



### W numerze:

#### STI w Polsce w 2020 roku

M. Niedzwiedzka-Stadnik, NIZP-PZH **Str. 1-3**

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

KCAIDS **Str. 3-6**

#### Czterdzieści lat AIDS

KCAIDS **Str. 6**

#### Spotkanie wysokiego szczebla ONZ w sprawie HIV/AIDS

KCAIDS **Str. 7-8**

### Aspekty

#### UNAIDS o HIV w zakładach penitencjarnych i populacjach kluczowych w dobie COVID-19

Magdalena Nicoletti

#### 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](http://www.aids.gov.pl)  
[facebook.com/kcaids](https://facebook.com/kcaids)

## Sytuacja epidemiologiczna HIV/AIDS w roku 2020\* w porównaniu z poprzednimi latami (\*dane wstępne)

\* Poniższe dane za 2020 rok należy traktować jako dane tymczasowe, które będą podlegać aktualizacjom, ponieważ w związku z sytuacją epidemiologiczną oraz pandemią COVID-19 dane z nadzoru nad chorobami zakaźnymi w roku 2020, są niedoszacowane oraz pochodzą głównie z meldunków o zachorowaniach na choroby zakaźne, zakażeniach i zatruciach w Polsce (MZ-56) przesyłanych przez stacje WSSE do NIZP-PZH, a nie z wywiadów jednostkowych, dlatego nie wszystkie dane epidemiologiczne są już możliwe do przedstawienia, gdyż są jeszcze w trakcie weryfikacji.

Od wdrożenia badań w 1985 roku do 31 grudnia 2020 roku stwierdzono:

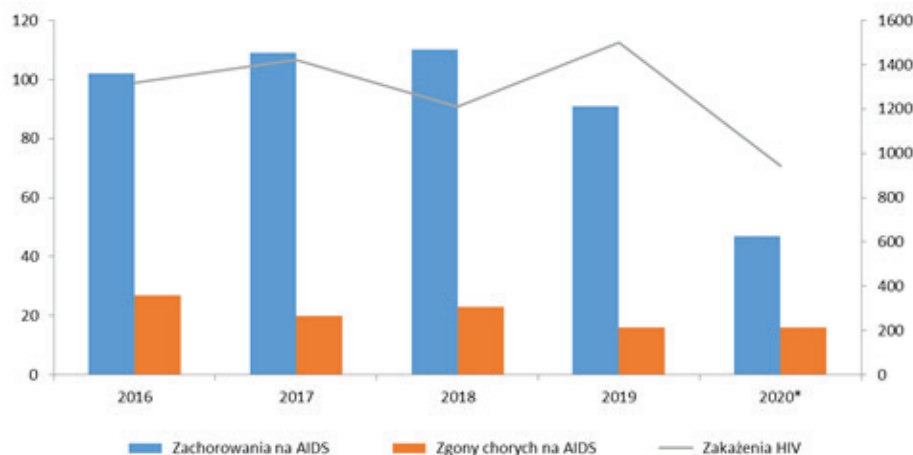
- zakażenie HIV u 26 486 osób;
- odnotowano 3815 zachorowań na AIDS;
- 1 428 chorych zmarło (bez zgonów w 2020 roku).

W latach 2016-2019 zarejestrowano prawie 5 446 nowych przypadków HIV, a średnia zapadalność nowo rozpoznanych zakażeń wynosiła 3,54 przypadki na 100 000 mieszkańców, w tym rocznie średnio rejestrowanych było około 1360 nowych infekcji. Największy odsetek zakażeń notowany był wśród mężczyzn – średnio około 86,8%, natomiast w roku 2019 za-

notowano spadek prawie o 2 punkty procentowe na niekorzyść wzrostu zakażeń wśród kobiet, u których od początku trwania epidemii HIV/AIDS zanotowano liczbę zakażeń przekraczającą 200 nowych przypadków HIV w ciągu roku. Również stosunek liczby zakażonych mężczyzn do liczby zakażonych kobiet zmniejszył się z 8 do 5 pomiędzy rokiem 2016, a 2019, co oznacza, że na jedną zakażoną kobietę przypada 5 zakażonych mężczyzn.

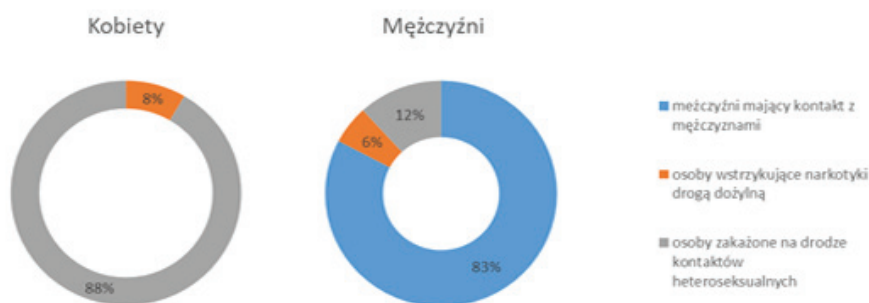
W roku 2020 do 31 grudnia zarejestrowano 943 nowe przypadki zakażenia HIV, w tym 108 przypadków rozpoznano jeszcze w roku 2019, ale zgłoszono z opóźnieniem w roku kolejnym. Biorąc pod uwagę

Rycina 1. Trend zakażeń HIV, zachorowań AIDS oraz zgonów osób chorych na AIDS w latach 2016-2020\*.



Źródło: NIZP – PZH na podstawie jednostkowych wywiadów przesyłanych przez PSSE (\*dane z 2020 roku pochodzą z danych zagregowanych, które nadal są weryfikowane i mogą ulec zmianie)

Rycina 2. Mediana procentowego rozkładu głównych dróg transmisji wśród nowo rozpoznanych zakażeń HIV w podziałem na płeć zakażonych osób, w latach 2016–2019.



Źródło: NIZP – PZH na podstawie jednostkowych wywiadów przesyłanych przez PSSE

opóźnienia w raportowaniu nowo rozpoznanych zakażeń, należy przyjąć, że dane za rok 2020 również mogą ulec zmianie.

