



Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS

W numerze:

Projekt HA-REACT

dr Dorota Król

Str. 1-4

Stowarzyszenie

Wolontariuszy DADU

Małgorzata Kłys-Rachwańska,

Str. 4-6

Dlaczego warto (i gdzie najlepiej) zrobić sobie test na HIV?

Dorota Rogowska-Szadkowska

Str. 6

Leczenie ARV dla obywateli polskich w Polsce

opracowanie Krajowe Centrum ds. AIDS

Str. 7

HPV

Ł. Łapiński, J. Gąsiorowski, B. Szetela

Str. 8

Aspekty

Zawsze możemy być lepsi

Bartosz Kwiatek, Polsat News

Telefon Zaufania AIDS

(+22) 692 82 26; 801 888 448*
od pn. 09:00 do pt. 21:00**

*połączenie płatne tylko za pierwszą minutę

**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

Ósrodek Informacji o HIV/AIDS

(+22) 331 77 66

aids@aids.gov.pl

Poradnia Internetowa HIV/AIDS

www.aids.gov.pl

poradnia@aids.gov.pl

Projekt HA-REACT w ramach wspólnych działań Unii Europejskiej na rzecz zapobiegania HIV i zakażeń współistniejących oraz wdrażania działań z obszaru redukcji szkód



Co-funded by
the Health Programme
of the European Union

Głównym celem projektu HA-REACT jest ograniczenie do roku 2020 występowania na terenie Unii Europejskiej liczby nowych przypadków HIV, gruźlicy oraz wirusowego zapalenia wątroby typu C wśród osób stosujących środki odurzające w iniekcjach poprzez podniesienie poziomu profilaktyki oraz wdrażanie działań redukcji szkód. Cel ten jest zgodny z przedmiotowymi planami działań strategicznych Unii Europejskiej, Światowej Organizacji Zdrowia, UNAIDS oraz Biura Narodów Zjednoczonych do spraw Narkotyków i Przestępczości.

Cele cząstkowe projektu to:

- Udzielenie pomocy tym państwom UE, w których występują ograniczenia w prowadzeniu skutecznych, opartych na dowodach naukowych działań profilaktycznych kierowanych przede wszystkim do osób przyjmujących środki odurzające drogą iniekcji, ale także mężczyzn podejmujących kontakty seksualne z mężczyznami oraz osób świadczących usługi seksualne.
- Zachęcanie wszystkich państw członkowskich UE do realizowania kompleksowych, dobrze opracowanych programów redukcji szkód, będących istotnym elementem strategii poprawy profilaktyki i leczenia HIV, gruźlicy oraz wirusowego zapalenia wątroby.

Budżet projektu to 3.7 miliona EUR – 80% Komisja Europejska, 20% wkład własny

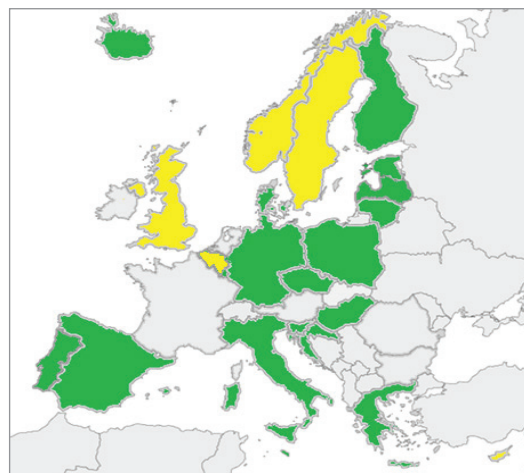
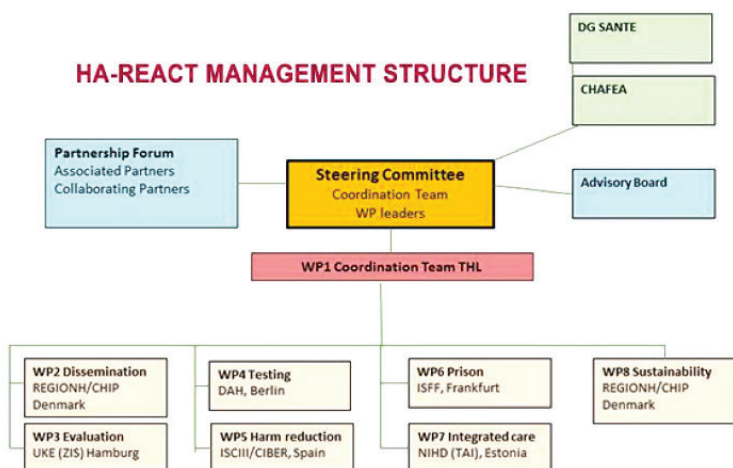
Pakiety robocze projektu:

- WP 1: Koordynacja**
Prowadzenie: THL, Finlandia
- WP 2: Rozpowszechnienie informacji o wynikach projektu**
Prowadzenie: CHIP, Dania
- WP 3: Ewaluacja**
Prowadzenie: ZIS, Niemcy
- WP 4: Testowanie i włączanie do systemu opieki zdrowotnej**
Prowadzenie: Deutsche AIDS-Hilfe, Niemcy
- WP 5: Podniesienie poziomu programów redukcji szkód**
Prowadzenie: ISCIII/CIBER, Hiszpania
- WP 6: Redukcja szkód i opieka w systemie więziennictwa**
Prowadzenie: ISFF, Niemcy
- WP 7: Zintegrowana opieka**
Prowadzenie: NIHD, Estonia
- WP 8: Zrównoważona kontynuacja projektu oraz finansowanie długoterminowe**
Prowadzenie: CHIP, Dania

Krajowe Centrum ds. AIDS uczestniczy w projekcie jako partner w dwóch pakietach roboczych: WP6 i WP8:

1. Wzrost dostępu do programów redukcji szkód i kontynuacji leczenia osób stosujących środki odurzające w iniekcjach (w tym zakażonych HIV) i przebywających w zakładach karnych (WP 6);
2. Wzmocnienie i zapewnienie zrównoważonej walki z HIV na poziomie krajowym w zakresie dostępności i jakości usług medycznych dla osób stosujących środki odurzające w iniekcjach (WP 8).

Działania realizowane w ramach poszczególnych pakietów roboczych projektu HA-REACT koncentrują się wokół zwiększania



dostępności do dobrowolnego testowania w kierunku HIV, gruźlicy i wirusowego zapalenia wątroby osób szczególnie narażonych na zakażenie, czyli przede wszystkim przyjmujących środki odurzające drogą dożylną, włączeniu tychże osób do systemu służby zdrowia, pokonywaniu barier uniemożliwiających zwiększanie zasięgu i skuteczności programów redukcji szkód do nich skierowanych, m.in. na przykładzie implementacji tzw. dobrych praktyk.

Założenia projektu HA-REACT realizuje 23 partnerów z 18 państw członkowskich UE. Trzem krajom: Litwie, Łotwie oraz Węgrom wyznaczonym zgodnie ze wskaźnikami ECDC oraz EMCDDA, nadano miano krajów priorytetowych gdzie wg. założeń ma się realizować zadania o znaczeniu specjalnym i szczególnej intensywności. Obecnie zalecenie to wdraża się niestety tylko częściowo, gdyż już pod koniec 2016 roku nie była możliwa implementacja działań, do których zobowiązały się Węgry, z uwagi na

prowadzoną tam restrukturyzację instytucji publicznych. Efektem zmian było powołanie w tym kraju nowego ciała o nazwie Ministerstwo Zdolności Ludzkich (Ministry of Human Capacities), które wchłonęło dwóch dotychczasowych partnerów HA-REACT: Narodowe Centrum Epidemiologii oraz Biuro Naczelnego Lekarza. Niestety, konsekwencją tych przekształceń było wycofanie się Węgier z powinności wniesienia 20% wkładu własnego do budżetu projektu, co wymusiło konieczność przejścia tego zobowiązania przez inne kraje, przedłużenie czasu trwania projektu o cztery miesiące (do stycznia 2019 r.) oraz do skorygowania części planu pracy.

Działania redukcji szkód prowadzone w zakładzie penitencjarnym w Luksemburgu – przykład dobrych praktyk

Szacuje się, że na świecie żyje 13,2 miliony osób przyjmujących środki odurzające, a co najmniej 10% wszystkich przypadków zakażeń HIV znalazło swój początek w ich ryzykownych iniekcjach (w krajach Europy Wschodniej i Azji Środkowej odsetek ten sięga aż 90%). Znacząca liczba uzależnionych od opiatów odbywa wieloletnie wielokrotne kary pozbawienia wolności. Osoby osadzone w zakładach penitencjarnych często wywodzą się z najmniej uprzywilejowanych grup społecznych, co sprawia, że ich kondycja zdrowotna już na starcie jest niezadowalająca, a pobyt w zakładzie penitencjarnym ma na nią dodatkowo negatywny wpływ. Zjawisko to w szczególności dotyka osoby uzależnione od środków psychoaktywnych. Dodatkowo, zakłady karne są środowiskiem, które charakteryzuje wysokie ryzyko narażenia przebywających w nich osadzonych na

różnego typu infekcje, w tym HIV. Wynika to z przeludnienia, niedostatecznego poziomu żywienia, ograniczonego dostępu osadzonych do świadczeń profilaktycznych, stosowania przez nich nielegalnych środków psychoaktywnych, a także podejmowania kontaktów seksualnych bez zabezpieczenia. Występowanie substancji odurzających w zakładach karnych jest wysokie, wyższe niż w populacji ogólnej, a w szczególności heroiny, kokainy, (meta) amfetaminy. Prewalencja HIV i HCV wśród osób osadzonych jest od 2 do 50 razy wyższa niż wśród ogółu społeczeństwa. W zakładach karnych występuje także zjawisko molestowania seksualnego. Zagrożenia zdrowotne typowe dla zakładów zamkniętych dotyczą nie tylko osób w nich osadzonych, ale także personelu, odwiedzających oraz osób przebywających na wolności, gdzie po odbyciu kary trafiają byli osadzeni.

