



W numerze:

Edukacja o edukacji.

Działania IFMSA-Poland z zakresu podnoszenia kwalifikacji edukatorów

Anna Rewekant, IFMSA-Poland

Str. 1-2

Nowe metody profilaktyki zakażeń HIV (PrEP, PEP, TaSP)

Bartosz Szetela, UM we Wrocławiu

Str. 2-4

Profilaktyka i edukacja w zakresie HIV w grupie kobiet świadczących komercyjnie usługi seksualne

Justyna Bągorska, Marzena Dżon, Stowarzyszenie Da Du

Str. 5-7

Testy na HIV w służbach mundurowych i możliwość służby dla osób żyjących z HIV

Krajowe Centrum ds. AIDS

Str. 8-9

Aspekty

Chemsex w praktyce Punktu Konsultacyjno-Diagnostycznego

Michał Pawłęga, Społeczny Komitet ds. AIDS

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

www.aids.gov.pl

poradnia@aids.gov.pl

Edukacja o edukacji. Działania IFMSA-Poland z zakresu podnoszenia kwalifikacji edukatorów

Jednym z filarów działania Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA-Poland jest edukacja rówieśnicza. Działacze IFMSA-Poland czują się zobligowani do propagowania obszernej wiedzy na temat profilaktyki HIV/AIDS i infekcji przenoszonych drogą płciową. Wolontariusze Stowarzyszenia nieustannie się szkolą, przez cały rok akademicki dbają o zapewnienie możliwości doksztalcania się członkom IFMSA. Wszystko po to, by w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych młodzież mogła otrzymywać rzetelne informacje dotyczące własnego zdrowia. Nie jest to łatwe wyzwanie. Wiedza nastolatków nierzadko opiera się na mediach czy powielanych stereotypach. W Internecie zamieszczanych jest wiele nieprawdziwych informacji, które mogą mieć negatywny skutek w przyszłym życiu młodych osób.

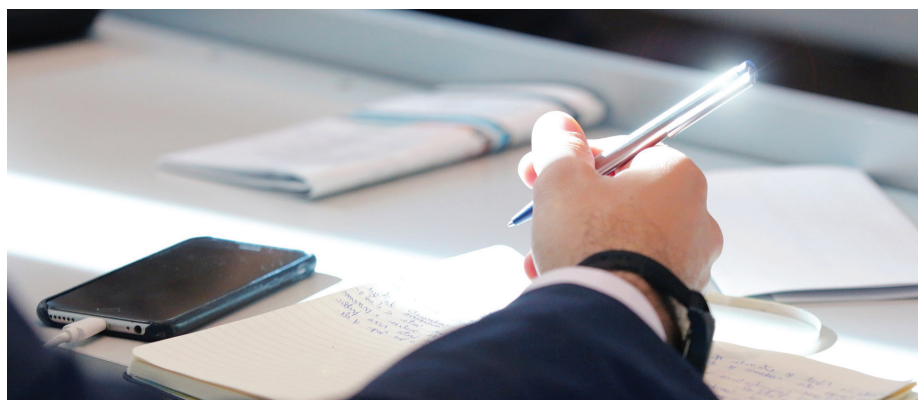
PolPET

(z ang. Polish Peer Education Training)

To weekendowe warsztaty z zakresu umiejętności miękkich, podstawowa wiedza z zakresu zdrowia człowieka. Trenerzy to osoby z bardzo dużym doświadczeniem, studenci medycyny

ostatnich lat, którzy przeprowadzili dziesiątki jak nie setki zajęć edukacyjnych w szkołach podstawowych (kiedyś również gimnazjalnych) jak i licealnych. Często są to absolwenci, byli działacze IFMSA-Poland - młodzi lekarze, służący swoim doświadczeniem i wiedzą. Uczestnicy to studenci, którzy chcieliby prowadzić zajęcia z zakresu edukacji rówieśniczej o tematyce prozdrowotnej w szkołach. Agenda warsztatów zawiera m.in. ćwiczenia z zakresu autoprezentacji, radzenia sobie z trudnymi pytaniami od uczniów, omawiane są sytuacje, które zdarzają się w szkołach. Program warsztatów jest oparty na najnowszych wytycznych towarzystw naukowych oraz Centers for Disease Control and Prevention.

Ćwiczeniem, które cieszy się rok rocznie dużą popularnością uczestników warsztatów jest losowanie autentycznych pytań uczniów i próba odpowiadania i wyjaśniania wątpliwości. Wszystkie ćwiczenia, zadania, opierają się na zasadach EBM (medycyny opartej na faktach). Warsztaty odbywają się raz w roku, najczęściej ze środków uzyskanych z grantów. W ubiegłych latach IFMSA-Poland było laureatem wielu grantów m.in. od MTV Staying Alive Founda-



tion, Gilead Sciences Poland (konkurs Pozytywnie Otwarci) oraz Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Szkolenia

To również weekendowe warsztaty omawiające przede wszystkim bieżące działania prozdrowotne wszystkich Oddziałów IFMSA-Poland. Poddawane dyskusji są aktualne kampanie edukacyjne, planowane są przyszłe wydarzenia oraz dyskutowane sukcesy jak i niedociągnięcia zakończonych przedsięwzięć. Wszystko po to, by kolejne inicjatywy mogłyby być jeszcze lepiej zorganizowane. Zapraszamy gości: specjalistów-ginekologów, zakaźników, którzy dzielą się z uczestnikami swoim wieloletnim doświadczeniem. W czasie warsztatów staramy się przekazywać, by przyszli lekarze realizujący edukację w szkołach opierali swoje prezentacje, programy nauczania na potrzebach młodych ludzi i uczyli nastolatków o ich anatomii i fizjologii, dbaniu o zdrowie oraz zapobieganiu infekcjom. Wszystkie treści jakie są przekazywane uczestnikom warsztatów są zgodne z zasadami EBM (medycyny opartej na faktach) czy wytycznych towarzystw naukowych.

Lokalne warsztaty dla edukatorów

Koordinator Lokalny ds. Zdrowia i AIDS (LORA) buduje kompetencje swojego zespołu poprzez organizację warsztatów w swoim Oddziale IFMSA-Poland. Zaprasza najbardziej doświadczonych edukatorów, żeby podzielili się doświadczeniami, radami; opowiedzieli jak realizują edukację w szkołach, co było dla nich najtrudniejsze, z jakimi problemami spo-



tykali się organizując lekcje. Takie spotkania są podstawą do budowania silnej lokalnej drużyny edukatorów.

Szkolenie dla edukatorów projektu „Tramwaj zwany Pożądaniem”

Rok rocznie to właśnie „Tramwaj zwany Pożądaniem” przynosi najwięcej satysfakcji z podejmowanej edukacji, spotyka się z entuzjastycznym przyjęciem na ulicach oraz dużym oddźwiękiem medialnym. Najważniejszym zadaniem jest zorganizowanie drużyny edukatorów, która poradzi sobie z każdym trudnym i wymagającym pytaniem od publiczności, będzie umiała wskazać rzetelne źródła informacji. W wielu lokalnych Oddziałach IFMSA-Poland szkolenia dla edukatorów podejmowane są we współpracy z punktami konsultacyjno-diagnostycznymi (PKD). To właśnie w tych miejscach pracują osoby najlepiej przygotowane do rozmów o tematyce HIV/AIDS. Doradcy chętnie dzielą się swoją wiedzą, ogromnym doświadczeniem sprawiając,

że wszyscy pasażerowie na pokładzie „Tramwaju” wysiadając z niego są bogatsi o rzetelne medyczne informacje. W niektórych miastach organizujących „Tramwaj zwany Pożądaniem” udaje się zaprosić do wspólnej podróży lekarzy: ginekologów i położników, chorób zakaźnych czy urologów. Parę lat temu we współpracy ze studentami politechniki powstała specjalna aplikacja, która gromadzi rzetelną wiedzę, daje możliwość zadawania pytań i uzyskania odpowiedzi na nurtujące pytania.