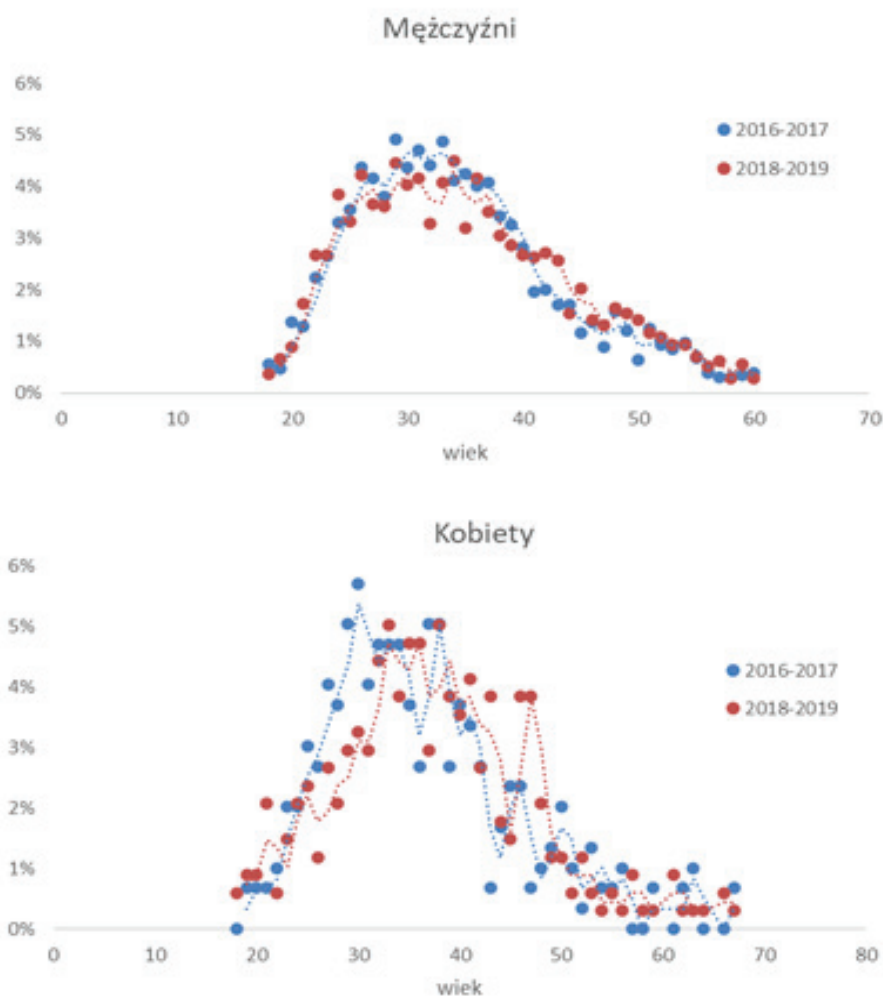
Natomiast zachorowania na AIDS w ciągu ostatnich pięciu lat utrzymywały się na zbliżonym poziomie i jest to średnio około 100 przypadków na rok. Liczba zgonów z powodu AIDS nie przekroczyła natomiast 30 przypadków w latach 2016-2019 (Rycina 1). Liczba zgonów w 2020 roku jest estymacją liczby zgonów z roku 2019 i należy traktować je jako dane szacowane.

Dane dotyczące wieku, płci osób zakażonych oraz głównych dróg zakażeń HIV w 2020 roku są nadal weryfikowane, jednak analizując dane z ostatnich lat można wnioskować, że nie ulega zmianie udział procentowy prawdopodobnej drogi zakażenia HIV w populacji Polski. Nadal dominującą drogą zakażenia wśród mężczyzn są kontakty z mężczyznami (MSM) oraz kontakty heteroseksualne (Rycina 2). Wśród 4587 mężczyzn, u których zakażenie HIV wykryto w latach 2016–2019, prawdopodobna droga zakażenia nie została podana dla 64,3% zgłoszeń, natomiast u kobiet brak danych dotyczył aż prawie 75% zgłoszeń (na 648 przypadków). Zakażenia przypisywane iniekcyjnemu używaniu narkotyków (PWID) stanowią poniżej 10% zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn.

W latach 2016-2017 oraz 2018-2019 szczyt zakażeń wśród mężczyzn przypadł na tę samą grupę wiekową (30-35 lat), zaś wśród kobiet w latach 2016-2017 szczyt odnotowano podobnie jak dla mężczyzn dla wieku 30-35 lat, to jednak w późniejszych latach przesunął się on do

wieku około 33 lat (Rycina 3). Potwierdza to również procentowy wzrost zakażeń HIV rozpoznanych wśród kobiet w wieku 50 lat i powyżej – z 9% w roku 2016 do 11% w roku 2019, natomiast wyraźny spadek liczby zakażeń w młodszej wiekowo

Rycina 3. Rozkład wieku w momencie rozpoznania zakażenia HIV wśród mężczyzn i kobiet, u których zakażenie HIV rozpoznano w latach 2016-2019.



Źródło: NIZP – PZH na podstawie jednostkowych wywiadów przesyłanych przez PSSE (\*dane z 2020 roku nieujęte na wykresie z powodu niedoszacowania)

grupie wśród 20-34 latków, z 47% w 2016 roku do 35% w roku 2019.

Najwięcej przypadków zakażenia HIV w 2020 roku zarejestrowano w województwie mazowieckim (263 przypadki) i małopolskim (175 przypadków) oraz wielkopolskim, pomorskim i dolnośląskim (76-77 przypadków). Najmniej przypadków zarejestrowano w województwie łódzkim i podkarpackim (odpowiednio 11 i 12 przypadków). Jedynie w województwie świętokrzyskim nie zarejestrowano żadnego przypadku zakażenia HIV (Rycina 4).

W latach 2016-2020 rozpoznano 458 zachorowań na AIDS. Średni wskaźnik zapaadalności na AIDS wynosił w tym okresie 0,24 przypadki na 100 000 mieszkańców, w tym po wykluczeniu roku 2020 średnia wartość wzrosła do 0,27 przypadków na



Grafiki eksponowane w czerwcu 2021 r.

## HIV PRZENOSI SIĘ WYŁĄCZNIE Z CZŁOWIEKA NA CZŁOWIEKA

Nie zakażysz się HIV ani przez ukąszenie,  
ani przez rozgniecenie na sobie,  
ani nawet przez połknięcie komara :)



Aby wykręcić zakażenie HIV należy wykonać

**test w kierunku HIV** 


Dowiedz się więcej na [aids.gov.pl](https://aids.gov.pl)



## HIV MOŻNA ZAKAŻIĆ SIĘ m.in. PODCZAS KONTAKTÓW SEKSUALNYCH



Aby wykręcić zakażenie HIV należy wykonać

**test w kierunku HIV** 

Dowiedz się więcej na [aids.gov.pl](https://aids.gov.pl)



## NIE ZAKAZISZ SIĘ HIV PŁYWAJĄC W BASENIE

Wirus HIV poza ludzkim organizmem ginie.  
Jest wrażliwy np. na środki dezynfekujące.  
Ginie w temperaturze 56°C.



Aby wykręcić zakażenie HIV należy wykonać

**test w kierunku HIV** 

Dowiedz się więcej na [aids.gov.pl](https://aids.gov.pl)



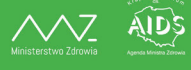
## NIE ZAKAZISZ SIĘ HIV DROGĄ KROPELKOWĄ, np. PRZEZ KASZEL LUB KICHANIE

Przy zachowaniu podstawowych zasad higieny,  
można bez obaw uczyć się, mieszkać i pracować  
razem z osobą zakażoną HIV lub chorą na AIDS.

Aby wykręcić zakażenie HIV należy wykonać

**test w kierunku HIV** 

Dowiedz się więcej na [aids.gov.pl](https://aids.gov.pl)



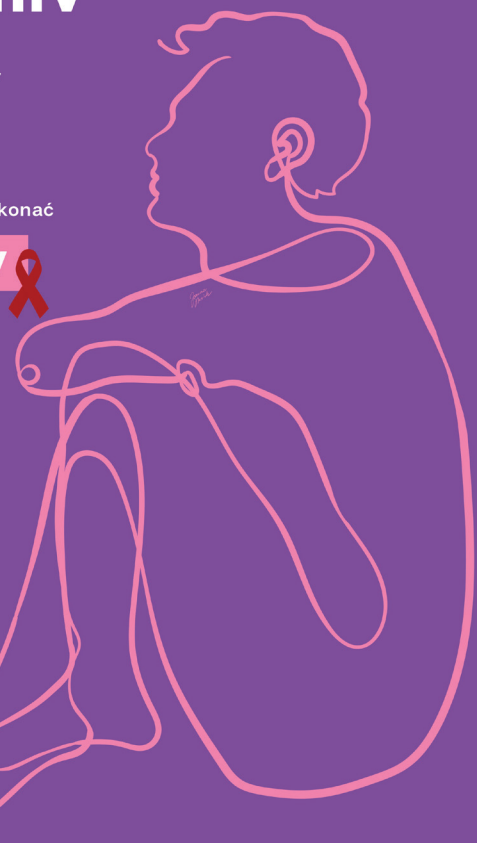
# ZAKAŻENIA PRZENOSZONE DROGĄ PŁCIOWĄ NAWET 10-KROTNIE ZWIĘKSZAJĄ RYZYKO ZAKAŻENIA HIV

Do zakażenia kiłą, rzeżączką czy HPV dochodzi w podobny sposób jak do zakażenia HIV.