Jedną z idei przewodnich projektów typu Joint Action jest propagowanie tzw. dobrych praktyk i dzielenie się doświadczeniem własnym w ich implementacji. W skali europejskiej, wiodącą rolę w równościowym wdrażaniu nowatorskich rozwiązań z obszaru redukcji szkód, tak w warunkach wolnościowych, jak również w dwóch działających zakładach penitencjarnych ma Luksemburg. Przyświeca temu zasada: kara pozbawienia wolności nie pozbawia osadzonego możliwości korzystania ze świadczeń dostępnych ogółowi społeczeństwa. Wynikiem takiego podejścia jest obecność programów wymiany igieł i strzykawek (do użytku osobistego), programu umożliwiającego wykonanie bezpiecznego tatuażu, prezerwatyw oraz terapii substytucyjnej w luksemburskich zakładach karnych. Jak pokazały badania, takie prowadzenie działań przekłada się na ograniczenie rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych wśród osadzonych,



Coordinadora estatal
de VIH y sida



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



a następnie wśród ogółu społeczeństwa. Dodatkowo, czas odbywania kary wykorzystuje się na poprawienie stanu zdrowia osadzonych oraz na ich edukację zdrowotną.

W celu propagowania rozwiązań wdrażanych w Luksemburgu, w czerwcu 2017 roku w tym kraju zorganizowano konferencję dla partnerów projektu wzbogaconą o wizytę studyjną w zakładzie karnym dla mężczyzn. W delegacji uczestniczyło 60 osób z 14 krajów, w tym przedstawiciel Krajowego Centrum ds. AIDS i pięć osób z Centralnego Zarządu Służby Więziennej.

Obecnie w Luksemburgu przeprowadza się reformę systemu więziennictwa mającą na celu dostosowanie przestarzałego prawa do nowych warunków. W ostatnich latach nastąpiła zmiana struktury ludnościowej Luksemburga – 47% osób pracujących na terenie tego kraju pochodzi z krajów ościennych, duża liczba osadzonych to obcokrajowcy, problemem staje się przeludnienie cel. Po wdrożeniu reformy możliwe stanie się wnoszenie apelacji od decyzji prokuratora generalnego – do tej pory jedynej instancji prawnej jeżeli chodzi o wydawanie prawomocnych wyroków, wdrożony zostanie monitoring elektroniczny, przesunięty zostanie nacisk z odbywania kary na społeczną reintegrację osadzonych, etc. Obecnie w Luksemburgu działają dwa zakłady penitencjarne, trzeci jest w budowie. Więzienie dla mężczyzn Schrassig ma charakter zamknięty, przebywa tam 616 osadzonych, w tym 295 z prawomocnymi wyrokami, 66 osadzonych ma w swojej historii przestępstwa związane ze stosowaniem środków odurzających. Drugi zakład karny, w Givenich ma charakter półotwarty, osadzeni pracują w warunkach wolnościowych, a nocują na terenie zakładu.

W dwóch zakładach karnych w Luksemburgu zatrudnionych jest trzech lekarzy, 20 pielęgniarek i jedna pielęgniarka naczelną. Pięciu lekarzy specjalistów pracuje na część etatu i przychodzi ze szpitali wolnościowych (najwięcej etatu przyznano lekarzowi zakaźnikowi z uwagi na dużą liczbę przypadków HCV). Nowoprzybyli osadzeni poddawani są dobrowolnym badaniom lekarskim (ponad 95%

z nich wyraża zgodę na badania krwi). Wyzwanie stanowi opieka nad osadzonymi w podeszłym wieku, z uwagi na ich rozliczne schorzenia, jak również przyjmowanie nowych osadzonych o każdej porze dnia i nocy. Najczęściej spotykanymi schorzeniami u osadzonych są: HIV, WZWC oraz inne zakażenia przenoszone poprzez stosowanie środków odurzających w iniekcji. W ramach implementacji działań z obszaru redukcji szkód w roku 2016 na terenie zakładu karnego w Schrassig wydano 1612 igieł i strzykawek do tzw. użytku osobistego, 205 osadzonych otrzymywało terapię substytucyjną, a 23 objętych było leczeniem ARV. Oprócz tego na terenie zakładu karnego prowadzi się doradztwo psychologiczne oraz edukacyjne, programy aktywizacji zawodowej oraz zajęcia dotyczące profilaktyki chorób zakaźnych.

Działania redukcji szkód prowadzone w zakładzie penitencjarnym w Czechach - pilotaż

Czechy to kraj zamieszkały przez 10.5 miliona osób. Działa tam 35 zakładów penitencjarnych, gdzie ogółem przebywa 21 708 osadzonych, w tym 1 722 obcokrajowców¹. 31% osadzonych stanowią osoby przyjmujące środki odurzające, w tym także drogą iniekcji. Prewalencja HIV wśród wszystkich osadzonych to 0,8%, a HCV to 35,9% (dane otrzymane przy pomocy testów diagnostycznych w roku 2016). W 10 zakładach karnych prowadzi się terapię substytucyjną dla 53 pacjentów rocznie. W czeskich zakładach karnych nie wdraża się programów wymiany igieł i strzykawek, prezerwatywy dostępne

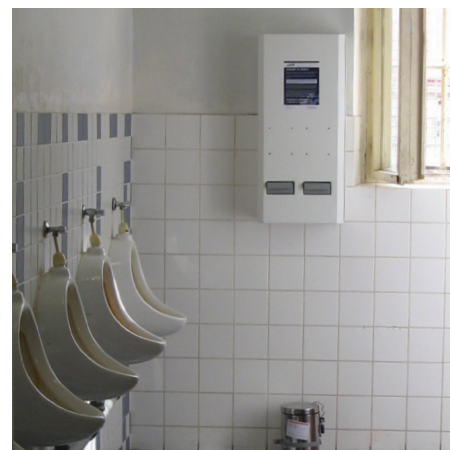
są we wszystkich kantynach oraz w niektórych pokojach spoczynkowych z rodziną.

Do implementacji działania projektu HA-REACT pt. „Pilotażowa dystrybucja prezerwatyw wśród osadzonych” wytypowano zakład karny Praha Pankrac. W ramach przygotowań do tego przedsięwzięcia delegacja 12 osób z Centralnego Zarządu Służby Więziennej Republiki Czech oraz zakładu karnego Praha Pankrac w październiku 2016 roku odbyła wizytę studyjną do dwóch zakładów karnych w Berlinie gdzie prowadzona jest dystrybucja prezerwatyw. Wizyta ta miała na celu zapoznanie się gości z Czech ze sposobem prowadzenia przez gospodarzy niemieckich terapii substytucyjnej, wymiany igieł i strzykawek, modeli resocjalizacji oraz przede wszystkim dystrybucji prezerwatyw. Ostatni, i z punktu widzenia gości, najważniejszy cel wizyty o mało nie pozostał niezrealizowany, gdyż osoba oprowadzająca po zakładzie karnym w Berlinie była bardziej dumna z wyremontowanych pomieszczeń gospodarczych niż z programu dystrybucji kondomów, który uznała za tak oczywisty, że nie sądziła aby ktoś z zagranicy chciał mu się dokładnie przyglądać.

Po pewnych wahaniach, personel zakładu karnego Praha Pankrac zgodził się na przeprowadzenie pilotażu dystrybucji prezerwatyw, jednakże na następujących warunkach: najpierw należało spisać odpowiednią umowę, opracować oraz rozpowszechnić ulotki informacyjne dla pracowników oraz dla samych osadzonych nt. zakażeń przenoszonych drogą płciową i profilaktyki, oraz zainstalować pojemniki na niebezpieczne odpady biologiczne gdzie trafiałyby zużyte prezerwatywy.



Maszyna do dystrybucji czystego sprzętu do iniekcji w zakładzie karnym w Berlinie.



Dystrybutor prezerwatyw w zakładzie karnym Praha Pankrac

1. dane na dzień 11 IV 2017

Ostatecznie pilotażowy program dystrybucji kondomów w zakładzie karnym Praha Pankrac ruszył w sierpniu 2017 roku. W toaletach dwóch pawilonów zamieszkałych przez 240 osadzonych zainstalowano 4 dystrybutory prezerwatyw, tak skonstruowane, aby nie mogły zostać zdemontowane przez osoby niepowołane.

