

Státní zdravotní ústav – Praha

CENTRUM EPIDEMIOLOGIE A MIKROBIOLOGIE

Pracoviště manažera Národního programu HIV/AIDS

Styčná kancelář UNAIDS



NÁRODNÍ
PROGRAM
BOJE PROTI
AIDS



Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

UNAIDS

UNICEF • UNDP • UNFPA • UNDCP
ILO • UNESCO • WHO • WORLD • BANK

Ročenka Národního programu HIV/AIDS v České republice

2003–2004



Úvod	3
<i>MUDr. Jaroslav Jedlička, CSc.</i>	
Přehled o činnosti na úseku řešení problematiky HIV/AIDS v SZÚ a KHS za r. 2003	4
<i>RNDr. Marie Brůčková, CSc., MUDr. Jaroslav Jedlička, CSc., MUDr. Jana Vandasová, MUDr. Daniela Kondrová, Blanka Chmelová</i>	
Zpráva o činnosti AIDS center v ČR v r. 2003	8
<i>doc. MUDr. Marie Staňková, CSc., prim. MUDr. Pavel Dlouhý, prim. MUDr. Václav Chmelík, MUDr. Jaroslav Kapla, doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc., MUDr. Svatava Snopková, MUDr. Jitka Kolářková</i>	
Činnost a aktivity nevládních organizací sdružených ve Fóru a zapojených v Národním programu pro HIV/AIDS v r. 2003	13
<i>MUDr. Ivo Procházka, CSc.</i>	
Zpráva o činnosti ČSAP v r. 2003	15
<i>Miroslav Hlavatý</i>	
Výsledky monitorování vybraných aktivit v prevenci HIV/AIDS v ČR za r. 2003	16
<i>MUDr. Jaroslav Jedlička, CSc., MUDr. Daniela Kondrová, RNDr. Marek Malý, CSc., Blanka Chmelová ve spolupráci se Zdravotními ústavy a KHS</i>	
Studie znalostí žáků a studentů některých jihlavských škol o problematice HIV/AIDS	24
<i>MUDr. Stanislav Wasserbauer</i>	
Plán aktivit na úseku řešení problematiky HIV/AIDS v r. 2004	30
<i>MUDr. Jaroslav Jedlička, CSc., RNDr. Marie Brůčková, CSc., doc. MUDr. Marie Staňková, CSc., MUDr. Karel Hampl, CSc., prof. MUDr. Vladimír Resl, CSc., MUDr. Ivo Procházka, MUDr. Daniela Kondrová, Blanka Chmelová</i>	
Seznam telefonních linek pomoci AIDS a poraden HIV/AIDS v ČR pro r. 2004	34
<i>MUDr. Jaroslav Jedlička, CSc., MUDr. Daniela Kondrová a Blanka Chmelová ve spolupráci se ZÚ a KHS v ČR</i>	
Adresář členů Národní komise pro řešení problematiky HIV/AIDS v ČR pro r. 2004	43
Nevládní organizace sdružené ve Fóru nevládních organizací při Národní komisi pro řešení problematiky HIV/AIDS v ČR v r. 2004	44
<i>MUDr. Ivo Procházka, CSc.</i>	
Nabídka propagačních materiálů v prevenci HIV/AIDS a STD z ediční činnosti PMNP	46
<i>MUDr. Daniela Kondrová, Blanka Chmelová</i>	
Seznam materiálů UNAIDS (2000–2004) dostupných ve Styčné kanceláři UNAIDS pro ČR	47
<i>Blanka Chmelová</i>	
Podmínky pro přidělování dotací na problematiku HIV/AIDS na r. 2005	50
<i>MUDr. Gustav Walter, MUDr. Jaroslav Jedlička, CSc.</i>	
PŘÍLOHA: Překlady zahraničních dokumentů týkajících se důležitých oblastí v řešení problematiky HIV/AIDS v ČR	
Dublinská deklarace. Partnerství v boji proti HIV/AIDS v Evropě a Střední Asii	62
Klíčové informace o HIV/AIDS pro Východní Evropu a Střední Asii	65
<i>UNICEF</i>	
Pokroky v prevenci HIV/AIDS – nové strategie CDC pro měnící se epidemii	70
<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>	

