Na zapotrzebowanie na taką formę integracji wskazują wypowiedzi z ankiet, w których pojawiły się sugestie stworzenia np. forum dyskusyjnego dla uczestniczek i uczestników kursu, gdzie osoby miałyby przestrzeń do wymiany poglądów, doświadczeń, emocji lub skorzystania z aplikacji do edukacji on-line, które dają możliwość tworzenia wspólnych dysków i dzielenia materiałów szkoleniowych, do których osoby mają dostęp przez cały czas. Dużym wyzwaniem może być zatem opracowanie takiej strategii w podobnym szkoleniu w przyszłości, która zwiększyłaby możliwości integracji - np. wplecenie w szkolenie przerw kawowych z otwartym czatem dyskusyjnym lub spotkań on-line wyłącznie o charakterze towarzyskim w trakcie trwania kursu (dla osób

chętnych). Mogłyby być one animowane przez którąś z osób prowadzących zajęcia lub przez chętnych uczestników i uczestniczki. Sprawdzić mogłaby się tutaj także inna platforma edukacyjna (np. Teams) dająca możliwość kontaktu uczestników i uczestniczek szkolenia pomiędzy sobą także poza czasem prowadzonych zajęć, wymiany materiałów, prowadzenia rozmów, tworzenia samodzielnie spotkań bez angażowania osób odpowiedzialnych za szkolenie, a tym ostatnim - przysyłanie ogłoszeń i materiałów także tą drogą. Dałoby to możliwość znalezienia przez grupę własnych, innowacyjnych rozwiązań w zakresie integracji. W obszarze kontaktu wirtualnego pozwoliliby to też włączyć osoby, które z różnych względów nie używają mediów społecznościowych i pozostawały nieco „poza grupą” w przypadku wymiany informacji i dyskusji na Facebooku. Taki rodzaj możliwości technicznych mógłby wspierać interakcję między uczestniczkami i uczestnikami oraz sprzyjać integrowaniu się na odległość. Należy bowiem podkreślić, że troska o właściwy przebieg szkolenia musi wiązać się nie tylko z dobrym przygotowaniem merytorycznym, doбором osób prowadzących zajęcia czy doбором treści, ale także z dbałością o kwestie związane z procesami grupowymi. Podczas szkoleń stacjonarnych jest to łatwiejsze i często organizator nie musi szczególnie planować i zagospodarowywać tego obszaru, wszystko dzieje się niejako „automatycznie”, w trakcie przerw i po zajęciach, tylko czasem z pewnym wsparciem organizacyjnym. Tymczasem w szkoleniu on-line wymaga to szczególnego pochylenia się nad tym problemem i dodatkowych zabiegów. Mimo wspomnianych trudności wysokie było ogólne zadowolenie uczestników i uczestniczek szkolenia certyfikacyjnego dla doradców. Odnotowano między innymi wypowiedzi takie jak: „Bardzo dobre przygotowanie merytoryczne. Ciekawy, jasny i profesjonalny sposób podania treści”; „Treści przekazywane podczas wykładów były bardzo dobrze wyprofilowane pod kątem przyszłej pracy w PKD, zaś wykładowcy byli rzeczywistymi specjalistami w swoich dziedzinach i w sposób bardzo wiarygodny i rzetelny przekazywali swoją wiedzę”; „Bardzo pozytywne. Jestem pod wrażeniem organizacji, poziomu szkolenia i formy przekazywanej wiedzy”. Pozostałe

wypowiedzi utrzymane były w podobnym tonie, nie odnotowano też wypowiedzi negatywnych. Po części warsztatowej otrzymano informacje zwrotne, w których pojawiły się stwierdzenia, że to najlepsze warsztaty on-line, w jakich uczestnicy brali udział od początku pandemii. Wśród dużych zalet tej formy szkolenia w przypadku szkolenia certyfikacyjnego dostrzegano w ankietach także wygodę, elastyczność, oszczędność finansową (np. na przejazdy) oraz czasu i energii. Dobrze obrazuje to wypowiedź zawarta w jednej z ankiet „Wyniosłem tyle samo, co wyniosłbym stacjonarnie. Brak różnic. Poza tym, że w dodatku byłem wyspany, bo mogłem wstać z pół godziny przed wykładem”. Jako zaletę pracy on-line wymieniano też większą dynamikę i szybkość realizacji materiału. Przerwy w takiej formie pracy nie przedłużają się, zatem łatwiej o punktualność. Choć oczywiście można byłoby tutaj zauważyć, że to, co przedłuża przerwy w trakcie szkolenia stacjonarnego, to relacje międzyludzkie - rozmowy przy kawie, w kolejce po ciastko. Tutaj tę kawę można zabrać przed monitor - jest sprawniej i pod wieloma względami wygodniej, ale kosztem rozmów kularowych. Wspomniana już wcześniej największa wada szkolenia on-line, czyli brak integracji może zwiększać obawy przed otwarciem się w pracy warsztatowej czy superwizyjnej przed grupą, która jest mniej poznana i relacje są luźniejsze. W przypadku oceny superwizji w ankietach ewaluacyjnych było to z resztą widoczne - pojawiły się głosy, że można byłoby pomyśleć o mniejszych grupach, lub wręcz wprowadzeniu części superwizji indywidualnej, gdyż poziom integracji grupy był zbyt mały, by swobodnie omawiać niektóre osobiste obszary trudności w pracy doradczej. Wśród wad pracy on-line wymieniono w ankietach dodatkowo obecność różnych „rozpraszaczy”: członków rodzin i ich potrzeb, obowiązków domowych, których nie pozostawia się za drzwiami domu wychodząc na szkolenie,

mniejszą motywację do aktywności i interakcji, pokusę robienia innych rzeczy jednocześnie podczas szkolenia. Wydaje się, że obowiązek włączenia kamer w dużej mierze zmniejsza tę pokusę i osoby uczestniczące w zajęciach mając świadomość, że są widoczne, mają też większą motywację do bycia obecnymi „tu i teraz” z całą swoją uwagą. Ale z drugiej strony pojawiły się głosy uczestników i uczestniczek, które wskazywały konieczność stałej aktywności kamerki jako wadę, choć bez argumentowania, z jakiego powodu tak uważają.