W pozostałych pawilonach, zamieszkałych przez 760 osadzonych, prezerwatywy dostępne były u wychowawców i wydawane na życzenie osoby potrzebującej. W okresie od 24 sierpnia do 3 października 2017 roku wydano 657 kondomów przy użyciu maszyn samoobsługowych, 6 prezerwatyw przekazali wychowawcy. Nie zaobserwowano problemów, których źródłem mogłaby

być wspomniana pilotażowa dystrybucja prezerwatyw. Z pewnym zdziwieniem zanotowano, że pojedynczy osadzeni wysyłają kondomy pocztą do rodziny/znajomych przebywających na wolności. Wśród osadzonych pojawiła się obawa, że o stosowaniu przez nich prezerwatyw mogą dowiedzieć się ich partnerki życiowe oraz, że mogą zostać postrzegani jako osoby o skłonnościach homoseksualnych. Po miesiącu działania pilotażu nastawienie personelu zakładu karnego do jego implementacji zmieniło się z konserwatywno-negatywnego na obojętny lub nawet pozytywny. Duże znaczenie miał w tym przypadku fakt, że obawy personelu co do stosowania przez osadzonych prezerwatyw w sposób niezgodny z przeznaczeniem lub demontażu dystrybutora nie znalaz-

ły potwierdzenia w rzeczywistości. Partner projektu w Czechach, Krajowe Centrum Monitorowania Uzależnień na podstawie doświadczeń płynących z wdrażania pilotażu rekomenduje, aby dystrybucja prezerwatyw w zakładach karnych była zapisana jako przykład tzw. dobrych praktyk w strategii krajowej (np. w krajowym programie zapobiegania zakażeniom). Liczba wydanych kondomów przy użyciu dystrybutora w zakładzie karnym Praha Pankrac wyraźnie pokazuje, że osadzeni preferują ich anonimowe pozyskiwanie przy pomocy maszyny.

dr Dorota Król

Informacje zawarte w tekście zostały wypracowane w ramach projektu HA-REACT

Stowarzyszenie Wolontariuszy DADU – o tym, jakie działania realizujemy w województwie zachodniopomorskim / Szczecin

Ile to już minęło lat, odkąd zaczęliśmy nieśmiało tworzyć, organizować struktury stowarzyszenia. Był to rok 1997, Justyna, Marta, Rafał i Maciej byli pierwszymi założycielami organizacji. W 1999 roku formalnie zostaliśmy zarejestrowani w Sądzie jako Stowarzyszenie, czyli działamy formalnie już od 19 lat. Z pierwszego składu nieprzerwanie na straży stoi Justyna. Z czasem dojrzewaliśmy do podejmowania coraz to nowych działań. Skład zarządu i aktywnych członków nie powiększa się wraz z upływem czasu. Wykruszają się ludzie, a nam tylko przybywa lat, a młodych gniewnych chcących się zaangażować w działania brakuje. Wypełniamy więc tę lukę w zakresie profilaktyki zdrowotnej w temacie HIV i pomocy osobom seropozytywnym.

Obecnie ważnym działaniem Stowarzyszenia DA DU jest prowadzenie Punktu Konsultacyjno-Diagnostycznego w Szczecinie. Ważne jest to, że zadanie jest długoterminowe, czyli marzenia o tym, żeby nie było akcyjności podejmowanych działań zaczynają się urzeczywistniać. Warto zwrócić uwagę, że pierwszy PKD w Polsce otworzył swoje podwoje właśnie w Szczecinie (1997 rok) z inicjatywy dr Anny Nowak. Działalność PKD jest wpisana jako jedno z zasadniczych działań profilaktyki drugorzędowej, związaną z wczesnym wykrywaniem zakażeń HIV, ograniczeniem

rozprzestrzeniania się HIV. Adresatami są osoby o ryzykownych zachowaniach (seks, kontakty z krwią) w kontekście możliwości transmisji zakażenia HIV. Oferta badań skierowana jest do osób, w każdym wieku: czy to osoby młode, czy 50+ podejmują ryzykowne zachowania, które są wskazaniem do wykonania testów HIV. Corocznie wykonujemy ponad 1100 badań na obecność przeciwciał antyHIV. Od 22 stycznia 2018 roku PKD będzie się mieściło w budynku Poradni Nabytych Niedoborów Immunologicznych przy ul. Broniewskiego 12 w Szczecinie. Budynek poradni jest w strukturach Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego. W związku z powyższym w jednej lokalizacji skupiona jest opieka stacjonarna (pododdział Nabytych Niedoborów Immunologicznych), ambulatoryjna (PNNI) i profilaktyka HIV poprzez działania PKD. Takie zaplecze dla osób wykonujących oznaczenia przeciwciał antyHIV i otrzymujących wyniki dodatnie jest komfortowe. W tym samym dniu, kiedy zostaje zdiagnozowane zakażenie HIV, pacjent ma możliwość konsultacji z lekarzem specjalistą chorób zakaźnych. Ma też możliwość otrzymania wsparcia od osoby żyjącej z HIV (wolontariusz stowarzyszenia). Obecny harmonogram pracy PKD zakłada 3 dyżury w tygodniu tj. w poniedziałki, wtorki i czwartki w godzinach 15:00-18:00, wyniki pacjent odbiera na-

stępnego dnia. Nasze działania są ciągle ewaluowane, co skutkuje podwyższaniem standardów obowiązujących w PKD.

Na mapie działań Stowarzyszenia DA DU w Szczecinie na stałe zapisał się Tramwaj Profilaktyki HIV. Od 10 lat co roku wynajmujemy Tramwaj Retro i jeździmy ulicami miasta. Zatrzymując się na każdym przystanku, zachęcamy do skorzystania z bezpłatnego przejazdu tramwajem. Nie tylko pasażerowie tramwaju mają możliwość wysłuchania informacji o możliwości wykonania badań HIV, drogach zakażenia, działaniach profilaktycznych - ta sama informacja płynie też przez megafon. Tramwaj, którym jeździmy jest udekorowany na zewnątrz banerem z tytułem programu i logiem stowarzyszenia DA DU. Wewnątrz pojazdu na szybach przyklejone są plakaty, rozwieszone kolorowe balony, na stoliku pasażerowie znajdują: ulotki, broszury, gadżety, prezerwatywy. Ekspersi prowadzą quizy. Mamy opracowane piktogramy z nakreślonymi sytuacjami narażającymi na zakażenie HIV/STI, HCV/ HBV i rozmawiamy z mieszkańcami o narażeniu na zakażenie i co można zrobić, żeby uniknąć ryzyka. Dla uczestników konkursów przewidziane są nagrody. Podczas przejazdu eksperci indywidualnie udzielają informacji w zakresie tematyki HIV/STI: dróg zakażenia, profilaktyki HIV/STI, gdzie można wykonać test w kierunku HIV, ze szczególnym uwzględnieniem PKD.



Corocznie są z nami przedstawiciele mass mediów lokalnych. Informacje o naszych akcjach są zawsze przekazywane w Kronice Szczecińskiej i na łamach regionalnej prasy. Mamy często informacje zwrotne od mieszkańców Szczecina, że są z nami co roku, że czekają na nasze przejazdy Tramwajem Profilaktyki HIV. Dzięki tym akcjom uświadamiamy ludziom, że warto wykonać test w kierunku HIV.

Każdego roku analizujemy sytuację epidemiologiczną HIV w kraju, a szczególnie w województwie zachodniopomorskim. To pozwala nam ustalać priorytety działań i adresować je do odbiorców, którzy szczególnie tego wymagają. W roku 2017 po raz pierwszy nasze działania skierowane były na osoby 50+, ponieważ znacznie zwiększyła się w województwie zachodniopomorskim liczba dodatnich wyników HIV wśród osób 50+. To był impuls dla działań nakierowanych na te osoby, wydrukowaliśmy plakaty, ulotki i pojechalismy do Świnoujścia, Kołobrzegu, żeby spotkać się w sanatoriach z pensjonariuszami. Dzięki przychylności menagerów uzdrowisk, rozwiesiliśmy plakaty w uzdrowiskach i pozostawiliśmy ulotki.

Od 2014 roku działania nieprzerwanie kierowane są do populacji mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami. Odwiedzamy kluby gejowskie na terenie Szczecina. (LOVE, Skandal, wcześniej INFERNO). Głównym celem naszych wizyt jest przeciwdziałanie zakażeniu HIV, HBV, HCV i innych chorób przenoszonych poprzez kontakty seksualne przez zwiększenie poziomu wiedzy o chorobach zakaźnych w środowisku kobiet i mężczyzn świadczących usługi seksualne. W trakcie pobytu zachęcamy osoby tam przebywające do używania środków zabezpieczających, tj. prezerwatyw i lubrykantów. W roku 2017 zwiększyliśmy naszą

ofertę w klubach o wykłady. Udało nam się pozyskać do współpracy prof. dr hab. n med. Miłosza Parczewskiego. Jego cyklicznie prowadzone wykłady cieszą się ogromnym zainteresowaniem.

Swoje działania kierujemy również do osób zajmujących się świadczeniem usług seksualnych na trasach szybkiego ruchu oraz w mieszkaniowych agencjach towarzyskich na terenie województwa zachodniopomorskiego. Podczas spotkań edukujemy kobiety w zakresie bezpieczniejszych zachowań seksualnych. Rozdajemy prezerwatywy, lubrykanty, materiały informacyjne. Zachęcamy oczywiście do wykonywania badań w zakresie HIV/STI. Kobiety pracujące w seksbiznesie są grupą marginalizowaną społecznie. W związku z tym rzadko korzystają z oferty pomocy instytucji czy organizacji pozarządowych. Działania środowiskowe są jedyną bezpośrednią metodą dotarcia do tej grupy i przekazania wiedzy dotyczącej zagrożeń związanych z przyjmowaniem środków psychoaktywnych. Od wielu lat z tą grupą społeczną pracujemy w zespole: terapeuta-psycholog, pracownik socjalny, policjant. Nasze klientki niejednokrotnie zwracają się do nas właśnie nie po prezerwatywy, lubrykanty, ale np. aby pomóc im załatwić leczenie odwykowe, odzyskać prawa rodzicielskie czy wyrwać je z przemocy seksualnej.

