



### W numerze:

**Farmakologiczna profilaktyka poekspozycyjna (PEP)** Str. 1-3  
KC ds. AIDS

**Najważniejsze obowiązki pracowników ochrony zdrowia w stosunku do pacjentów w kontekście HIV/AIDS** Str. 3-5  
KC ds. AIDS

**Programy wymiany igieł i strzykawek w Polsce** Str. 5-8  
A. Małczewski

### Aspekty

**30-lecie Ośrodka EKO „Szkoła Życia” w Wandzinie**  
D. Skwierawski

**Zniesienie stosowania skali Barthel przy kwalifikowaniu pacjenta chorego na AIDS do leczenia w oddziale opiekuńczo-leczniczym**  
KC ds. AIDS

### Telefon Zaufania AIDS

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@aims.gov.pl

### Poradnia Internetowa HIV/AIDS

aids.gov.pl/pi

### Więcej informacji

aids.gov.pl

facebook.com/kcaids

## Farmakologiczna profilaktyka poekspozycyjna (PEP) po narażeniu na zakażenie HIV

Profilaktyka poekspozycyjna jest to specjalistyczne leczenie profilaktyczne po narażeniu na zakażenie wirusem HIV, polegające na podaniu leków antyretrowirusowych w celu zminimalizowania ryzyka zakażenia. Zgodnie z *Zaleceniami Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS* (ostatnia aktualizacja w 2023 roku)<sup>1</sup> powinno zostać wdrożone jak najszybciej (najlepiej do 4 godzin, maksymalnie do 48 godzin, jedynie w wyjątkowych przypadkach ekspozycji seksualnych wysokiego ryzyka – do 72 godzin. Czas trwania leczenia: 28 dni<sup>2</sup>). W *Zaleceniach PTNAIDS* (ptnaids.pl) znajdują się rekomendowane procedury postępowania w przypadku ekspozycji.

### Finansowanie

Zasady finansowania profilaktycznego leczenia poekspozycyjnego osób, które miały styczność z wirusem HIV określa ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz.1284). Od momentu podpisania ustawy w 2008 roku zasady te nie uległy znaczącym zmianom. Finansowanie profilaktyki poekspozycyjnej po narażeniu na zakażenie wirusem HIV determinują dwa przepisy ww. ustawy: art. 41 ust. 4 wprowadzający zasadę generalną oraz art. 41 ust. 5 wprowadzający wyjątek od tej zasady ogólnej.

Zgodnie z art. 41 ust. 4, który można potraktować jako zasadę ogólną, leczenie poekspozycyjne osób, które miały styczność z ludzkim wirusem niedoboru

odporności (HIV), jest finansowane na zasadach określonych w art. 40 ust. 4 i 5<sup>3</sup>. Powyższe oznacza, że koszty świadczeń zdrowotnych związanych z leczeniem poekspozycyjnym udzielonych ubezpieczonym, w tym także koszty leków, są finansowane na zasadach określonych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>4</sup>, zwłaszcza w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.). Z kolei koszty świadczeń zdrowotnych związanych z leczeniem poekspozycyjnym wypadkowym udzielonych osobom nieposiadającym uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, a także koszty leków, są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia<sup>5</sup>. Koszty te pochodzą ze środków rządowego programu polityki zdrowotnej poświęconego profilaktyce i leczeniu antyretrowirusowemu, aktualnie pn. *Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce z modulem „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych”* na lata 2022 – 2026.

Wyjątkiem od wyżej opisanej zasady ogólnej, wprowadzonym przez art. 41 ust. 5 ww. ustawy *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* jest profilaktyczne leczenie poekspozycyjne ze styczności z ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV), do której doszło w wyniku wypadku w trakcie wykonywania

czynności zawodowych, które jak mówi ustawa, „jest finansowane przez pracodawcę albo zlecającego pracę”<sup>6</sup>. Przepis ten powoduje, że podmiotem odpowiedzialnym za sfinansowanie profilaktycznego leczenia poekspozycyjnego, w przypadku ekspozycji, do której doszło w wyniku wypadku w trakcie pracy (tj. „wykonywania czynności zawodowych”) jest każdorazowo pracodawca lub zlecający pracę.

W przypadku ekspozycji pozazawodowych powstałych w wyniku ryzykownego zachowania istnieje możliwość otrzymania profilaktyki poekspozycyjnej na podstawie recepty wystawionej przez lekarza. W takim wypadku koszt PEP pokrywa pacjent.

## Profilaktyka po ekspozycji zawodowej wypadkowej

Powyższa zasada chyba najbardziej dotyka wszystkie podmioty medyczne (szpitale, przychodnie) które, aby uniknąć ponoszenia stosunkowo wysokich kosztów profilaktyki poekspozycyjnej swoich pracowników, często zawierają dodatkowe umowy ubezpieczenia w tym zakresie lub, co się niejednokrotnie zdarza w przypadku np. studenckich praktyk zawodowych, zobowiązują studenta do wykupienia prywatnego ubezpieczenia, które pokryłoby koszty ewentualnego leczenia PEP.

W przypadku stanowisk pracy, gdzie do narażenia na ekspozycję zawodową na HIV dochodzi sporadycznie, dobrą praktyką jest przygotowanie wcześniej prostych procedur działania, które mogą bardzo pomóc i usprawnić interwencję tak, aby eksponowany pracownik szybko otrzymał niezbędną pomoc w placówce medycznej, najlepiej specjalistycznej. Pomimo, że nie ma takiego obowiązku, mając na uwadze skuteczność (po wdrożeniu PEP nie odnotowano w Polsce zakażenia HIV u eksponowanych pracowników) i rolę BHP, przygotowanie takiej procedury byłoby wskazane. Nie ma jednego, przyjętego wzoru. Warto jednak posłużyć się wspomnianym wcześniej doku-

mentem pn. *Zasady opieki nad osobami zakażonymi HIV. Zalecenia PTN AIDS 2023* (str. 43-49), który dokładnie opisuje rekomendowany sposób działania. W przypadku ekspozycji zawodowych (podczas wykonywania obowiązków służbowych) procedura wygląda z reguły tak: należy zgłosić zdarzenie przełożonemu. Następnie należy zabezpieczyć krew pacjenta źródłowego do badań.<sup>1</sup> Jeśli jest to niemożliwe, skierować pacjenta na badania do ośrodka specjalistycznego zajmującego się profilaktyką poekspozycyjną. W przypadku ekspozycji pracowników medycznych badania mogą być wykonane w macierzystym zakładzie pracy, o ile nie opóźni to wdrożenia profilaktyki poekspozycyjnej. Zalecane jest uzyskanie dodatkowych informacji na temat pacjenta źródłowego, mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji o wdrożeniu profilaktyki (z zachowaniem tajemnicy lekarskiej i odpowiednim zabezpieczeniem takich danych). Następnie jak najszybciej należy zgłosić się do ośrodka specjalistycznego, celem wykonania badań i kwalifikacji do profilaktyki swoistej<sup>7</sup>.

Niezależnie od źródła finansowania PEP, procedura ta powinna zostać wdrożona możliwie jak najszybciej, maksymalnie w ciągu 48 godzin od narażenia na zakażenie.