Aby wykryć zakażenie HIV należy wykonać

**test w kierunku HIV**

Dowiedz się więcej na [aids.gov.pl](https://aids.gov.pl)



narażenie na zakażenie HIV<sup>2,3</sup>. Większość spośród ogółu badanych twierdziła, że problem HIV/AIDS dotyczy tylko wybranych grup społecznych np. osób świadczących usługi seksualne, osób homoseksualnych, osób często zmieniających partnerów seksualnych czy osób przyjmujących środki psychoaktywne

w iniekcjach<sup>4</sup>. Natomiast brak było odniesienia ryzyka zakażenia HIV/STIs do własnej osoby.

W badaniu przeprowadzonym w październiku 2020 r. (próba badawcza 1000 osób) 70% respondentów stwierdziło, że ryzyko zakażenia się HIV nie było

w ich przypadku prawdopodobne, a 55% wskazało, że w ich życiu nie było sytuacji, w której mogło dojść do zakażenia. Jednocześnie co czwarta osoba deklarowała kontakty seksualne z osobą inną niż obecny stały partner, a 29% miało kontakty seksualne bez zabezpieczenia z osobą, o której zdrowiu seksualnym nie wiedziały<sup>5</sup>.

Osoby badane, nawet mając świadomość ryzykownych zachowań, nie miały nawyku testowania się w kierunku HIV. Dodatkowo odnotowano brak świadomości dotyczącej możliwości wykonania testu w kierunku HIV anonimowo, bezpłatnie i bez skierowania w jednym z punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD) <https://aids.gov.pl/pkd>. Tylko około 5-9% dorosłych osób wykonało choć raz w swoim życiu test w kierunku HIV. Między rokiem 2016 a 2019 roczny wskaźnik testowania spadł z 3 do 1 na 100 000 mieszkańców, co odpowiada tylko około 1% populacji Polski badanej w kierunku HIV<sup>6</sup>.

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

Celem kampanii jest:

1. Wzmocnienie wiedzy, odczarowanie mitów i przybliżenie faktów na temat wirusa HIV, choroby AIDS oraz innych STIs:
  - NIE ma ryzyka zakażenia HIV podczas pływania w basenie.
  - NIE ma ryzyka zakażenia HIV drogą kropelkową, np. przez kaszel lub kichanie.
  - NIE ma ryzyka zakażenia HIV

2. tamże

3. Artykuł: „Mam HIV, nie mam męża, dzieci, to mój wybór. Samotność nie jest karą” <https://www.onet.pl/styl-zycia/onetkobieta/mam-hiv-nie-mam-meza-dzieci-to-moj-wybor-samotnosc-nie-jest-kara/6fhgm1n,2b83378a>.

4. Badanie Ipsos Polska na zlecenie Krajowego Centrum ds. AIDS: „Diagnoza stanu wiedzy Polaków na temat HIV/AIDS i zakażeń przenoszonych drogą płciową (STIs) oraz zachowania seksualne.”, grudzień 2014 r. [https://aids.gov.pl/badania\\_spoleczne/805/](https://aids.gov.pl/badania_spoleczne/805/).

5. Badanie ARC Rynek i Opinia na zlecenie Krajowego Centrum ds. AIDS: „Diagnoza stanu wiedzy Polaków na temat HIV/AIDS oraz zakażeń przenoszonych drogą płciową (STIs). Zachowania seksualne, 2020 r.”

6. Raport NIZP-PZH: „Sytuacja epidemiologiczna HIV i chorób STI w latach 2016-2020 (dane wstępne)”. Stan na dzień 31.10.2020 r.

- ani przez ukąszenie, ani przez rozgniecenie na sobie, ani nawet przez połknięcie komara.
  - HIV przenosi się głównie podczas niezabezpieczonych kontaktów seksualnych.
  - Do zakażenia kiłą, rzeżączką, HPV i innymi STIs dochodzi w podobny sposób jak do zakażenia HIV.
2. Zwiększenie wśród grupy docelowej świadomości, że istnieje możliwość szybkiej diagnostyki:
- Wykonanie testu jest jedyną metodą rozpoznania zakażenia HIV i innych STIs.
  - Test w kierunku HIV – bezpłatnie, bez skierowania i anonimowo - można zrobić w jednym z punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD) <https://aids.gov.pl/pkd/>
3. Rozpropagowanie informacji o:
- stronie internetowej Krajowego Centrum ds. AIDS: <https://aids.gov.pl/>

- Poradni internetowej HIV/AIDS: [poradnia@aids.gov.pl](mailto:poradnia@aids.gov.pl)
- bezpłatnym Telefonie Zaufania HIV/AIDS: 800 888 448

Ze względu na szeroki zakres tematu, w ciągu jednego przekazu kampanijnego nie udało się poruszyć wszystkich kwestii związanych z profilaktyką HIV/AIDS. Dlatego kampania prowadzona w tym roku podzielona została na dwa etapy.

**ETAP I** – termin 16 – 30 czerwca br. Podniesienie poziomu wiedzy, odczarowanie mitów i przybliżenie podstawowych faktów na temat zakażeń HIV, choroby AIDS oraz innych STIs.

- Ekspozycja 5. plakatów kampanijnych na zewnętrznych tablicach informacyjnych tzw. Citylightach, o rozmiarach 1,2x1,8 m, umieszczonych głównie na przystankach komunikacji miejskiej, ale też w najbardziej uczęszczanych miejscach miast, takich jak pasaże handlowe, deptaki, dworce kolejowe: 500 nośników w 12

województwach.

- Ogólnopolska kampania w mediach społecznościowych (Facebook/Instagram) pn., „Czy wiesz, że...”, dotycząca problematyki HIV/AIDS oraz innych zakażeń przenoszonych drogą płciową (STIs) przy wykorzystaniu 5 projektów plakatów kampanijnych.



**ETAP II:** Przybliżenie zagadnień związanych z profilaktyką farmakologiczną HIV/AIDS, czyli przedexpozycyjna PrEP, poekspozycyjna PEP, profilaktyka zakażeń wertykalnych – z matki na dziecko. Ta część kampanii odbędzie się na przełomie listopada i grudnia 2021 r., przez minimum 14 dni, w tym w szczególności w trakcie trwania Europejskiego Tygodnia Testowania (ETT): 19 - 26.11.2021 r. i w Światowym Dniu AIDS: 1 grudnia.

*Oprac. Krajowe Centrum ds. AIDS*

## Czterdzieści lat AIDS — nowe dane UNAIDS



# UNAIDS



5 czerwca świat obchodził 40. rocznicę pierwszych zgłoszonych przypadków HIV. Z tej okazji UNAIDS opublikował nowy raport przedstawiający najnowsze dane i trendy pandemii HIV.

W raporcie wyszczególniono główne wyzwania, prowadzące do zakończenia AIDS i wskazano kierunki działań na następne pięć lat. Nowe dane UNAIDS pokazują, że dziesiątki krajów osiągnęły lub przekroczyły cele na 2020 rok wyznaczone przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w 2016 roku. „Kraje osiągające dobre wyniki w zapobieganiu HIV/AIDS wskazały drogę, którą można podążać” – powiedziała Winnie Byanyima, dyrektor wykonawczy UNAIDS. „Odpowiednie finansowanie programów, autentyczne zaangażowanie społeczności

lokalnych, podejście oparte na prawach oraz wykorzystanie dowodów naukowych do budowania strategii zatrzymały epidemię i uratowały życie wielu osób. Te elementy okazały się nieocenione w również w przypadku pandemii COVID-19”.