Podobne opinie uzyskane zostały również od uczestników i uczestniczek szkoleń dla służb mundurowych. Analiza raportów z ankiet ewaluacyjnych pozwala także na wskazanie, że ogólne zadowolenie z przeprowadzonego szkolenia było wysokie. Tym niemniej, jednoznaczne określenie czy lepsza jest edukacja o-line czy stacjonarna, okazało się podobnie trudne, jak w teorii. Jedna i druga metoda ma swoje mocne strony i ograniczenia, a więc wypowiedzi osób wypełniających pozostawiają w tej kwestii wielogłos: znaleźć można tu bowiem stwierdzenia „wolę zajęcia stacjonarne”, ale i „preferuję szkolenia on-line”. To drugie stwierdzenie znajduje się w ankietach nieznacznie częściej: na 245 osób, które udzieliły odpowiedzi na to pytanie, 135 wskazało, że woli szkolić się w formie on-line, 94 stacjonarnie, a dla 16 dobra jest zarówno jedna jak i druga forma i nie mają preferencji w tej sprawie. Nie były to jedyne informacje, które uzyskano w ankietach po szkoleniu w grupie osób pracujących w służbach mundurowych na temat ich spostrzeżeń odnośnie szkolenia w formie on-line. Znalazły się w nich także takie, które sugerowały, że być może lepsza byłaby do tego celu platforma Teams lub Webex. Wśród zalet szkoleń on-line wskazywano wygodę, dostępność („brak konieczności dojazdów, nawet na duże odległości”), łatwiejszą możliwość podziału szkolenia na

więcej dni. Zaletami szkoleń stacjonarnych według uczestników i uczestniczek była możliwość skupienia się wyłącznie na treści szkolenia (bez „rozpraszaczy” np. w postaci współdomowników lub współpracowników - tu podobnie do opinii osób uczestniczących w szkoleniu certyfikacyjnym), brak ryzyka utraty części treści (np. w wyniku problemów z połączeniem), łatwiejsze zadawanie pytań oraz kontakt z innymi ludźmi. Widać tu wyraźnie, że wymieniane wady i zalety są w tym przypadku zbliżone do tych, o których pisali uczestnicy i uczestniczki szkolenia certyfikacyjnego.

Podsumowując powyższe należy podkreślić, że w odpowiedzi na pytanie czy i jaka edukacja zdalna jest dobrym jakościowo rozwiązaniem w przypadku takich szkoleń jak wymienione w tekście, trzeba wziąć pod uwagę przede wszystkim ich charakter i cel. O ile bowiem w przypadku szkolenia kilkugodzinnego, czy nawet obejmującego jeden zjazd trudności związanych ze zdalną edukacją jest mniej (nie jest potrzebna tak duża integracja grupy, a metody mogą być bardziej podające), o tyle w przypadku takich, gdzie dalsza (po ukończeniu kursu) współpraca uczestników i uczestniczek oraz zachodzące procesy grupowe mają znaczenie, a szkolenie obejmuje dłuższy czas i zawiera również pracę na obszarze osobistym, niezmiernie ważną staje się strategia zarządzania wadami i zaletami takiej formy pracy. Wydaje się, że dla szkoleń takich, jak zajęcia dla Służb Mundurowych praca z wykorzystaniem wyłącznie platformy ZOOM (lub podobnej) jest wystarczająca, ale w przypadku szkoleń certyfikacyjnych dla Doradców warto pomyśleć o dodatkowych kanałach komunikacji lub platformie, która integruje więcej funkcji w celu wspierania integracji wewnątrz grupy.

***Dr n. społ. Maria Brodzikowska
Stowarzyszenie Profilaktyki
Zdrowotnej „Jeden Świat”***

1. Ptaszek G., Bigaj M., Dębski M., Pyżalski J., Stunża G., Zdalna edukacja - gdzie byliśmy, dokąd idziemy?, Warszawa 2020.
2. Pyżalski J., Poleszak W., Relacje przede wszystkim - nawet jeśli obecnie jedynie zapośredniczone, w: J. Pyżalski (red), Edukacja w czasach pandemii wirusa COVID-19. Z dystansem o tym, co robimy obecnie jako nauczyciele, Warszawa 2020.
3. Plebańska M., Cyfrowa edukacja - potencjał, procesy, modele, w: J. Pyżalski (red), Edukacja w czasach pandemii wirusa COVID-19. Z dystansem o tym, co robimy obecnie jako nauczyciele, Warszawa 2020.
4. Walter N., Mamy (za) duży wybór - jak nie zgubić się wśród narzędzi cyfrowych, w: J. Pyżalski (red), Edukacja w czasach pandemii wirusa COVID-19. Z dystansem o tym, co robimy obecnie jako nauczyciele, Warszawa 2020.
5. Kaczmarczyk M., Neurobiologiczny aspekt edukacji zdalnej, w: J. Pyżalski (red), Edukacja w czasach pandemii wirusa COVID-19. Z dystansem o tym, co robimy obecnie jako nauczyciele, Warszawa 2020.

Czy adopcja dziecka w Polsce przez osobę żyjącą z HIV jest możliwa? Czy zakażenie może dyskwalifikować rodzica adopcyjnego?

Zgodnie z aktualnie obowiązującym prawem adopcja dziecka przez osobę żyjącą z HIV jest możliwa.