W listopadzie 2017 roku zaprosiliśmy do Szczecina Wiesława Sokoluka, który przeprowadził zajęcia ze studentami wydziału lekarskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego. Komunikacja/ rozmowa lekarz-pacjent w zakresie zachowań seksualnych to główny temat warsztatów. Studenci pod okiem wspaniałego seksuologa uczyli się, jak można rozmawiać z pacjentem o jego sferze seksualnej. Dlaczego podjęliśmy ten temat i tę grupę adresatów? Specyfika pracy

lekarzy wymaga sprawnej komunikacji z pacjentem. W życiu codziennym często mamy problemy z komunikacją, a szczególnie przypadkiem są rozmowy z pacjentami, którzy są w trudnej sytuacji zdrowotnej i nie rzadko są osobami starszymi, np. w wieku rodziców lekarzy. Program adresowany jest do studentów medycyny, którzy w niedalekiej przyszłości będą stali w obliczu rozmów z pacjentami nie tylko w zakresie określenia objawów klinicznych choroby, lecz także potrzeb seksualnych pacjentów i możliwości ich realizacji w zależności od stanu zdrowia. Z badań Naczelnej Izby Lekarskiej wynika, że tylko 8% lekarzy do 35. roku życia ocenia swoje umiejętności komunikacyjne jako wysokie. Z kolei tylko 3% respondentów ocenia, że potrafi sprawnie przekazywać trudne informacje oraz wspierać pacjentów i ich rodziny w traumatycznych sytuacjach. Natomiast aż 65% medyków wyraża konieczność podniesienia swoich umiejętności w tym zakresie. Dane mówią same za siebie, że temat jest bardzo ważny i dlatego zaplanowano w tym zakresie działania.

Głównymi odbiorcami działań stowarzyszenia DA DU są osoby seropoztywne i ich rodziny, osoby najbliższe. Nasza praca głównie polega na poprawie jakości życia w sferze psychospołecznej osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, ich rodzin i bliskich, wzmacnianiu motywacji ludzi z HIV do leczenia antyretrowirusowego, motywacji do powrotu do aktywności zawodowej i społecznej.

Na rzecz osób żyjących z HIV od wielu lat organizujemy obozy integracyjne. Przez wiele lat były to wyjazdy nad morze, obecnie w góry. W 2018 roku planujemy odwiedzić Bieszczady.

Ponadto od wielu lat oferujemy konsultacje specjalistyczne dla osób żyjących z HIV i ich rodzin. Konsultacji udzielają m.in. prawnik, psychoterapeuta, pracownik socjalny, specjalista ds. przemocy, doradca HIV/AIDS, lekarz.

Wszystkie działania skierowane do osób seropoztywnych i najbliższych są bezpłatne. Nasze działania nie byłyby możliwe bez wsparcia władz samorządowych. Na szczególną uwagę zasługuje długoletnia współpraca z Gminą Miasta Szczecin Wydział Spraw Społecznych (Tramwaj Profilaktyczny, Telefon Zaufania). Mamy bar-

dzo dobrą współpracę w zakresie działań profilaktycznych z Zachodniopomorskim Urzędem Marszałkowskim zarówno z Wydziałem Zdrowia, jak i Wydziałem Współpracy Społecznej, Zachodniopomorskim Urzędem Wojewódzkim – Wydziałem Zdrowia, Wojewódzką i Powiatową Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną. W 2017 roku nasza organizacja we współpracy z Gminą Miasta Szczecin wdrożyła pilotażowy program profilaktyki uzależnień do szkół średnich.

Lokalne mass media są zawsze otwarte na tematykę HIV i wspierają nasze działania profilaktyczne. Z kolei Krajowe Centrum ds. AIDS przyczynia się do tego, że w Polsce działają Punkty Konsultacyjno-Diagnostyczne, że profilaktyka jest realizowana i to na wysokim poziomie. Standardy jakim są poddawane ciągle są podnoszone. To jest nasz klucz, że dzięki zrozumieniu problemów HIV wśród władz samorządowych i na szczeblu Ministerstwa Zdrowia takie działania mogą ujrzeć światło dzienne. Tylko musi nam się

chcieć i nie poddawać się kiedy są niepowodzenia. Tego życzymy i innym organizacjom.

Naszą piętą achillesową jest deficyt wolontariuszy. Mamy wrażenie, że w Szczecinie ludzie nie chcą pracować w obszarze HIV/AIDS w ramach wolontariatu. Mamy jednak nadzieję, że się to zmieni.

*Małgorzata Kłys-Rachwalska,
wiceprzewodnicząca Stowarzyszenia
Wolontariuszy DA DU*

Dlaczego warto (i gdzie najlepiej) zrobić sobie test na HIV?

HIV (ludzki wirus upośledzenia odporności) jest wirusem, który poznano w początkach lat 80., jako przyczynę nowego wówczas zespołu chorobowego, jakim jest AIDS (nabyty zespół upośledzenia odporności). W tamtych czasach HIV i AIDS budziły emocje, ludzie starali się dowiedzieć jak można uniknąć zakażenia, które przez pierwszych 15 lat było wyrokiem śmierci.

W początkach epidemii pojawiło się też określenie „grup ryzyka”, do których zaliczano homoseksualnych mężczyzn, mężczyzn chorych na hemofilię oraz osoby przyjmujące narkotyki w iniekcjach. Wprawdzie już od początku lat 90. XX wieku próbowano to zmienić, tłumaczyć, że nie ma grup ryzyka, są tylko ryzykowne zachowania, ale, jak powiedział jeden z moich dawnych pacjentów, „na początku epidemii zrobiono takie błędy propagandowe, że nie da się już tego odkręcić”.

W połowie lat 90. do leczenia weszły nowe leki silnie hamujące namnażanie się wirusa w organizmie osoby zakażonej. Okazało się, że wprawdzie nie da się usunąć wirusa z organizmu osoby zakażonej, ale możliwe jest takie zmniejszenie ilości wirusa we krwi i innych narządach, że przestaje on niszczyć układ odpornościowy, a ludzie skutecznie leczeni nie chorują na AIDS.

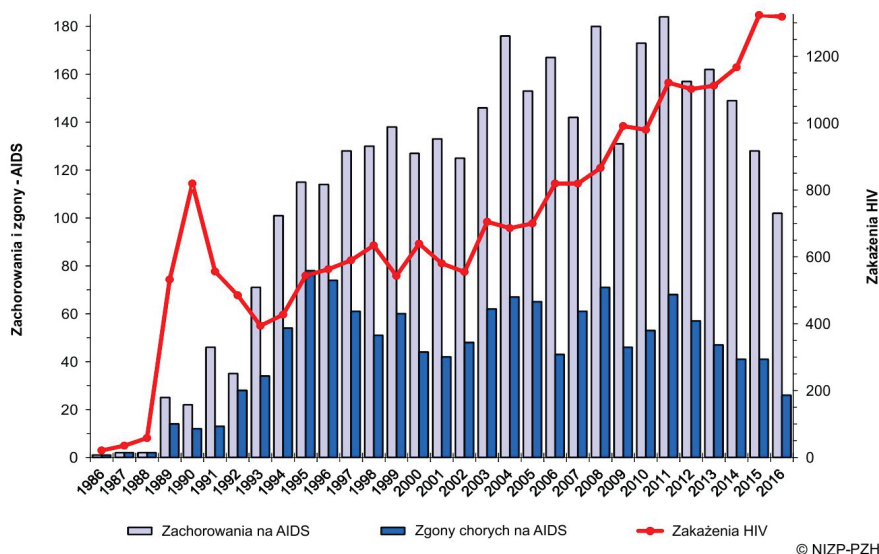
Jak widać na wykresie od momentu wprowadzenia skutecznego leczenia antyretrovirusowego nie zmniejszyła się liczba zachorowań na AIDS, nieco uległa zmniejszeniu liczba zgonów. Ale trzeba wiedzieć, że **obecnie w Polsce na AIDS nie umierają ludzie, którzy są świadomi swojego zakażenia i są skutecznie leczeni**. Umierają ci, u których zakażenie HIV zostało rozpoznane tak późno, że nie było już czasu na rozpoczęcie leczenia. Choć nawet późno rozpoczęta terapia antyretro-

wirusowa daje szansę na życie, ale dzień przed śmiercią to już za późno.

Dodatkowym utrudnieniem jest też to, że zakażenie HIV długo, średnio przez 8 – 10 lat, nie powoduje żadnych objawów, dolegliwości. Człowiek się zakażył – obecnie w Polsce najczęściej przez seks – ale nie ma o tym pojęcia. Więc jeśli prowadzi się aktywne życie seksualne z wieloma partnerami warto od czasu do czasu sprawdzić, czy nic się nie stało.

Najlepiej zrobić to w jednym z ponad 30 punktów konsultacyjno-diagnostycznych, w których testy na HIV wykonuje się bez skierowania, bezpłatnie i w dodatku anonimowo. Zawsze też prowadzona jest rozmowa przed testem, by człowiek robiący test dowiedział się więcej o zmniejszaniu ryzyka zakażenia. Przy odbiorze wyniku doradca wyjaśnia, że ujemny wynik (wiarygodny jeśli od potencjalnego ryzyka zakażenia minęły 3 miesiące) nie musi pozostać taki na zawsze. W przypadku dodatniego wyniku (potwierdzonego testem Western blot) doradca umawia jego odbiorcę z lekarzem pracującym w najbliższym ośrodku zajmującym się leczeniem osób zakażonych HIV.