W Raporcie wskazano, że od 2010 roku na całym świecie liczba osób leczonych wzrosła ponad trzykrotnie. W 2020 roku otrzymało leczenie ARV, w porównaniu z zaledwie 7,8 mln w 2010 roku. Wprowadzenie terapii antyretrowirusowej zapobiegło 16,2 mln zgonów od 2001 roku i wpłynęło również na zmniejszenie liczby zgonów o 43%. Udało się znacznie ograniczyć nowe zakażenia HIV, ale proces ten był znacznie wolniejszy – spadek o 30% od 2010 roku.

Aby do 2025 roku osiągnąć założone cele: dostęp do usług związanych z leczeniem dla 95% osób, które ich potrzebują, zmniejszenie liczby zakażeń HIV do mniej niż 370 000 rocznie, a liczby zgonów związanych z AIDS do mniej niż 250 000, konieczne będą inwestycje w wysokości 29 miliardów USD rocznie. Każdy dodatkowy 1 USD inwestycji we wdrożenie globalnej strategii AIDS przyniesie zwrot w wysokości ponad 7 USD w postaci korzyści zdrowotnych.

Publikacja raportu nastąpiła na kilka dni przed przyjęciem przez państwa członkowskie ONZ, w czasie spotkania wysokiego szczebla Zgromadzenia Ogólnego ONZ w sprawie AIDS, ważnej deklaracji politycznej. Spotkanie odbyło się w siedzibie Organizacji Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku w dniach 8 – 10 czerwca br.

*Raport dostępny jest na portalu UNAIDS: [unaids.org](http://unaids.org)*

# Spotkanie wysokiego szczebla ONZ w sprawie HIV/AIDS

## – 2021 The High-Level Meeting on AIDS, w dniach 8 - 10 czerwca b.r. (wirtualnie)



**W** dniach 08 – 10 czerwca 2021 r. w Nowym Jorku odbyło się spotkanie wysokiego szczebla ONZ (*High-Level Meeting HLM*), poświęcone przeglądowi postępów w zwalczaniu epidemii HIV/AIDS na świecie w ciągu ostatnich pięciu lat. Spotkanie odbyło się w historycznym momencie: 40 lat po zdiagnozowaniu i opisanie pierwszych przypadków HIV i 25 lat od powstania Wspólnego Programu Narodów Zjednoczonych ds. Zwalczania HIV i AIDS (UNAIDS).

W pierwszym dniu obrad Zgromadzenie Ogólne NZ przyjęło (bez konsensu wszystkich państw biorących udział w HLM) nową deklarację polityczną w sprawie HIV/AIDS, która wskazuje główne kierunki działań w nadchodzących latach. Deklaracja zakłada zakończenie HIV/AIDS do 2030 roku, do 2025 roku redukcję liczby nowych zakażeń HIV do poniżej 370 tys., a zgonów z powodu powikłań AIDS do poniżej 250 tys.; eliminację nowych zakażeń HIV oraz przypadków AIDS wśród dzieci; eliminację wszelkich form dyskryminacji osób zakażonych HIV; zapewnienie leczenia ARV dla 34 mln osób HIV+. Jeśli uda się zrealizować założenia nowej strategii na lata 2021-2026, wówczas do 2030 roku liczba nowych zakażeń HIV powinna spaść o 3.6 mln, a liczba zgonów z powodu AIDS o 1.7 mln.

Deklaracja polityczna w sprawie HIV/AIDS nawołuje państwa do zapewnienia dostępu do profilaktyki kombinowanej dla

95% osób o ryzykownych zachowaniach, narażających na zakażenie HIV (bez względu na wiek i miejsce zamieszkania). Jednocześnie postuluje się w niej osiągnięcie wysokiego, 95% poziomu wiedzy osób zakażonych HIV o swoim statusie serologicznym, leczenia ARV na poziomie 95% (95% zakażonych HIV jest leczonych ARV, z tego u 95% ma miejsce supresja HIV). Zdaniem Przewodniczącego Zgromadzenia Ogólnego ONZ Volkana Bozkira przyjęcie nowej deklaracji oznacza, że państwa zobowiązują się do wypełnienia Celów Zrównoważonego Rozwoju (SDGs), w tym SDG 3 dotyczącego zdrowia ludności oraz zakończenia epidemii AIDS do 2030 roku. W nowej deklaracji zwraca się uwagę na niepokojące zjawisko wysokiego ryzyka zakażeń HIV w populacjach kluczowych (mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami, osoby stosujące substancje psychoaktywne w iniekcjach, osoby osadzone w zakładach penitencjarnych, osoby sprzedające usługi seksualne) połączonego z przemocą wobec tych osób, dyskryminowaniem i stygmatyzowaniem, ograniczaniem ich praw, w tym prawa do zdrowia. Dodatkowo państwa zgodziły się wdrażać nową strategię 10-10-10 dotyczącą równego dostępu (cena-jakość-dostępność) do leczenia, do produktów leczniczych i nowoczesnych metod diagnostyki HIV/AIDS. Strategia 10-10-10 zakłada, że do 2025 roku mniej niż 10% państw będzie ograniczało swoim obywatelom swobodny dostęp do wymiaru sprawiedliwości, mniej niż 10% osób z populacji kluczowych - żyjących z HIV, będzie doświadczało stygmatyzacji i dyskryminacji, mniej niż 10% kobiet, dziewcząt, osób żyjących z HIV i z populacji kluczowych będzie doświadczać przemocy i nierówności związanych z płcią.

Winnie Byanyima, dyrektor wykonawcza UNAIDS, złożyła na ręce przedstawicieli państw podziękowanie za przyjęcie nowej deklaracji, co jej zdaniem ma kluczowe znaczenie dla planu eliminacji AIDS do 2030 roku. Wyraziła także

zaniepokojenie wysokim odsetkiem nowych zakażeń HIV wśród nastoletnich dziewcząt i młodych kobiet, zwłaszcza w Afryce Subsaharyjskiej. Zgodnie z nową deklaracją, do 2025 roku liczba nowych zakażeń w tych środowiskach ma spaść poniżej 50 tys. Jednocześnie państwa zobowiązały się do zwalczania wszelkich form przemocy wobec kobiet w kontekście zakażeń HIV oraz do zredukowania do mniej niż 10% liczby kobiet, dziewcząt i osób dotkniętych HIV, które doświadczają przemocy na tle seksualnym czy wynikającej z różnic płci. Nowa deklaracja zobowiązuje także państwa do lepszego wykorzystania danych epidemiologicznych w planowaniu działań kierowanych do populacji kluczowych (ze względu na wyższe ryzyko zakażenia HIV) ale także do osób, które z różnych względów mogą być narażone na takie ryzyko lub mających ograniczony dostęp do świadczeń medycznych, np. osoby niepełnosprawne, mniejszości etniczne, osoby ubogie, imigranci, osoby z terenów objętych konfliktami zbrojnymi. Państwa zobowiązały się także do zapewnienia ochrony przed zagrożeniami dla zdrowia, jakimi są pandemie, w tym COVID-19 dla osób żyjących z HIV lub osób narażonych na ryzyko zakażenia. Jednocześnie zobowiązały się do zwiększenia nakładów finansowych na walkę z HIV/AIDS, co w przypadku państw o niskim i średnim dochodzie przekłada się na roczne inwestycje w wysokości 29 mld USD (aż do 2025 roku). Jednocześnie zadeklarowano zwiększenie prerogatyw organizacji pozarządowych (NGO) związanych z przeciwdziałaniem HIV/AIDS w grupach osób o największym ryzyku zakażeń (wsparcie typu peer to peer) m.in. poprzez nowy mechanizm finansowania oparty na środkach publicznych.