## Profilaktyka po ekspozycji pozazawodowej wypadkowej

Na portalu Krajowego Centrum ds. AIDS (aids.gov.pl), w zakładce *Ekspozycja na HIV – Postępowanie w nagłych wypadkach*, znajdują się adresy i dostępne całonocowo telefony do szpitali i klinik, w których można uzyskać pomoc w sytuacjach nagłych, incydentalnych i kryminalnych, takich jak: zakłucie igłą niewiadomego pochodzenia, kontakt z krwią osoby zakażonej, gwałt lub inne zdarzenia, określane jako ekspozycja pozazawodowa wypadkowa. Informacja ta jest opatrzona uwagą o konieczności bezwzględnego zgłoszenia się po ekspozycji

do wybranej przez siebie placówki medycznej z zamieszczonej listy, a w przypadku długiego oczekiwania lub braku możliwości kontaktu telefonicznego, do dowolnej kliniki lub oddziału chorób zakaźnych. Im szybciej przyjmie się leki antyretrowirusowe, tym większa szansa na uniknięcie zakażenia.

*Stan prawny na dzień 23 sierpnia 2023 r. Materiały edukacyjne na temat PEP*

## Materiały edukacyjne na temat PEP

Postępowanie w przypadku ekspozycji pozazawodowej wypadkowej zostało opisane w ulotce wydanej w roku bieżącym przez Krajowe Centrum ds. AIDS. Ulotka jest zamieszczona na portalu aids.gov.pl w zakładce *Publikacje w wersji elektronicznej*.

**Szacując ryzyko zakażenia HIV, należy uwzględnić dodatkowe takie czynniki, jak:**

- głębokość zakłucia igłą ze światłem (z kanałem wentylacji)
- wielkość obecność krwi na powierzchni narzędzia
- wysokość odłamki HIV w źródła ekspozycji
- w przypadku ekspozycji seksualnych: zastosowanie prezerwatywy i rodzaj stosunku seksualnego, współżycia innych chorób przenoszonych drogą płciową, widoczne owrozczenie narządów płciowych, częstotliwość ryzykownych zachowań osoby ekspozowanej, jasność źródła ekspozycji

**W źródła ekspozycji (osoba źródłowa) to osoba, której materiał biologiczny (np. krew, spermy) stał się potencjalnym źródłem zakażenia.**

**Profilaktyka poekspozycyjna (PEP) po narażeniu na zakażenie HIV (ekspozycja pozazawodowa)**

**PEP - CO TO JEST?**

**PEP - KIM JESTENIEMIA**

**PEP - CO TO JEST?**

Ekspozycja pozazawodowa to narażenie na zakażenie HIV niezwiązane z pracą zawodową:

- ekspozycje kryminalne, np. umyślnie zakłucie igłą lub innym narzędziem oraz gwałt, który może wiązać się z obrabianiem pochwy lub odbytu. Gdy sprawca jest zakażony HIV, ten rodzaj obrażeń zwiększa ryzyko przeniesienia wirusa na ofiarę.
- ekspozycje incydentalne, np. wypadek, pomoc rannemu, przypadkowy kontakt z materiałem potencjalnie zakaźnym, zakłucie igłą nieznanego pochodzenia.
- ryzykowne zachowania niezabezpieczonej prezerwatywą kontakt seksualny lub penetrację prezerwatywy w trakcie kontaktu seksualnego z osobą o nieznanym statusie serologicznym, dzielenie sprzętu do iniekcji (np. narkotyków).

**Pamiętaj!**

Każdy może być potencjalnie zakażony HIV. Nie ma grup ryzyka. Są tylko ryzykowne zachowania.

**POEKSPOZYCYJNA PROFILAKTYKA ZAKAŻENIA HIV (PEP) - CO TO JEST?**

Profilaktyka poekspozycyjna (PEP) polega na przyjmowaniu przez 28 dni leków antyretrowirusowych (ARV) w sytuacji, gdy odgdy do kontaktu z materiałem potencjalnie zakaźnym (krew, krew, nasieniem, śluzem pochwowym, pre ejakulatem). Celem profilaktyki poekspozycyjnej jest znaczące zmniejszenie ryzyka zakażenia HIV.

**POSTĘPOWANIE PO EKSPOZYCJI POZAZAWODOWEJ WYPADKOWEJ - CO ROBIĆ?**

Pacjent powinien zgłosić się jak najszybciej do szpitala zakaźnego, prowadzącego terapię antyretrowirusową, a w przypadku kobiet - także do ginekologa, ponieważ istnieje prawdopodobieństwo zajścia w ciążę.

Im szybciej zostanie podane leki antyretrowirusowe (najpóźniej w ciągu 2-3 godzin po zdarzeniu), tym większa szansa na uniknięcie zakażenia. Według najnowszego stanu wiedzy profilaktyka poekspozycyjna (PEP) jest najbardziej skuteczną, jeśli zostanie wdrożona do 48 godzin od zdarzenia.

Lista szpitali wraz z całonocowymi telefonami znajduje się na stronie Krajowego Centrum ds. AIDS: [https://aids.gov.pl/co\\_robic/68/](https://aids.gov.pl/co_robic/68/)

W razie długiego oczekiwania na połączenie lub braku możliwości kontaktu telefonicznego należy bezwzględnie wywieźć pacjenta do wybranej placówki medycznej z listy lub dowolnej kliniki chorób zakaźnych.

**ZASADY FINANSOWANIA POZAZAWODOWEJ PROFILAKTYKI POEKSPOZYCYJNEJ (PEP)**

Koszty świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom ubezpieczonym, w tym także koszty leków, są finansowane na zasadach określonych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

W przypadku ekspozycji pozazawodowych wypadkowych (kryminalnych lub incydentalnych) leki antyretrowirusowe finansowane są z budżetu państwa w ramach Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej np. Leczenie antyretrowirusowe osób borykających z wirusem HIV w Polsce.

W przypadku ekspozycji pozazawodowych powstałych w wyniku ryzykownego zachowania istnieje możliwość otrzymania profilaktyki poekspozycyjnej na podstawie recepty wystawionej przez lekarza pracującego w jednym ze wskazanych szpitali. Koszt PEP pokrywa wiedzą pacjent.

**WDRÓŻENIE PROFILAKTYKI POEKSPOZYCYJNEJ**

Rozważając wdrożenie profilaktyki poekspozycyjnej (PEP), należy wziąć pod uwagę wiele różnych czynników, spośród których najważniejsze jest:

- czas, jaki upłynął od momentu narażenia na zakażenie - im szybciej przyjmie się leki antyretrowirusowe, tym większa szansa na uniknięcie zakażenia
- status serologiczny (tzn. wynik badania w kierunku HIV) osoby będącej źródłem ekspozycji

I. Jeżeli osoba będąca źródłem ekspozycji jest przytomna, powinna wyrazić zgodę na badania. W przypadku, gdy źródłem ekspozycji jest osoba nieletnia poniżej 16 r.ż. zgodę na badania wyrażają opiekunowie prawni, a w wieku 16-18 lat – opiekunowie prawni i badany. W przypadku odmowy przez pacjenta źródłowego wykonania badań – należy potraktować go jak potencjalnie zakażonego HIV, HBV i HCV.

W roku 2021 Centrum uaktualniło i wydało plakat oraz ulotkę na temat postępowania po ekspozycji zawodowej.

Materiały te można pobrać ze strony [aids.gov.pl](https://aids.gov.pl) lub zamówić, wysyłając formularz zamówienia na adres [aids@aids.gov.pl](mailto:aids@aids.gov.pl)

W tym samym roku PEP była jednym z elementów kampanii pn. „Czy wiesz, że...”, dotyczącej farmakologicznych sposobów zapobiegania HIV/AIDS.