Edukacja prozdrowotna nie należy do łatwych wyzwań codziennej działalności studentów medycyny zrzeszonych w IFMSA-Poland. Jest jednak jednym z najbardziej wdzięcznych działań. Dzięki pracy wolontariuszy, dobrze przygotowanych merytorycznie przyszłych lekarzy, młodzi ludzie są lepiej przygotowani do podejmowania świadomych decyzji dotyczących ich zdrowia.

Anna Rewekant

Nowe metody profilaktyki zakażeń HIV (PrEP, PEP, TaSP) i możliwość ich zastosowania w działaniach skierowanych do populacji kluczowych

Profilaktyka zakażeń HIV aby była skuteczna musi opierać się na sprawdzonych klinicznie metodach, jednak nawet najsukuteczniejsze metody nie będą działać, jeśli odbiorcy nie będą skłonni ich stosować. Z tego właśnie powodu działa-

nia profilaktyczne muszą być dopasowane do specyfiki konkretnych grup odbiorców.

Praca z osobami podejmującymi ryzykowne zachowania, niezależnie czy związane z dożywłym używaniem narkotyków

czy kontaktami seksualnymi uczy, że zakażenie HIV jak i inne zakażenia przenoszone drogą płciową ZPDP (STI) nie są im obojętne, a lęk przed zakażeniem jest realny. Potoczna opinia, że „przestaliśmy się bać HIV”, wydaje się być błędna.

Podejmowanie zachowań obarczonych ryzykiem zakażenia HIV ma różnorodne przyczyny, jest mniej lub bardziej świadome i utrzymuje się różnie długo. Zasady redukcji szkód nakazują działać w chwili, gdy konkretna osoba ulega narażeniu. Należy wówczas dostarczyć jej wiedzę i narzędzia, które mogą temu zakażeniu zapobiec.

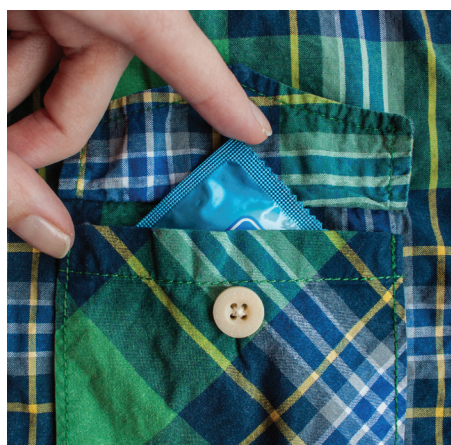
Współcześnie dostępne działania profilaktyczne można podzielić na dwa rodzaje:

- mające na celu unikanie ekspozycji,
- minimalizujące ryzyko zakażenia w razie wystąpienia ekspozycji.

Te dwa rodzaje interwencji nie powinny się jednak wykluczać a uzupełniać w zależności od potrzeb konkretnego pacjenta.

Do metod mających na celu uniknięcie samej ekspozycji lub zmniejszenie ich liczby, zwanych metodami behawioralnymi, należą:

- abstynencja seksualna lub opóźnienie wieku inicjacji seksualnej,
- edukacja na temat dróg transmisji i sposobów unikania zakażenia (dopasowana do konkretnej grupy odbiorców, kierowana nieprzerwanie do populacji ogólnej i populacji kluczowych),
- unikanie iniekcji narkotyków (np. terapia uzależnień, terapia substytucyjna w uzależnieniu od opioidów) lub wykonywanie bezpieczniejszych iniekcji (np. programy wymiany igieł i strzykawek),
- monogamia seksualna ze zdrowym, niezakażonym partnerem,
- prawidłowe i regularne używanie prezerwatyw.



Działania te muszą być realizowane długofalowo i nieprzerwanie, a informacje na ich temat powszechne i dostępne dla każdej osoby narażonej na zakażenie.

W tym miejscu należy wyjaśnić wiele nieporozumień związanych ze skutecznością prezerwatyw. Wciąż bardzo wiele osób pyta czy prezerwatywa w 100% chroni przed zakażeniem HIV i innymi STI. Jeśli tylko prezerwatywa była przechowywana w odpowiednich warunkach i nie uległa uszkodzeniu, nie ma możliwości aby przez warstwę lateksu przeniknął HIV czy inny patogen przenoszony drogą płciową. Prezerwatywa zmniejsza ryzyko zakażenia HIV. Zupełnie inną kwestią jest skuteczność działań profilaktycznych kierowanych do osób o zwiększonym ryzyku zakażenia uwzględniających wyłącznie używanie prezerwatyw. Tutaj potwierdzona skuteczność zderza się z życiem. Kilukrotnie powtarzane eksperymenty prowadzone w stałych parach plus-minus (jedna osoba zakażona HIV jeszcze nieleczona, druga niezakażona) wykazały, że skuteczność prezerwatyw jako jedynej metody profilaktyki przed zakażeniem HIV w parach MSM wynosiła około 70%, a w parach heteroseksualnych około 80%. Skąd te różnice, mimo że wszyscy uczestnicy obserwacji otrzymywali tę samą edukację w zakresie metod profilaktyki, prawidłowego używania prezerwatyw i darmowy do nich dostęp? Tę rozbieżność można wytłumaczyć zdarzeniami losowymi, a dokładniej:

- prezerwatywy czasami pękały,
- prezerwatywy czasami nie były używane przez cały czas trwania stosunku,
- prezerwatywy czasami nie były używane wcale (były akurat niedostępne, partnerzy zdecydowali się świadomie na kontakt bez prezerwatywy...),
- czasami dochodziło do ekspozycji na krew zakażonego partnera zupełnie bez związku z kontaktami seksualnymi,
- czasami do zakażenia HIV dochodziło poza stałym związkiem.

Z uwagi na zawodność metod behawioralnych i z uwagi na zwiększone ryzyko zakażenia HIV w populacjach kluczo-

wych konieczne stało się opracowanie metod zmniejszających ryzyko zakażenia HIV w przypadku rzeczywistej ekspozycji. Są to tzw. interwencje biomedyczne, a należą do nich:

- PrEP (profilaktyka przedekspozycyjna),
 - PEP (profilaktyka poekspozycyjna),
 - TasP (*treatment as prevention* czyli leczenie antyretrowirusowe jako profilaktyka),
 - regularne testowanie i jak najszybsze leczenie wszystkich osób z kontaktu w kierunku HIV i innych zakażeń przenoszonych drogą płciową i drogą krwi,
 - obrzezanie mężczyzn,
- każda o innej skuteczności i innej grupie odbiorców.

PEP (profilaktyka poekspozycyjna, rozpoczynana po narażeniu na zakażenie)

Polega na przyjmowaniu przez 28 dni pełnego zestawu trzech leków antyretrowirusowych. Należy ją rozpocząć jak najszybciej po ekspozycji (2-3 godziny), jednak nie później niż w ciągu 48 godzin. Nowsze leki stosowane w PEP są dość dobrze tolerowane, brak jest jednak dobrych badań klinicznych oceniających skuteczność tego rodzaju profilaktyki. Dostępne dane wskazują, że powinna ona przekraczać 80%. Badania oceniające jej przydatność jako populacyjnej metody zapobiegania zakażeniom HIV dały sprzeczne wyniki. Obecnie PEP uznaje się za skuteczną metodę profilaktyki indywidualnej.

TasP i testowanie

Światowa Organizacja Zdrowia przyjęła plan 90-90-90, który powinien zostać zrealizowany do roku 2020. Oznacza on, że 90% osób zakażonych HIV powinno być świadomych tego faktu, 90% z nich podjąć leczenie, a z kolei 90% spośród leczonych osiągnąć niewykrywalną wiramię. Obecnie w Polsce udało się zrealizować tylko trzeci postulat. Wszystkie osoby zakażone HIV, które zgłoszą się do poradni HIV w Polsce, niezwłocznie otrzymują leczenie

i w efekcie ponad 90% z nich uzyskuje niewykrywalną wiramię. Niestety pozostałe cele nie zostały dotąd zrealizowane, głównie z powodu barier związanych z testowaniem i brakiem sprawnego systemu anonimowego monitorowania *linkage to care*.

