

Nowe zakażenia HIV wśród osób używających narkotyków drogą iniekcji Czy możemy spać spokojnie?

HIV incidence among drug-injecting users
Can we sleep in peace?

Kasia Malinowska-Sempruch, Magdalena Dąbkowska

Międzynarodowy Program Polityki Narkotykowej (Global Drug Policy program),
Open Society Foundations

Abstract – Extensive research has proven the effectiveness of harm reduction in preventing the spread of blood-borne viruses, reducing overdose and engaging people in treatment. In Poland however, potentially life-saving harm reduction interventions lack financial support, which is often justified by the decreasing number of injecting drug users. Yet in other European countries, even as the level of injecting decreases (particularly of opioids), governments continue to invest in harm reduction. The provision of harm reduction makes sense from a public health and economic perspective. Harm reduction services are much cheaper than treating preventable diseases such as HIV infections.

The Romanian example should be a cautionary tale. Citing budgetary concerns, the government reduced the number of needle and syringe exchange programmes in the country. Shortly after, HIV incidence among injecting drug users in Romania increased dramatically. A similar situation has been seen in Greece where harm reduction coverage is also very low. However, while Romania and Greece are alarmed by their internal situations, Poland – where the number of new HIV infections among drug users is not lower – has chosen to assert that the HIV epidemic among people who use drugs has long been under control. No data confirms this assertion. Very few HIV tests are performed among drug users and in most cases potential transmission routes are not being detected. It is now a major concern that Polish epidemiological statistics cannot be treated as reliable. In June 2012 professionals from Poland met at a conference on accessibility and effectiveness of harm reduction at country level, where recommendations for Poland were produced on the basis of ECDC and EMCDDA guidance.

Key words: harm reduction, drug use, structural risk, HIV testing, recommendations for Poland

Streszczenie – Skuteczność redukcji szkód została już niejednokrotnie potwierdzona przez badania naukowe. Mimo to w Polsce jest ona wciąż dziedziną mało rozwiniętą i niedofinansowaną. Uzasadnia się to często brakiem popytu, np. na czyste igły i strzykawki, wynikającym ze spadającej liczby iniekcyjnych użytkowników opiatów. W innych krajach Europy, gdzie popularność iniekcyjnego przyjmowania, zwłaszcza opiatów, też maleje, nie rezygnuje się jednak z inwestowania w redukcję szkód. Nie dość bowiem, że jest efektywna, to z ekonomicznego punktu widzenia znacznie tańsza niż interwencje w sytuacjach, którym mogłaby zapobiec, jak np. nowe zakażenia HIV.

Przestrogą dla innych państw może być przykład Rumunii, w której ograniczenie dostępności wymiany igieł i strzykawek, spowodowane czynnikami finansowymi, zaowocowało nagłym wzrostem nowych zakażeń HIV w grupie osób używających narkotyków drogą iniekcji. Podobnie stało się w Grecji, w której system redukcji szkód jest równie słabo rozwinięty jak w Polsce. Ale podczas gdy Grecja i Rumunia biją na alarm, Polska – kraj o nie niższej liczbie nowych zakażeń wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków – trwa w przeświadczeniu, że epidemia HIV w tej grupie została już dawno opanowana. Nie ma to jednak pokrycia w rzetelnych badaniach. Przeprowadzamy w Polsce bardzo mało testów na HIV wśród iniekcyjnych użytkowników substancji psychoaktywnych. Dodatkowo tam, gdzie testy są prowadzone, rzadko bada się potencjalną drogę zakażenia. W efekcie polskie dane epidemiologiczne trudno uznać za rzetelne. Zaniepokojone tym środowisko profesjonalistów, którzy w swojej pracy regularnie stykają się z problemem chorób zakaźnych wśród użytkowników substancji psychoaktywnych, w czerwcu 2012 roku podczas konferencji nt. dostępności i skuteczności redukcji szkód w Polsce opracowało na bazie wytycznych ECDC i EMCDDA rekomendacje dla naszego kraju.

Słowa kluczowe: redukcja szkód, używanie narkotyków, ryzyko strukturalne, testowanie na HIV, rekomendacje dla Polski