Oczywiście informacja o zakażeniu szokuje. Ale dzięki niej wiadomo do jakiego lekarza się udać, by móc wykorzystać istniejące możliwości terapeutyczne i móc prowadzić w miarę komfortowe życie. HIV już dawno przestał być wyrokiem śmierci, choć niestety ta wiadomość z wolna przedostaje się do powszechnej świadomości.



Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce. Narodowy Instytut Zdrowia. Państwowy Zakład Higieny. (http://www.wold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/index.htm [dostęp: 11.03.2018]).

dr n. med. Dorota Rogowska-Szadkowska

Leczenie antyretrowirusowe dla obywateli polskich w Polsce – zasady i możliwości korzystania w ramach obowiązujących przepisów prawnych

W świetle aktualnie obowiązujących przepisów, obywatel polski aby mieć możliwość korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w tym z leczenia antyretrowirusowego, musi, co do zasady, albo posiadać aktualne ubezpieczenie w Narodowym Funduszu Zdrowia albo znaleźć się w grupie świadczeniobiorców w myśl ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*.

Na podstawie art. 41 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi*, „realizacja zadań z zakresu leczenia antyretrowirusowego, w celu zapewnienia równego dostępu wszystkim zakażonym HIV i chorym na AIDS do zgodnych z wytycznymi organizacji międzynarodowych metod profilaktyki AIDS, diagnostyki i leczenia antyretrowirusowego, jest prowadzona na podstawie programu polityki zdrowotnej ustalonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Program Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia pt.: *Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017 – 2021*, stanowi, że „programem polityki zdrowotnej leczenia antyretrowirusowego objęte będą wszystkie osoby zakażone HIV i chore na AIDS, których możliwość objęcia programem nie pozostaje w sprzeczności z aktualnie obowiązującymi przepisami prawa, tj. z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.), w tym również kobiety w ciąży zakażone HIV oraz noworodki urodzone z matek zakażonych HIV, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie standardami (*Rekomendacje Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie zapobiegania perinatalnej transmisji HIV z dnia 24.10.2008 r. oraz Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS z czerwca 2016 r.*)”.

Każdy ubiegający się o leczenie ARV, będzie podlegał tym samym zasadom kwalifikacji, szczegółowo opisanym w ww. Programie. Wszyscy muszą spełniać identyczne kryteria medyczne oraz nie podlegać kryteriom wykluczenia lub nie wprowadzania do terapii ARV

(osoby, które nie gwarantują ścisłej współpracy, nie rokuje kontynuacji leczenia z przyczyn psychospołecznych). Zarówno decyzję o rozpoczęciu leczenia ARV jak i o wykluczeniu lub nie wprowadzaniu do terapii podejmuje lekarz prowadzący danego pacjenta.

W świetle ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a tym samym do leczenia ARV prowadzonego w ramach programu polityki zdrowotnej, mają prawo:

1. ubezpieczeni, tj. osoby objęte powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym;
2. świadczeniobiorcy, tj. osoby nie posiadające ubezpieczenia, ale uprawnione do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
Do świadczeniobiorców będących obywatelami RP, uprawnionych do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych należą:
 - a. osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium RP, spełniające kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (kryterium dochodowe osoby samotnie gospodarującej wynosi 461 zł, kryterium dochodowe na osobę w rodzinie wynosi 316 zł); dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń w przypadku osób ubogich jest decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej dla miejsca zamieszkania danej osoby;
 - b. osoby, które nie ukończyły 18. roku życia, bez względu na status materialny i miejsce zamieszkania; w tym przypadku należy przedstawić dokument potwierdzający wiek danej osoby oraz jej narodowość (obywatel RP);
 - c. osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium RP, które są w okresie ciąży, porodu lub połogu; niezbędne będzie przedstawienie dokumentów potwierdzających narodowość kobiety (obywatelstwo polskie), zamieszkiwanie na terytorium RP oraz okres ciąży, porodu lub połogu.

Jednakże bez względu na powyższe, na podstawie ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*, na lekarzu spoczywa „obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.” W myśl ww. ustawy „lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia pacjenta, o ile nie zachodzi przypadek, o którym mowa w art. 30 (*opisany powyżej*), z zastrzeżeniem, że „jeżeli lekarz wykonuje swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, może nie podjąć lub odstąpić od leczenia, jeżeli istnieją poważne ku temu powody, po uzyskaniu zgody swojego przełożonego”.

Z kolei na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* „podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.” Na podstawie ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są niezwłocznie. Stan nagłego zagrożenia, wg. ustawy z dnia 8 września 2006 r. *o Państwowym Ratownictwie Medycznym* jest to „stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu, uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia”. Czyli przywołane przepisy dotyczą także sytuacji, w których nie ma jeszcze bezpośredniego zagrożenia dla życia lub zdrowia, a dopiero zwłoka w udzieleniu pomocy lekarskiej może zrodzić takie niebezpieczeństwo. Może to dotyczyć decyzji lekarza o opóźnieniu wdrożenia terapii ARV czy o przerwaniu leczenia ARV z powodu utraty lub braku ubezpieczenia zdrowotnego pacjenta, w sytuacji gdy przesłanki medyczne nakazują kontynuację leczenia.

Stan prawny na dzień 22 marca 2018 r.

HPV

Zakażenie wywołane przez wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV) z rodziny papillomawirusów jest najbardziej rozpowszechnioną infekcją przenoszoną drogą kontaktów seksualnych. W ciągu życia ponad 50% aktywnych seksualnie dorosłych nabywa zakażenie, które może przebiegać jako ostre lub przewlekłe. Większość zakażeń ostrych ulega samowyleczeniu. Przewlekłe zakażenie HPV stwierdza się u 10-20% populacji osób immunokompetentnych w wieku 15-49 lat. W przypadku genotypów HPV o niskim potencjale onkogenym, po kilku miesiącach od zakażenia na skórze lub błonach śluzowych okolicy narządów płciowych mogą pojawić się łagodne zmiany w postaci kłykcin kończystych. W przypadku genotypów o wysokim potencjale onkogenym u ok. 10% osób z przewlekłym zakażeniem na przestrzeni 20 lat mogą rozwinąć się zmiany nowotworowe: rak odbytu, odbytnicy oraz szyjki macicy.

Pomimo skutecznej terapii antyretrowirusowej obserwuje się wzrost zapadalności na raka odbytu związanego etiologicznie z zakażeniem HPV u pacjentów młodszych niż w populacji niezakażonej HIV. Ryzyko rozwoju raka odbytu u HIV(+) MSM szacuje się obecnie na 92/100 000 osób rocznie i jest ono blisko trzykrotnie wyższe w porównaniu z erą przed wprowadzeniem ART (35/100 000 osób/rok). Powyższe zjawisko można tłumaczyć zespołem immunorekonstrukcji w przebiegu efektywnego immunologicznie leczenia. cART nie wpłynęła na ograniczenie zapadalności na raka szyjki macicy. Ryzyko rozwoju raka szyjki macicy u HIV(+) kobiet szacuje się obecnie na 10,4/1 000 osób.

Ryzyko transmisji HPV, rozwoju zakażenia przewlekłego i jego konsekwencji u osób HIV(+) jest większe niż w zdrowej populacji i wzrasta wraz ze spadkiem liczby komórek CD4+. U kobiet niezakażonych HIV zakażenie HPV oraz nieprawidłowy wynik badania cytologicznego wymazu z szyjki macicy stwierdza się odpowiednio u 30% i 15% badanych. U kobiet zakażonych HIV z liczbą limfocytów T CD4+ powyżej 500 kom/mcl odsetki te wynoszą 45% i 25%,

a w przypadku osób z liczbą CD4+ poniżej 200 kom/mcl sięgają 70% i 55%. Rak szyjki macicy w 1992 r. został uznany za chorobę wskaźnikową AIDS wg CDC.

U mężczyzn niezakażonych HIV zakażenie HPV i nieprawidłowy wynik badania cytologicznego wymazu z odbytu stwierdza się odpowiednio u 55% i 25% badanych. U mężczyzn zakażonych HIV z liczbą CD4+ powyżej 500 kom/mcl odsetki te wynoszą: 80% i 55% a w przypadku osób z liczbą CD4+ poniżej 200 kom/mcl sięgają 95% i 85%. Na uwagę zasługuje wysoka częstość zakażeń HPV odbytu u kobiet, która u pacjentek niezakażonych HIV jest co najmniej taka sama jak częstość zakażeń szyjki macicy, a w przypadku kobiet zakażonych HIV wyższa.

Do czynników ryzyka przetrwania zakażenia, które jednocześnie zwiększają ryzyko onkogenezy należą inne zakażenia przenoszone drogą seksualną, wczesna inicjacja seksualna i promiskuityzm, starszy wiek i palenie papierosów.

Diagnostyka zakażenia HPV opiera się na ocenie klinicznej zmian, wyniku badania cytologicznego i histologicznego oraz wynikach badań molekularnych.