Osiągnięcie niewykrywalnej wiramii HIV jest kluczowe, gdyż osoby takie stają się niezakażne podczas kontaktów seksualnych. Potwierdzają to choćby wyniki badania Partner1 sprzed kilku lat dla kontaktów heteroseksualnych i obecnie sprzed roku badania Partner2 dla kontaktów homoseksualnych. Te przełomowe obserwacje uwolniły wiele osób żyjących z HIV od lęku przed zakażeniem partnera czy partnerki, ułatwiły prokreację i zdecydowanie poprawiły jakość życia pacjentów. Rzeczywisty wpływ TasP na zmniejszenie zapadalności na HIV w Polsce udało się osiągnąć jedynie realizując również dwa pozostałe cele WHO. Obecnie jednak w obrębie tzw. populacji kluczowych (m.in. podczas imprez chemseksowych, klubowych, itp.) do przeniesienia HIV z nowo zakażonej osoby dochodzi w ciągu 6-18 miesięcy. W przypadku regularnie podejmowanego ryzyka testowanie w kierunku HIV i innych STI musi być prowadzone regularnie co 3 miesiące. Obecnie jest to możliwe praktycznie tylko w kilku dużych miastach, gdzie funkcjonuje dobra sieć punktów konsultacyjno-diagnostycznych z szeroką ofertą i odpowiednimi godzinami pracy. Dobrze wyszkoleni i finansowani lekarze rodzinni lub organizacja kompleksowych poradni zdrowia seksualnego

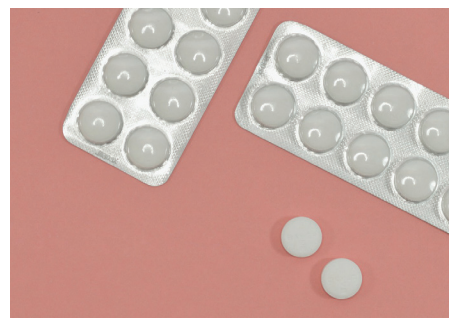
mogłyby wesprzeć system diagnostyki przesiewowej HIV i STI w innych miejscowościach. Wymaga to jednak zmian systemowych.

PrEP

Co zatem mogą zrobić osoby, które z różnych powodów, okresowo lub przewlekłe, podejmują ryzykowne zachowania seksualne/narkotykowe i chcą już teraz zadbać o swoje zdrowie, uniknąć zakażenia HIV i nie czekać na zmianę systemu?

Profilaktyka przedekspozycyjna, która polega na przyjmowaniu przez osobę niezakażoną HIV jednej tabletki dziennie (zawierającej dwa leki antyretrowirusowe: emtrycyabinę i tenofovir), zmniejsza ryzyko zakażenia HIV o ponad 96%. Istnieje też model doraźnego dawkowania, ale dotyczy on wyłącznie MSM. W ramach profilaktyki PrEP zaleca się również używanie prezerwatyw. Ponadto co 3 miesiące każdy pacjent powinien mieć wykonywane badania w kierunku większości zakażeń przenoszonych drogą płciową i w razie ich wykrycia natychmiast otrzymać leczenie. Szacuje się, że konsekwentnie prowadzona diagnostyka STI w ciągu 10 lat doprowadzi do zmniejszenia zapadalności na rzeżączkę i chłamydiozę o ponad 40%.

Dotychczas prawdziwe niepowodzenia PrEP na świecie, czyli zakażenie HIV mimo prawidłowego przyjmowania leków, to raczej kazuistyka i w skojarzeniu z regularnym testowaniem i leczeniem profilaktyka przedekspozycyjna



daje nadzieję na pokonanie epidemii HIV w populacjach kluczowych. Skuteczność takich działań potwierdzono praktycznie również poza badaniami klinicznymi. W obrębie populacji MSM w Nowym Jorku, Londynie, Montrealu i Vancouver skojarzona profilaktyka realizowana w oparciu o PrEP doprowadziła do spadku zapadalności na HIV o ponad 40% już w ciągu pierwszego roku. Osiągnięcie takich efektów wymagało jednak pragmatycznego podejścia, a także zaangażowania odbiorców na etapie planowania i wdrażania programów.

Seksualność człowieka, potrzeba bliskości, a także miłość opierają się na silnych emocjach. Emocje te mogą prowadzić do podejmowania ryzykownych działań. Jeśli dołączą do nich alkohol, inne substancje psychoaktywne lub emocje związane z wykluczeniem społecznym, ryzyko rośnie. Właśnie z powodu tych zachowań największą skutecznością z populacyjnego punktu widzenia cechuje się profilaktyka skojarzona, uwzględniająca różnorodność człowieka i zmianę jego potrzeb na różnych etapach życia. Żadna z metod o potwierdzonej skuteczności nie cechuje się 100% skutecznością jeśli stosowana jest w pojedynkę. Niskie koszty profilaktyki, w tym niska cena PrEP, zdefiniowane populacje kluczowe, a także opracowane modele efektywności kosztowej pozwalają stwierdzić, że dobrze zaplanowana i realizowana profilaktyka przyniesie nie tylko korzyści indywidualne i społeczne, ale także realne oszczędności finansowe.

dr n. med. Bartosz Szetela
Klinika Chorób Zakaźnych, Chorób
Wątroby i Nabytych Niedoborów
Opornościowych Uniwersytetu
Medycznego we Wrocławiu
 [piśmiennictwo u autora]



Profilaktyka i edukacja w zakresie HIV w grupie kobiet świadczących komercyjnie usługi seksualne

Wstęp

Województwo zachodniopomorskie na tle innych regionów kraju przoduje w zakresie podejmowania przez mieszkańców ryzykownych zachowań, a tym samym zwiększa ich narażenie na HIV i inne choroby przenoszone drogą płciową (STI). Z danych Poradni Nabytych Niedoborów Immunologicznych w Szczecinie wynika, że w województwie zachodniopomorskim leczonych jest ponad 1 000 pacjentów zakażonych HIV. Dane epidemiologiczne Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego Państwowego Zakładu Higieny w Polsce wskazują, że od wdrożenia badań w 1985 roku do 31 grudnia 2018 roku zarejestrowano zakażenia HIV u 23 931 obywateli Polski. Wśród nich co najmniej 6 375 osób zostało zakażonych w związku z używaniem narkotyków, 1 833 poprzez kontakt heteroseksualny, a 3 800 zakażonych zostało poprzez kontakt seksualny pomiędzy mężczyznami. W 2018 roku w Poradni Nabytych Niedoborów Immunologicznych w Szczecinie zgłoszono 56 nowych przypadków zakażeń HIV.

Z danych Punktu Konsultacyjno-Diagnostycznego w Szczecinie wynika, że bardzo niewiele kobiet świadczących komercyjnie usługi seksualne zgłasza się na badania HIV i STI, natomiast wielu klientów w rozmowie przed wykonaniem testu w kierunku HIV wskazuje na kontakty seksualne bez zabezpieczenia z kobietami świadczącymi komercyjnie usługi seksualne.