W przypadku przysposobienia, zasadą generalną wyrażoną w art. 114¹ § 1 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. *kodeks rodzinny i opiekuńczy* jest to, że przysposobić można osobę małoletnią, tylko dla jej dobra. W myśl art. 114¹ § 1-2 *kodeksu rodzinnego i opiekuńczego*, przysposobić może osoba mająca pełną zdolność do czynności prawnych, jeżeli jej kwalifikacje osobiste uzasadniają przekonanie, że będzie należycie wywiązywała się z obowiązków przysposabiającego, posiada opinię kwalifikacyjną oraz świadectwo ukończenia szkolenia organizowanego przez ośrodek adopcyjny, o którym mowa w przepisach o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (chyba, że obowiązek ten jej nie dotyczy). Ponadto, między przysposabiającym a przysposobionym powinna istnieć odpowiednia różnica wieku.¹

Na mocy art. 156 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. *o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej* do zadań ośrodka adopcyjnego należy m.in. przeprowadzanie analizy, zwanej „wywiadem adopcyjnym”, dotyczącej sytuacji osobistej, zdrowotnej, rodzinnej, dochodowej i majątkowej kandydatów do przysposobienia dziecka. Ośrodek adopcyjny przetwarza m.in. dane o stanie zdrowia kandydatów do przysposobienia dziecka niezbędne do stwierdzenia, że osoba ta może sprawować właściwą opiekę nad dzieckiem, wynikające z zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia wystawionego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.²

Z kolei, załącznik nr 1 do Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2015 r. *w sprawie wzoru kwestionariusza wywiadu adopcyjnego oraz wzoru karty dziecka, w tym metryki prowadzenia*

sprawy określa wzór kwestionariusza wywiadu adopcyjnego. Kwestionariusz wypełniony przez kandydata do przysposobienia dziecka uzupełnia opinia osoby przeprowadzającej wywiad. W kwestionariuszu kandydat do przysposobienia jest zobowiązany określić i opisać swój aktualny stan zdrowia oraz wymienić przebyte choroby, w tym choroby przewlekłe, operacje i leczenie specjalistyczne.³ Do takich z pewnością należy zaliczyć leczenie ARV. Zdaniem K. Tryniszewskiej, „ośrodek może gromadzić wyłącznie dane niezbędne, a zatem konieczne do stwierdzenia, iż dana osoba może sprawować opiekę nad dzieckiem. Brak jest podstaw do żądania wyników badania tomograficznego, USG bądź radiologicznego czy wyników badania krwi. Nie są to już bowiem dane niezbędne, ale dodatkowe. (...) W razie niemożności uzyskania takiego zaświadczenia bądź jego negatywnego wyniku kandydaci do przysposobienia dziecka mogą przedstawić szczegółową dokumentację medyczną. (...) W ramach wywiadu adopcyjnego, o którym mowa w art. 156 ust. 1 pkt 7, należy jednak wskazać choroby przebyte przez kandydatów (kandydata) do przysposobienia dziecka, w tym choroby przewlekłe, operacje, leczenie specjalistyczne, jeśli oczywiście takie były.”⁴

W przepisach dotyczących adopcji (ustawy i rozporządzenia wykonawcze) nie znaleziono żadnego przepisu zakazującego adopcji przez osobę/osoby żyjące z HIV. Jednakże „stan zdrowia niezbędny do stwierdzenia, że kandydat może sprawować właściwą opiekę nad dzieckiem”, to bardzo ogólny warunek, który może prowadzić do skrajnie różnych opinii, w zależności od poglądów oceniającego. Nie udało się nam dotrzeć do jakichkolwiek wytycznych uszczegóławiających ten zakres, choć nie wykluczamy, że takie istnieją.

Wykrycie zakażenia HIV u przysposabiającego po prawomocnym orzeczeniu sądu opie-

kuńczego, zdaniem Krajowego Centrum ds. AIDS nie może być przesłanką rozwiązania stosunku przysposobienia. Nie jest jednak wykluczone, że jako jedna z wielu innych przesłanek, może mieć wpływ (mniejszy lub większy) na orzeczenie stwierdzające rozwiązanie stosunku przysposobienia.

Na podstawie art. 121 § 1-4 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. *kodeks rodzinny i opiekuńczy*, przez przysposobienie powstaje między przysposabiającym a przysposobionym taki stosunek, jak między rodzicami a dziećmi. Przysposobiony nabywa prawa i obowiązki wynikające z pokrewieństwa w stosunku do krewnych przysposabiającego. Ustają prawa i obowiązki przysposobionego wynikające z pokrewieństwa względem jego krewnych, jak również prawa i obowiązki tych krewnych względem niego. Skutki przysposobienia rozciągają się na zstępnych przysposobionego.⁵ W myśl art. 125 § 1 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. *kodeks rodzinny i opiekuńczy*, z ważnych powodów (określenie, zdaniem Redakcji, bardzo pojemne) zarówno przysposobiony, jak i przysposabiający mogą żądać rozwiązania stosunku przysposobienia przez sąd. Rozwiązanie stosunku przysposobienia nie jest dopuszczalne, jeżeli wskutek niego miałyby ucierpieć dobro małoletniego dziecka. Orzekając rozwiązanie stosunku przysposobienia, sąd może, stosownie do okoliczności, utrzymać w mocy wynikające z niego obowiązki alimentacyjne.⁶

Podsumowując, adopcja dziecka przez osobę żyjącą z HIV jest możliwa - nie ma żadnego przepisu, który by w sposób bezpośredni wykluczał osoby z HIV z procesu adopcyjnego, a samo zakażenie HIV nie może dyskwalifikować potencjalnego rodzica adopcyjnego z procesu adopcyjnego.

Stan prawny na dzień 9 lutego 2021 r.