Badania przesiewowe w kierunku zakażeń HPV i ich konsekwencji onkologicznych, powinny obejmować zarówno kobiety jak i mężczyzn. U kobiet zakażonych HIV, poza corocznym badaniem ginekologicznym, zaleca się wykonywanie badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy co 6 miesięcy w ciągu pierwszego roku od rozpoznania zakażenia HIV, a następnie raz w roku jeśli uzyskano 2 prawidłowe wyniki, a liczba limfocytów T CD4+ wynosi co najmniej 500 kom/mcl. U kobiet z nieprawidłowym wynikiem badania cytologicznego oraz w przypadku liczby CD4+ poniżej 500 kom/mcl, badanie cytologiczne oraz diagnostykę molekularną zakażenia HPV należy powtarzać co 6 miesięcy. Nieprawidłowy wynik rozmazu PAP stanowi wskazanie do wykonania kolposkopii.

Brak jest silnych zaleceń dotyczących diagnostyki przesiewowej zakażeń HPV odbytu i ich konsekwencji onkologicznych u mężczyzn. Proponuje się badanie per rectum raz roku, badanie PAP z wymazu z odbytu co roku u MSM i mężczyzn biseksualnych, a także u osób zakażonych HIV.

Leczenie

Kłykciny kończyste mogą ustępować samoistnie, w przypadkach przewlekłego utrzymywania się zmian zaleca się leczenie miejscowe – przeciwwirusowe, zamrażanie ciekłym azotem, usunięcie laserowe lub chirurgicznie zmian.

W przypadku śródnabłonkowej neoplazji szyjki macicy (CIN) zaleca się leczenie operacyjne, jakkolwiek częstość nawrotów jest duża. Śródnabłonkowa neoplazja sromu i odbytu wymaga postępowania zachowawczego z oceną zmian 2 razy w roku.

Profilaktyka

Profilaktyka przewlekłych zakażeń HPV oraz raka szyjki macicy obejmuje szczepienia ochronne, zalecane od 9. r.ż. w zapobieganiu wystąpienia dysplazji szyjki macicy dużego stopnia, raka szyjki macicy, zmian dysplastycznych sromu dużego stopnia oraz brodawek wewnętrznych narządów płciowych (kłykcin kończystych). Dostępne są trzy szczepionki różniące się ilością serotypów, przeciwko którym chroni.

Stosowanie prezerwatyw ogranicza, lecz nie zapobiega zakażeniu HPV.

**Lukasz Łapiński, Jacek Gąsiorowski,
Bartosz Szetela**

*Ośrodek Profilaktyczno-Leczniczy
Chorób Zakaźnych i Terapii Uzależnień,
Wrocławskie Centrum Zdrowia SPZOZ
Uniwersytet Medyczny
im. Piastów Śląskich, Wrocław
Stowarzyszenie na Rzecz Osób Wykluczonych i Zagrożonych Wykluceniem
Społecznym „Podwałe Siedem”*

Piśmiennictwo dostępne u autorów artykułu.

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

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

aspekty

Dodatek do Biuletynu Krajowego Centrum ds. AIDS



Zawsze możemy być lepsi

Wirus, który uszkadza układ odpornościowy. Upośledza jego działanie. Na świecie zakażonych jest ponad 40 mln ludzi, w Polsce – ponad 22 tysiące. HIV budzi strach? Już nie? Test? Na pewno warto go zrobić. Kto powinien sobie zrobić test i dlaczego każdy? To pytanie z sugerowaną odpowiedzią zadałem dr Annie Marzec-Bogusławskiej, dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS i dr Grażynie Cholewińskiej-Szymańskiej, mazowieckiej konsultant wojewódzkiej w dziedzinie chorób zakaźnych. Od obu usłyszałem, że moja odpowiedź jest właściwa – każdy. Ale pytanie o test to był tylko początek. Dobry początek. I nie tylko rozmowy.

Każdy, ale nie ja

- Zakażenie HIV może dotknąć każdego człowieka, w każdym wieku, niezależnie od standardu życia, płci, wykształcenia i światopoglądu religijnego. Dlatego test na obecność HIV powinien wykonać każdy człowiek, który prowadzi aktywne życie seksualne – mówi stanowczo dr Cholewińska-Szymańska. I niby o tym wiemy, niby to takie oczywiste... Dyrektor Marzec-Bogusławska przypomina, że już pod koniec 2014 roku w jednym z badań 55 proc. respondentów odpowiedziało, że każdy powinien wykonać test w kierunku HIV. – Okazało się jednak, że test na HIV zrobiło dotychczas ok. 5 proc. populacji dorosłych. Z kolei test w kierunku zakażeń przenoszonych drogą płciową jedynie ok. 4 proc. Uważamy, że problem dotyczy każdego. Test powinien zrobić każdy, ale nie ja, tak zazwyczaj myślą pytane przez nas osoby – podsumowuje Marzec-Bogusławska. – I trzeba zmienić prawo, jest niespójne – dodaje. W Polsce można mieć kontakty seksualne powyżej

15. roku życia, natomiast test bez zgody rodziców można wykonać dopiero powyżej 18. roku życia. Prawny absurd i niestety obowiązujący. Krajowe Centrum ds. AIDS wnioskowało już do ministerstwa zdrowia, aby ta sprawa została rozwiązana. I jak mówi dr Marzec-Bogusławska, niebawem pojawiają się wytyczne Europejskiego Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), w których jednym z założeń dla krajów członkowskich będzie przegląd przepisów prawnych w zakresie ich spójności.

Jednak nawet z jasno sformułowanym prawem mamy problemy. – W Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 2013 roku mamy zapis, że testowanie ciężarnych jest rutynowym badaniem, zlecanym dwukrotnie podczas trwającej ciąży. Niestety, przepis ten nie jest w pełni respektowany, zwłaszcza w gabinetach położniczych sektora prywatnego – zauważa dr Cholewińska-Szymańska. Aktualnie, blisko 90 proc. nowo wykrywanych zakażeń HIV związanych jest z seksualną transmisją wirusa. Dotyczy to zarówno kontaktów jedнопłciowych, jak i heteroseksualnych.

– W Polsce, podobnie jak w Europie zachodniej, największy odsetek nowo wykrywanych zakażeń dotyczy grupy młodych mężczyzn, u których do zakażenia dochodzi przez niezabezpieczone kontakty seksualne z mężczyznami (MSM). Ze względu na wysokie ryzyko zakażeń oraz szerokie rozpowszechnienie HIV w populacji homoseksualnej, każdy mężczyzna MSM powinien przynajmniej raz w roku wykonać test na HIV, zwłaszcza jeśli ma ryzykowne zachowania lub wielu partnerów seksualnych. Wskaźniki epidemiologiczne pokazują wzrastającą liczbę zakażeń HIV w parach heteroseksualnych. Powszechna łatwość nawiązy-

wania kontaktów towarzyskich, specjalne portale internetowe, seksturystryka, wielkomiejskie, anonimowe środowisko, alkohol i środki odurzające, to czynniki sprzyjające podejmowaniu ryzykownych zachowań seksualnych z partnerami o nieznanym statusie serologicznym HIV. Test powinien być wykonany także u potencjalnie zdrowych partnerów seksualnych osób zakażonych HIV i chorych na AIDS – wymienia dr Cholewińska-Szymańska.

Test – to takie proste

Niechęć do wykonania testu często wynikać może z obawy przed poznaniem pozytywnego wyniku. Bariera tkwi w nas, w naszej psychice. Pojawia się stres. Bo przecież wiemy, jak wygląda nasze życie seksualne. Zdajemy sobie sprawę, że w życiu pojawiła się sytuacja bądź sytuacje, w których mogło dojść do zakażenia... A diagnoza, której się boimy i której tak nie chcemy usłyszeć może wyrzucić dotychczasowe życie do góry nogami. Ale może też przynieść spokój i ulgę, gdy potwierdzi, że jesteśmy wolni od wirusa HIV.

Edukacja, budowanie świadomości społecznej, dobry lekarz, pomoc psychologa. Warto sięgać po wszystkie te narzędzia i namawiać ludzi do testowania. Jak już dobrze wiemy, test powinien wykonać każdy. Ja też. Ty też. Wy też. Oni, one... też!

– Obecnie działa 31 Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych (PKD), które oferują testy bezpłatnie i anonimowo. W celu zapewnienia anonimowości są one usytuowane w dużych miastach. Atrakcyjnością PKD jest przede wszystkim możliwość wykonania testu bez

skierowania, bez poprzedzającej wizyty w gabinecie lekarza rodzinnego i bez konieczności ujawniania identyfikujących danych personalnych. Na pewno stanowi to zachętę i gwarancję bezpieczeństwa utajnienia wyniku badania – mówi dr Cholewińska-Szymańska. Potencjał PKD nie jest też w Polsce w pełni wykorzystywany. – Niektóre z nich działają tylko 2-3 razy w tygodniu, a jest potencjał żeby działały codziennie. Nie ma na to niestety środków finansowych – przyznaje dr Marzec-Bogusławska, dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS.

– Zabiegamy, aby w punktach konsultacyjno-diagnostycznych można było wykonać także test w kierunku WZW i wybranych chorób przenoszonych drogą płciową. Na pewno kila, mogłyby być też chlamydiozy. Na razie niestety nie ma takiej możliwości – dodaje.

W PKD pacjent uzyskuje pełną informację o zakażeniu HIV, drogach transmisji, ryzykownych zachowaniach i sposobach profilaktyki. Profesjonalny, specjalnie przeszkolony personel zapewnia wysoką jakość opieki. – Dodatkowo proponuje umówienie wizyty w poradni w jednym z 20 ośrodków referencyjnych w zakresie terapii antyretrowirusowej. Niektórzy z tej oferty korzystają. Właściwie znakomita większość. Bo wynik pozytywny oznacza często zagubienie, szczególnie gdy spada na człowieka zupełnie niespodziewanie – mówi dr Marzec-Bogusławska.