Ograniczanie szkód zdrowotnych u kobiet świadczących komercyjnie usługi seksualne

Stowarzyszenie Wolontariuszy DA DU jest jedyną organizacją pozarządową w Szczecinie, a także województwie zachodniopomorskim, która realizuje działalność profilaktyczną i pomocową w środowisku osób komercyjnie świad-

czących usługi seksualne. W ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 w obecnym roku 2019 realizowane jest zadanie w obszarze „Wspierania realizacji programów redukcji szkód zdrowotnych i społecznych wśród osób używających szkodliwie i uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych”, obejmujące m. in. działalność edukacyjną, wsparcie społeczne i socjalne, programy wymiany igieł i strzykawek (zapobieganie zakażeniom przenoszonym drogą krwi – HIV, HBV, HCV itd.) oraz testowanie w kierunku zakażeń krwiopochodnych (HIV, HBV, HCV) ze szczególnym naciskiem na działania z zakresu ograniczania szkód zdrowotnych i społecznych ukierunkowanych na profilaktykę HIV, HCV, HBV i innych chorób zakaźnych wśród osób używających narkotyków. Głównym celem zadania pod nazwą „Mam wiedzę, żyję bardziej świadomie” jest zapobieganie zakażeniom HIV, HBV, HCV i innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową wśród kobiet świadczących komercyjnie usługi seksualne, które nie mają odpowiedniej wiedzy na temat zmniejszania ryzyka zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową. Należy podkreślić, że pod wpływem środków psychoaktywnych ich zachowania stają się bardziej ryzykowne.

Pomysł takiego działania był skutkiem badania ankietowego, z którego wynikało, że większość kobiet świadczących komercyjnie usługi seksualne nie testuje się w kierunku HIV i innych chorób przenoszonych drogą płciową oraz nie stosuje zabezpieczeń. Stowarzyszenie DA DU w swoich strukturach ma Punkt Konsultacyjno-Diagnostyczny, jednak większość kobiet nie przyjdzie do takiego stacjonarnego Punktu. Realizacja zadania polega więc na dotarciu bezpośrednio do kobiet i wykonaniu testów w kierunku zakażeń krwiopochodnych i chorób przenoszonych drogą płciową. Zadanie jest realizowane przez streetworkerów Stowarzyszenia przy wsparciu eks-

pertów oraz certyfikowanego doradcy HIV/AIDS, który jest także specjalistą terapii uzależnień. Zarówno przed jak i po wykonaniu testu doradca prowadzi poradnictwo dla uczestniczących w badaniu kobiet, informuje o instytucjach i organizacjach, w których mogą uzyskać niezbędną pomoc oraz wsparcie, a także wykonuje szybkie testy w kierunku HIV, HCV, kiły.

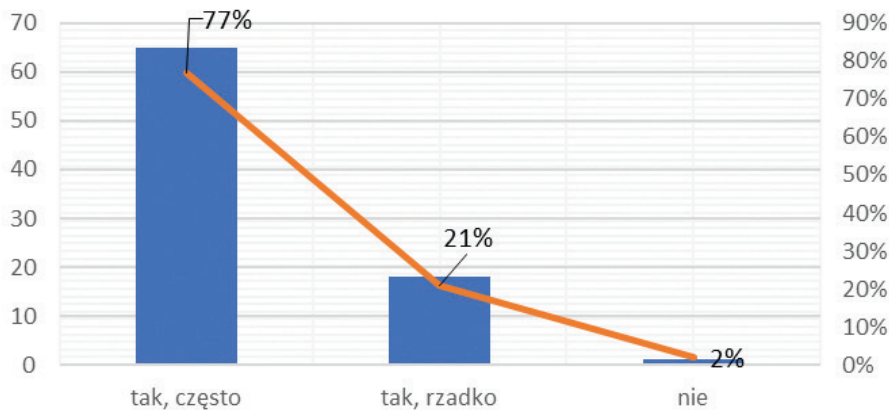
Badania prowadzone w środowisku

Badanie dotyczące testowania się w kierunku HIV i innych chorób przenoszonych drogą płciową przeprowadzono w okresie od czerwca do listopada 2018 roku. Zostały nim objęte 84 kobiety, które świadczą komercyjnie usługi seksualne, a 64 z nich miały wcześniej kontakt z wolontariuszami przeprowadzającymi badania. Badanie prowadzono w miejscach, gdzie pracują tj. w mieszkaniowych agencjach, tzw. „domówkach”, na trasach wyjazdowych i wjazdowych w Szczecinie oraz na drogach powiatowych. W badanej grupie większość stanowiły kobiety młode (30-45 lat), które nadużywają alkoholu, są uzależnione od leków i nikotyny, ale także przyjmują w trakcie świadczenia usług seksualnych środki psychoaktywne (amfetamina, marihuana).

Komercyjne świadczenie usług seksualnych a HIV

Kobiety świadczące komercyjnie usługi seksualne, podejmujące ryzykowne zachowania, mające kontakt z wieloma partnerami seksualnymi są narażone w znacznym stopniu na ryzyko zakażenia HIV i innymi chorobami podczas kontaktów seksualnych z przypadkowymi partnerami. Oprócz ryzykownych zachowań seksualnych zagrożeniem dla tych kobiet jest także brak wiedzy i świadomości ryzyka zakażenia. Ponadto są one narażone na przemoc seksualną ze strony klientów lub sutenerów, zdarza się, że nie stosują zabezpieczeń na proś-

Czy zdarza się, że klienci proponują seks bez zabezpieczenia za dopłatą?



Wykres nr 1. Propozycja klientów seksu bez zabezpieczenia za dopłatą, kobiety świadczące płatne usługi seksualne, N=84, rok 2018, źródło danych: badania własne

bę lub żądanie klienta, który również odmawia stosowania prezerwatywy. Jak wynika z przeprowadzonych badań i ich późniejszej analizy, klienci odmawiają stosowania prezerwatyw lub proponują to sami, co potwierdziło 98% badanych kobiet, gotowi są płacić wyższe kwoty za seks bez ich użycia (według 77% badanych), niejednokrotnie reagują agresją na propozycje ich użycia.

Wieloletnie doświadczenie w pracy z kobietami świadczącymi komercyjnie usługi seksualne potwierdza, że podejmują one ryzykowne zachowania, często będąc pod wpływem środków psychoaktywnych lub alkoholu. Niniejsze badanie potwierdziło wyniki uzyskane przez Stowarzyszenie Wolontariuszy DA DU. Kobiety świadczące komercyjnie usługi seksualne, które spożywają alkohol i zażywają narkotyki oraz inne środki psychoaktywne podczas spotkań z klientami, podejmują zachowania ryzykowne, a tym samym narażają się na zakażenie HIV, HBV, HCV, czy STI. Ponadto będąc pod wpływem środków psychoaktywnych są zdecydowanie częściej zagrożone przemocą seksualną, psychiczną ze strony klientów. Kobiety przyznają, że rzadko poddają się testom w kierunku HIV, gdyż obawiają się poznać wy-

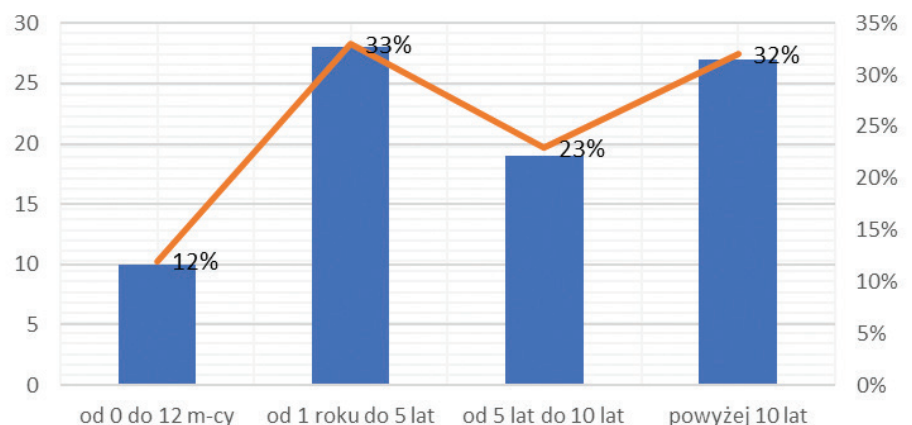
nik testu, więc wolą nie wiedzieć, czy są zakażone HIV, ale jednocześnie są świadome tego, że mogą narażać klientów jak również partnera życiowego. Działania środowiskowe streetworkerów skupiają się przede wszystkim na redukcji szkód. Zadaniem wolontariuszy Stowarzyszenia DA DU jest przekazanie, jak minimalizować ewentualne szkody zdrowotne lub je eliminować. Kolejnym zadaniem streetworkerskim jest praca interwencyjna i ewentualnie terapeutyczno-psychologiczna z tymi kobietami,

gdy zgłoszą taką potrzebę. Pracownicy Stowarzyszenia pomagają w uzyskaniu miejsca na detoksykację, szukają i rekomendują ośrodki terapii uzależnień, oferują pomoc prawną.