Plakat i informacja o kampanii są dostępne pod adresem <https://aids.gov.pl/czywieszze/>

*Oprac. Krajowe Centrum ds. AIDS*

1. Zasady opieki nad osobami zakażonymi HIV. Zalecenia PTN AIDS 2023, redakcja wydania: Miłosz Parczewski, Magdalena Witak-Jędra, Bogusz Aksak-Wąs.
2. Zasady opieki nad osobami zakażonymi HIV. Zalecenia PTN AIDS 2023, redakcja wydania: Miłosz Parczewski, Magdalena Witak-Jędra, Bogusz Aksak-Wąs. Rozdział 6 pt. Profilaktyka poekspozycyjna po narażeniu na zakażenie HIV, HBV, HCV. Weronika Rymer, Marek Beniowski, Elżbieta Mularska, str. 43.
3. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1284), art. 41 ust. 4.
4. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1284), art. 40 ust. 4.
5. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1284), art. 40 ust. 5.
6. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1284), art. 41 ust. 5.
7. Zasady opieki nad osobami zakażonymi HIV. Zalecenia PTN AIDS 2023, redakcja wydania: Miłosz Parczewski, Magdalena Witak-Jędra, Bogusz Aksak-Wąs. Rozdział 6 pt. Profilaktyka poekspozycyjna po narażeniu na zakażenie HIV, HBV, HCV. Weronika Rymer, Elżbieta Mularska, Marek Beniowski, str. 41.

## Wybrane aspekty prawne dotyczące najważniejszych obowiązków pracowników ochrony zdrowia w stosunku do pacjentów w kontekście HIV/AIDS

### Uzyskanie świadomej zgody pacjenta na wykonanie testu w kierunku HIV

Obowiązujące przepisy nie wprowadzają specjalnych zasad uzyskiwania zgody na wykonanie testu w kierunku HIV. Stosuje się więc ogólne przepisy dotyczące zgody pacjenta na wykonanie świadczeń zdrowotnych, w myśl których, co do zasady, konieczna jest świadoma, poinformowana zgoda pacjenta na wykonanie u niego świadczenia medycznego czy interwencji medycznej. Zgoda nie musi mieć żadnej szczególnej formy – może być także „dorozumiana”, tzn. wyrażona przez takie zachowanie lub oświadczenie pacjenta, które implikuje zgodę mimo niewyrażenia jej wprost<sup>1</sup>.

W przypadku pacjentów małoletnich do ukończenia 16 lat, całkowicie ubezwłasnowolnionych lub niezdolnych do świadomego wyrażenia zgody, zgodę na wykonanie badania (w tym także badania wykrywającego HIV) lub innego świadczenia zdrowotnego (np. rozpoczęcia terapii antyretrowirusowej ARV), musi wyrazić przedstawiciel ustawowy (w przypadku dziecka najczęściej jest to rodzic). W razie braku przedstawiciela ustawowego, prawo to może wykonać opiekun faktyczny. Jeżeli jest to niemożliwe, konieczne jest zezwolenie sądu opiekuńczego<sup>2,3</sup>.

Natomiast w przypadku pacjentów, którzy ukończyli 16 lat i dysponują dostatecznym rozeznaniem, niezbędna jest podwójna zgoda, tj. zarówno przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycz-

nego (najczęściej jednego z rodziców), jak i samego pacjenta<sup>4,5</sup>. Jednocześnie pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego<sup>6</sup>.

Wykonanie testu bez zgody pacjenta jest możliwe, gdy wprost zezwala na to ustawa (np. gdy pacjent wymaga niezwłocznej pomocy lekarskiej, ale nie jest w stanie wyrazić zgody – art. 33 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty).



## Poinformowanie pacjenta o stanie zdrowia, w tym o wyniku testu w kierunku HIV

Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel, mają prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia, a także o rokowaniu w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych, zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami<sup>7</sup>. Wyłącznie pacjent (ew. pacjent i/lub przedstawiciel ustawowy) powinien zostać poinformowany o wyniku badania, chyba że pacjent (lub jego ustawowy przedstawiciel) wyrazili zgodę na udzielenie informacji innym osobom<sup>8,9</sup>. Jednocześnie pacjent ma prawo do bycia niepoinformowanym o wyniku testu<sup>10</sup>. W takim wypadku obowiązkiem pracownika ochrony zdrowia jest uszanowanie woli pacjenta.

## Respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji lekarskich dotyczących jego zdrowia

Na powyższy obowiązek składają się m.in. prawo pacjenta do informacji oraz prawo pacjenta do wyrażenia świadomej zgody na wszczęcie postępowania diagnostycznego, leczniczego i zapobiegawczego (w tym wykonanie testu w kierunku HIV czy rozpoczęcie terapii ARV)<sup>11,12</sup>. Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta<sup>13</sup>. Wszczęcie postępowania diagnostycznego, leczniczego i zapobiegawczego bez świadomej zgody pacjenta może być dopuszczone tylko wyjątkowo, w szczególnych przypadkach zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób<sup>14</sup>.

## Pouczenie pacjenta w związku z pozytywnym wynikiem testu w kierunku HIV

Zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi*, lekarz, felczer, pielęgniarka lub położna, którzy podejrzewają lub rozpoznają zakażenie lub chorobę zakaźną, są obowiązani pouczyć zakażonego lub chorego o środkach służących zapobieganiu przeniesienia zakażenia na inne osoby<sup>15</sup>.

Jednocześnie, dobrą praktyką jest poinformowanie pacjenta o możliwościach dalszego leczenia i opieki, a także o prawie do zastrzeżenia danych osobowych umożliwiających identyfikację pacjenta (w związku z obowiązkiem zgłoszenia zakażenia do stacji sanitarno-epidemiologicznej).

W przypadku rozpoznania zakażenia, które może przenosić się drogą kontaktów seksualnych, lekarz lub felczer ma obowiązek poinformować zakażonego o konieczności zgłoszenia się do lekarza partnera lub partnerów seksualnych zakażonego.<sup>16</sup> Informację o powiadomieniu zakażonego wpisuje się do dokumentacji medycznej i potwierdza podpisem złożonym przez zakażonego<sup>17</sup>. Na powyższe zapisy powołuje się Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS. W tegorocznych zaleceniach PTNAIDS podkreślono, że „w przypadku osób podejrzanych lub zdiagnozowanych w kierunku zakażenia lub choroby zakaźnej, ustawodawca narzuca personelowi medycznemu (lekarz, felczer, pielęgniarka, położna) dodatkowy obowiązek informacyjny, dotyczący stosowania środków zapobiegających przeniesieniu zakażenia na inne osoby (art. 26 ust. 2 ustawy *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi*). Szczególny nacisk kładziony jest na choroby przenoszone drogą płciową. W takiej sytuacji pacjent powinien zostać również pouczony przez lekarza o konieczności zgłoszenia się do lekarza jego partnera lub partnerów seksualnych. Co ważne, przepis nie zawęża kręgu partnerów wyłącznie do tego aktualnego, co ma szczególne znaczenie w przypadku HIV – z uwagi na wieloletni rozwój zakażenia. Rzadko udaje się bowiem określić precyzyjnie przedział

czasowy, w którym chory mógł je nabyć. Informację o powiadomieniu zakażonego o powyższym obowiązku należy wpisać do dokumentacji medycznej i potwierdzić jego osobistym podpisem. Celem takiej regulacji są działania przeciwepidemiczne – ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń poprzez wykrywanie osób z kontaktu, szybką diagnostykę i leczenie. Nie jest jednak zadaniem lekarza aktywne poszukiwanie partnerów pacjenta<sup>18</sup>.

## Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zakażenia wirusem HIV

Lekarz lub felczer, który podejrzewa lub rozpoznaje zakażenie, chorobę zakaźną lub zgon z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej (w tym też HIV/AIDS) jest obowiązany do niezwłocznego, nie później jednak niż w ciągu 24 godzin od chwili powzięcia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, zgłoszenia tego faktu właściwemu państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu<sup>19</sup>. Osoba zakażona HIV lub chora na AIDS może zastrzec dane, umożliwiające jej identyfikację, a lekarz powinien ją o takiej możliwości poinformować<sup>20</sup>.