Krajowe Centrum ds. AIDS

1. Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. *kodeks rodzinny i opiekuńczy* (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1359), art. 114¹ § 1-2
2. Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. *o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej* (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 821 z późn. zm.), art. 161 ust. 2 pkt. 10
3. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2015 r. *w sprawie wzoru kwestionariusza wywiadu adopcyjnego oraz wzoru karty dziecka, w tym metryki prowadzenia sprawy* (Dz. U. poz. 1303), załącznik nr 1.
4. K. Tryniszewska [w:] Ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej. Komentarz, wyd. II, Warszawa 2015, art. 161.
5. Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. *kodeks rodzinny i opiekuńczy* (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1359), art. 121. § 1-4
6. Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. *kodeks rodzinny i opiekuńczy* (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1359), art. 125 § 1.

aspekty

Dodatek do Biuletynu Krajowego Centrum ds. AIDS



PrEP (pre-exposure prophylaxis) - profilaktyka przedekspozycyjna

PrEP (profilaktyka przedekspozycyjna) to skuteczna metoda zapobiegania zakażeniu HIV kierowana do dorosłych, polegająca na stosowaniu określonych leków antyretrowirusowych¹ przez osoby zdrowe, ale narażone na wysokie ryzyko zakażenia HIV drogą kontaktów seksualnych lub z uwagi na przyjmowanie środków psychoaktywnych w iniekcjach. PrEP uznaje się za bezpieczną metodę profilaktyki zakażeń HIV, jednakże jak każda interwencja farmakologiczna ma określone wymagania i ograniczenia. Obecnie na świecie najbardziej rozpowszechnioną (ale nie jedyną) wersją PrEP jest codzienne doustne przyjmowanie tabletki zawierającej dwie substancje czynne: tenofovir i emtrycyabinę. Możliwe jest także przyjmowanie PrEP „na żądanie” czyli na krótko przed i zaraz po zachowaniu ryzykownym, trudność polega jednak na tym, aby taką sytuację umieć przewidzieć. Należy pamiętać, że PrEP stosowany zgodnie z zaleceniami lekarza zabezpiecza jedynie przed zakażeniem HIV. Nie chroni przed innymi infekcjami przenoszonymi drogą płciową, dlatego też korzystanie z tej metody profilaktyki nie zwalnia ze stosowania prezerwatyw jak również dbania o sterylność sprzętu do iniekcji.

Warunkiem korzystania z PrEP jest uzyskanie negatywnego wyniku testu w kierunku HIV² oraz potwierdzenie prawidłowego funkcjonowania nerek. Dodatkowo, osoba decydująca się na PrEP powinna, z racji zachowań ryzy-

kownych, być szczególnie narażona na zakażenie HIV. Dotyczy to zwłaszcza osób, które:

- w ciągu ostatnich sześciu miesięcy miały analne lub waginalne kontakty seksualne,
- mają partnera seksualnego HIV+ (zwłaszcza jeśli partner ten ma nieznaną lub wykrywalny poziom wirerii),
- są aktywne seksualnie ale nie stosują na stałe prezerwatyw lub u których w ciągu ostatnich sześciu miesięcy zdiagnozowano zakażenie przenieszone drogą płciową,
- odczuwają lęk przed zakażeniem HIV uniemożliwiający prowadzenie im satysfakcjonującego życia seksualnego,
- przyjmują środki psychoaktywne w iniekcjach lub robi to ich partner seksualny,
- korzystają ze wspólnego, zanieczyszczonego sprzętu do iniekcji.

Niektóre osoby stosujące profilaktykę PrEP mogą doświadczać jej skutków ubocznych, takich jak: biegunka, nudności, ból głowy, uczucie zmęczenia i bóle brzucha, które zazwyczaj ustępują po kilku tygodniach.

Osoby narażone na zakażenie HIV na skutek ryzykownych zachowań często odczuwają dyskomfort psychiczny spowodowany strachem przed zachorowaniem. Największym jednak stresorem jest dla nich świadomość bądź doświadczanie stygmatyzacji, dyskryminacji czy

marginalizacji społecznej spowodowanej określonymi zachowaniami. Istnieją twarde dowody naukowe na to, że prawidłowo stosowana profilaktyka przedekspozycyjna nie tylko chroni przed zakażeniem HIV osoby doświadczające stresu mniejszościowego, ale także wywiera pozytywny wpływ na ich zdrowie psychiczne, co jest wartością dodaną zastosowania PrEP.

PrEP może stanowić także dobrą opcję profilaktyki zakażeń HIV dla kobiet mających partnera HIV+, pragnących zająć w ciąży, gdyż pomaga chronić zarówno matkę jak i jej dziecko podczas prób poronienia, w czasie ciąży lub podczas karmienia piersią.

Źródło: <https://www.cdc.gov/hiv/basics/prep/about-prep.html>

PrEP – opcje alternatywne do doustnych

26 stycznia 2021 Światowa Organizacja Zdrowia zarekomendowała stosowanie dopochwowego krążka **dapivirine (DPV-VR)** jako dodatkowego środka ochrony przed zakażeniem HIV drogą waginalnych kontaktów seksualnych. Działanie krążka opiera się na powolnym uwalnianiu leku antyretrowirusowego. Jeden krążek jest skuteczny przez 28 dni, następnie powinien być wymieniony. Produkt ten jest prosty w stosowaniu.

Światowa Organizacja Zdrowia podkreśliła, że udzielanie świadczeń medycznych z zakresu profilaktyki HIV tak szczegól-

1. Na stronie CDC widnieje informacja o dwóch lekach ARV stosowanych w PrEP: Truvada i Descovy. <https://www.cdc.gov/hiv/basics/prep/about-prep.html>
2. Istnieje niebezpieczeństwo, że u osób HIV+ nieświadomych tego faktu, a przyjmujących PrEP może rozwinąć się oporność organizmu na leki ARV.

nej grupie jaką są kobiety, zawsze powinno być wzmocnione ofertą obejmującą diagnostykę i leczenie innych zakażeń przenoszonych drogą płciową oraz gwarantować włączanie osób HIV+ do programu leczenia ARV. Fachową opieką należy także otoczyć kobiety doświadczające aktów przemocy ze strony partnerów seksualnych.