Ankieta przygotowana na potrzeby badania

98% badanych było obywatelkami Polski, a pozostałe 2% stanowiły kobiety pochodzące z Bułgarii. Respondentki w większości zamieszkują miasta powyżej 100 tys. mieszkańców (41%), 25% z nich mieszka w miastach od 10 do 100 tys. mieszkańców, 19% na wsi, a 15% w mieście do 10 tys. mieszkańców. Największą grupę stanowiły kobiety w wieku 19-24 lata (27%). W przedziale wiekowym 31-36 lat oraz 37-42 lata badane stanowiły 17% w każdej z grup. Podobną wielkościami grupę stanowiły kobiety w wieku od 25 do 30 roku życia (16% próby) na czwartym miejscu uplasowała się grupa wiekowa od 49 do 54 lat, stanowiąca 12%. Kobiety od 43 do 48 roku życia stanowiły 8% próby. W badaniu uczestniczyły trzy kobiety, które miały 50 lat i więcej (55, 58 i 62 lata). Najwięcej kobiet świadczyło usługi seksualne od 1 roku do 5 lat – 33% oraz powyżej 10 lat – 32%. Od 5 do

Jak długo świadczy Pani usługi seksualne?



Wykres nr 2. Przedział czasu pracy w seksbiznesie, kobiety świadczące płatne usługi seksualne, N=84, rok 2018, źródło danych: badania własne

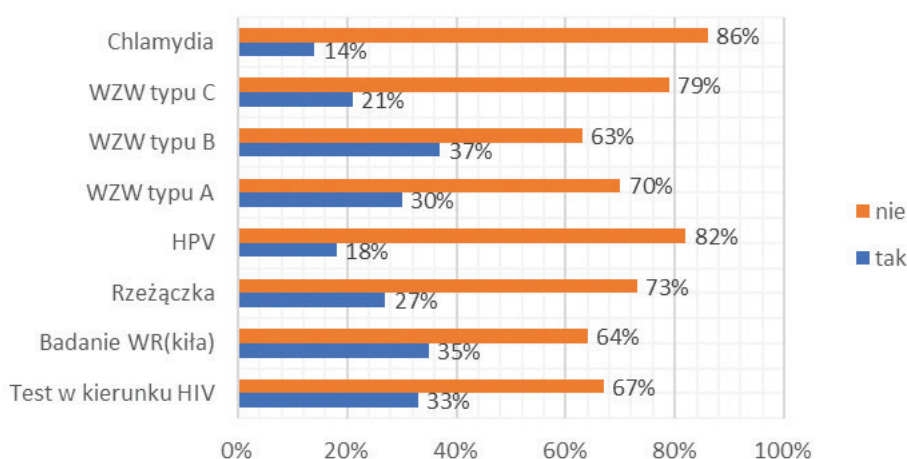
kontra 

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@aids.gov.pl
www.aids.gov.pl

Egzemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.

Czy wykonywała Pani badania w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową?



Wykres nr 3. Wykonane badania w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową, kobiety świadczące płatne usługi seksualne, N=84, rok 2018, źródło danych: badania własne.

10 lat trudniło się tym 23%, a 12% kobiet świadczy komercyjnie usługi seksualne krócej niż 12 miesięcy (wykres nr 2).

W badanej grupie były osoby, które przyznały się do rozpoznanej choroby przenoszonej drogą płciową, jednakże stanowiły one zdecydowaną mniejszość (23%). 77% respondentek nie miało tego typu diagnozy lub nie przyznało się do rozpoznania choroby przenoszonej drogą płciową. Ponad 84% badanych kobiet, które zadeklarowały rozpoznaną chorobę weneryczną wskazało, że zdiagnozowano u nich kiłę, u 74% była to rzeżączka, 16% wskazało chlamydiozę, a HPV - 9% badanych. Zdecydowana większość tych kobiet nie była badana w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową (np. 67% nie wykonywało testu w kierunku HIV). Ponad połowa badanych (55%) deklaruje, że posiada wiedzę o miejscach, gdzie można anonimowo wykonać test w kierunku HIV, a 45% badanych osób nie posiada takiej wiedzy.

Edukowanie i profilaktyka

Przeprowadzone badanie potwierdza brak wystarczającej, podstawowej wiedzy w zakresie zakażenia HIV i chorobami przenoszonymi drogą płciową u kobiet świadczących komercyjnie usługi seksualne. W związku z tym konieczna jest profilaktyka HIV i STI

i przekonywanie osób szczególnie narażonych do testowania się w kierunku HIV, HCV, kiły ale także w zakresie stosowania środków redukujących szkodę, jakimi są prezerwatywy. Autorzy badania są przekonani, że wiedza zdobyta przez kobiety świadczące komercyjnie usługi seksualne w trakcie pracy środowiskowej ze streetworkerami wpłynie na szybsze i efektywniejsze diagnozowanie chorób w tym środowisku, a kiedy zajdzie taka potrzeba zostaną one objęte wsparciem i interwencją oraz odpowiednim procesem terapeutycznym.

Warto wskazać, że 95% badanych kobiet w ewaluacji zadeklarowało, że dzięki działaniom środowiskowym realizowanym przez wolontariuszy DA DU ich poziom wiedzy znacznie wzrósł w zakresie istniejących zagrożeń związanych z HIV, AIDS, STI, używania środków psychoaktywnych, uzależnień. Kobiety te uświadomiły sobie wagę problemu. 83% z nich oświadczyło, że obecnie stosuje zabezpieczenia w trakcie pracy, a 49% uczestniczących w badaniu kobiet w badaniu ewaluacyjnym przyznało, że ograniczyły przyjmowanie środków psychoaktywnych i alkoholu w trakcie pracy z klientami. Wymierną korzyścią przeprowadzonego badania jest rezygnacja ze świadczenia komercyjnie usług seksualnych i podjęcie innego sposobu zarobkowania na etacie (3 osoby). Przez

rok od zakończenia projektu kobiety te nie wróciły do prostytucji. Ponadto wzrosła u badanych kobiet umiejętność realizowania swoich potrzeb oraz rezygnacja przez nie ze środków psychoaktywnych. 12 osób podjęło leczenie w związku z uzależnieniem od leków, narkotyków, w 10 rodzinach skorzystano z pomocy Poradni „Powrót z U”, 5 osób zgłosiło się do poradni leczenia uzależnień, a 4 osoby podjęły terapię dla osób uzależnionych od alkoholu. Do chwili obecnej 10 osób utrzymuje abstynencję od środków psychoaktywnych.

Niezmiernie ważnym aspektem w prowadzonych badaniach było podejmowanie przez kobiety świadczące komercyjnie usługi seksualne rozmowy ze specjalistami. Wyrażały one zainteresowanie poruszonymi tematami, takimi jak: zagrożenia związane z przyjmowaniem środków psychoaktywnych i ich wpływ na ryzykowne zachowania seksualne, problematyka HIV/AIDS i innych chorób przenoszonych podczas kontaktów seksualnych, przemoc, sutenierstwo, uzależnienia.

Należy zaznaczyć, że środowisko kobiet świadczących komercyjnie usługi seksualne jest niezwykle hermetyczne, niedostępne, nie jest łatwo nawiązać z nimi kontaktu w celu prowadzenia działań profilaktycznych. Przeprowadzenie badań było możliwe dzięki temu, że streetworkerzy pracujący w środowisku od wielu lat cieszą się zaufaniem respondentek, które wiedzą o tym, że nie są przez nich oceniane moralnie ani społecznie. Dowodem zaufania w stosunku do wolontariuszy jest fakt, iż kobiety od wielu lat świadczące komercyjnie usługi seksualne kontaktowały wolontariuszy z tymi, które dopiero wkraczają na tę drogę, co daje szansę na skuteczne prowadzenie działań profilaktycznych i edukacyjnych.