## Zachowanie w tajemnicy informacji dotyczących pacjenta

Najważniejsze składowe tego obowiązku to prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych oraz w przypadku osób, u których wykryto zakażenie HIV – prawo do zastrzeżenia danych osobowych (możliwe tylko przy zgłoszeniu zakażenia, nie ma możliwości anonimowego leczenia ARV). Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych (w szczególności dotyczących stanu zdrowia pacjenta), a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego. Co istotne, osoby wykonujące zawód medyczny, udzielające świadczeń zdrowotnych, są związane tajemnicą również po śmierci pacjenta<sup>21</sup>, choć od 2019 r. prawo do dokumentacji medycznej, a tym samym prawo do informacji o stanie zdro-

wia pacjenta (w tym zakażeniu HIV), ma po jego śmierci osoba bliska, nawet gdy nie została uprzednio upoważniona, chyba że sprzeciwi się temu inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia<sup>22</sup>.

Jednocześnie ustawa *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* dopuszcza ujawnienie tajemnicy m.in. w sytuacji, gdy jej zachowanie może stanowić zagrożenie dla życia i zdrowia innych osób (w tym partnera seksualnego pacjenta) oraz gdy zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń<sup>23</sup>.

## Udzielenie pomocy medycznej w przypadku zagrożenia życia i zdrowia

Pacjent ma prawo do natychmiastowego otrzymania świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia<sup>24</sup>. Lekarz ma obowiązek udzielić pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia<sup>25</sup>.

W przypadku odstąpienia od leczenia, lekarz ma obowiązek dostatecznie

wcześniej uprzedzić o tym pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego i wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym. Lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia, jeżeli istnieją ważne ku temu powody, po uzyskaniu zgody swojego przełożonego. Jednocześnie w przypadku odstąpienia od leczenia, lekarz ma obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej<sup>26</sup>.

*Stan prawny: 23 sierpnia 2023 r.*

*Oprac. Krajowe Centrum ds. AIDS*

1. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1545), art. 15-18.
2. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentyisty* (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1516), art. 32 ust. 2.
3. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1545), art. 17 ust. 2.
4. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentyisty* (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1516), art. 32 ust. 5.
5. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1545), art. 17 ust. 1 i 2.
6. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1545), art. 17 ust. 3.
7. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1545), art. 9 ust. 1 i 2.
8. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1545), art. 9 ust. 3.
9. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentyisty* (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1516), art. 31 ust. 2.
10. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1545), art. 9 ust. 4.
11. *Kodeks Etyki Lekarskiej*, art. 15 ust.3.
12. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentyisty* (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1516), art. 32 ust.1.
13. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentyisty* (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1516), art. 32 ust.1.
14. *Kodeks Etyki Lekarskiej*, art. 15 ust.3.
15. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1284), art. 26 ust. 1 pkt.1.
16. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1284), art. 26 ust. 2.
17. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1284), art. 26 ust. 3.
18. *Zasady opieki nad osobami zakażonymi HIV. Zalecenia PTN AIDS 2023*, redakcja wydania 2023: Miłosz Parczewski Magdalena Witak-Jędra, Bogusz Aksak-Wąs, rozdz. 51 Wybrane aspekty prawne zakażenia HIV, Marta Rorat, Tomasz Jurek, Str. 476
19. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1284), art. 27 ust.1.
20. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1284), art. 41 ust.1.
21. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1545), art. 14 ust. 2.
22. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1545), art. 26 ust. 2.
23. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1545), art. 13 i 14.
24. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1545), art. 7.
25. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentyisty* (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1516), art. 30.
26. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentyisty* (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1516), art. 38 ust. 2, 3 i 4.

## Programy wymiany igieł i strzykawek w Polsce

Pierwsze programy dystrybucji igieł i strzykawek zostały wprowadzone przez stowarzyszenie Monar pod koniec lat 80. Była to odpowiedź na wzrastającą liczbę zakażeń HIV wśród osób używających narkotyków w iniekcjach. W 2002 r., w 23 miastach funkcjonowało 21 programów wymiany strzykawek. W tym czasie dostępność tego typu usług dla osób

przyjmujących narkotyki drogą iniekcji była największa. W 2022 roku liczba programów wymiany wyniosła już tylko 10. Działały one głównie w dużych miastach. Programy te oferowały sterylne sprzęt do iniekcji w 8 miastach: Zielona Góra, Wrocław, Puławy, Warszawa, Lublin, Kraków, Zgorzelec, Olsztyn. Dostępne były także inne usługi, takie jak porad-

nictwo, edukacja i wsparcie socjalne. Obecnie najwięcej programów wymiany strzykawek prowadzi stowarzyszenie Monar (4 programy). Prowadzący programy starają się dotrzeć do potencjalnego klienta na różne sposoby, w większości stacjonarnie, jednakże pomoc i sprzęt do iniekcji są również zapewniane w ramach działań tzw. „outreach”. Pracow-

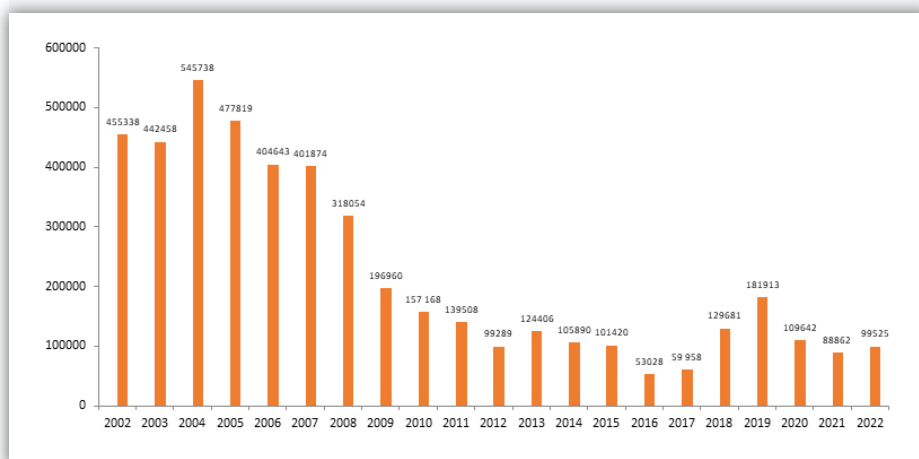
nicy, tzw. „street workerzy” docierają do użytkowników narkotyków w miejscach ich przebywania, tj. na ulicach, w parkach czy na dworcach. W niektórych miastach, np. w Warszawie czy Wrocławiu, działa mobilny punkt redukcji szkód. Kamper dociera do osób najbardziej wykluczonych. Zanik otwartych scen narkotykowych w większości miast (tzw. „bajzli”), gdzie użytkownicy narkotyków spotykali się i mogli kupić narkotyki, jak również rozwój sprzedaży narkotyków przez telefon oraz w Internecie spowodowały, że pracownikom organizacji działających w tym obszarze coraz trudniej jest dotrzeć z pomocą. Część programów działa przy placówkach leczniczych organizacji pozarządowych. Tylko nieliczne z nich, jak np. w Warszawie, Wrocławiu czy Krakowie, mają swoje stałe, wydzielone miejsce dziennego pobytu (ang. *drop-in*).

Informacje o liczbie wydanych strzykawek do iniekcji w ciągu 20 lat przedstawione zostały na wykresie nr 1. W 2022 roku wydano ponad 99 tysięcy strzykawek, co oznacza wzrost w porównaniu do roku 2021 o około 89 tysięcy. Programy objęły swoimi działaniami niecałe dwa tysiące klientów (1891), co oznacza spadek w stosunku do 2021, roku gdzie tych osób było prawie 2500 (wykres 2).