WPROWADZENIE

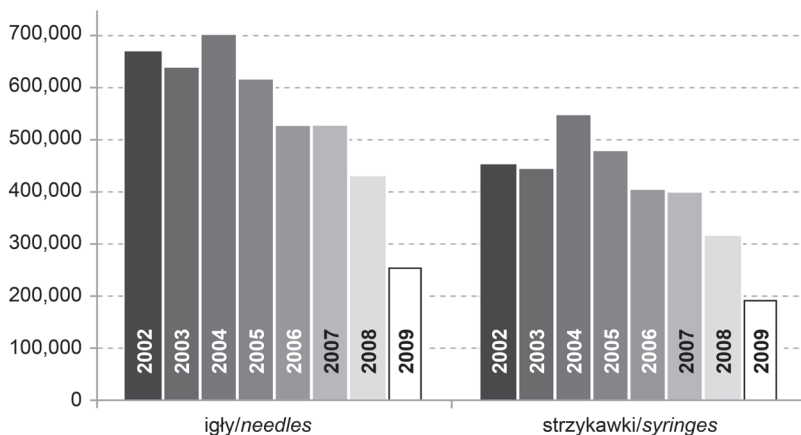
Skuteczność redukcji szkód została już niejednokrotnie potwierdzona przez badania naukowe (1, 2, 3). Terapia substytucyjna jest najszerzej przestudiowaną metodą leczenia uzależnień (4). Wiemy na przykład, że leczenie metadonem sześciokrotnie obniża ryzyko zakażenia HIV i około czterokrotnie liczbę śmiertelnych ofiar używania substancji psychoaktywnych; w sferze prawnokarnej potrafi obniżyć liczbę aresztowań za przestępstwa związane z narkotykami o ponad 60%. Dzięki innej substancji, naloxonowi (jeśli jest dostępny), można w ciągu 3 lat zmniejszyć liczbę przedawkowań o jedną czwartą. Wreszcie, jak deklaruje Światowa Organizacja Zdrowia, bezpieczny sposób iniekcji powoduje spadek wskaźnika zakażeń HIV o 18,6% rocznie.

To jedynie niewielki wycinek danych na temat skuteczności redukcji szkód, które są szeroko dostępne. Im więcej na ten temat wiemy, tym trudniej odpowiedzieć na pytanie, dlaczego w Polsce tak małą wagę przywiązujemy do usług i interwencji tego rodzaju.

Leczenie substytucyjne, po 20 latach od momentu jego wprowadzenia na polski rynek, dostępne jest dla niewielu potrzebujących – dla 8% osób według EMCDDA (5), a dla 15% według Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (6, 7). To dane za 2010 rok. W tym czasie w Niemczech leczonych substytucyjnie było 49% potrzebujących, a w Czechach – 54% (5).

Naloxon. W niektórych regionach Stanów Zjednoczonych specjalne zestawy pierwszej pomocy, zawierające naloxon, udostępniane są osobom prywatnym, by mogły – po nieskomplikowanym trwającym godzinę przeszkoleniu – uratować życie bliskim, przyjaciółom, kolegom z *bajzla*, jeśli przytrafi im się przedawkowanie. W Polsce naloxonem nie dysponują nawet wszystkie karetki pogotowia.

Wreszcie **programy wymiany igieł i strzykawek**, rekomendowane jako najskuteczniejsza forma zapobiegania zakażeniom HIV wśród iniekcyjnych użytkowników (8, 9), od lat ich liczba systematycznie spada – pokazuje to wykres Centrum Infor-



Rysunek 1.

Liczba igieł i strzykawek rozdanych w Polsce w latach 2002–2009

Number of needles and syringes exchanged in Poland in 2002–2009

Źródło: Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii
 Source: *Information Centre for Drugs and Drug Addiction, National Bureau for Drug Prevention*

macji o Narkotykach i Narkomanii KBPN (patrz rys. 1). Kiedy mowa o bezpiecznych sposobach iniekcji, nie wspomina się w Polsce o tzw. **pokojach iniekcyjnych**, które z powodzeniem funkcjonują w Szwecji, Norwegii, Portugalii, Holandii, Hiszpanii, Luksemburgu, Niemczech, Kanadzie, a od niedawna także we Francji.

Brak chętnych?

Słyszymy często, że liczba programów wymiany igieł i strzykawek maleje razem z malejącą liczbą iniekcyjnych użytkowników opiatów, czyli że zmniejsza się popyt na tego rodzaju usługi. Faktycznie, najnowsze szacunki Janusza Sierosławskiego z Instytutu Psychiatrii i Neurologii mówią o 15 tysiącach problemowych użytkowników opiatów w porównaniu z 20–25 tysiącami jeszcze kilka lat temu (7). To trend ogólnoeuropejski. Jak przekonywała Alison Crocket z UNAIDS, podczas zeszłorocznej konferencji na temat dostępności i skuteczności programów redukcji szkód w Polsce, malejąca liczba iniekcyjnych użytkowników nie jest jednak przesłanką do zmniejszania usług, zapewniających dostęp do czystego sprzętu do iniekcji. Zwłaszcza że mniejsza liczba użytkowników przyjmujących dożylnie opiaty nie musi wcale oznaczać mniejszej popularności iniekcji jako takiej. Jak słyszymy od pracowników programów redukcji szkód i jak delarują użytkownicy substancji psychoaktywnych, zgłaszający się na test na obecność HIV do punktów konsultacyjno-diagnostycznych, wstrzykuje się dziś nie tylko heroinę, ale także amfetaminę (według Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii to aż 61% klientów punktów wymiany igieł i strzykawek) (10: 41) czy efedrynę. Dodatkowo wiele osób wciąż wymienia się igłami i strzykawkami. Z informacji zebranych przez punkty konsultacyjno-diagnostyczne

wynika, że 44,1% iniekcyjnych użytkowników korzysta ze wspólnego sprzętu (11). Dlatego w wielu krajach Europy, pomimo zmniejszającej się popularności opiatów, punkty wymiany igieł i strzykawek rozwijają się, zamiast kurczyć (12).