*Justyna Bągorska
Specjalista terapii uzależnień,
psychoterapeuta,
przewodnicząca Stowarzyszenia
Wolontariuszy DA DU*

*Marzena Dżon,
psycholog*

Testy na HIV w służbach mundurowych i możliwość służby dla osób żyjących z HIV – aktualna sytuacja prawna wybranych służb.

W przypadku zdecydowanej większości zawodów nie wykonuje się testów na HIV ani w ramach badań wstępnych do pracy ani też badań kontrolnych. Wyjątkiem jest cała grupa zawodów związanych ze służbami mundurowymi, gdzie testy na HIV są lub mogą być wykonywane w ramach badań podstawowych, zarówno wstępnych jak i kontrolnych.

Obecnie komisje lekarskie zasadniczo wszystkich służb mundurowych mogą przeprowadzać badania na HIV u kandydatów do służby, u funkcjonariuszy i żołnierzy. Taką możliwość, w różnym zakresie i z różnymi skutkami, dają wszystkie aktualnie obowiązujące rozporządzenia wykonawcze. Badania w ramach badań kontrolnych i okresowych, w tym test na HIV, nie są jednak przymusowe, tzn. nie można ich wykonać pod przymusem, bez wiedzy i zgody osoby badanej^{1,2}. Jednakże badania te jeśli zostały zlecone, to co do zasady są obowiązkowe – kandydat lub funkcjonariusz nie ma możliwości odmowy wykonania testu na HIV i jednocześnie pozytywnego ukończenia procesu kwalifikacyjnego. Podkreślić jednak należy, że obecnie, między innymi dzięki przełomowemu wyrokowi Trybunału Konstytucyjnego sprzed dziesięciu lat, w wielu sytuacjach wykrycie zakażenia



wirusem HIV u funkcjonariusza nie powoduje automatycznej konieczności stwierdzenia niezdolności do służby.

Najważniejsze wyroki Trybunału Konstytucyjnego związane z wirusem HIV, tj. wyrok z 23 listopada 2009 r. o sygn. P 61/08³ oraz wyrok z 10 grudnia 2013 r. o sygn. U 5/13⁴, nie wprowadzają zakazu wykonywania testów na HIV u kandydatów oraz funkcjonariuszy służb mundurowych. Wyroki te stwierdzają jedynie (albo aż), że wykryte zakażenie HIV nie powinno powodować automatycznego stwierdzenia niezdolności do służby, bez względu na stan zdrowia badanego. Decyzja o przydatności do służby, lub określonego rodzaju służby, powinna być dokonywana przez znających realia służby lekarzy, a nie automatycznie, przez ustawodawcę, bez względu na stan zdrowia osoby badanej. Wyroki TK zmieniły i ciągle zmieniają przede wszystkim sytuację funkcjonariuszy, u których wykryto zakażenie HIV. W większości tych

rozporządzeń, które zostały zmienione po ww. wyrokach TK (w tym dotyczących funkcjonariuszy Policji, Straży Granicznej, Straży Marszałkowskiej, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Ochrony Państwa, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Służby Więziennej, żołnierzy zawodowej służby wojskowej⁵), co do zasady, wyeliminowano automatyczne stwierdzenie niezdolności do dalszej służby w każdym przypadku wykrycia zakażenia HIV. Ciągle jednak zakażenie HIV wykryte u kandydatów do większości służb powoduje stwierdzenie niezdolności do służby.

Wyjątkiem w grupie służb mundurowych są żołnierze wszystkich rodzajów czynnej służby wojskowej i kandydaci do tej służby, gdyż na podstawie rozporządzenia z 24 stycznia 2018 r. w sprawie orzekania o zdolności do czynnej służby wojskowej oraz trybu postępowania wojskowych komisji lekarskich w tych sprawach, zarówno wykrycie zakażenia wirusem HIV jak i AIDS w każdym przypadku powoduje automatyczne orzeczenie niezdolności do służby.⁶ Co ciekawe, w przypadku żołnierzy zawodowej służby wojskowej rozporządzenie z 3 czerwca 2015 r. w sprawie stwierdzenia zakażenia HIV, w zależności od wyników badań oraz rodzaju służby, daje żołnierzowi możliwość dalszej służby, jednak nie daje możliwości dostępu do służby dla kandydatów zakażonych HIV.⁷



1. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U.2019.537 j.t. z późn.zm.), art. 32.
2. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2017.1318 j.t. z późn.zm.), art. 9 i 16.
3. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 23 listopada 2009 r. o sygn. P 61/08.
4. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 10 grudnia 2013 r., sygn. U 5/13.
5. Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 3 czerwca 2015 r. w sprawie orzekania o zdolności do zawodowej służby wojskowej oraz właściwości i trybu postępowania wojskowych komisji lekarskich w tych sprawach (Dz. U. 2015. 761 ze zm.)
6. Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 24 stycznia 2018 r. w sprawie orzekania o zdolności do czynnej służby wojskowej oraz trybu postępowania wojskowych komisji lekarskich w tych sprawach (Dz.U.2018.258)
7. Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 3 czerwca 2015 r. w sprawie orzekania o zdolności do zawodowej służby wojskowej oraz właściwości i trybu postępowania wojskowych komisji lekarskich w tych sprawach (Dz. U. 2015. 761 ze zm.)



Od 1 listopada 2018 r. w przypadku funkcjonariuszy Policji, Straży Granicznej, Straży Marszałkowskiej, Służby Ochrony Państwa oraz Państwowej Straży Pożarnej istnieje możliwość uzyskania przez osoby żyjące z wirusem HIV, a nawet chore na AIDS, kategorii B „zdolny do służby z ograniczeniem”, która oznacza, że stwierdzone choroby lub ułomności zmniejszają sprawność fizyczną lub psychiczną, mogą mieć wpływ na zdolność do pełnienia służby na zajmowanym stanowisku, jednak nie powodują całkowitej niezdolności do służby. Dotyczy to jednak jedynie funkcjonariuszy, nie kandydatów do ww. służb.⁸ Warto wskazać, że na podstawie rozporządzenia z 9 stycznia 2017 r. w sprawie badań okresowych i kontrolnych policjantów obowiązkowy test na HIV w ramach badań okresowych wykonywany jest tylko w niektórych rodzajach służby. Orzeczenie lekarskie

w przypadku braku przeciwwskazań zdrowotnych określa czy policjant jest zdolny do pełnienia służby na zajmowanym stanowisku służbowym, zdolny do pełnienia służby na zajmowanym stanowisku służbowym z zachowaniem wskazań lekarskich lub w przypadku istnienia przeciwwskazań zdrowotnych jest niezdolny do pełnienia służby na zajmowanym stanowisku służbowym.⁹

Ciekawym przypadkiem jest rozporządzenie z 23 sierpnia 2016 r. w sprawie wykazu chorób i ułomności, wraz z kategoriami zdolności do służby w Centralnym Biurze Antykorupcyjnym, które rozróżnia nieaktywne nosicielstwo HIV, które daje możliwość służby nie tylko funkcjonariuszom ale także kandydatom oraz zakażenie wirusem HIV, które uniemożliwia wejście do służby dla kandydatów, natomiast nie eliminuje ze służby funkcjonariuszy.¹⁰