## Badanie wśród odbiorców programów wymiany igieł i strzykawek

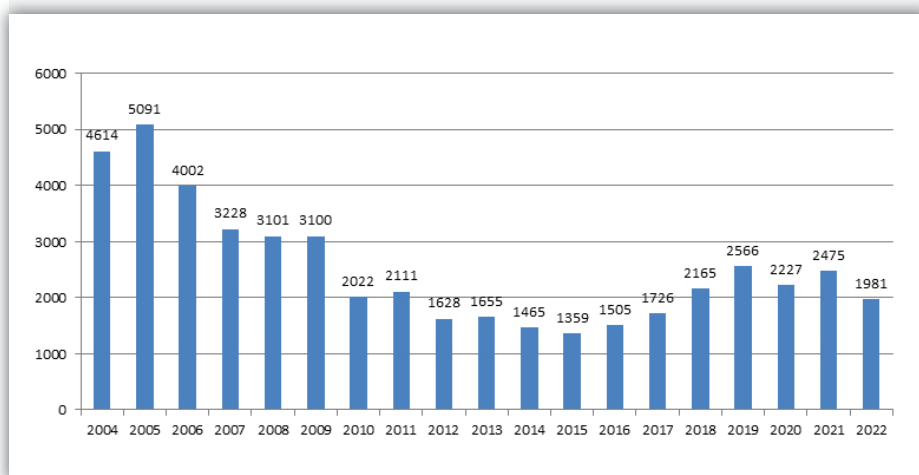
Ogólnopolskie badanie programów niskoprogowych (programów wymiany igieł i strzykawek) i ich klientów prowadzone jest przez Dział Badań (wcześniej Centrum Informacji KBPN) Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom od 2008 roku co dwa lata. Na przełomie listopada i grudnia pracownicy programów redukcji szkód przez dwa tygodnie przeprowadzają wywiady kwestionariuszowe (czas trwania około 15-20 minut) z klientami programów wymiany igieł i strzykawek. W 2022 roku w badaniu wzięło udział 357 osób z 9 programów w 8 miastach. Średni wiek respondentów wynosił 37 lat, 46% ankietowanych posiadało dzieci. 39% osób badanych nie miało stałego miejsca zamieszkania (wykres 3).

Wykres 1. Liczba strzykawek wydana w programach wymiany w Polsce w latach 2002 -2022



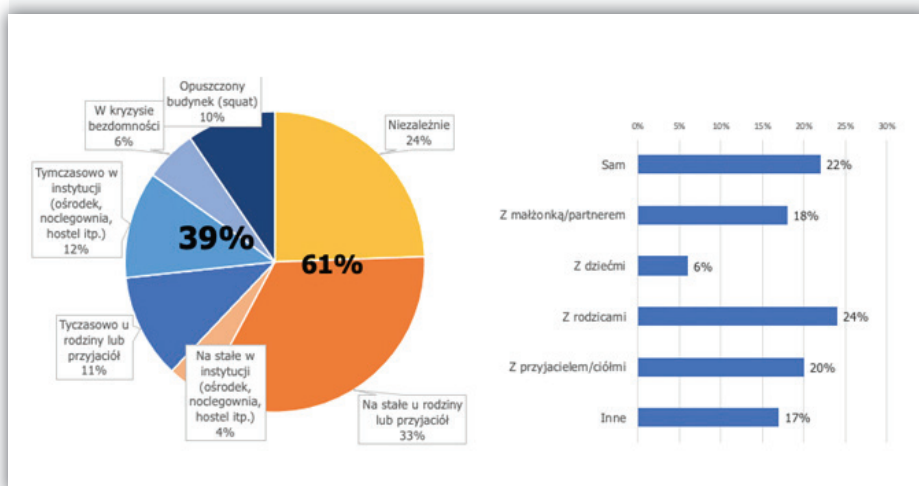
Źródło: dane Działu Badań KCPU

Wykres 2. Liczba klientów programów wymiany igieł i strzykawek



Źródło: dane Działu Badań KCPU

Wykres 3. Status zamieszkania badanych osób w 2022 roku (N=356)



Źródło: Dalmata M., (2023) Wyniki badanie klientów programów wymiany igieł i strzykawek 2022 – prezentacja z konferencji programów redukcji szkód.



Wśród badanych najczęściej osób miało wykształcenie średnie (38%), zasadnicze zawodowe (27%), podstawowe (21%). 7% to były osoby po gimnazjum, a 6% miało wykształcenie wyższe.

Tylko 22% osób miało dochody z pracy, 40% wskazało na inne dochody, co oznacza np. żebractwo czy kradzieże. Źródło dochodów badanych osób przedstawione zostało na wykresie 4. Badani mogli wskazać dwie odpowiedzi.

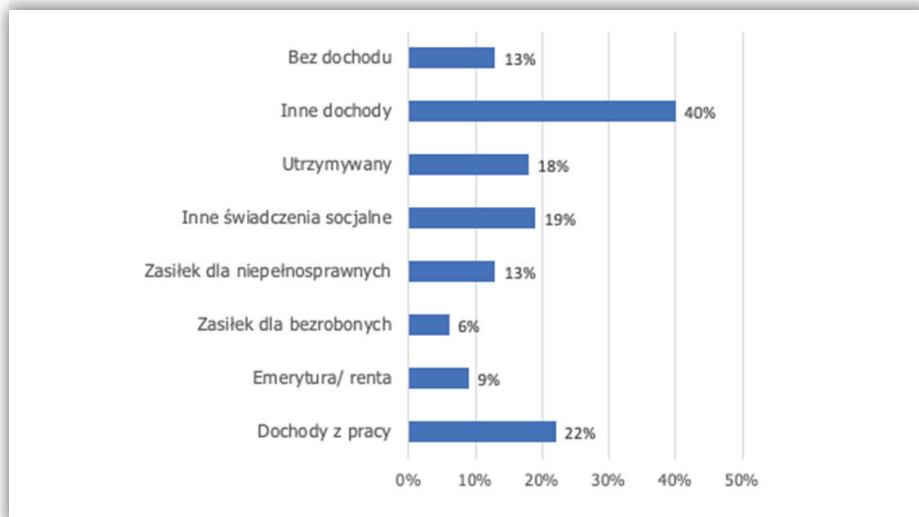
## Używane substancje

58% respondentów omawianego badania przyjmowało narkotyki dożylnie w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem. 29% używało narkotyków w iniekcji, ale nie w ciągu ostatnich 30 dni. W badaniu pytaliśmy o wiek, w jakim osoby zażyły narkotyk w iniekcjach po raz pierwszy. Były to osoby w wieku od 11 do 40 lat. Mediana inicjacji narkotyków w iniekcjach wyniosła 18 lat.

Badani byli proszeni o wskazanie substancji, których używali w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem (wykres 5). Najczęściej używanymi substancjami były: alkohol 71%, benzodiazepiny 59%, metadon 52% oraz marihuana 46%. Mniej rozpowszechnione było używanie narkotyków „tradycyjnych” stosowanych do iniekcji: amfetaminę stosowało 35% badanych, a heroinę 33%. Warto zwrócić uwagę, że prawie co trzeci badany (29%) zadeklarował używanie mefedronu - substancji, która pojawiła się szerzej na nielegalnym rynku substancji psychoaktywnych w 2009 roku wraz z pojawieniem się „dopalaczy” w Polsce.