To że liczba klientów takich punktów w Polsce spada, wcale nie musi więc oznaczać mniejszego zapotrzebowania na igły i strzykawki. Prawdopodobnie, zgodnie z teorią strukturalnego ryzyka (13, 14), działa u nas ten sam mechanizm, co w innych krajach, gdzie prawo regulujące całą sferę istnienia substancji psychoaktywnych jest bardzo surowe w stosunku do użytkowników (15). Potwierdzałyby to fakt, że spadek popularności punktów wymiany zbiegł się w czasie z zaostreniem polskiej *ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii*. Jak informują pracownicy programów redukcji szkód z dużych miast, zaostrenie prawa zatamowało społeczność użytkowników, zmusiło ich do zniknięcia z widoku i do kupowania narkotyków w bardziej dyskretny sposób niż na tzw. *bajzlu* (np. za pomocą telefonów komórkowych). Podczas gdy niektórzy dłużej użytkownicy po nowelizacji ustawy przestali korzystać z oferty redukcji szkód, nowi użytkownicy, którzy pojawili się po roku 2000, nigdy nie znaleźli się nawet w zasięgu systemu pomocy. Nie tylko empiryczne obserwacje, ale także badania potwierdzają, że restrykcyjne prawo, w tym kryminalizacja posiadania substancji psychoaktywnych, odwraca ludzi od korzystania z usług z zakresu redukcji szkód (16). Pojawienie się w punkcie wymiany jest bowiem równoznaczne z przyznaniem się do popełnienia czynów prawnie niedozwolonych, a w dodatku surowo karanych.

Brak funduszy?

Redukcja szkód poza tym, że korzystna nie tylko dla klienta, ale i dla zdrowia publicznego, jest również opłacalna z ekonomicznego punktu widzenia. Jeden dolar amerykański przeznaczony na leczenie substytucyjne pozwala zaoszczędzić 3–4 dolary wydane na leczenie AIDS i innych chorób związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Według danych z Austrii, pół roku terapii metadonowej (koszt 1750 USD na osobę) to dla społeczeństwa wydatek 5 razy mniejszy niż pół roku terapii stacjonarnej i aż 12 razy mniejszy niż nieleczenie osoby uzależnionej (17). Nie warto więc także z tego powodu ulegać pokusie oszczędzania na redukcji szkód, nawet – a może zwłaszcza – w dobie panującego kryzysu, kiedy ludzie pozbawieni pracy czy perspektyw chętniej sięgają po substancje poprawiające nastrój. Zarówno wspomniana już Alison Crocket, jak i Dagmar Hedrich z Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA, European Monitoring Centre on Drug and Drugs Addiction), które uczestniczyły w czerwcowej konferencji skoncentrowanej na publikacji *Leczenie i profilaktyka chorób zakaźnych wśród osób iniekcyjnie używających substancji psychoaktywnych*, przekonywały, że nie warto ciąć kosztów w tej dziedzinie, nawet jeśli faktycznie spadałaby liczba iniekcyjnych użytkowników substancji psychoaktywnych.

Przestroga niech będzie przykład Rumunii. Po tym, jak w 2010 roku Rumunia przestała otrzymywać dotacje z Globalnego Funduszu do Walki z HIV/AIDS,

Gruźlicą i Malariał, a rząd nie usunął powstałej w ten sposób luki w finansowaniu programów redukcji szkód prowadzonych przez organizacje pozarządowe¹, zasięg redukcji szkód znacząco zmalał (18). Jeszcze w 2009 roku korzystało z programów 76% iniekcyjnych użytkowników substancji psychoaktywnych, rok później już tylko 49% (19). W efekcie w kraju, w którym do niedawna odnotowywano zaledwie kilka nowych przypadków zakażenia HIV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków rocznie (3–5 w latach 2007–2009), w 2011 roku liczba ta wzrosła do 129 i nie wydaje się maleć – do połowy 2012 roku odnotowano 98 nowych zakażeń wśród iniekcyjnych użytkowników, które stanowiły 31% wszystkich nowo wykrytych przypadków (18). Jak diagnozuje Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii „do zwielokrotnienia nowych zakażeń HIV mogły przyczynić się: dostęp do leczenia substytucyjnego na bardzo niskim poziomie, niedawne ograniczenie wymiany igieł i strzykawek, a także wzrost używania łącznie opiatów i stymulantów z grupy amfetamin drogą iniekcyjną” (20: 6).