Źródło: <https://www.who.int/news/item/26-01-2021-who-recommends-the-dapivirine-vaginal-ring-as-a-new-choice-for-hiv-prevention-for-women-at-substantial-risk-of-hiv-infection>

W grudniu 2021 roku Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków (FDA) zatwierdziła do użytku domięśniowy długo działający lek antyretrowirusowy o nazwie cabotegravir (CAB-LA). Preparat ten podawany w formie iniekcji znalazł zastosowanie w profilaktyce przedekspozycyjnej HIV kierowanej do dorosłych. Zgodnie z zaleceniami producenta, na początku terapii cabotegravir należy przyjmować w dwóch podaniach domięśniowych co trzydzieści dni, a następnie już w dłuższych odstępach czasowych - co dwa miesiące. Ten wyrób medyczny jest dobrą opcją dla osób o podwyższonym ryzyku zakażenia HIV, które z różnych przyczyn nie chcą zażywać zwykłych leków antyretrowirusowych stosowanych w PrEP lub którym trudno jest przyjmować zgodnie z zaleceniami lekarza tabletki w formie doustnej, zachowując pełną adherencję.

UNAIDS³ z zadowoleniem przyjęło decyzję dotyczącą akceptacji nowego leku ARV, jako wartościowego elementu całego wachlarza narzędzi skojarzonej profilaktyki HIV. W związku z tym UNAIDS apeluje, aby firmy farmaceutyczne dysponujące najnowszymi technologiami produkcji nowatorskich typów leków dzieliły się swą wiedzą oraz gotowymi recepturami z producentami leków generycznych, tak aby móc zapewnić szeroką dostępność

nowych opcji profilaktyki oraz ich należytą przystępność cenową mieszkańcom krajów o niskich i średnich dochodach. UNAIDS naciska także, aby lek CAB-LA został niezwłocznie wprowadzony na rynek światowy w niewygórowanej cenie i aby stał się preparatem ogólnodostępnym dla wszystkich najbardziej potrzebujących go osób, a nie tylko mieszkańców Stanów Zjednoczonych, tak jak ma to miejsce obecnie. Zdaniem UNAIDS ludzkość nie stać na powtórzenie błędów sprzed trzech dekad, kiedy to leki ratujące życie były dostępne tylko dla tych, którzy mogli sobie pozwolić na ich zakup. UNAIDS zaleca, aby w celu powszechnego udostępnienia nowatorskiego preparatu o nazwie CAB-LA wdrożyć odpowiednie strategie rynkowe, takie jak konkurencyjność leków generycznych i zarządzanie prawami własności intelektualnej zorientowane na interes zdrowia publicznego, poprzez podpisanie dobrowolnych porozumień w tej kwestii lub poprzez wykorzystanie elastyczności TRIPS⁴.

Aby nowy preparat mógł być dostępny w równym stopniu dla wszystkich mieszkańców globu, konieczne jest podjęcie szeregu działań. Po pierwsze, tego typu nowatorski produkt medyczny musi zostać odpowiednio szybko zatwierdzony przez regionalne i krajowe organy regulacyjne. Po drugie, cena jego sprzedaży musi zostać obniżona poprzez wspólne działanie wielu zainteresowanych instytucji, w tym firm farmaceutycznych oraz producentów leków generycznych, jak również organów zajmujących się licencjonowaniem produktów medycznych. Po trzecie, autorzy krajowych programów profilaktycznych HIV/AIDS powinni opracować plany systemowego wdrożenia nowego leku oraz przygotować do korzystania z nowej opcji profilaktyki HIV nie tylko działający w ich krajach system opieki zdrowotnej, ale również jego beneficjentów.

Wynalezienie oraz wypuszczenie na rynek domięśniowego i długo działającego preparatu o nazwie CAB-LA może w sposób diametralny wpłynąć nie tylko na obniżenie liczby nowych przypadków zakażeń HIV, ale również wyeliminować uciążliwości związane ze stosowaniem codziennej terapii doustnej, zapewnić dyskrecję osobom HIV+ (obowiązek regularnego przyjmowania przez nich leków ratujących życie jest przez wielu określane jako stygmatyzujące), może także ustabilizować prawidłowe jego dawkowanie, jak również zagwarantować przestrzeganie zaleceń lekarskich, co ma kluczowe znaczenie dla skuteczności PrEP.

Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków zatwierdziła lek CAB-LA na podstawie wyników dwóch badań. Pierwsze badanie, HPTN 083, przeprowadzono na 4566 mężczyznach homoseksualnych oraz mężczyznach mających kontakty seksualne z mężczyznami oraz kobietami transpłciowymi w ośrodkach badawczych w Argentynie, Brazylii, Peru, Stanach Zjednoczonych, RPA, Tajlandii i Wietnamie. CAB – LA zmniejszyło u tych osób ryzyko zakażenia HIV drogą płciową o 66% w porównaniu do codziennego przyjmowania leków ARV drogą doustną. W drugim badaniu o nazwie HPTN 084 przeprowadzonym wśród 3223 kobiet szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia HIV z przedziału wiekowego 18-45 lat wdrażanym w 20 ośrodkach badawczych w siedmiu krajach Afryki Subsaharyjskiej (Botswana, Eswatini, Kenia, Malawi, RPA, Uganda i Zimbabwe), lek CAB – LA obniżył ryzyko zarażenia HIV o 89% w porównaniu do stosowania PrEP w formie tabletek doustnych.