Z kolei dr Cholewińska-Szymańska zwraca uwagę na ograniczenia systemowe i przyznaje, że również lekarze i pracownicy medyczni nie zawsze postępują w sposób właściwy, zgodny z oczekiwanymi standardami. – Niestety, dużo mniej testów wykonuje się u nas w sektorze publicznej ochrony zdrowia oraz w komercyjnych laboratoriach, a standardy diagnozowania pozostawiają tam wiele do życzenia. Nadal testowania w kierunku HIV nie ma w koszyku świadczeń gwarantowanych lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, co oznacza, że lekarz rodzinny nie może zlecić testu na HIV w ramach finansowania przez NFZ. – Problem niedostatecznej wykrywalno-

ści HIV w Polsce jest także uwarunkowany brakiem wiedzy lub zniekształconą wiedzą na temat HIV i AIDS wśród pracowników medycznych, zwłaszcza lekarzy specjalności innych niż choroby zakaźne. Nadal jeszcze w środowisku medycznym istnieje powszechna niechęć do zajmowania się pacjentem HIV-dodatnim.

Po pierwsze leczyć

W poradni niedoborów immunologicznych pacjentem z pozytywnym wynikiem zajmuje się już lekarz specjalista. Wie, jak rozmawiać i co zaproponować. To niezwykle ważny moment przed rozpoczęciem terapii. – Pacjent, który otrzymuje dodatni wynik testu HIV, powinien być jak najszybciej skierowany do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), tj. do poradni chorób zakaźnych lub innej poradni dedykowanej HIV/AIDS, gdzie doświadczony lekarz rozszerza diagnostykę infekcji i wspólnie z pacjentem omawia cele leczenia oraz podejmuje decyzje o dalszym postępowaniu – tłumaczy dr Cholewińska-Szymańska – Ważnym elementem kompleksowej opieki ambulatoryjnej (KAOS) nad pacjentem z nowym rozpoznaniem infekcji HIV, jest ochrona jego partnerów seksualnych i osób z najbliższego otoczenia. Pacjent powinien dostać zrozumiały i klarowny przekaz o tym, że to na nim osobiście spoczywa obowiązek poinformowania o zakażeniu swojego partnera i swoich bliskich i że nikt inny go w tym nie wyręczy. Rozmowa powinna uświadomić zakażonemu, że partnerzy także powinni wykonać u siebie test na HIV oraz że nic złego im nie grozi przy respektowaniu zasad bezpiecznego seksu i efektywnego leczenia infekcji – dodaje.

Pacjenci z zakażeniem HIV żyją średnio około 14 lat krócej niż osoby niezakażone. – Postęp terapii doprowadził do sytuacji, w której coraz więcej pacjentów dożywa wieku niezakażonych – zauważa dr Marzec-Bogusławska. – Wcześniejsze wykrycie zakażenia, wcześniejsze rozpoczęcie leczenia jest korzystne dla pacjenta, dla społeczeństwa i dla budżetu państwa – dodaje.

Standardy godne naśladowania

Opieka nad zakażonymi HIV i chorymi na AIDS w Polsce przez wielu uznawana jest za modelowy przykład, którym możemy się chwalić. Na ten sukces pracowało wiele osób, a walka o wysoką jakość opieki nad pacjentem z HIV/AIDS rozpoczęła się w naszym kraju na początku epidemii w latach 80-tych XX wieku. – Zorganizowano wtedy struktury, które zaczęły zajmować się diagnostyką i leczeniem chorych na AIDS. Pokonanie strachu przed nieznanym dotychczas wirusem i empatia dla ludzi ciężko chorych, zaowocowały tworzeniem ośrodków HIV/AIDS w miastach wojewódzkich, na bazie szpitali chorób zakaźnych, klinik i szpitali akademickich. Dziś mamy w kraju 21 podmiotów wykonujących świadczenia dla pacjentów z HIV/AIDS – przypomina dr Cholewińska-Szymańska. Nie przespaliśmy tego ważnego momentu jako kraj. Trzeba było działać i zadziałaliśmy. Wspólnie. – Kluczowym elementem polskiej strategii było rozpoczęcie już na początku epidemii współpracy z organizacjami społeczeństwa obywatelskiego. Część zadań, trudnych do zrealizowania z punktu widzenia państwa, wzięły na siebie organizacje pozarządowe. Mówimy o tych pierwszych latach epidemii. We współpracy z UNDP realizowaliśmy nowatorskie programy edukacyjne, także programy dystrybucji bezpłatnych prezerwatyw – przypomina dr Marzec-Bogusławska. Mamy też szczęście do lekarzy. Zaangażowanych specjalistów. Odpowiedzialnych pasjonatów, którzy podjęli walkę z wirusem na początku epidemii. Teraz ze znakomitym skutkiem ją kontynuują, a dodatkowo przygotowują do pracy swoich następców. Mamy też coraz więcej informacji naukowych. Aktualizowana jest wiedza o wirusie, immunologii i klinicznych zjawiskach chorobowych. Jest też nowoczesna farmakologia, która zmieniła przede wszystkim jakość życia pacjentów. Jest coraz mniej działań niepożądanych. Ale decyzję o leczeniu podejmuje wspólnie pacjent z lekarzem. – To porozumienie jest niezwykle ważne podczas trudnej

i przewlekłej terapii – podkreśla dr Marzec-Bogusławska. Lekarz i pacjent mają do siebie zaufanie i łączą siły w walce z wirusem. – Dla lekarza bardzo ważna jest pewność, że pacjent chce się leczyć, że będzie współpracował. Pacjent, decydując się na tę terapię, musi mieć świadomość, że będzie przyjmował leki do końca życia. Będzie je przyjmował raz albo dwa razy dziennie i nie może o tym zapominać – tłumaczy.

Doktor Grażyna Cholewińska-Szymańska zauważa, że optymistyczna jest stabilna sytuacja dotycząca zaopatrzenia w leki antyretrowirusowe, z którymi nigdy nie było większych problemów na przestrzeni trwania całej epidemii HIV. Pacjent HIV(+) w Polsce może liczyć na holistyczną i zintegrowaną pomoc. Pomoc nie tylko medyczną, ale także psychologiczną i socjalną. – *Trafnym posunięciem systemu opieki zdrowotnej było stworzenie kompleksowej opieki specjalistycznej (KAOS). W ramach świadczeń poradni HIV/AIDS pacjent ma nieograniczony dostęp do konsultacji i interwencji wielu specjalistów, niezbędnych w monitorowaniu przewlekłej i wielonarządowej choroby. Opieka psychologiczna w KAOS wzmacnia u pacjentów motywację do leczenia ARV, pomaga zrozumieć zmiany związane z chorobą oraz daje gwarancję interwencji w sytuacjach kryzysowych. Pracownik socjalny pomaga ustalić status pacjenta wobec ubezpieczenia zdrowotnego i prawa do leczenia w ramach środków publicznych – mówi dr Cholewińska-Szymańska. Dodaje, że podstawowym elementem opieki oferowanej pacjentom z HIV/AIDS, było stworzenie unikalnego modelu leczenia antyretrowirusowego, opartego o centralny, monitorowany i finansowany przez Ministerstwo Zdrowia w ramach polityki zdrowotnej, program pt. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce”.*

Trzeba przyznać, że kolejni ministrowie zdrowia wykazywali ogromne zrozumienie i czujność wobec AIDS jako zagrożenia dla zdrowia społeczeństwa. – *Te największe środki finansowe na leczenie zawsze asygnował minister zdrowia. Pacjenci nie czekali na tera-*

pię, nie było kolejek. Ale to nie tylko ukłon w stronę pacjentów, to sposób na zapobieganie i walkę z szybko rozszerzającą się epidemią. To wyraz odpowiedzialności społecznej. Ten program stał się programem polityki zdrowotnej ministra zdrowia i to jest kontynuowane od lat dzięki odpowiednim funduszom na leczenie antyretrowirusowe – mówi dr Marzec-Bogusławska. Program zapewnia dzisiaj finansowanie i nieprzerwany dostęp do wszystkich zarejestrowanych leków ARV. Zapewnia także finansowanie testów do badań wirusologicznych i odpornościowych, szczepionek dla dzieci HIV(+) oraz leki dla kobiet ciężarnych.