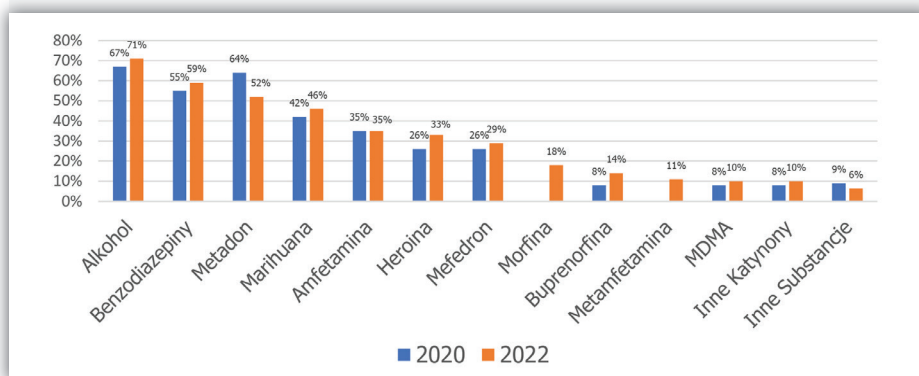
W Stanach Zjednoczonych od kilku lat trwa epidemia opioidowa, co stanowi duże wyzwanie dla zdrowia publicznego. W Polsce, jak na razie nie odnotowujemy używania na dużą skalę opioidów wśród osób, które sięgają po narkotyki. Według omawianych badań zmniejszył się odsetek osób sięgających po metadon, ale wzrosły wskaźniki dla morfiny oraz buprenorfiny. Gdy porównamy dane z pierwszego pomiaru wykonanego w 2008 roku do 2022 roku, to widać wyraźnie spadek popularności opioidów pochodzących z nielegalnego rynku. W 2008 roku 50% badanych używało polskiej heroiny (tzw. kompotu), a w 2020

Wykres 4. Dochody badanych osób 2022 (N=356)



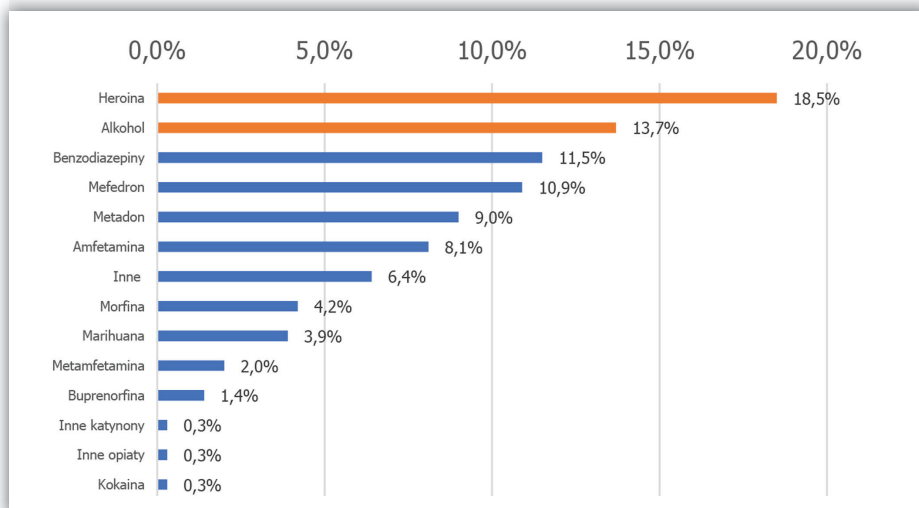
Źródło: Dalmata M., (2023) Wyniki badanie klientów programów wymiany igieł i strzykawek 2022 – prezentacja z konferencji programów redukcji szkód.

Wykres 5. Rozpowszechnienie używania substancji psychoaktywnych 30 dni przed badaniem 2020 -2022 (%) (N=356)



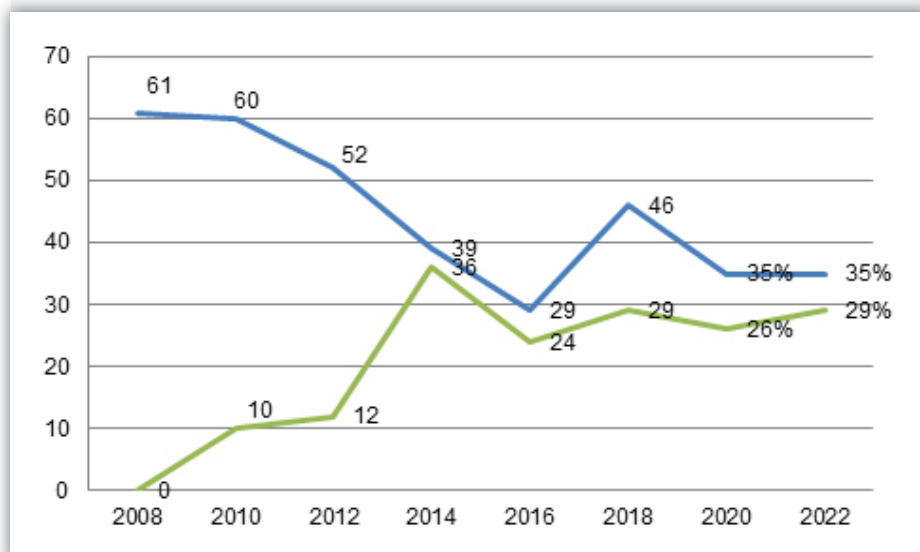
Źródło: Dalmata M., (2023) Wyniki badanie klientów programów wymiany igieł i strzykawek 2022 – prezentacja z konferencji programów redukcji szkód.

Wykres 6. Spośród substancji używanych w ciągu ostatnich 30 dni, która substancja, według uzależnionego, sprawia mu najwięcej problemów?



Źródło: Dalmata M., (2023) Wyniki badanie klientów programów wymiany igieł i strzykawek 2022 – prezentacja z konferencji programów redukcji szkód.

Wykres 7. Rozpowszechnienie używania amfetaminy oraz mefedronu 30 dni przed badaniem (%) w latach 2008-2022



Źródło: dane Działu Badań KCPU

roku już tylko 2%. W przypadku heroiny (brązowej i białej) odsetek użytkowników zmniejszył się z 44% (2008) do 26% (2022).

Badani zostali poproszeni o wskazanie jednej substancji, której używanie w ciągu ostatnich 30 dni sprawia im najwięcej problemów. Największy odsetek, 19% wskazało heroinę, ale na drugim miejscu był alkohol 14%, a na trzecim benzodiazepiny 12% (wykres 6).

## Trendy w używaniu stymulujących substancji psychoaktywnych

Polska jest jedynym z czołowych producentów amfetaminy w Europie, wytwarzanej w nielegalnych laboratoriach przez zorganizowane grupy przestępcze. Ten jeden z popularniejszych stymulantów używany jest również w iniekcjach. Omawiane badanie pozwala na opisanie zmian w rozpowszechnieniu używania tego narkotyku, które są, m.in. efektem pojawienia się innych narkotyków stymulujących. Wśród klientów programów niskoprogowych można zaobserwować tendencję spadkową w zakresie używania amfetaminy, gdy analizujemy dane od początku pomiarów. W 2008 roku odsetek uczestników badania, którzy zażywali amfetaminę w ciągu ostatnich 30 dni, wyniósł 61%, a w ostatnim pomiarze z 2022 roku - 35%. W przypadku mefedronu odnoto-

wujemy wzrost z 10% w 2010 roku (w tym roku po raz pierwszy pojawiło się pytanie o używanie tej substancji) do 29% w 2022. Jeżeli uwzględnimy, że do używania innych katynonów niż mefedron przyznało się w 2022 roku 10%, to w sumie około 39% badanych zażywało syntetyczne katynony, które wśród klientów programów wymiany igieł i strzykawek w ten sposób stały się substancją bardziej popularną niż amfetamina.