Źródło: https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2021/december/20211222_cabotegravir

- UNAIDS - The Joint United Nations Programme on HIV and AIDS. Wspólny Program Narodów Zjednoczonych Zwalczenia HIV i AIDS - to projekt Organizacji Narodów Zjednoczonych, którego celem jest koordynacja i poprawa skuteczności działań poszczególnych krajów w walce z HIV i AIDS.
- TRIPS – załącznik do porozumienia w sprawie utworzenia Światowej Organizacji Handlu (WTO). przewiduje stosowanie zasady równego traktowania podmiotów wszystkich krajów członkowskich TRIPS, w zakresie ochrony własności intelektualnej (podmioty innych krajów członkowskich mają być traktowane nie mniej korzystnie niż własne podmioty).

Popularność PrEP na świecie – dane globalne i cele UNAIDS

W styczniu 2022 minęła ponad dekada od opublikowania pierwszych dowodów na skuteczność działania profilaktyki przedekspozycyjnej. Cieszy fakt, że pomimo pandemii COVID-19 która zakłóciła systemy udzielania świadczeń zdrowotnych, popularność i dostępność PrEP nadal wzrasta w skali globalnej. Dane zebrane przez UNAIDS pokazują, że w roku 2020 około 845 000 osób w co najmniej 54 krajach korzystało z dobrodziejstw tej metody profilaktyki, co stanowi 43% wzrost od 2019 roku i 182% wzrost od 2018 roku. Jednakże, znaczna część dostępności PrEP nadal silnie koncentruje się na terenie stosunkowo niewielkiej liczby krajów, przede wszystkim jest ona popularna w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej oraz na terenach wschodniej i południowej Afryki. Całkowita liczba osób korzystających z tej opcji profilaktyki przedekspozycyjnej w 2020 r. wyniosła zaledwie 28% docelowej liczby 3 milionów mieszkańców krajów o niskich i średnich dochodach, co stanowi zaledwie 8% nowego globalnego celu wyznaczonego na 2025 rok.

Zgodnie z celem UNAIDS wyznaczonym na 2020 rok trzy miliony ludzi na całym świecie powinno przyjmować doustną formę PrEP co pozwoliłoby na zmniejszenie rocznej liczby nowych przypadków zakażeń wirusem do 500 000. W założeniach dotyczących dostępu do PrEP priorytetowo potraktowano populacje kluczowe osób szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia, takie jak: mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami (MSM), osoby sprzedające usługi seksualne oraz iniekcyjnych użytkowników środków psychoaktywnych. Oczekiwano również, że do 2020 roku 90% członków tych populacji oraz 90% dziewcząt i młodych kobiet mieszkających w określonych miejscach na świecie będzie przyjmować PrEP. Cele te nie zostały jednak osiągnięte: do końca 2020 roku zaledwie 928 750 osób na całym świecie zaczęło przyjmować PrEP. Była to zaledwie połowa wszystkich osób sprzedających usługi seksualne i tylko około jedna trzecia zakładanej

liczby mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami, osób przyjmujących środki psychoaktywne drogą iniekcji oraz dziewcząt i młodych kobiet ze strategicznych obszarów świata. Nie udało się też zwiększyć nakładów finansowych na światową walkę z HIV, ale przynajmniej udało się ją utrzymać na tym samym poziomie.

Największą liczbę podejmowania nowych inicjatyw związanych z PrEP liczonych od 2016 roku odnotowano na terenie Afryki Subsaharyjskiej, co stanowiło 56% wszystkich nowych działań w skali światowej. W tym regionie liderami w propagowaniu PrEP są takie kraje jak: Republika Południowej Afryki (101 007 inicjatyw), Kenia (82 886 inicjatyw) i Zambia (72 309 inicjatyw). Tak duża aktywność ww. krajów w dużej mierze była możliwa dzięki finansowaniu płynącemu z US President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) oraz niezwyklej wręcz determinacji ich władz w podnoszeniu poziomu dostępu i absorpcji PrEP. Zachowanie tej zależności jest kluczowe w osiągnięciu ostatecznego sukcesu zapobiegania nowym przypadkom zakażeń HIV. Na przykład Stany Zjednoczone odnotowały największą liczbę nowych ini-

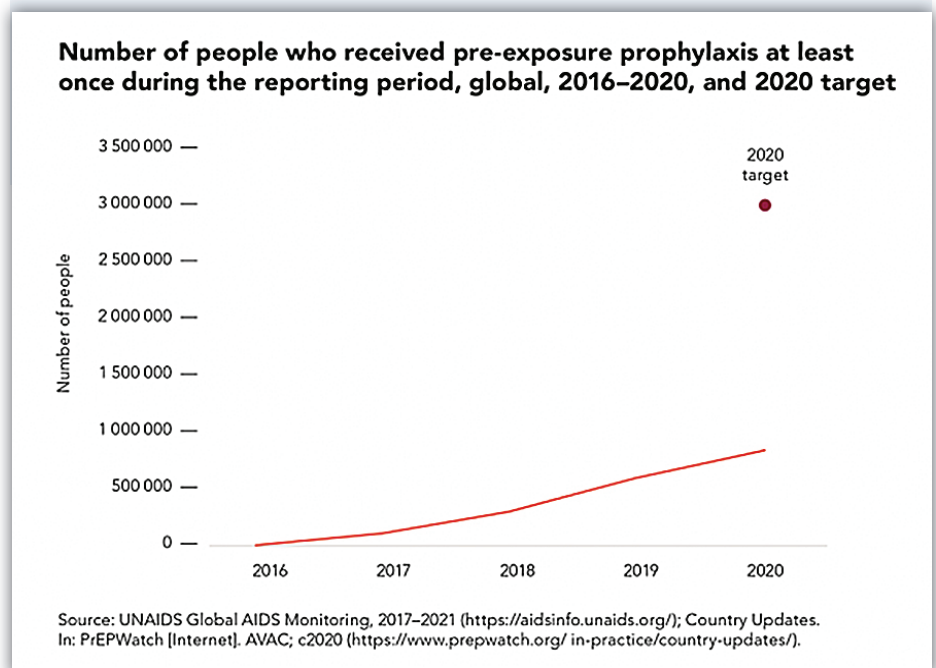
cyjatyw w obszarze PrEP, ale jednocześnie stosunkowo niewielkie tempo wzrostu ich absorpcji, co negatywnie wpłynęło na ostateczny rezultat podejmowanych działań.