Państwa zobowiązały się także do wzmocnienia działań na rzecz przeciwdziałania gruźlicy (TB) wśród osób zakażonych HIV, poprzez wzrost liczby badań

przesiewowych, rozwój diagnostyki, programów szczepień i leczenia. Ma to doprowadzić do sytuacji, w której do 2025 roku 90% osób żyjących z HIV będzie otrzymywało leczenie zapobiegawcze TB, a jednocześnie zostanie zredukowana o 80% liczba zgonów spowodowanych TB u osób chorych na AIDS. Zobowiązano się do zapewnienia dostępu do tanich, dobrych jakościowo i skutecznych leków, włączając w to leki generyczne. Zobowiązano się ponadto do rozwoju badań diagnostycznych i nowych technologii, wykorzystywanych do skuteczniejszego zapobiegania i leczenia HIV i koinfekcji HIV, m.in. poprzez mechanizm TRIPS oraz ustalenia Deklaracji z Doha (TRIPS Agreement and Public Health).

Państwa zobowiązały się także do wspierania działalności UNAIDS (m.in. poprzez zapewnienie globalnego finansowania programu walki z HIV/AIDS), mającego ponad 25 letnie doświadczenie w walce z epidemią. Współpraca ta nie powinna ograniczać się jedynie do kwestii HIV/AIDS, ale także obejmować inne aspekty zdrowia ludności, m.in. związane z gotowością przeciwdziałania sytuacjom kryzysowym, takim jak np. pandemii. Spotkanie wysokiego szczebla otwiera dziesięcioletni okres, w którym do 2030 roku ma nastąpić eliminacja AIDS, jako jednego z czynników zagrażających zdrowiu publicznemu (zgodnie z globalną strategią UNAIDS) oraz zmniejszenie nierówności w dostępie do profilaktyki i leczenia HIV/AIDS.

W drugim i trzecim dniu spotkania odbyły się panele tematyczne dotyczące kwestii nierówności w dostępie do profilaktyki i świadczeń medycznych związanych z HIV/AIDS pomiędzy państwami i poszczególnymi obszarami geograficznymi; roli i zaangażowania społeczności osób zakażonych HIV w przeciwdziałanie HIV/AIDS; finansowania globalnego programu zwalczania HIV/AIDS oraz wpływu pandemii COVID-19 na działania profilaktyczno-lecznicze. W toku dyskusji paneliści doszli do następujących wniosków:

W 2019 roku wysokość środków finansowych na walkę z HIV spadła o 7% li-

cząc od roku 2017. Dodatkowo pandemia COVID-19 blokuje płynność wdrażania działań z obszaru HIV/AIDS. Istnieje poważna obawa, że sytuacja ta może ulec dalszemu pogorszeniu (kolejny lockdown lub ewolucja wirusa COVID-19).

Do realizacji strategii na lata 2021-2026 oraz do zakończenia epidemii AIDS do 2030 roku potrzebne jest pełne finansowanie działań związanych z HIV/AIDS, pomimo występowania innych zagrożeń, takich jak pandemia COVID-19. Każda z tych chorób powinna otrzymać osobne finansowanie.

Do zapewnienia pełnego finansowania programu globalnej walki z HIV/AIDS (przy dużej ilości pieniędzy w systemie, ale ograniczonych zasobach ludzkich i konieczności przenoszenia środków na inne działania niezwiązane z HIV/AIDS) konieczne są twarde dane epidemiologiczne, uzasadniające międzynarodową pomoc finansową dla konkretnych państw i regionów.

Dla realizacji strategii 2021-2026 konieczna jest decentralizacja działań, m.in. większe włączenie do działań profilaktyczno-leczniczych organizacji pozarządowych oraz w niektórych aspektach (leczenie, łańcuchy dostaw leków) partnerstwa publiczno-prywatnego. Jednakże partnerstwo to nie powinno powodować realnego spadku nakładów publicznych na świadczenia związane z HIV/AIDS lub wpływać na kierowanie działań na programy wybrane przez sponsorów zamiast na te, priorytetowe z punktu widzenia epidemii.

Wystąpienia i dyskusje uczestników trzeciego dnia HLM skoncentrowane były wokół tematu równości płci i wzmocnienia praw kobiet, związanych z dostępem do świadczeń medycznych HIV/AIDS. Omawiano także wpływ COVID-19 na działania związane z walką z HIV/AIDS oraz na przygotowanie państw na zagrożenia, jakimi są przyszłe pandemii.

Podsumowaniem podejmowanych tego dnia dyskusji są poniższe stwierdzenia:

- Kobiety stanowią ponad połowę liczby wszystkich osób żyjących z HIV

na świecie. Młode kobiety (w wieku od 10 do 24 lat) są dwukrotnie bardziej narażone na zakażenie HIV niż młodzi mężczyźni w tym samym wieku. HIV dotyka nieproporcjonalnie kobiety i dorastające dziewczęta m.in. z powodu nierównego statusu społecznego i ekonomicznego.

- Według danych UNAIDS, od 2010 roku liczba nowych zakażeń HIV we wschodniej i południowej Afryce zmniejszyła się o 38%, podczas gdy w Europie Wschodniej i Azji Środkowej wskaźnik ten wzrósł o 72%. Afryka Subsaharyjska pozostaje regionem najbardziej dotkniętym wirusem.
- Każdego tygodnia 4,5 tys. dziewcząt i młodych kobiet zakaża się wirusem, co jest skutkiem m.in. nierównego dostępu do edukacji i informacji w zakresie zdrowia i seksualności. Z raportu UNAIDS wynika, że 24% nowych zakażeń HIV w 2019 r. potwierdzono u młodych kobiet z regionu Afryki Subsaharyjskiej, mimo że stanowią one zaledwie 10% tamtejszej populacji. Choroby związane z AIDS np. nowotwory należą do głównych przyczyn zgonów kobiet w wieku rozrodczym na całym świecie.
- Pandemia COVID-19 spowodowała lawinowy wzrost wykorzystania nowych technologii w zakresie poradnictwa HIV/AIDS, a także związanych z testowaniem (self-testing; self-sampling). Technologie te sprawdziły się szczególnie dobrze w pierwszej fazie pandemii (marzec-czerwiec 2020) kiedy to w większości państw europejskich zamknięte były punkty anonimowego testowania, a placówki ochrony zdrowia przestawione zostały na działania związane z walką z SARS-CoV2. Inaczej sytuacja prezentowała się w państwach ubogich (Afryka, Azja), w których duża część/większość społeczeństwa nie ma dostępu do Internetu i nie może odbywać konsultacji on-line. Dodatkowo, w wielu państwach brakowało szczepionek przeciw COVID-19 dla osób HIV+ (czyli przewlekle chorych).