Sytuacja redukcji szkód w Rumunii nie odbiega więc daleko od tej w naszym kraju. W momencie wstąpienia do Unii Europejskiej odnotowaliśmy też zresztą spadek funduszy ze źródeł zagranicznych. Finansowanie programów i decyzyjność w tej sprawie przesunięto z poziomu krajowego na lokalny, co z kolei spowodowało ograniczenie zarówno wsparcia pieniężnego, jak i możliwości współpracy wychodzącej poza środowisko lokalne (21).

Samo zagwarantowanie funduszy na poprawę dostępności redukcji szkód to jednak za mało, by w tej trudnej i niepopularnej dziedzinie odnieść sukces. W Polsce zresztą, jak się wydaje, większym problemem jest pasywne podejście do kwestii redukcji szkód i testowania na HIV. Konieczne jest – poza finansowaniem na odpowiednim poziomie – aktywne zaangażowanie w przekonywanie decydentów oraz społeczeństwa, jak tego rodzaju działania są ważne i potrzebne.

Brak potrzeby?

Polska, podobnie jak Rumunia, nie żyje na co dzień problemem HIV. Co roku odnotowujemy w interesującej nas grupie iniekcyjnych użytkowników narkotyków kilkadziesiąt nowych zakażeń (co w porównaniu z Rumunią sprzed kryzysu i tak nie jest mało) i żyjemy w komfortowym przeświadczeniu, że wzrost zakażeń, z którym zmagaliśmy się w tej populacji w latach 90. dwudziestego wieku, został opanowany. To przeświadczenie jest niebezpieczne, bo nie poparte wynikami badań.

Od lat jesteśmy w Europie jednym z krajów o najniższym wskaźniku testowania na obecność HIV – przeprowadzamy zaledwie 4,9 testu na 1000 mieszkańców. Dla porównania wskaźnik ten na Słowacji wynosi 20,1, na Łotwie – 26,2, w Czechach

¹ Jak przekonują organizacje pozarządowe, wymiana sprzętu do iniekcji to koszt niższy niż 500 EUR rocznie na klienta, podczas gdy roczny koszt leczenia pacjenta zakażonego HIV wynosi prawie 6.000 EUR.

Tabela 1.

Liczba testów na obecność HIV wykonanych w Polsce w grupie iniekcyjnych użytkowników substancji psychoaktywnych (IDU) oraz odsetek pozytywnych wyników
Number of HIV tests performed among injecting drug users (IDU) in Poland and a rate of infections

Rok badania <i>Year of the study</i>	Liczba wykonanych testów wśród IDU <i>Number of tests performed among IDU</i>	Liczba zakażeń HIV wśród IDU <i>Number of HIV infections among IDU</i>	% zakażeń HIV <i>Rate of HIV Infections</i>
1988–1990	13 401	1 137	8,48
1991–1993	22 582	966	4,28
1994–1996	20 620	944	4,58
1997–1999	16 229	983	6,06
2000–2002	8 684	825	9,50
2003–2005	5 988	634	10,59
2006–2008	2 935	273	9,30
2009–2011	2 717	154	5,67

Źródło: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny
Source: National Institute of Public Health – National Institute of Hygiene

– 33,6, a w krajach o najlepszych wynikach sięga 60,1 – w Belgii i 76,9 – we Francji (22). Nie dość, że niewielki procent społeczeństwa poddaje się testowaniu, to – jak pokazuje tabela 1 – spada liczba testów przeprowadzanych wśród iniekcyjnych użytkowników substancji psychoaktywnych. Co zastanawiające, procent wyników dodatnich wśród tych niewielu iniekcyjnych użytkowników, którzy trafiają dziś na testowanie (lata 2009–2011), nie różni się właściwie od tego z połowy lat 90. dwudziestego wieku, kiedy to mówiliśmy o epidemii HIV w tej grupie.

Dane z tabeli znalazły potwierdzenie w badaniach przeprowadzonych w 2004 i 2009 roku wśród – odpowiednio – 426 i 193 użytkowników substancji psychoaktywnych. W pierwszym badaniu uczestniczyli klienci ośrodków detoksykacyjnych, programów terapeutycznych i punktów wymiany igieł z trzech miast, w drugim – klienci programów redukcji szkód z Krakowa i Gdańska. W badaniu z 2004 roku pozytywny wynik testu odnotowano u 11%, a w badaniu z 2009 roku – u 8,1% przebadanych w Gdańsku i 11,9% w Krakowie (23).