Oceania na swoim terenie odnotowała najwyższy procentowy wzrost nowych inicjatyw dotyczących wdrażania PrEP licząc od 2016 roku, a stało się to w dużej mierze dzięki zaangażowaniu Australii. Z kolei w Ameryce Łacińskiej i Azji podniesienie poziomu dostępności do PrEP oraz jej absorpcji było szczególnie silnie promowane przez Brazylię i Tajlandię.

W krajach, w których z dużym sukcesem udało się wdrożyć profilaktykę przedekspozycyjną, można wyróżnić kilka cech wspólnych:

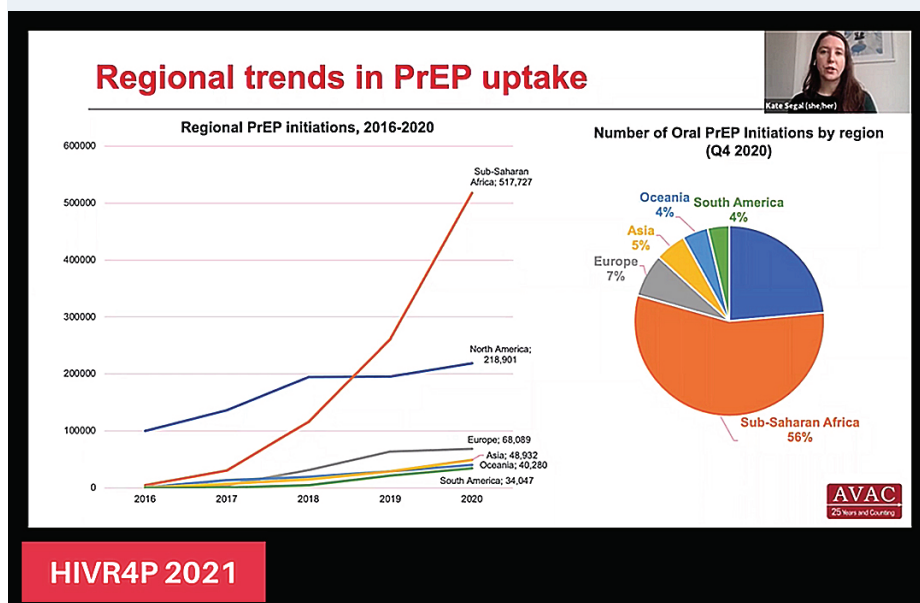
- podjęcie przez władze pierwszych kroków dotyczących udostępniania PrEP zaraz po pojawieniu się tego rodzaju nowej opcji profilaktyki na rynku światowym,
- ekspresowe zatwierdzanie nowych krajowych strategii i wytycznych zawierających pierwsze zapisy dotyczące PrEP – jej udostępniania i absorpcji,
- wyznaczanie ambitnych celów dotyczących walki z HIV i AIDS również przy

Wykres 1. Liczba osób, które otrzymały PrEP przynajmniej raz w czasie okresu raportowania 2016-2020. Kropką oznaczono cel na rok 2020.



Źródło: https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2022/january/20220117_preexposure-prophylaxis-use-expands

Wykres 2. Prezentacja Kate Segal HIVR4P 2021.



Źródło: <https://www.aidsmap.com/news/feb-2021/nearly-million-have-started-taking-prep-worldwide-only-third-unaided-2020-target>

- pomocy nowej metody jaką była PrEP,
- asygnowanie wystarczająco dużych zasobów finansowych na ten cel,
- nominowanie krajowego koordynatora profilaktyki przedekspozycyjnej odpowiedzialnego za poprawne wdrażanie nowego typu działań, etc.

Ponadto, największe sukcesy w ograniczeniu rozprzestrzeniania się nowych przypadków HIV odniosły te kraje, na terenie których wprowadzono szyte na miarę programy PrEP kierowane do populacji o największym ryzyku zarażenia HIV, a z których jednocześnie mogli korzystać członkowie populacji ogólnej.

Istnieje wiele barier społecznych i strukturalnych, utrudniających dostęp do PrEP i jej absorpcję. Świadczenia dotyczące PrEP, aby mogły być maksymalnie skuteczne, powinny być udzielane przez członków społeczności szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia HIV, charakteryzować się niskim progiem dostępności i powinny być powiązane

z silnym wsparciem społecznym. Ich odbiorcy nie mogą się w żaden sposób czuć dyskryminowani, stygmatyzowani czy marginalizowani.

PrEP w Wielkiej Brytanii

W Wielkiej Brytanii PrEP jest dostępny bezpłatnie dla wszystkich potrzebujących. Leki są wydawane w klinikach zdrowia seksualnego Narodowego Systemu Zdrowia - NHS – na terenie Szkocji, Walii, Anglii oraz Irlandii Północnej.

Na stronach internetowych NHS można znaleźć interaktywną wyszukiwarę najbliższej kliniki zdrowia seksualnego.

Możliwy jest także bezpośredni zakup PrEP w aptece internetowej. Leki tam dostępne (generyczne) są w sposób legalny dostarczone osobie zainteresowanej mieszkającej na terenie Wielkiej Brytanii. Cena zestawu leków na 30 dni waha się w granicach 40 funtów. Należy tylko pamiętać o tym, że dostawa leków może

się opóźnić, dlatego leki należy zamawiać z odpowiednim wyprzedzeniem, tak aby nie było potrzeby przerywania terapii.