*Krajowe Centrum ds. AIDS*



# aspekty

Dodatek do Biuletynu Krajowego Centrum ds. AIDS



## UNAIDS o HIV w zakładach penitencjarnych i populacjach kluczowych w dobie COVID-19

### HIV/AIDS i COVID-19 w zakładach penitencjarnych – tykająca bomba z opóźnionym zapłonem

Od 2000 roku liczba osób osadzonych w zakładach penitencjarnych na świecie wzrosła o ok. 20%, co przewyższa globalny przyrost naturalny liczony w procentach, a który wynosi obecnie 18%. Przez ten czas odsetek skazanych na pozbawienie wolności mężczyzn wzrósł o 18%, a odsetek kobiet o 50%. Przyjmuje się, że 3,8% światowej populacji osadzonych żyje z HIV/AIDS, a 2,8% cierpi na aktywną postać gruźlicy. Jednakże proporcje te znacznie się różnią w zależności od regionu świata; w krajach o niskich i średnich dochodach procent osób odbywających karę pozbawienia wolności, a jednocześnie żyjących z wirusem, może dochodzić nawet do 10%. Regiony świata, gdzie osadzeni są najbardziej dotknięci problemem HIV/AIDS, to Afryka Wschodnia, Południowa, Zachodnia i Centralna – z uwagi na wysoką prevalencję HIV wśród populacji ogólnej, jak również Europa Wschodnia, Azja Centralna oraz Europa Zachodnia – z uwagi na nadreprezentację osób przyjmujących środki psychoaktywne w więzieniach, czyli na populację o dużej prevalencji HIV.

Jeżeli chodzi o zakażenie COVID-19, to także stanowi ono realne zagrożenie dla zdrowia i życia ponad 11 milionów osadzonych i 30 milionów aresztantów na całym świecie. Dzieje się tak dlatego, że w ogromnej większości więzienia oraz innego rodzaju ośrodki penitencjarne, niezależnie od położenia geograficznego, charakteryzują się przeludnieniem oraz niedofinansowaniem. Sprawia to, że utrzymanie w nich reżimu sanitarnego czy dystansu społecznego

w ogóle nie jest możliwe. W warunkach permanentnego zamknięcia, nagminnego korzystania przez wiele osób ze wspólnych, słabo wentylowanych pomieszczeń oraz niskiego poziomu higieny osobistej tak osadzeni jak i personel więzienny narażeni są na choroby zakaźne, a od ponad roku dodatkowo tykającą bombą zegarową jest COVID-19. „Podjęcie samych działań prozdrowotnych w kierunku zwalczania COVID-19 w zakładach penitencjarnych nie wystarczy. Jak mówi Winnie Byanyima, dyrektor wykonawcza UNAIDS, ten bezprecedensowy kryzys globalny wywołany pandemią koronawirusa wymaga wdrożenia szerszych działań, w tym przypadku opartych także na przestrzeganiu praw człowieka. Rządy krajów są nie tylko zobowiązane do zapewnienia bezpieczeństwa fizycznego osobom przebywającym w prowadzonych przez nich zakładach penitencjarnych, ale także do poszanowania ich stanu zdrowia oraz godności osobistej, i to nie tylko w czasie trwania obecnego stanu wyjątkowego wywołanego pandemią, ale już na stałe.

Osadzeni – na równi z innymi obywatelami – mają prawo do korzystania z najlepszych możliwych standardów opieki zdrowotnej, co jest zagwarantowane na mocy prawa międzynarodowego w art. 25 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka ONZ i art. 12 Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych. Wspólnota międzynarodowa stoi na stanowisku, że mimo odbywania kary pozbawienia wolności skazani zachowują wszelkie prawa, w tym prawo do korzystania z opieki zdrowotnej. Ustanowioną przez sąd karą jest jedynie utrata wolności, a nie odebranie osadzonym podstawowych praw człowieka. Rządy państw mają zatem obowiązek wdrażania prawodawstwa, strategii i pro-

gramów zgodnych z międzynarodowymi normami w zakresie przestrzegania praw człowieka oraz zapewnienia osadzonym standardów opieki zdrowotnej na takim samym poziomie, jak dla przebywającego na wolności ogółu społeczeństwa (Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przystępczości, UNAIDS oraz WHO: *HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings: a framework for an effective national response* (2006).

[http://www.unodc.org/documents/hivaids/HIV\\_comprehensive\\_package\\_prison\\_2013\\_eBook.pdf](http://www.unodc.org/documents/hivaids/HIV_comprehensive_package_prison_2013_eBook.pdf)

### Dlaczego osadzeni są w szczególnie sposób narażeni na różnego rodzaju infekcje, w tym COVID-19?

Osoby w zakładach penitencjarnych przebywają w zamkniętym środowisku, nierzadko w ciasnocie, co znacznie ułatwia transmisję wirusów. Ogólny stan zdrowia osadzonych jest najczęściej gorszy niż osób wywodzących się z populacji ogólnej, a ich kondycję zdrowotną pogarszają różnego rodzaju uzależnienia, niski poziom higieny, osłabiony przez stres i niedożywienie układ odpornościowy.

### W jaki sposób można rozładować przepełnienie w jednostkach penitencjarnych?

Władze publiczne powinny podjąć natychmiastowe kroki w celu rozwiązania problemu przeludnienia zakładów penitencjarnych tak, aby móc przestrzegać wytycznych WHO dotyczących zachowania

dystansu fizycznego oraz przestrzegania reżimu sanitarnego. Priorytet powinno stanowić wypuszczenie na wolność osób przetrzymywanych za przestępstwa nieuznawane na mocy prawa międzynarodowego; należy również poszukiwać się możliwością zwolnienia warunkowego, zwłaszcza w przypadku osób starszych i cierpiących na choroby współistniejące oraz innych ludzi w sposób szczególny narażonych na zakażenie koronawirusem (w tym kobiet w ciąży).

Pojawienie się nagłych, masowych zakażeń wirusem SARS-CoV-2 w jednostkach penitencjarnych, mogących iść w tysiące przypadków, sparaliżowałoby służbę zdrowia, która szybko stałaby się niewydolna i nie mogłaby udzielać świadczeń członkom populacji ogólnej.

### **Czy w czasie pandemii COVID-19 można zezwolić na widzenia osadzonych z rodzinami?**

W przypadku podejmowania decyzji co do ograniczenia lub nawet wydania zakazu widzeń osadzonych z ich rodzinami, należy wziąć pod uwagę wpływ tego rodzaju postępowania na zdrowie psychiczne osób pozbawionych wolności. Zakaz odwiedzin z pewnością ograniczy liczbę nowych zakażeń COVID-19, ale może też skutkować zwiększonym poziomem agresji wśród skazanych. Dlatego też można rozważyć przyjęcie nowych rozwiązań technologicznych takich, jak spotkania w ścisłym reżimie sanitarnym czy nawet online.

### **Czy kontrolerzy zewnętrzni/obserwatorzy powinni dostać zakaz wstępu do zakładów penitencjarnych?**

Nawet w trudnych warunkach pandemii COVID-19 kontrolerzy zewnętrzni/obserwatorzy, których zadaniem jest zapobieganie torturom oraz innym nieludzkim, okrutnym czy poniżającym praktykom wobec osadzonych, powinni mieć prawo wstępu na teren zakładów penitencjarnych czy miejsc odosobnienia tak, jak to określono w ich zakresie obowiązków.