Národní program boje proti AIDS na Internetu

Národní program boje proti AIDS má webové stránky, na které se dostanete odskokem z domovské stránky SZÚ (<http://www.szu.cz>) nebo přímo na adresu <http://www.aids-hiv.cz>

Table of Contents



Introduction	3
<i>Jaroslav Jedlička, MD, CSc.</i>	
Summary of activities in the management of HIV/AIDS-related issues in SZÚ (National Institute of Public Health) and KHS (Regional Public Health Institute) for the year 2003	4
<i>Marie Brůčková, Dr. Nat. Sc., CSc., Jaroslav Jedlička, MD, CSc., Jana Vandasová, MD, Daniela Kondrová, MD, Blanka Chmelová</i>	
Report on the activities of AIDS centers in the Czech Republic for the year 2003	8
<i>Assoc. Prof. Marie Staňková, MD, CSc., Department Head Pavel Dlouhý MD, Department Head Václav Chmelík, MD, Jaroslav Kapla, MD, Assoc. Prof. Dalibor Sedláček, MD, CSc., Svatava Snopková, MD, Jitka Kolčáková, MD</i>	
Activities of non-governmental organizations associated in the Forum and participating in the National Program for HIV/AIDS in the year 2003	13
<i>Ivo Procházka, MD, CSc.</i>	
Report on the activities of ČSAP (Czech AIDS Help Society) in the year 2003	15
<i>Miroslav Hlavatý</i>	
Results of monitoring of selected activities in the prevention of HIV/AIDS in the Czech Republic for the year 2003	16
<i>Jaroslav Jedlička, MD, CSc., Daniela Kondrová, MD, Marek Malý, Dr. Nat. Sc., CSc., Blanka Chmelová in cooperation with the Institutes of Health and KHS</i>	
Study of awareness of HIV/AIDS-related issues among students in selected schools in Jihlava	24
<i>Stanislav Wasserbauer, MD</i>	
Plan of activities in the management of HIV/AIDS-related issues in the year 2004	30
<i>Jaroslav Jedlička, MD, CSc., Marie Brůčková, Dr. Nat. Sc., CSc., Assoc. Prof. Marie Staňková, MD, CSc., Karel Hampl, MD, CSc., Prof. Vladimír Resl, MD, CSc., Ivo Procházka, MD, CSc., Daniela Kondrová, MD, Blanka Chmelová</i>	
List of phone numbers of AIDS help lines and HIV/AIDS counseling centers in the Czech Republic for the year 2004	34
<i>Jaroslav Jedlička, MD, CSc., Daniela Kondrová MD, and Blanka Chmelová in cooperation with Institutes of Health and KHS in the Czech Republic</i>	
Directory of members of the National Commission for the management of HIV/AIDS-related issues in the Czech Republic for the year 2004	43
Non-Governmental Organizations associated in the Forum of Non-Governmental Organizations of the National Commission for the Management of HIV/AIDS-related issues in the Czech Republic in the year 2004	44
<i>Ivo Procházka, MD, CSc.</i>	
Offer of promotional materials for the prevention of HIV/AIDS and STDs from the editorial activities of the PMNP	46
<i>Daniela Kondrová, MD, Blanka Chmelová</i>	
List of materials of UNAIDS (2000–2004) available in UNAIDS Focal Point Office in the Czech Republic	47
<i>Blanka Chmelová</i>	
Conditions for the distribution of subsidies for HIV/AIDS-related issues in the year 2005	50
<i>Gustav Walter, MD, Jaroslav Jedlička, MD, CSc.</i>	
APPENDIX: Translations of foreign documents pertaining to important areas in the management of HIV/AIDS-related issues in the Czech Republic	
Dublin Declaration. Partnership in the fight against HIV/AIDS in Europe and Central Asia	62
Key information on HIV/AIDS for Eastern Europe and Central Asia	65
<i>UNICEF</i>	
Advances in HIV/AIDS prevention – new strategies for the changing epidemic	70
<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>	