W czasie przyjmowania PrEP regularnie należy wykonywać testy w kierunku HIV i innych zakażeń przenoszonych drogą płciową oraz badać prawidłową funkcję nerek.

W czasie wizyty w klinice zdrowia seksualnego najpierw wykonane są potrzebne testy i badania. Następnie lekarz lub pielęgniarka wyjaśni wątpliwości dotyczące PrEP oraz wspólnie z osobą zainteresowaną zadecyduje czy w tym konkretnym przypadku ta metoda profilaktyki zakażeń HIV jest odpowiednia. Na przykład PrEP nie jest zalecany do stosowania wiernym sobie parom o różnym statusie serologicznym, o ile partner HIV+ jest objęty terapią antyretrowirusową, a jego wiremia utrzymuje się na niewykrywalnym poziomie.

W przypadku zdecydowania się na korzystanie z PrEP osoba zainteresowana dostawała zestaw leków na trzy miesiące. Jednakże w okresach zaostrzenia się pandemii COVID-19 kliniki wydają leki na dłuższy okres.

Korzystanie z PrEP jest pokryte klauzulą poufności. Bez zgody osoby zainteresowanej informacja ta nie może być nikomu przekazana, nawet lekarzowi rodzinnemu.

Źródło: <https://www.aidsmap.com/about-hiv/how-get-prep-uk>



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”

PrEP w Gujanie

Gujana to państwo w Ameryce Południowej, nad Oceanem Atlantyckim. Na Karaibach Gujana uznawana jest za lidera w zwalczaniu HIV i AIDS. W 2020 roku liczba faktycznie przeprowadzonych tam testów w kierunku HIV przewyższyła tę początkowo zakładaną. W 2019 roku udało się zdiagnozować 94% osób żyjących z HIV, a 73% osób znających swój status serologiczny było objętych terapią antyretrowirusową. U 87% z nich uzyskano supresję wirusa.



Dane epidemiczne Gujany 2020:

Liczba dzieci i dorosłych HIV+	9000 [8100 - 10 000]
Liczba dorosłych ≥15 r.ż HIV+	8700 [7900 - 9700]
Liczba kobiet ≥15 r.ż HIV+	4400 [4000 - 4900]
Liczba mężczyzn ≥r.ż HIV+	4300 [3800 - 4900]
Liczba dzieci do 14 r.ż HIV+	<500 [<500 - <500]

Od 2015 roku Światowa Organizacja Zdrowia zaleca, aby osoby o podwyższonym ryzyku zakażenia HIV mogły korzystać z profilaktyki przedekspozycyjnej. Wtedy to wiele krajów objęło populacje kluczowe (mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami, osoby sprzedające usługi seksualne oraz osoby transpłciowe) programami PrEP. W Gujanie te populacje charakteryzują się większą prevalencją HIV: 8% liczby zakażeń przypada na kobiety trans, 6% na osoby sprzedające usługi seksualne i 5% na gejów i innych mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami.

„Leczenie antyretrowirusowe ciągle podlega procesowi udoskonalenia i to nie tylko ze względu na osoby już zakażone, ale także z uwagi na osoby zdrowie, które chcą stosować PrEP. Aby opcję tę móc udostępnić każdemu potrzebującemu konieczne jest pełne wdrożenie najlepszych praktyk z zakresu profilaktyki i leczenia” – powiedział Michel de Groulard, dyrektor krajowy UNAIDS w Gujanie i Surinamie. „Dlatego cieszy nas kierunek, jaki obiera Ministerstwo Zdrowia Gujany, czyniąc starania aby PrEP był ogólnodostępną opcją. Mamy odpowiednie narzędzia, aby zakończyć epidemię AIDS. Teraz musimy ich tylko użyć”.

W roku 2021 minister zdrowia tego kraju, Frank Anthony ogłosił, że wprowadzi kompleksowy plan profilaktyki przedekspozycyjnej realizowany we współpracy z klinikami i organizacjami pozarządowymi. „Chcemy na tyle rozbudować strategię krajową, aby zapewnić każdemu, kto jest narażony na zakażenie HIV, dostęp do profilaktyki przedekspozycyjnej. Wierzmy, że dzięki PrEP możemy zapobiec wielu nowym przypadkom infekcji.” – powiedział minister. Ta decyzja to efekt wielu lat lobbowania na rzecz rozszerzenia wdrażania PrEP na terenie Gujany.

Do tej pory działania profilaktyczne w tym kraju kierowane były wyłącznie do zdrowych partnerów seksualnych osób HIV+ pozostających ze sobą w stałym związku.

W 2020 roku Gujańskie Stowarzyszenie Przeciw Dyskryminacji Orientacji Seksualnej (Guyana's Society against Sexual Orientation Discrimination - SASOD Guyana) zmieniło kierunek swoich działań z lobbowania na rzecz wprowadzenia inkluzywnych programów PrEP na własnoręczne udzielanie tego typu świadczeń. Stowarzyszenie połączyło swoje siły z inną organizacją o nazwie Midway Specjalty Care Centre, wspólnie starając się wypełnić lukę w krajowej strategii przeciwdziałania HIV. To w ramach tego partnerstwa sektora prywatnego i społeczeństwa obywatelskiego wszyscy potrzebujący Gujańczycy po raz pierwszy mogli korzystać z PrEP. Lek sprzedawano po kosztach własnych, a osoby zgłaszające się po niego za pośrednictwem organizacji pozarządowych nie musiały uiszczać opłaty za konsultację lekarską.

Źródło: https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2021/january/20210119_Guyana_PrEP

dr n. przyr. Maria Wawer, UMCS

kontra 

Redakcja
Maryla Rogalewicz

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.