Nowoczesne leki

W Polsce mamy dostępny kompletny asortyment zarejestrowanych leków. To ponad 40 produktów. Leczenie farmakologiczne przeszło jednak gruntowną przemianę. – *Na przestrzeni trzydziestu lat epidemii HIV, do terapii ARV dołączyły nowe leki, które składano w trójskładnikowy schemat terapeutyczny. Środowiska eksperckie, na podstawie wyników badań klinicznych, rekomendowały najbardziej korzystne dla pacjenta schematy. Skuteczność przeciwwirusowa jest oczywiście nadrzędnym celem każdego schematu terapeutycznego. Nowoczesne leki, oprócz skuteczności, muszą zapewnić pacjentowi wygodę aplikacji oraz zredukować działania niepożądane – podkreśla dr Cholewińska-Szymańska.*

Ta jakość leczenia jest niezwykle ważna dla pacjentów, którzy zdają sobie sprawę, że terapia będzie trwać do końca życia. – *Pamiętajmy, że kiedyś pacjent musiał przyjmować garść leków. Dzisiaj są to już terapie, które w jednej czy dwóch tabletkach zawierają wiele substancji czynnych i jest dużo mniej działań niepożądanych – mówi dr Marzec-Bogusławska. – Osoby, które się leczą, to często młodzi dorośli. Oni, poza tym, że są zakażeni HIV, mają normalne życie zawodowe i rodzinne. Chcą je mieć. Dzięki temu, że ta terapia została maksymalnie uproszczona, są w stanie normalnie funkcjonować biorąc leki – dodaje.*

– *Współczesna terapia antyretrowirusowa powinna być najlepiej jednodawkowa i jednodawkowa, a także musi minimalizować działania niepożądane. Wiele leków pierwszej linii terapeutycznej spełnia już te warunki – zauważa dr Cholewińska-Szymańska. – Nie oznacza to jednak, że nie może być jeszcze lepiej. Pacjenci oczekują leków „long-acting”, czyli takich, gdzie jednorazowa dawka podawana w długich odstępach czasu, zapewni aktywność przeciwwirusową przez wiele tygodni i miesięcy. Forma leku antyretrowirusowego w postaci małej dawki iniekcji podskórnej na podobieństwo insuliny albo w postaci implantów uwalniających lek powoli to przyszłość terapii antyretrowirusowej, co już dziś ma swoje odbicie w licznych badaniach klinicznych. Wyniki tych badań pozwalają mieć nadzieję, że leki działające długoterminowo, wejdą na rynek w niedługiej przyszłości – dodaje.*

Trudno nie cieszyć się z postępu medycyny i coraz lepszych leków. Ale pojawia się tutaj jeszcze jedno działanie niepożądane. Tym razem nie jest bezpośrednim wynikiem stosowanego leku. Jednak infekcja HIV nie budzi już takiego lęku, jak jeszcze dwadzieścia lat temu. Temat HIV/AIDS spowszechniał, skuteczne leki antyretrowirusowe (ARV) ratują zakażonym życie, a z infekcją HIV można długo żyć i dobrze funkcjonować zawodowo, rodzinie, towarzysko. – *Groźba AIDS się oddala, a osoby o ryzykownych zachowaniach chcą smakować życia. Ustąpienie lęku skutkuje osłabieniem czujności wobec zakażenia i odrzucaniem faktu że „mogłem się zakażać HIV” – podsumowuje dr Cholewińska-Szymańska.*

Nie zepsuć dobrego

Każdy obszar w ochronie zdrowia jest narażony na negatywne konsekwencje zmian systemowych. W przypadku walki z wirusem HIV osiągnęliśmy bardzo dużo. Jesteśmy w dobrym miejscu. Nie oznacza to, że spoczywamy na przyśłowowych laurach i kończymy walkę z wirusem. Ale trzeba bardzo uważać, żeby nie zaprzepaścić dotychczasowych osiągnięć. Na szczęście eksper-

ci uspokajają i mówią, że w obszarze HIV/AIDS nie należy się spodziewać radykalnych zmian systemowych w najbliższych latach. Należy jedynie dbać o to, by ten dobry model opieki utrzymać. Zapewnienie stałej dystrybucji szerokiego asortymentu leków antyretrowirusowych jest najsilniejszym ogniwem tego systemu. Potwierdzeniem jest także pokontrolny raport Najwyższej Izby Kontroli, w którym jasno sformułowano wnioski: leczenie na bardzo dobrym poziomie, wszystkie procedury na bardzo dobrym poziomie, ale niezbędna jest profilaktyka.

Poprawka z profilaktyki

Co roku liczba wykrytych zakażeń HIV w Polsce rośnie o kolejne 13 procent. Dostępne w ramach Krajowego Programu środki niemal w całości przeznacza się na leczenie zdiagnozowanych przypadków, zaniedbując przeciwdziałanie – oceniła już w 2015 roku Najwyższa Izba Kontroli. NIK ostrzega, że najgroźniejszym skutkiem braku profilaktyki może być coraz większa liczba „nieświadomych zakażeń”. Podobnego zdania są eksperci, którzy przyznają, że trzeba postawić na edukację społeczną. – *Wiedza w zakresie HIV/AIDS wśród ogółu społeczeństwa nadal jest bardzo słaba, pomimo wieloletnich wysiłków i różnorodnych oddziaływań profilaktycznych. Edukacja dotyczyć powinna całego społeczeństwa, populacji szczególnie narażonych na zakażenie, pracowników medycznych, młodzieży i dzieci młodszych, a także urzędników i osób decyzyjnych w realizacji i planowaniu polityki zdrowotnej. Powinna mieć charakter stały, długoterminowy i dedykowany odpowiedniemu odbiorcy. Środki zainwestowane teraz w działania profilaktyczne, bardzo szybko się zwrócą w związku ze spadkiem zapadalności na HIV i redukcją nowych zakażeń* – mówi dr Cholewińska-Szymańska.

– *Bez działań profilaktycznych będziemy generować coraz większą potrzebę leczenia. Bo dochodzi do zakażenia osób,*

które być może nie miały świadomości tego, jakie są drogi zakażeń. Nie miały podstawowej wiedzy! wiedzy – dodaje dr Marzec-Bogusławska. Zauważa również, że obserwujemy dużą zmianę czynników behawioralnych. Chodzi m.in. o obniżanie wieku inicjacji seksualnej i z drugiej strony podwyższanie wieku zawierania małżeństw. Bardzo młode i młode osoby pozostają aktywne seksualnie i nie wiemy, czy mają wiedzę, w jaki sposób postępować żeby się nie zakażyć. – Nie mówię tylko o HIV, ale też innych chorobach dawniej nazywanych wenerycznymi, a teraz chorobami przenoszonymi drogą płciową. Tak powstają pytania, czy radzimy sobie jako społeczeństwo z tą edukacją? Nawet nie tyle seksualną, co prozdrowotną odnośnie bezpieczniejszych zachowań seksualnych. Czy radzą sobie z tym rodzice, czy radzą sobie placówki oświatowe, które też ponoszą odpowiedzialność i wreszcie – czy mamy rzetelny przekaz na ten temat w mediach? – pyta dr Marzec-Bogusławska.

Wywołany do odpowiedzi odpowiadam: nie mamy w mediach dobrego przekazu. Mówiąc wprost, HIV nie jest już medialnym tematem. A powinien nim być. Profilaktyka jest lepsza, gdy się boimy. A wirusa HIV przestaliśmy się już bać. Dzięki nowoczesnym lekom postrzegamy go już bardziej jako przewlekłą przypadłość.

Boimy się chorób nowotworowych. Rak zabija. Na całym świecie rośnie zachorowalność na choroby nowotworowe, które są główną przyczyną zgonów. Według Światowej Organizacji Zdrowia około połowy zachorowań moglibyśmy uniknąć. Wystarczy przestrzegać kilku prostych zasad. A jednak, choć wiemy, że papierosy szkodzą, to po nie sięgamy. Jak zatem dotrzeć do człowieka z profilaktyką? – *Żaden kraj sobie z tym do końca nie poradził* – odpowiada dr Marzec-Bogusławska. – *Niestety dodatkowo zachowania, szczególnie kontakty seksualne prowadzące do zakażenia HIV to temat tabu. To nie jest tak, jak*

w cukrzycy, że możemy dokładnie powiedzieć, że takie i takie zachowania powodują, czy mogą powodować cukrzycę. Ze względu na ramy ideologiczne, wrażliwość i przyzwolenie społeczne, musimy ważyć każde słowo, żeby nie powiedzieć za mocno, a jednak żeby powiedzieć to, co chcemy powiedzieć. Ale to nie jest tylko problem Polski, bo w żadnym kraju nie udało się tych zakażeń wyeliminować – dodaje.

Ochrona i profilaktyka populacji zdrowej, tak samo jak skuteczne leczenie osób HIV-dodatnich, stanowią jedyną gwarancję ograniczenia epidemii HIV w przyszłości. I na to trzeba postawić. Zastosowanie ma tutaj również klasyczna zasada obowiązująca w medycynie, że lepiej jest zapobiegać niż leczyć. Im więcej pieniędzy przeznaczymy na profilaktykę, tym mniej wydamy później na leczenie. To się po prostu opłaca. – *Obliczyli to już dawno bogatsi od nas. Doszli do wniosku, że jeden dolar wydany na profilaktykę później zwraca się nawet 4-5 krotnie* – podsumowuje dr Marzec-Bogusławska.

Czy wirus HIV zostanie pokonany? – *Projekt prowadzący do eliminacji choroby, propagowany przez UNAIDS, popierany przez WHO i inne organizacje międzynarodowe opiera się na trzech „90-tkach”. Jeśli na świecie wykrytych zostanie 90 procent zakażeń i co najmniej 90 procent pacjentów otrzyma leki antyretrowirusowe, a w tej grupie 90 procent uzyska niewykrywalną wiramię, to istnieje realna szansa by około roku 2030 ogłosić koniec epidemii HIV* – mówi dr Cholewińska-Szymańska. Taka sytuacja jest rozwiązaniem idealnym. Jednak chyba każdy wie, że realizacja wszystkich trzech „90-tek” na całym świecie jest mało realna. Dlatego jest jeszcze dużo do zrobienia.

Bartosz Kwiatek
dziennikarz Telewizji Polsat News

kontra 

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

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

Exemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adustacji i skracania artykułów.