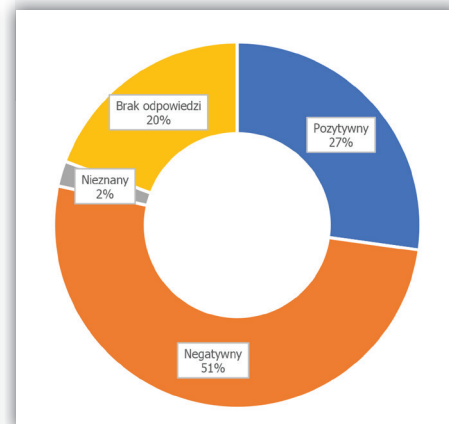
## Status HIV oraz HCV

Badani proszeni byli o odpowiedź na pytanie czy wykonali test oraz jaki był jego wynik. Te dane należy traktować z ostrożnością, ponieważ nie pochodzą one z badań laboratoryjnych tylko z deklaracji uczestników. 80% badanych wykonało test w kierunku HIV, a 76% badanych na HCV. Wśród tych, którzy wykonali test w kierunku HIV, 27% miało wynik pozytywny (wykres 8), a w przypadku HCV 37% (wykres 9)

## Podsumowanie

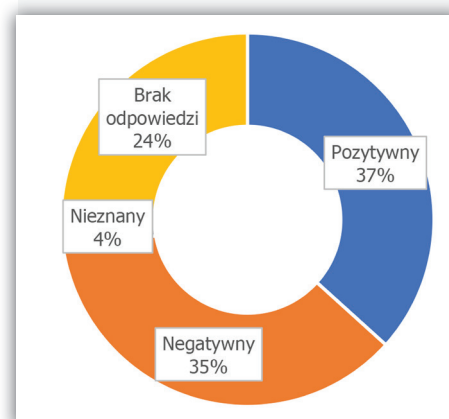
Programy redukcji szkód stanowią ważny element działań z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom, oparty nie na paradygmacie abstynencji, ale ograniczaniu szkód związanych z podejmowaniem zachowań ryzykownych. Prezentowane wyniki pozwalają

Wykres 8. Wyniki testu na HIV (n=288) 2022



Źródło: Dalmata M., (2023) Wyniki badanie klientów programów wymiany igieł i strzykawek 2022 – prezentacja z konferencji programów redukcji szkód.

Wykres 9. Wyniki testu na HCV (n=278) 2022



Źródło: Dalmata M., (2023) Wyniki badanie klientów programów wymiany igieł i strzykawek 2022 – prezentacja z konferencji programów redukcji szkód.

na obserwowanie zmian na polskiej scenie narkotykowej, gdzie nie odnotowujemy dużego wzrostu popularności opioidów. Biorąc pod uwagę sytuację w innych krajach, np. w Stanach Zjednoczonych, należy monitorować problem, ponieważ może ona ulec zmianie. Wysokie odsetki osób zakażonych HIV i HCV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków pokazują, że działania z zakresu redukcji szkód powinny być kontynuowane. Wzrost popularności nowych narkotyków (mefedronu oraz innych syntetycznych katynonów), których używanie związane jest z większą liczbą iniekcji w porównaniu do używania opioidów czy amfetaminy, może stanowić nowe wyzwanie dla zdrowia publicznego.

**Dr Artur Malczewski, KCPU**



# aspekty

Dodatek do Biuletynu Krajowego Centrum ds. AIDS



## 30-lecie Ośrodka EKO „Szkoła Życia” w Wandzinie



XIX-wieczny dworek myśliwski - wizytówka EKO „Szkoły życia”

**W** dniu 15 czerwca 2023 r. Ośrodek Readaptacji Stowarzyszenia Solidarni „PLUS” EKO „Szkoła Życia” w Wandzinie świętował 30-lecie swojej działalności.

Ośrodek w Wandzinie jest placówką, która od początku swojej działalności zajmuje się problematyką osób żyjących z HIV i chorych na AIDS, uzależnionych, niepełnosprawnych, bezdomnych, zagrożonych marginalizacją i wykluczeniem społecznym oraz wszystkich osób znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej. Jest to największy tego typu ośrodek w Polsce, dysponujący 180 miejscami, udzielający wielopłaszczyznowej pomocy medycznej, psychoterapeutycznej, prawnej, socjalno-bytowej i duszpasterskiej. W ramach struktury organizacyjnej ośrodka funkcjonuje oddział opiekuńczo-leczniczy dla osób żyjących z HIV oraz dla niepełnosprawnych seniorów, oddział uzależnień od substancji psychoaktyw-

nych, w tym alkoholu, oraz uzależnień behawioralnych. Uzupełnieniem dla realizowanych programów zdrowotnych w Wandzinie jest centrum rehabilitacji leczniczo-ruchowej, warsztat terapii zajęciowej oraz poradnia stomatologiczna.

EKO „Szkoła Życia” w Wandzinie prowadzi na szeroką skalę działalność profilaktyczną z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom i zakażeniom HIV. Co-rocennie z warsztatów korzysta ponad 1000 osób, w tym uczniowie i pracow-



Certyfikowane gospodarstwo ekologiczne





Różnorodna oferta Ośrodka

nicy służb mundurowych, lecznictwa i opieki socjalnej. Trzon pomocy pozamedycznej udzielanej w EKO „Szkoła Życia” w Wandzinie stanowią liczne projekty z zakresu reintegracji zawodowej, społecznej i rodzinnej uzupełniające i efektywnie wpisujące się w realizowane programy terapeutyczne.

W ramach działalności wspierającej placówka prowadzi certyfikowane ekologiczne gospodarstwo rolno-hodowlano-przetwórcze, realizując liczne programy z obszaru ochrony różnorodności biologicznej i edukacji ekologicznej. Ośrodek korzysta z infrastruktury ekologicznej, do której należy mechaniczno-biologiczna oczyszczalnia ścieków, bio-masowy system grzewczy oraz instalacja kolektorów słonecznych. Ponadto, EKO „Szkoła Życia” w Wandzinie prowadzi przygotowania do kompleksowej modernizacji systemu zasilania energetycznego i budowy farmy fotowoltaicznej o mocy 200kW, której realizacja zaplanowana na 2024 r.

W Wandzinie funkcjonuje również regularna jednostka Ochotniczej Straży Pożarnej, którą tworzą pacjenci, wolontariusze i pracownicy. Aktywizacja pacjentów i ich bezpośredni udział w życiu Ochotniczej Straży Pożarnej stanowi skuteczną i innowacyjną formę readaptacji społecznej, niezwykle ważną dla powodzenia procesu terapeutycznego.

## Uroczystości rocznicowe

Obchody jubileuszu 30-lecia działalności Ośrodka Readaptacji EKO „Szkoła Życia” w Wandzinie, połączone były z ogólnopolską konferencją szkoleniową pod hasłem „Nowe trendy w leczeniu uzależnień i zapobieganiu HIV/AIDS”.

W wydarzeniu wzięło udział ok. 300 osób, w tym przedstawiciele władz samorządowych, Krajowego Centrum ds. AIDS, Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, Lasów Państwowych, ośrodków profilaktyki i terapii uzależnień, służby zdrowia, placówek oświatowych i szkolno-wychowawczych,

organów sądów, stacji sanitarno-epidemiologicznych oraz organizacji pozarządowych zajmujących się problematyką uzależnień oraz HIV/AIDS.

Wstęp do części oficjalnej uroczystości uświetniły występy artystyczne w wykonaniu m.in. społeczności terapeutycznej z Ośrodka w Wandzinie należącej do drużyny pożarniczej Ochotniczej Straży Pożarnej w Wandzinie.