Rozporządzenie z 18 grudnia 2014 r. w sprawie wykazu chorób i ułomności, wraz z kategoriami zdolności do służby kandydata do Służby Więziennej i funkcjonariusza Służby Więziennej wprowadza możliwość służby nie tylko dla funkcjonariuszy zakażonych wirusem HIV ale także dla kandydatów do służby, z kolei zespół nabytego upośledzenia odporności w obu przypadkach, tj. u funkcjonariuszy i kandydatów do służby, powoduje

stwierdzenie niezdolności do służby.¹¹ Komisje lekarskie działające równo na podstawie ustawy o Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz Agencji Wywiadu¹² jak i ustawy o służbie funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służby Wywiadu Wojskowego¹³ mają możliwość wykonywania testów na HIV zarówno u kandydatów do służby jak i funkcjonariuszy ABW, SKW i SWW. Rozporządzenie z 24 czerwca 2017 r. w przypadku SKW i SWW, daje możliwość wykonywania badań w kierunku HIV, ale nie wprowadza automatycznego stwierdzenia niezdolności do służby w każdym przypadku stwierdzenia zakażenia.¹⁴ Niestety, taki automatyzm zawierają ciągle obowiązujące przepisy rozporządzenia z 15 kwietnia 2003 r. w sprawie oceny zdolności fizycznej i psychicznej do służby w Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, gdyż na ich podstawie w przypadku wykrycia zakażenia HIV następuje automatyczne stwierdzenie niezdolności do służby w przypadku zarówno kandydatów do służby, funkcjonariuszy przewidzianych do dalszej służby, jak i kandydatów i funkcjonariuszy przewidzianych do służby w grupie antyterrorystycznej.¹⁵

Stan prawny ma dzień 25 maja 2019 r.

Opracowanie:
Krajowe Centrum ds. AIDS

8. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 11 października 2018 r. w sprawie wykazu chorób i ułomności, wraz z kategoriami zdolności do służby w Policji, Straży Granicznej, Straży Marszałkowskiej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Służbie Ochrony Państwa (Dz.U.2018.2035).
9. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 9 stycznia 2017 r. w sprawie badań okresowych i kontrolnych policjantów (Dz.U.2017.110 z późn. zm.).
10. Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 23 sierpnia 2016 r. w sprawie wykazu chorób i ułomności, wraz z kategoriami zdolności do służby w Centralnym Biurze Antykorupcyjnym (Dz.U.2016.1328)
11. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 18 grudnia 2014 r. w sprawie wykazu chorób i ułomności, wraz z kategoriami zdolności do służby kandydata do Służby Więziennej i funkcjonariusza Służby Więziennej (Dz.U.2014.1989)
12. Ustawa z dnia 24 maja 2002 r. o Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz Agencji Wywiadu (Dz.U.2018.2387 j.t. z późn. zm.)
13. Ustawa z dnia 9 czerwca 2006 r. o służbie funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służby Wywiadu Wojskowego (Dz.U.2018.1516 j.t. z późn. zm.)
14. Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 24 czerwca 2017 r. w sprawie orzekania o zdolności do służby w Służbie Kontrwywiadu Wojskowego i Służbie Wywiadu Wojskowego, orzekania o inwalidztwie funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego i Służby Wywiadu Wojskowego oraz emerytów i rencistów Służby Kontrwywiadu Wojskowego i Służby Wywiadu Wojskowego oraz orzekania o uszczerbku na zdrowiu funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego i Służby Wywiadu Wojskowego (Dz.U.2017.1345)
15. Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 15 kwietnia 2003 r. w sprawie oceny zdolności fizycznej i psychicznej do służby w Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego (Dz.U.2014.242 z późn. zm.)

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



Chemsex w praktyce Punktu Konsultacyjno-Diagnostycznego

Wiele osób zajmujących się problematyką HIV/AIDS zetknęło się z określeniem chemsex. Temat jest stosunkowo nowy – pierwsze przypadki tego zjawiska zostały zaobserwowane w Polsce kilka lat temu. Przygotowując niniejszy artykuł korzystałem z półrocznych doświadczeń pochodzących z pilotażowej interwencji profilaktycznej ukierunkowanej na mężczyzn mających seks z mężczyznami (MSM) będących użytkownikami chemseksu pn. #cojestbrane, a także istniejącego piśmiennictwa, w tym europejskich i krajowych badań dotyczących populacji MSM oraz używania narkotyków i NSP (nowych substancji psychoaktywnych). Uzupełniłem i dostosowałem je do polskiego kontekstu w oparciu o doświadczenie kliniczne.

Próba zdefiniowania zjawiska

Chemsex to użycie specyficznych substancji (narkotyków i/lub NSP) przed lub w trakcie kontaktu seksualnego przez homoseksualistów, biseksualistów i innych MSM. Po raz pierwszy zostało użyte w Wielkiej Brytanii dla opisanego niepokojących trendów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych w populacji

homoseksualnych mężczyzn w Londynie (Bourne i in., 2014). W ostatnich latach zjawisko to nasila się także w Polsce, towarzyszy mu wykorzystywanie nowych substancji psychoaktywnych o mało poznanym działaniu i prawdopodobnie dużym potencjale uzależniającym.

Na podstawie literatury i doświadczenia klinicznego proponuję następującą, rozszerzoną definicję chemseksu: Określenie „chemsex” odnosi się do intencjonalnego użycia specyficznych narkotyków i NSP przed lub w trakcie kontaktu seksualnego, przez homoseksualistów, biseksualistów i innych MSM, często połączonego z poznawaniem partnerów, wyszukiwaniem miejsc kontaktów seksualnych oraz możliwości zakupu substancji psychoaktywnych, przy wykorzystaniu dedykowanych aplikacji geolokalizacyjnych¹.

Substancjami używanymi do chemseksu są w Polsce przede wszystkim: katynony (określane często mylnie jako „mefedron”) i GHB/GBL, rzadziej metamfetamina, ketamina, kokaina, amfetamina i MDMA (ecstasy). Mogą one być przyjmowane donosowo, doustnie, doodbytniczo oraz iniekcyjnie.

Seks pod wpływem substancji a chemsex

Oczekiwanym przez użytkowników chemsex efektem użycia substancji jest:

- **znaczące obniżenie** granic osobistych,
- **znaczące zmniejszenie** napięcia,
- **wydłużenie** czasu trwania kontaktu seksualnego,
- **znaczące zwiększenie** towarzyszących mu doznań.

Motywacje te mają znaczenie dla określenia czy podejmowany pod ich wpływem kontakt seksualny można uznać za chemsex. Dla przykładu: kontaktu seksualnego pod wpływem kannabinoidów nie można uznać za chemsex – ich użycie obniża granice i napięcie oraz zwiększa doznania seksualne, jednak nie w znacznym stopniu. Nie przyczynia się także do znaczącego wydłużenia czasu trwania stosunku. Podobnie podjęcie nieplanowanego kontaktu seksualnego po użyciu substancji stymulujących, przyjętych z intencją zabawy w klubie, nie będzie rozumiane jako chemsex – użytkownik mógł przyjąć substancję oczekując przyływu energii do tańca i łatwości w nawiązywaniu kontaktów towarzyskich.

Chemsex jako zagadnienie dotyczące populacji MSM

Proponowana definicja chemseksu dotyczy populacji homoseksualistów, biseksualistów i innych MSM. Kontakty seksualne pod wpływem narkotyków i NSP mogą podejmować nie tylko osoby z tej



1. Aplikacje, z których można korzystać za pomocą komputera lub smartfonu, umożliwiające określenie lokalizacji własnej i innych użytkowników oraz nawiązywanie z nimi kontaktów, wymianę wiadomości i udostępnianie zdjęć.

grupy. Jednak odniesienie chemseksu wyłącznie do populacji MSM wynika – na podstawie dostępnych danych – ze znacznego rozprzestrzenienia zjawiska w tej grupie i współwystępowania szeregu syndemii związanych z jej funkcjonowaniem społecznym.