National AIDS Programme on the Internet

The National AIDS Programme has its own web site, which you can access from the home page of the National Institute of Public Health (SZÚ) (<http://www.szu.cz>) or directly at the following address: <http://www.aids-hiv.cz>



NÁRODNÍ
PROGRAM
BOJE PROTI
AIDS



Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

UNAIDS

UNICEF • UNDP • UNFPA • UNDCP
ILO • UNESCO • WHO • WORLD • BANK

Ročenka Národního programu HIV/AIDS v České republice

2003–2004

Autoři: MUDr. Jaroslav Jedlička, CSc.
MUDr. Daniela Kondrová
RNDr. Marek Malý, CSc.
RNDr. Marie Brůčková, CSc.
MUDr. Jana Vandasová
MUDr. Ivo Procházka, CSc.
doc. MUDr. Marie Staňková, CSc.
prof. MUDr. Vladimír Resl, CSc.
MUDr. Karel Hampl, CSc.
MUDr. Gustav Walter
MUDr. Pavel Dlouhý
MUDr. Václav Chmelík
MUDr. Jaroslav Kapla
doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.
MUDr. Svatava Snopková
MUDr. Jitka Kolčáková
MUDr. Stanislav Wasserbauer
Miroslav Hlavatý
Blanka Chmelová
a další



Editovali: MUDr. Jaroslav Jedlička, CSc.
MUDr. Daniela Kondrová
Blanka Chmelová

Vydalo Pracoviště manažera Národního programu HIV/AIDS
a Styčná kancelář UNAIDS pro ČR
při Centru epidemiologie a mikrobiologie Státního zdravotního ústavu v Praze
v rámci své ediční činnosti v prevenci HIV/AIDS

Praha, květen 2004

V tomto roce bychom rádi poděkovali sponzorovi, který se opakovaně podílel na podpoře Národního programu boje proti AIDS, a to nemalými finančními částkami. Jedná se o společnost **FRAPE FOODS** z Karlových Varů a jmenovitě jejich jednatele pana **Petra Tichotu**. Společnost Frape Foods financovala grafický návrh a tisk 4000 kusů preventivních plakátů určených základním a středním školám v ČR. V této chvíli byly plakáty určeny všem ZŠ distribuovány prakticky ve všech krajích ČR.

Tatáž společnost sponzorovala grafický návrh a tisk preventivního materiálu „Cestovní pas – určený cestovatelům chovajícím se všude a vždy bezpečně“. Tento materiál byl distribuován zejména prostřednictvím cestovních kanceláří a zdravotních ústavů.

Za tuto mimořádnou podporu si dovoluujeme vyjádřit panu **Petru Tichotovi** a **FRAPE FOODS** naše poděkování.



Úvod



MUDr. Jaroslav Jedlička, CSc.

Vážené kolegyně a kolegové,

tato Ročenka Národního programu boje proti AIDS je do určité míry jubilejní, neboť naplňuje dekádu výročních zpráv o aktivitách tohoto programu v ČR.

V tomto roce se nebudeme zabývat ekonomickými ukazateli na tomto místě, neboť celková dotace na problematiku HIV/AIDS ve výši 24 miliónů Kč zůstala na stejné úrovni jako vloni. Zůstaly ovšem i stejné problémy, a to zejména v oblasti financování dosud nekategorizovaných léků, které jsou určeny k terapii nemocných s HIV/AIDS.

Tradičně v Ročence otiskujeme **Přehled o činnosti na úseku řešení problematiky HIV/AIDS v SZÚ a KHS, Činnost a aktivity nevládních organizací sdružených ve Fóru a Plán aktivit na úseku řešení problematiky HIV/AIDS**. Přehled těchto aktivit v různých oblastech řešení problematiky HIV/AIDS rozšiřujeme letos o **Zprávu o činnosti AIDS center v ČR a Zprávu o činnosti České společnosti AIDS pomoc**.