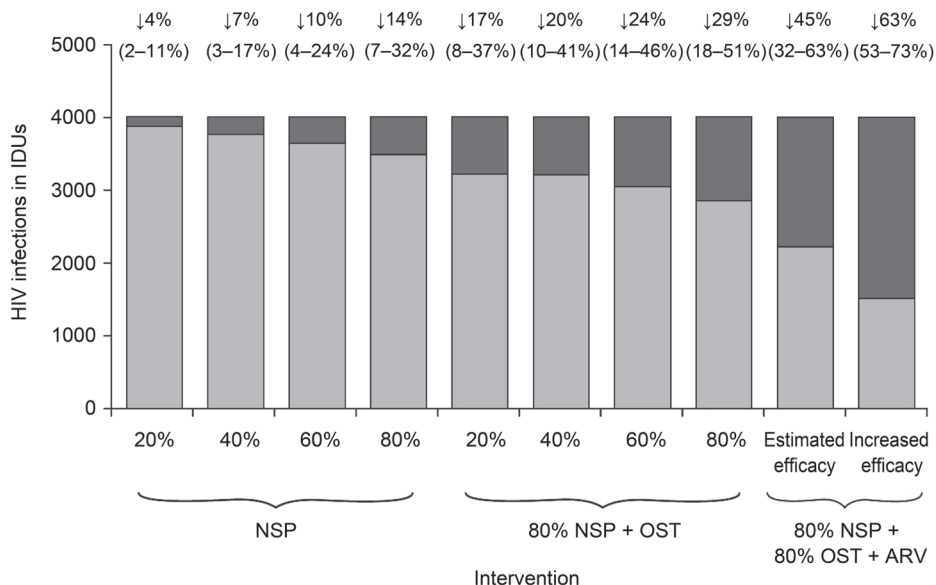
Jeśli jeszcze wziąć pod uwagę, że w większości wszystkich nowo wykrytych przypadków HIV (wg PZH w latach 2009–2011 średnio w ponad 60%, ale we wrześniu 2012 nawet w 88,1%) nie znamy drogi, jaką doszło do zakażenia, może okazać się, że dawno osiągnęliśmy liczbę nowych zakażeń w grupie iniekcyjnych użytkowników, która inne kraje stawia w stan alarmu. Polska jest jednym z dwóch krajów, obok Estonii, pomijanych w opracowaniach Europejskiego Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC, European Centre for Disease Prevention and Control), dotyczących trendów panujących w Europie. Polskie dane są wykluczane z raportów jako niezetelne, a tym samym mogące zafałszować obraz sytuacji w regionie (22).

W podobnej nieświadomości co Polska do niedawna żyła Grecja, gdzie dochodziło zaledwie do kilku lub kilkunastu przypadków nowych zakażeń wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków rocznie (liczba ta w latach 2001–2010 wahała się pomiędzy 3 a 19), po czym tylko w pierwszej połowie 2011 roku odnotowano ich ponad 100 (24: 58). Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii zarządziło szybką analizę sytuacji, w wyniku której wskazano na kilka czynników potencjalnie odpowiedzialnych za ten dramatyczny skok. Chodziło tu przede wszystkim o brak kompleksowej oferty redukcji szkód, mającej na celu zwłaszcza zminimalizowanie ryzyka zakażenia HIV oraz o działania policji skierowane przeciwko użytkownikom. Ponadto zwrócono uwagę na brak niskoprogowych programów redukcji szkód i niewielki zasięg zarówno terapii substytucyjnej, jak i wymiany igieł i strzykawek. Grecki resort zdrowia stanął na wysokości zadania i odpowiedział natychmiast, m.in. restrukturyzując programy metadonowe (uruchomiono 28 nowych oddziałów) i dostosowując wymianę igieł i strzykawek do potrzeb klientów (24: 58).

Rekomendacje dla Polski

Zaalarmowane stanem zakażeń wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków, Grecja i Rumunia zwróciły się do eksperckich instytucji europejskich o pomoc w zdiagnozowaniu przyczyn zaistniałej sytuacji i opracowaniu programu naprawczego. Ponieważ Polska nie prowadzi statystyk, które pozwalałyby rzetelnie ocenić sytuację, a dostępne liczby, które jak w przypadku nowych zakażeń w interesującej nas grupie, nie wywołują (inaczej niż w Grecji i Rumunii) niepokoju decydentów, nie mówimy głośno o naszych potencjalnych problemach ani w kraju, ani zagranicą. Coraz częściej jednak do wnikliwego przyjrzenia się sytuacji nawołują profesjonaliści, którzy w swojej pracy regularnie stykają się z problemem chorób zakaźnych wśród osób używających substancji psychoaktywnych. W czerwcu 2012 około stu terapeutów ds. uzależnień, pracowników urzędów miast, lekarzy, pracowników naukowych, dziennikarzy, przedstawicieli organizacji pozarządowych oraz innych instytucji, także państwowych, takich jak straż graniczna czy policja, spotkało się w Warszawie z przedstawicielami UNAIDS i EMCDDA. W toku dyskusji, na podstawie istniejących wytycznych ECDC i EMCDDA (Prevention and Control of infectious diseases among people who inject drugs, Stockholm: ECDC, 2011) zostały wypracowane propozycje zmian w polskim systemie zapobiegania chorobom zakaźnym wśród osób używających narkotyków drogą iniekcyjną i nadzoru nad tymi chorobami. Stanowią one rozwinięcie rekomendacji europejskich, ale uwzględniają sytuację krajową. Eksperti zalecają m.in. wdrożenie rozwiązań takich jak:

- dostęp do darmowego (finansowanego ze środków publicznych) sprzętu iniekcyjnego w aptekach, w automatach rozmieszczonych w różnych punktach miast oraz w ośrodkach zamkniętych (np. na oddziałach detoksykacyjnych, w programach metadonowych, w centrach redukcji szkód i poradniach, więzieniach, aresztach śledczych, terapeutycznych ośrodkach stacjonarnych);



Rysunek 2.

Przewidywana skuteczność programu wymiany igieł i strzykawek (NSP), leczenia substytucyjnego (OST) i antyretrowirusowego (ARV) stosowanych w kombinacji w Nairobi w Kenii w latach 2010–2015 *Estimated efficacy of needle and syringe exchange programmes (NSP), opioid substitution treatment (OST) and antiretroviral treatment (ARV) when combined in Nairobi, Kenya, in 2010–2015*

Źródło/Source: Strathdee et al, 2010 (26)

- poszerzenie oferty stosowanych leków substytucyjnych i możliwość przepisywania ich na receptę;
- dostęp do legalnych pokoi iniekcyjnych;
- rzetelne badanie dróg zakażenia HIV oraz wykonywanie testów zintegrowanych (na HIV i inne choroby zakaźne);
- dekryminalizacja posiadania substancji psychoaktywnych (25).

O niektórych z proponowanych metod redukcji szkód można powiedzieć, że istnieją już w Polsce. Naszym problemem jest jednak bardzo niewielka ich dostępność, wręcz o pilotażowym charakterze. A dopiero ich kombinacja i szeroki zasięg decydują o skuteczności. Przekonują o tym autorzy artykułu *HIV and risk environment for injecting drug users: the past, present, and future*, opublikowanego w czasopiśmie *Lancet* w specjalnym numerze poświęconym HIV wśród osób używających substancji psychoaktywnych. Jest to dobrze widoczne na przykładzie Nairobi (patrz rys. 2) (26: 24). Oferowanie jedynie wymiany sprzętu iniekcyjnego (NSP, *needle and syringe program*) może skutkować spadkiem nowych zakażeń HIV o kilkanaście procent, jeśli dostęp do czystych igieł i strzykawek zapewnimy 80% iniekcyjnych użytkowników substancji psychoaktywnych. Przy dostępności na poziomie 20% użytkowników spadek liczby nowych zakażeń jest zaledwie kilkuprocentowy. Jeśli

natomiast, poza sterylnym sprzętem, użytkownicy mają również dostęp do leczenia substytucyjnego (OST, *opioid substitution treatment*), to spadek nowych zakażeń jest bardziej widoczny, lecz zależny od zasięgu oferowanej pomocy. Jeśli do NSP i OST ma dostęp zaledwie 20% potrzebujących, nowych zakażeń HIV będzie o kilkanaście procent mniej, jeśli 80% – możemy mówić o spadku na poziomie kilkudziesięciu procent. Najskuteczniejsza jest kombinacja NSP, OST i leczenia antyretrowirusowego (ARV, *antiretroviral*). Jeśli do tych trzech form interwencji będzie miało dostęp 80% potrzebujących, możemy spodziewać się, że liczba nowych zakażeń HIV zmaleje nawet o 70%.

Polska zdecydowanie powinna więc traktować poważnie nie tylko powyższe rekomendacje własnych ekspertów i praktyków, ale także, idące w tym samym kierunku sugestie międzynarodowych instytucji, takie jak raport Ananda Grovera, Specjalnego Sprawozdawcy ONZ ds. Zdrowia, który odwiedził nasz kraj z misją w 2009 roku. W przedstawionym później przed Radą Praw Człowieka ONZ raporcie wzywa on Polskę do realizowania polityki redukcji szkód, w tym „do zapewnienia szerokiego dostępu do wymiany igieł i strzykawek, terapii substytucyjnej oraz innych form redukcji szkód na terenie całego kraju, (...) nowelizacji *ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii* tak, by uniknąć penalizacji posiadania małych ilości narkotyków, (...) zapewnienia aktywnego udziału użytkowników narkotyków oraz innych marginalizowanych grup w stanowieniu polityki i programów na poziomie lokalnym, regionalnym i krajowym” (278: 22). W swoim raporcie Specjalny Sprawozdawca pisze:

- „57. Państwa będące stronami Międzynarodowego Paktu Praw Ekonomicznych, Społecznych i Kulturalnych są zobligowane do przestrzegania, chronienia i realizowania prawa do zdrowia i muszą znaleźć środki, by zapobiegać rozwojowi epidemii. (...)”
58. Profilaktyka i leczenie HIV opiera się w znaczącym stopniu na redukcji szkód prowadzonej przez państwo. Redukcja szkód może być rozumiana szeroko jako redukcja zdrowotnych i społecznych szkód związanych z używaniem narkotyków.
59. Strategie redukcji szkód obejmują dystrybucję czystych igieł i strzykawek, pracę w środowisku (*outreach*) i edukację rówieśniczą (*peer education*), promocję używania prezerwatyw wśród sięgających po narkotyki i ich partnerów. Jest również powszechnie uznane, że do interwencji z zakresu redukcji szkód należy też leczenie substytucyjne jako niezwykle skuteczna metoda zapobiegania transmisji HIV oraz poprawy jakości życia osób stosujących narkotyki drogą iniekcijną. (...)”
60. Specjalny Sprawozdawca pragnie podkreślić, że krajowe zapisy prawa karnego oraz inne regulacje prawne mają ogromne znaczenie dla sukcesu działań redukcji szkód prowadzonych w danym państwie. Krajowe prawo karne musi być komplementarne ze strategiami i programami redukcji szkód. W tym sensie prawo karne nie powinno utrudniać, ale wspierać środki podejmowane przez

państwo w celu redukcji przenoszenia zakażenia HIV, zapewnienia opieki i leczenia związanego z zakażeniem HIV ludziom używającym substancji psychoaktywnych. Badania wykazały, że prawo zakazujące posiadania strzykawek i promujące takie praktyki organów ścigania, które skierowane są przeciwko użytkownikom narkotyków, zwiększają ryzyko rozprzestrzeniania się HIV oraz pośrednio i bezpośrednio prowadzą do innymi konsekwencji związanych ze zdrowiem. Ponadto bardzo prawdopodobne, że takie prawo wywoła u użytkowników narkotyków strach przed szukaniem leczenia i innych form pomocy, sprzyjając dalszym niebezpiecznym praktykom i ryzykownym zachowaniom. (...)

70. (...) trendy wskazują, że choć leczenie substytucyjne jest [w Polsce] dostępne, to leczenie polegające na utrzymaniu całkowitej abstynencji wciąż jest metodą dominującą. Jest to przedmiotem szczególnej troski, ponieważ badania wykazują, że leczenie substytucyjne jest znacznie skuteczniejszym i mniej kosztownym sposobem leczenia uzależnienia.
71. (...) należy kontynuować wysiłki, by zapewnić szerszy i łatwiejszy dostęp do metadonu. Każdy, kto jest uzależniony od opiatów, ma prawo do skutecznego leczenia opartego na dowodach naukowych. (...)
76. Co więcej, bardzo niepokoi, że ludzie nie traktują poważnie ryzyka zakażenia HIV, że zakażenie HIV jest często wykrywane za późno, że istnieje stała konieczność zwiększania dostępności do leczenia antyretrowirusowego oraz że niewiele środków finansowych przeznaczają się na profilaktykę HIV, w wyniku czego punktów konsultacyjno-diagnostycznych jest niewiele, a organizacjom pozarządowym brakuje środków finansowych na wdrażanie programów. (...)
79. Ponieważ większość funduszy wydawana jest na leczenie HIV, martwi luka w finansowaniu i realizowaniu profilaktyki. Ma to wpływ na działania profilaktyczne, także w postaci redukcji szkód. W związku z tym potrzebny jest rozwój profilaktyki, łącznie z redukcją szkód.” (27: 15–20)

PIŚMIENNICTWO/REFERENCES

1. UNAIDS (2005) *Joint UNAIDS statement on HIV Prevention and Care Strategies for Drug Users*. http://data.unaids.org/UNA-docs/cco_idupolicy_en.pdf
2. Hunt N, Ashton M, Lenton S, Mitcheson L, Nelles B, Stimson G (2003) *A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use. UK: Forward Thinking on Drugs*. <http://www.ihra.net/files/2010/05/31/HIVTop50Documents11.pdf>
3. Degenhardt L, Mathers B, Vickerman P, Rhodes T, Latkin C, Hickman M (2010) Prevention of HIV infection for people who inject drugs: Why individual, structural, and combination approaches are needed. *Lancet*, July 24, 376, 285–301.
4. World Health Organization (2004) WHO/UNODC/UNAIDS position paper: *Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention*. http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/PositionPaper_English.pdf
5. EMCDDA (2012) *Opioid substitution treatment coverage*. Statistical bulletin 2012, <http://www.emcdda.europa.eu/stats12/hsrfig1a>

6. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (2012) *Leczenie substytucyjne*. <http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=106992>
7. Sierosławski J (2012) Oszacowanie liczby problemowych użytkowników opioidów w Polsce. *Alkoholizm i Narkomania*, 25, 4, 347–356.
8. Des Jarlais DC, Perlis T, Arasteh K, Torian LV, Beatrice S, Milliken J, Mildvan D, Yancovitz S, Friedman SR (2005) HIV incidence among injection drug users in New York City, 1990 to 2002: use of serologic test algorithm to assess expansion of HIV prevention services. *American Journal of Public Health*, 95 (8), 1429–1444.
9. UNAIDS (2007) *Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention: Towards Universal Access*. http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/jc1274-towardsuniversalaccess_en.pdf. p. 46: Table 2.2 Injecting drug users.
10. EMCDDA (2010) 2010 National Report (2009 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. *POLAND New Development, Trends and in-depth information on selected issues*. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index142525EN.html>
11. Walichnowska M (2012) *Testowanie w kierunku HIV wśród osób używających substancji psychoaktywnych. Dane z punktów konsultacyjno-diagnostycznych*. Krajowe Centrum ds. AIDS (prezentacja wygłoszona podczas konferencji nt. dostępności i skuteczności redukcji szkód w Polsce, Warszawa, 26 czerwca 2012).
12. Csete J (2010) *From the Mountaintops: What the World Can Learn from Drug Policy Change in Switzerland*. Open Society Foundations, New York.
13. Parker R, Easton D, Klein C (2000) Structural Barriers and Facilitators in HIV Prevention: A Review of International Literature. *AIDS*, 14, 1, 22–32.
14. Altman D (2005) Rights Matter: Structural Interventions and Vulnerable Communities. *Health and Human Rights*, 8, 2, 1–11.
15. Rhodes T, Singer M, Bourgois P, Friedman SR, Strathdee SA (2005) The social structural production of HIV risk among injecting drug users. *Social Science and Medicine*, 61 (5), 1026–1044.
16. Beyrer C, Malinowska-Sempruch K, Kamarulzaman A, Kazatchkine M, Sidibe M, Strathdee SA (2010) Time to act: a call for comprehensive responses to HIV in people who use drugs. *Lancet*, August 14, 376, 551–563.
17. Dane udostępnione przez dr Gabriele Fischer z Wydziału Psychiatrii i Psychoterapii Uniwersytetu Medycznego w Wiedniu.
18. Malinowska-Sempruch K (2012) *An opportunity for EU member states to save money and lives*. 6 listopada 2012, <http://blogs.bmj.com/bmj/2012/11/06/kasia-malinowska-sempruch-an-opportunity-for-eu-member-states-to-save-money-and-lives/>
19. Eurasian Harm Reduction Network (2012) *Quitting While Not Ahead. The Global Fund's retrenchment and the looming crisis for harm reduction in Eastern Europe and Central Asia*. http://www.harm-reduction.org/ru/images/stories/library/quitting_while_not_ahead.pdf
20. EMCDDA, ECDC (2012) *HIV in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania*. www.emcdda.europa.eu/publications/joint-publications/hiv-in-injecting-drug-users-2011
21. Malinowska-Sempruch K (2013) *HIV among Drug Users in Poland: The Paradoxes of an Epidemic*. (na prawach rękopisu)
22. ECDC and WHO (2011) *Surveillance Report: HIV/AIDS Surveillance in Europe 2011*. http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/111129_SUR_Annual_HIV_Report.pdf
23. Rosińska M (2009) *Oszacowanie występowania chorób zakaźnych (wirusowe zapalenie wątroby typu C i B, HIV) wśród osób przyjmujących środki odurzające we wstrzyknięciach w Gdańsku i w Krakowie*. Państwowy Zakład Higieny. <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=166349>
24. Harm Reduction International (2012) *The Global State of Harm Reduction. Towards an Integrated, Response*. http://www.ihra.net/files/2012/07/24/GlobalState2012_Web.pdf

25. *Leczenie i profilaktyka chorób zakaźnych wśród osób iniekcyjnie używających substancji psychoaktywnych. Wytyczne ECDC/EMCDDA i polskie rekomendacje* (2012), dostępne m.in. http://www.politykanarkotykowa.pl/sites/default/files/biblioteka/redukcja_szkod_-_rekomendacje_dla_polski.pdf
26. Strathdee SA, Hallett TB, Bobrova N, Rhodes T, Booth R, Abdool R, Hankins CA (2010) HIV and risk environment for injecting drug users: the past, present, and future. *Lancet*, July 24, 376, 268–284.
27. *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*, Anand Grover (2010), <http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/14session/A.HRC.14.20.Add3.pdf>

Adres do korespondencji

Magdalena Dąbkowska

Międzynarodowy Program Polityki Narkotykowej

c/o Helsińska Fundacja Praw Człowieka

ul. Zgoda 11, 00-018 Warszawa

tel. 22 556 4447, 511 966 107

e-mail: Drug.Policy@opensocietyfoundations.org