Najpełniejsze dane dotyczące szacowania skali zjawiska chemseksu pochodzą z Anglii (Hickson i in., 2016). Wynika z nich, że 6,6% wszystkich badanych MSM zadeklarowało używanie chemseksu w ciągu ostatnich 4 tygodni, zaś w Londynie – 14,3%. Wśród MSM, którzy wiedzieli o zakażeniu HIV było to odpowiednio: 21,9% badanych w Anglii i 32,7% w Londynie. Wskazuje to, że chemsex występuje prawdopodobnie znacznie częściej w populacji MSM żyjących z HIV. Jeżeli chodzi o dane krajowe, pośrednich informacji o skali występowania chemseksu dostarcza badanie SIALON II z 2012 r. przeprowadzone w klubowej populacji MSM w Warszawie (Mirandola i in., 2016). Stosowanie stymulantów (tj. substancji potencjalnie powiązanych z chemsexem) w ciągu ostatnich 12 miesięcy deklarowało 12,9% respondentów.

Podsumowując, zjawisko chemseksu dotyczy prawdopodobnie subpopulacji MSM o niewielkiej liczebności. Z uwagi na znaczną liczbę potencjalnych zagrożeń epidemiologicznych i dotyczących zdrowia jednostek jest ona jednak ważnym odbiorcą działań profilaktycznych i terapeutycznych.



Potencjalne negatywne następstwa chemseksu

Chemsex może wiązać się z negatywnymi następstwami dla użytkowników. Mogą one wzajemnie na siebie wpływać, wzmacniając swoje oddziaływanie (Hickson i in., 2016) – oznacza to, że w przypadku użytkowników problemowych może dochodzić do syndemii, mającej poważne skutki dla zdrowia populacji MSM.

Do najważniejszych negatywnych następstw używania chemseksu zaliczyć można (Stuart i in., 2015; Bourne i in., 2014):

1. Ryzyka związane ze zdrowiem fizycznym

- Przedawkowanie i związane z używaniem efekty uboczne, interakcje między przyjmowanymi substancjami (w tym związane z utratą przytomności i śmiercią); problemy ze snem, zaburzenia procesów poznawczych i funkcjonowania organizmu; utrata masy ciała związana z ograniczeniem przyjmowania pokarmów; seks bez zgody, w tym nadużycia seksualne związane z ograniczoną możliwością podejmowania świadomych decyzji lub utratą przytomności po używaniu.
- Zakażenia STI i HIV związane z rezygnacją z zabezpieczenia podczas kontaktu seksualnego lub używaniem wspólnego sprzętu (np. przy iniekcjach); zakażenia powodowane podaniem substancji.
- Niska adherencja leczenia ARV.

2. Ryzyka związane ze zdrowiem psychicznym

Traumatyczne doświadczenia seksualne, w tym dotyczące nadużycia seksualnego; napady lęku; epizody psychotyczne i uzależnienie (od substancji chemicznych, kompulsji seksualnej - masturbacji - pornografii i geolokalizacyjnych aplikacji randkowych).

3. Strata czasu

Większość przyjmowanych substancji (w szczególności katynony i GHB/GBL) wywołuje silną potrzebę przyjęcia kolej-



nej dawki, co może skutkować trudnościami z kontrolowaniem kontaktów seksualnych i przyjmowanych ilości. Sesje chemseksu mogą trwać od kilku godzin do 4 dni, po nich konieczny jest czas potrzebny na powrót do równowagi zdrowotnej (ustanie obniżonego nastroju, objawów odstawienia, trudności ze snem).

4. Ryzyka związane z pracą i pieniędzmi

Koszt zakupu substancji, straty finansowe powodowane: nieobecnością w pracy, utratą możliwości zarobkowania i utratą zatrudnienia.

5. Ryzyka społeczne i związane z relacjami

Przy częstym używaniu, połączonym z podejmowaniem kontaktów seksualnych z wieloma partnerami możliwe jest wystąpienie trudności w podtrzymywaniu relacji innych niż seksualne, a także w związku ze znacznym nakładem czasu rozluźnienie więzi z rodziną, przyjaciółmi, partnerem, zarzucenie zainteresowań czy hobby oraz – w konsekwencji używania - odrzucenie ze strony osób bliskich.

6. Ryzyka społeczne, w tym dotyczące społeczności MSM

Wraz z postępującą koncentracją na używaniu stosujący te substancje mogą doświadczać samotności, stygmatyzacji ze strony społeczności MSM: podobnie jak w innych grupach społecznych, występuje w niej często negatywna ocena użytkowników, przekonanie o odpowiedzialności osoby uzależnionej za jej chorobę oraz możliwości zaprzestania używania wyłącznie dzięki silnej woli do zmiany.

Identyfikowanie użytkowników chemseksu w czasie poradnictwa okołotestowego HIV

Większość rozmów towarzyszących poradnictwu okołotestowemu HIV umożli-

wia zidentyfikowanie czynników mogących świadczyć o używaniu przez klienta chemseksu. W szczególności w ich trakcie sugerują zwrócić uwagę na (Hegazi i in., 2016):

- używanie narkotyków i NSP powiązanych z chemseksem, w tym iniekcyjnie,
- korzystanie z PEP w ciągu ostatnich 12 miesięcy,
- duże przerwy pomiędzy wykonywaniem badań w kierunku HIV/STI przy znacznej liczbie partnerów seksualnych,
- STI w ciągu ostatnich 12 miesięcy,
- zakażenie HCV,
- podejmowanie grupowych kontaktów seksualnych,
- podejmowanie kontaktów seksualnych w zamian za korzyści,
- posiadanie więcej niż 6 partnerów seksualnych w ostatnich 3 miesiącach,
- konsekwentne rezygnowanie z używania prezerwatyw,
- bycie fistowanym.

Pomocne w identyfikacji użytkowników (w tym problemowych) może być zadanie kilku pytań:

1. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy używałeś chems przed lub w trakcie seksu?
2. Jeżeli tak – jakich? → zweryfikowanie czy były to substancje używane podczas chems
3. Kiedy miałeś ostatnio seks na trzeźwo? → pytanie służące wywołaniu refleksji odnośnie częstotliwości używania

Dalsze działania

W przypadku zidentyfikowania użytkownika chemseksu → przeprowadzenie krótkiej interwencji dotyczącej redukcji szkód. Pomocne w tym może być zapoznanie się z broszurą „Chems” przygotowaną w ramach programu #cojestbrane, dostępną na stronie www.skaid.org/cojestbrane.



W przypadku zidentyfikowania użytkownika problemowego → wskazanie możliwości skorzystania z serwisów pomocowych ukierunkowanych na budowanie sieci wsparcia, ograniczenie szkód, zmianę wzorców używania lub abstynencję. Mogą to być:

- lokalne poradnie leczenia uzależnień i seksuologiczne
- lokalne organizacje LGBTI, np. Grupa Stonewall (Poznań), Kultura Równości (Wrocław), Lambda Szczecin (Szczecin), Lambda Warszawa (Warszawa), Pracownia Różnorodności (Toruń), Tęczówka (Katowice), Tolerado (Gdańsk), Znaki Równości (Kraków)
- Wspólnota Anonimowych Narkomanów prowadząca także mitingi dedykowane osobom LGBTI
- Społeczny Komitet ds. AIDS www.skaid.org prowadzący program motywacyjno-edukacyjny dla problemowych użytkowników chemseksu.

*Michał Pawłęga,
Kierownik ds. zdrowia MSM
Społeczny Komitet ds. AIDS*

Bibliografia:

1. Bourne A. i in. (2014), The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay & bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewisham, London: Sigma Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine.
2. Hegazi A. i in. (2016), Chemsex and the city: sexualised substance use in gay bisexual and other men who have sex with men attending sexual health clinics, International Journal of STD & AIDS, Volume 12 (16).
3. Hickson F. i in. (2016), State of play: Findings from the England Gay Men's Sex Survey 2014, London: Sigma Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine.
4. Mirandola M. i in. (2016), The Sialon II project. Report on a Bio-behavioural Survey among MSM in 13 European cities, Cierre Grafica.
5. Stuart D., Collins, S. (2015) Methamphetamine - Chemsex vs recreational drug use: a proposed definition for health workers. HIV Treatment Bulletin, Volume 16(5/6).