Obchody jubileuszu zainaugurowała Msza Święta, którą celebrował Ks. Wojciech Prądziński Kapelan EKO „Szkoły Życia” w Wandzinie, Proboszcz Parafii pw. Trójcy Świętej w Polnicy.



Uroczysta Msza Święta z udziałem pacjentów, społeczności terapeutycznej i zaproszonych gości



Donat Kuczewski Przewodniczący Zarządu Głównego Stowarzyszenia Solidarni „PLUS” oraz Agnieszka Golińska Dyrektor Ośrodka Readaptacji Stowarzyszenia Solidarni EKO „Szkoła Życia” w Wandzinie powitali uczestników Konferencji



Nie zabrakło również przyjemnych niespodzianek, z których jedną okazała się nominacja do wyróżnienia „Medal Civitas e Mari”, najbardziej zaszczytnego wyróżnienia Prezydenta Miasta Gdyni, przyznanego w uznaniu zasług dla 30-letniej prospołecznej działalności EKO „Szkoły Życia” w Wandzinie.

W trakcie części oficjalnej Jubileuszu zostały wręczone medale „Ludzie dla Ludzi”, które przyznawane są przez Kapitułę Zarządu Głównego Stowarzyszenia Solidarni „PLUS” instytucjom i osobom szczególnie zasłużonym dla środowiska osób żyjących z HIV oraz mających bezpośredni wpływ na rozwój Stowarzyszenia Solidarni „PLUS”.

Miłą niespodzianką okazało się przekazanie przez Rotary Club w Koszalinie na ręce długoletniego pracownika EKO „Szkoły Życia” w Wandzinie Dariusza Skwierawskiego odznaczenia im. Paula Harrisa.

Po części oficjalnej uroczystości nastąpiło rozpoczęcie konferencji pt. „Nowe trendy w leczeniu uzależnień i HIV/AIDS”. Podczas konferencji uczestnicy wysłuchali wielu wystąpień wybitnych Prelegentów, dzięki którym było to wspaniałe wydarzenie o wysokim poziomie merytorycznym i naukowym.

Tematyka konferencji zorientowana była m. in. na kwestię udziału polskiego sektora rządowego i pozarządowego w przeciwdziałaniu uzależnieniom, aktualnych wyzwań dla terapii uzależnień behawioralnych, od środków psychoaktywnych i alkoholu, konsekwencji zażywania nowych substancji psychoaktywnych, innowacji społecznych, wielopłaszczyznowej relacji pacjent-lekarz oraz realizacji programów zdrowotnych HIV/AIDS w kontekście dzisiejszej rzeczywistości.

Wydarzeniami towarzyszącymi jubileuszowi był kiermasz prac podopiecznych



Odnaczenie im. Paula Harrisa od Rotary Club w Koszalinie dla Dariusza Skwierawskiego



„Czy HIV/AIDS w dzisiejszych czasach jest nadal problemem zdrowotnym i społecznym?” – dr Barbara Daniluk-Kula – Zastępca Dyrektora Krajowego Centrum ds. AIDS.

Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego powstałych w ramach warsztatów terapii zajęciowej, Paraolimpiada i Bieg Wandziński, a także turniej piłki siatkowej, w którym brali udział podopieczni Ośrodka Readaptacji EKO „Szkoła Życia” w Wandzinie oraz pozostałych ośrodków Stowarzyszenia: Ośrodka Rehabilitacyj-

no-Postresocjalizacyjnego w Darzewie oraz Ośrodka Resocjalizacji w Gajkach.

Na zakończenie obchodów rocznicowych podopieczni Ośrodka zaprezentowali spektakl przygotowany na podstawie książki Antoine’a de Saint-Exupéry’ego „Mały Książę”. Widzowie bardzo dobrze

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





Kiermasz prac podopiecznych Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego powstałych w ramach warsztatów terapii zajęciowej

odebrali ponadczasowe przesłanie utworu, w niekonwencjonalny sposób zaprezentowane przez młodych wykonawców.

Patronat honorowy nad uroczystością 30-lecia objął Marszałek Województwa Pomorskiego Mieczysław Struk.

Obchody Jubileuszu były rejestrowane, a reportaż z wydarzenia dostępny jest na kanale EKO „Szkoly Życia” w Wandzinie Youtube pod linkiem: <https://www.youtube.com/watch?v=-4rtOnLdSdc>.

*Dariusz Skwierawski*

## Zniesienie stosowania skali Barthel jako podstawowego czynnika przy kwalifikowaniu pacjenta chorego na AIDS do leczenia w oddziale opiekuńczo-leczniczym

**26** maja 2023 r. weszły w życie dwa rozporządzenia Ministra Zdrowia, na mocy których zdecydowano o zniesieniu stosowania skali Barthel jako podstawowego czynnika przy kwalifikowaniu pacjenta chorego na AIDS do leczenia w oddziale opiekuńczo-leczniczym.<sup>1</sup>

W skali Barthel oceniana jest zdolność pacjenta do wykonywania codziennych czynności. Wynik 40 lub mniej punktów stanowi kryterium kwalifikacyjne do objęcia świadczeniami, a wynik powyżej 40 punktów jest podstawą do wypisania z zakładu opiekuńczego.

Tymczasem osoba chora na AIDS, nawet z wieloma chorobami oportunistycznymi, nie doświadcza znacznego deficytu w wykonywaniu codziennych czynności i często funkcjonuje w miarę sprawnie do ostatnich dni życia. Opieka nad takim chorym polega, między innymi, na wsparciu w prawidłowym

stosowaniu terapii antyretrowirusowej, leczeniu chorób oportunistycznych, zapewnieniu konsultacji specjalistycznych.

Dzięki kompleksowej i profesjonalnej opiece w zakładzie opiekuńczym, często udawało się poprawić stan zdrowia pacjentów do tego stopnia, że nie spełniali już wymogu kwalifikacyjnego wyrażonego w skali Barthel, w związku z czym musieli być wypisani. Nie oznaczało to jednak, że pacjenci ci byli zdolni do samodzielnego życia poza placówką, nawet jeśli mogli samodzielnie się poruszać. Wypisywanie pacjentów z zakładów opiekuńczych, wyłącznie w oparciu o wynik w skali Barthel, powodowało często znaczne pogorszenie się ich stanu zdrowia, zarówno psychicznego jak i somatycznego oraz nierzadko przerwanie terapii antyretrowirusowej, co może powodować powstawanie szczepów wirusów opornych na leki. Konieczna była hospitalizacja takiego pacjenta, a następnie

ponowne oczekiwanie na miejsce w zakładzie opiekuńczym.

Dzięki zniesieniu stosowania skali Barthel w stosunku do pacjentów chorych na AIDS zostaną ograniczone nie tylko negatywne konsekwencje zdrowotne (doprowadzając do regresu procesu terapeutycznego), lecz także negatywne zjawiska natury społecznej czy ekonomicznej.

Powyższe zmiany były długo oczekiwane przez środowisko osób pracujących z pacjentami żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS. Są odpowiedzią na liczne postulaty, m.in. Krajowego Centrum ds. AIDS i Ośrodka Readaptacji Stowarzyszenia Solidarni „PLUS” EKO „Szkoła Życia” w Wandzinie, Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS, jak również innych organizacji świadczących opiekę nad tymi pacjentami.

*Krajowe Centrum ds. AIDS*

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 maja 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz. U. poz. 893).  
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. poz. 894).

**kontra** 

**Redakcja**  
Maryla Rogalewicz

**Wydawca:**  
Krajowe Centrum ds. AIDS

**Adres redakcji:**  
ul. Samsonowska 1, 02-829 Warszawa  
tel. (+22) 331 77 66, 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.