*Źródło: Światowa Organizacja Zdrowia*

## **Wykorzystanie doświadczeń z walki z HIV/AIDS w jednostkach penitencjarnych w czasie pandemii COVID-19**

W 1993 roku Światowa Organizacja Zdrowia wydała wytyczne dotyczące zwalczania przypadków HIV w jednostkach penitencjarnych: „Osadzeni uzależnieni od środków psychoaktywnych powinni być zachęceni do korzystania z programów terapeutycznych (w zakresie swojego nałogu) podczas pobytu w jednostkach penitencjarnych. Przy podejmowaniu tego typu działań równie ważne jest zapewnienie pacjentom należytej opieki oraz dopełnienie wobec nich zasady poufności. Programy profilaktyczne powinny zawierać informacje o możliwościach leczenia uzależnienia oraz o ryzyku związanym z poszczególnymi metodami zażywania środków odurzających. Osadzeni, którzy zostali objęci programem leczenia substytucyjnego przed rozpoczęciem odbywania kary, powinni mieć możliwość kontynuacji tej formy leczenia w warunkach izolacji. Dotyczy to krajów, w których w warunkach wolnościowych działają programy substytucyjne, więc zgodnie z zasadą równoważności leczenie tego typu powinno być także dostępne w ośrodkach penitencjarnych”. Należy żywić nadzieję, że idąc przykładem umożliwienia osadzonym uzależnionym od środków odurzających dostępu do leczenia substytucyjnego na takich samych warunkach jak w warunkach wolnościowych, rządy krajów zapewnią osadzonym pełne bezpieczeństwo zdrowotne w obszarze COVID-19 przy jednoczesnym poszanowaniu ich praw.

Dane zebrane w kilku krajach Europy wykazały problemy, które często pojawiają się wtedy, gdy więzienna służba zdrowia prowadzona jest w oderwaniu od tej ogólnej. Przekłada się to na trudności z rekrutacją specjalistów oraz niewłaściwie prowadzone kształcenie ustawiczne personelu. Obecnie zaleca się, aby nawiązywać ścisłą współpracę między pracownikami obu rodzajów opieki zdrowotnej, jak również z urzędnikami ministerstwa zdrowia, aby jednostki penitencjarne mogły docelowo zapewnić taki sam poziom świadczeń, co placówki otwarte dla ogółu społeczeństwa.

W treści Moskiewskiej Deklaracji WHO dotyczącej opieki zdrowotnej prowadzonej w warunkach izolacji jako elementu zdrowia publicznego, napisano, że ministerstwo odpowiedzialne za temat zdrowia w ośrodkach penitencjarnych powinno być – tam, gdzie to możliwe – także odpowiedzialne za wdrażanie świadczeń zdrowia publicznego.

Z uwagi na obecnie panującą pandemię COVID-19, nauczone doświadczeniami zebranymi w ramach leczenia osadzonych zakażonych m.in HIV/AIDS, w tym osób uzależnionych od środków odurzających, UNAIDS, Biuro Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka, Światowa Organizacja Zdrowia i Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości wzywają przywódców poszczególnych krajów do uczynienia zatrzymań w jednostkach penitencjarnych ostatecznością, do likwidacji zamkniętych ośrodków dla osób uzależnionych oraz do depenalizacji sprzedawania usług seksualnych oraz dekryminalizacji stosowania środków psychoaktywnych. Instytucje te wzywają kraje do przywrócenia wolności osobom, którym wkrótce kończą się wyroki oraz do rozważenia wypuszczenia na wolność osób w sposób szczególny zagrożonych zakażeniem COVID-19, czyli osób starszych cierpiących na choroby współistniejące. Inne osoby, w tym podlegające karze pozbawienia wolności za drobne przewinienia, kobiety w ciąży, kobiety karmiące piersią oraz nieletni także powinni wrócić do życia na wolności.

### **Doświadczenia ze współpracy z członkami społeczności w ramach walki z HIV/AIDS, które można przełożyć na walkę z pandemią COVID-19**

Społeczności dotknięte problemem nieproporcjonalnie dużej liczby zakażeń powinny być od początku angażowane we wdrażanie szerokiej gamy środków zaradczych. Buduje to wzajemne zaufanie, wyraża przekonanie co do ich przydatności i skuteczności oraz zapewnia dobry poziom komunikacji.

Należy zwalczać wszelkie formy stygmatyzacji i dyskryminacji, w tym ze względu na rasę, kontakty społeczne, przynależność do

grup marginalizowanych, wykonywany za- wód (dotyczy to szczególnie pracowników służby zdrowia) gdyż są one przeszkodą w dostępie do leczenia i opieki.

Należy zapewnić dostęp do bezpłatnych lub niedrogich badań przesiewowych, testów i świadczeń opiekuńczych populacjom naj- bardziej narażonym na zakażenie i tym trudno dostępnym.

Należy usunąć bariery utrudniające ludziom ochronę własnego zdrowia, a co za tym idzie – zdrowia całych społeczności. Te bariery to m.in.: strach przed bezrobociem, wysokie koszty opieki zdrowotnej, wszechobecność nieprawdziwych informacji/dezinformacji, brak infrastruktury sanitarnej.

Restrykcje nałożone w celu ochrony zdrowia publicznego (takie jak godzina policyjna, lockdown) muszą mieć ograniczony czas trwania, być proporcjonalne do sytuacji, absolutnie konieczne do wprowadzenia, czyli poparte twardymi danymi naukowymi, oraz muszą podlegać weryfikacji przez sąd. W razie potrzeby do przestrzegania restrykcji należy wprowadzić wyjątki dla niektórych populacji, a w przypadku ich łamania konsekwencje nie powinny być dotkliwe.

Kraje muszą współpracować i nawzajem się wspierać. Dlatego też trzeba dzielić się informacjami, wiedzą, zasobami. Należy wspierać i chronić pracowników służby zdrowia. Bądźmy wobec siebie nastawieni przyjaźnie.

*Źródło: Prawa w czasach COVID-19. Wnioski płynące ze współpracy z członkami społeczności w ramach walki z HIV/AIDS. UNAIDS 2020*

## **OŚWIADCZENIE UNAIDS dotyczące potrzeby zapewnienia dostępu do bezpiecznych i równościowych świadczeń zdrowotnych populacjom kluczowym, w sposób szczególny narażonym na ryzyko zakażenia HIV, jak również migrantom, w kontekście pandemii COVID-19.**

Szybkie rozprzestrzenianie się pandemii COVID-19 nadal wywiera negatywny

wpływ na życie miliardów ludzi na całym świecie. Do odwrócenia tego niekorzystnego trendu niezbędne są ogromne zasoby ludzkie i finansowe. Agendy ONZ, organizacje pozarządowe, społeczności osób żyjących z HIV, osoby ze środowisk marginalizowanych, a także społeczeństwo obywatelskie mają do odegrania dużą rolę w przeciwdziałaniu COVID-19, ratowaniu życia ludzkiego, jak również w przeciwdziałaniu konsekwencjom społecznym i gospodarczym pandemii. W krytycznym historycznym momencie, takim jaki obecnie przeżywamy, wyraźniej niż kiedykolwiek uwidocznił się fakt, że nierówności społeczne mogą doprowadzić osoby życiowo słabsze do częściowej utraty zdrowia lub nawet do śmierci. Dlatego też szczególnie teraz, w epoce pandemii, należy głośno mówić o tym, że każdy z nas rodzi się wolny i równy pod względem poszanowania jego godności i praw, w tym do dostępu do świadczeń zdrowotnych o możliwie najwyższym standardzie.

Przy zwalczaniu pandemii COVID-19 powinny być wykorzystywane najlepsze praktyki wypracowane podczas kilku dekad światowej walki z HIV i AIDS, gdyż wdrażanie sprawdzonych rozwiązań to oszczędność czasu i energii. Radzenie sobie z HIV/AIDS nauczyło nas, że kluczem do opanowania epidemii jest wzięcie za nią wspólnej odpowiedzialności, także poprzez prowadzenie działań o charakterze oddolnym, stąd też społeczności najbardziej narażone na ryzyko zakażenia należy wyposażyć w odpowiednie umiejętności i aktywnie angażować w prowadzenie działań. Bezdiskusyjne jest przy tym przestrzeganie praw człowieka, eliminacja wszelkich form stygmatyzacji i dyskryminacji oraz udzielenie wsparcia populacjom słabszym i marginalizowanym.

UNAIDS szacuje, że 62% nowych zakażeń HIV występuje wśród członków populacji kluczowych i ich partnerów seksualnych. Jednocześnie populacje te doznają szczególnych form wykluczenia społecznego, podlegają nadmiernej kryminalizacji, doświadczają nierówności i dyskryminacji, a wszystko to czyni je szczególnie podatnymi na zakażenie HIV, a od ponad roku również na COVID-19. Osoby przebywające w jednostkach peni-

tencjarnych lub innych miejscach izolacji, w których utrzymanie dystansu społecznego nie zawsze jest możliwe, są wyjątkowo podatne na zakażenie nową odmianą koronawirusa. Osadzeni zdecydowanie częściej niż członkowie populacji ogólnej cierpią na choroby współistniejące takie, jak gruźlica, co zwiększa ryzyko wystąpienia powikłań w przypadku zakażenia SARS-COV 2, podobnie jak migranci, którzy natomiast są bardziej narażeni na zakażenie HIV. Osoby z populacji kluczowych zgłaszają podwyższone ryzyko wystąpienia wobec nich przemocy domowej lub rodzinnej, zwiększony poziom izolacji społecznej oraz trudności w dostępie do terapii antyretrowirusowej, jak również do świadczeń zdrowotnych z obszaru ich płciowości. Pozostawienie populacji kluczowych bez pomocy w tym krytycznym momencie rozwoju pandemii COVID-19 może mieć poważne konsekwencje na zdrowie i życie ludzi na całym świecie. Może również zniweczyć osiągnięcia wywalczone w trakcie radzenia sobie z epidemią HIV/AIDS.

Dlatego też konieczne jest:

- Udostępnienie wysokiej jakości, niedyskryminacyjnych świadczeń profilaktycznych z obszaru HIV/AIDS, jak również leczenia, opieki i wsparcia członkom populacji kluczowych oraz migrantom w tych trudnych czasach pandemii COVID-19. Udzielanie tego rodzaju świadczeń musi opierać się na poszanowaniu, ochronie i przestrzeganiu praw człowieka, niezależnie od obowiązujących przepisów, strategii i prawa karnego. Świadczenia te muszą być wolne od stygmatyzacji i dyskryminacji, muszą się opierać na twardych danych naukowych oraz pozostawać w zgodzie z najnowszymi wytycznymi o charakterze międzynarodowym. Świadczenia muszą być udzielane w sposób równościowy, opierać się na świadomej zgodzie, powinny być poufne i bezpieczne – zarówno dla członków społeczności, jak i pracowników służby zdrowia.
- Sprawne dostosowanie udzielania świadczeń do nowych realiów w czasie pandemii COVID-19. Przykłady na dostosowanie świadczeń to między innymi bezpieczny dostęp do domowych testów w kierunku HIV

oraz poradnictwo online. Tam, gdzie to możliwe, pacjentom cierpiącym z powodu HIV, gruźlicy czy wirusowego zapalenia wątroby należy zapewnić zapas leków na okres od 3 do 6 miesięcy, tak aby zagwarantowana była ciągłość ich leczenia, obniżone ryzyko transmisji HIV i chorób współistniejących, jak również zminimalizowane ryzyko zakażenia COVID-19. Osoby przyjmujące środki psychoaktywne w iniekcji powinny mieć dostęp do programów redukcji szkód. W uzasadnionych przypadkach i zgodnie z zaleceniami personelu medycznego, osoby te należy wyposażyć w wiele dawek leków (opiodów) substytucyjnych w celu zmniejszenia liczby ich wizyt w poradni, a tym samym obniżenie poziomu ryzyka narażenia na COVID-19. Tam, gdzie jest to możliwe, należy zastosować alternatywy dla kary pozbawienia wolności, zwłaszcza w przypadku przestępstw nieuczynanych na mocy prawa międzynarodowego. Należy podjąć działania dotyczące przedterminowego zwolnienia w odniesieniu do określonych populacji, które są szczególnie narażone na zakażenie COVID-19, czyli: osób starszych i/oraz tych cierpiących na choroby współistniejące, a także kobiet w ciąży, kobiet posiadających dzieci na utrzymaniu, osadzonych, którym zbliża się koniec odbywania kary oraz tych skazanych za drobne przestępstwa, w każdym przypadku pozostając w zgodzie z polityką danego kraju bez narażania zdrowia i bezpieczeństwa publicznego. Konieczne jest objęcie nadzwyczajnymi środkami pomocy społecznej członków populacji kluczowych, ponieważ to te osoby często nie mają dostępu do świadczeń

pomocowych, w tym między innymi mieszkaniowych i zdrowotnych a ich sytuacja zawodowa jest często wysoce niepewna. Przy udzielaniu tego typu świadczeń należy być elastycznym i brać pod uwagę zróżnicowanie dotyczące płci oraz wieku osób pozostających w potrzebie. Instytucja udzielająca tego typu świadczeń musi być wyposażona w wykwalifikowany personel oraz dysponować odpowiednimi funduszami i materiałami. Członkowie populacji kluczowych, całe społeczności i organizacje pozarządowe powinny mieć udział partycypacyjny w projektowaniu i wdrażaniu tego rodzaju świadczeń, gdyż tylko to uczyni je skutecznymi i spełniającymi swoją rolę.

Walka z COVID-19 nie oznacza powoływania do życia ani nowych aktów prawa karnego ani wdrażania odkrywczych narzędzi egzekwowania kryminalizacji transmisji wirusa czy samego narażenia innej osoby na zakażenie. Wysoko szkodliwy wpływ stosowania tego typu metod na osoby już zmarginalizowane lub kryminalizowane został dobrze rozpoznany w czasie walki z epidemią HIV i udokumentowany między innymi przez Światową Komisję ds. HIV i Prawa (*Global Commission on HIV and the Law*).

Nie uda się powstrzymać pandemii COVID-19, jeśli członkowie niektórych populacji nie będą mogli pozwolić sobie na sfinansowanie i wykonanie niezbędnych badań, lub gdy nie będą mieli do nich dostępu.

Walka z COVID-19 lub z jakąkolwiek pandemią lub wprowadzenie stanu zagrożenia zdrowia publicznego nie powinny

pozostawić samym sobie członków populacji kluczowych, migrantów i innych osób w sposób szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia.

*Powyższy tekst został opracowany na podstawie komunikatu wydanego przez Międzyinstytucjonalną Grupę Roboczą ds. Populacji Kluczowych, powołaną w ramach prac Wydziału ds. Pracy UNAIDS i wspólnie prowadzoną przez Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości UNODC przy udziale partnerstwa z Globalną Siecią Osób Żyjących z HIV (GNP+), Międzynarodową Siecią Osób Przyjmujących Środki Oduurzające (INPUD), Global Action for Gay Men's Health and Rights (MPact), Global Network of Sex Work Projects (NSWP), IRGT oraz Sekretariat UNAIDS.*

**Magdalena Nicoletti**

Źródło: [https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons\\_and\\_other\\_closed\\_settings/jointstatement/Statement\\_of\\_the\\_IAWG\\_on\\_Key\\_Populations\\_-\\_COVID\\_19.pdf](https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/jointstatement/Statement_of_the_IAWG_on_Key_Populations_-_COVID_19.pdf)



**kontra** 

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

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

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

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

Jeśli chcą Państwo, aby ważne wiadomości (np. informacje o wydarzeniach związanych z HIV/AIDS) znalazły się w e-Kontrze proszę przesłać pełną informację na wyżej podany adres o temacie „PROŚBA O ZAMIESZCZENIE INFORMACJI W e-Kontrze”