Podstatnou část Ročenky zabírá přehled o preventivních aktivitách a službách v oblasti HIV/AIDS, které provádějí Zdravotní ústavy a Krajské hygienické stanice. Tato data jsou obsažena ve **Výsledcích monitorování vybraných aktivit v prevenci HIV/AIDS v ČR za rok 2003**. Monitoring za rok 2003 probíhal poněkud atypicky, neboť ty subjekty, které již mohly vyplňovat nové formuláře poskytovaly jiný „balík dat“ než ty subjekty, které používaly ještě staré formuláře. Nově se do hlášení zapojily i Krajské hygienické stanice, taktéž na nových formulářích. Při prezentaci dat jsme letos poprvé použili i kartografické znázornění, které by mělo ilustrativně podat přehled o jednotlivých regionálních aktivitách a službách.

Ročenka, jako již tradičně, obsahuje řadu praktických informací: **Seznam telefonních linek a poraden HIV/AIDS v ČR, Adresář členů Národní komise pro řešení problematiky HIV/AIDS v ČR a Seznam nevládních organizací sdružených ve Fóru**.

K uvedeným praktickým zdrojům informací patří i **Nabídka propagačních materiálů v prevenci HIV/AIDS a STD z ediční činnosti Pracoviště manažera Národního programu HIV/AIDS v SZÚ a Seznam materiálů UNAIDS dostupných ve Styčné kanceláři UNAIDS pro ČR**.

Ročenka obsahuje rovněž **Podmínky pro přidělování dotací na problematiku HIV/AIDS na rok 2005**, včetně potřebných formulářů, které je možno použít přímo pro zaslání žádosti na MZ ČR. Tyto formuláře jsou ovšem rovněž dostupné v elektronické formě, a to na serveru Národního programu boje proti AIDS, na webové adrese: www.aids-hiv.cz.

Tento rok jsme Ročenku obohatili o regionální studii **Znalostí žáků a studentů některých jihlavských škol o problematice HIV/AIDS**, jejímž autorem je MUDr. Stanislav Wasserbauer.

Letošní Ročenku jsme doplnili o 3 překladové materiály, které považujeme za klíčové z hlediska mezinárodního. **Dublinkská deklarace** shrnuje závěry evropské konference, kte-

rá se konala ve dnech 23.–24. února 2004. Za ČR se jí účastnil i Národní koordinátor problematiky HIV/AIDS MUDr. Michael Vít, Ph.D. **Klíčové informace o HIV/AIDS pro Východní Evropu a Střední Asii** byly zpracovány regionální úřadovnou UNICEF. Tento dokument jsme se rozhodli zařadit do ročenky s ohledem na epidemiologický význam tohoto regionu a potencionální hrozbu, kterou představuje v rámci migrace z této oblasti do Střední a Západní Evropy. Za velmi významný dokument považujeme **Pokroky v prevenci HIV/AIDS – nové strategie CDC pro měnící se epidemi**. Americká Centra pro kontrolu nemocí a prevenci (CDC) se v tomto dokumentu zabývají novými strategiemi v boji proti AIDS. Pro české poměry jsme vybrali pouze některá doporučení, která se nám zdála jako mimořádně aktuální. Jedná se zejména o **používání rychlých testů na diagnostiku infekce HIV v neklinických zařízeních přímo v terénu a problematiku vyhledávání kontaktů nově diagnostikovaných osob s HIV**. Zejména druhá tematika je poučná pro naši situaci v rámci uplatňování Zákona č. 258/2000 o ochraně veřejného zdraví, kdy Krajské hygienické stanice budou zajišťovat epidemiologické šetření, zjišťování kontaktů a realizaci dalších opatření ve spolupráci s pracovníky klinických AIDS center.

Kromě těchto témat obsažených v této Ročence bych rád zmínil i další aktivity, které se již do této Ročenky nepodařilo zařadit. Jedná se např. o skutečnost, že počínaje rokem 2004 se Česká republika stala členem Koordináční rady Světového programu boje proti AIDS. Domnívám se, že se jedná o velmi prestižní záležitost a velkou odpovědnost pro celou ČR. Jedná se o prvou příležitost aktivně zasahovat do řízení Světového programu boje proti AIDS s možností ovlivňovat jeho priority. Česká republika se rovněž zapojila do řady mezinárodních aktivit – např. Občanské sdružení Rozkoš bez rizika se účastní preventivních aktivit na Ukrajině a v Zimbabwe. Se vstupem ČR do EU jsme se stali zemí donorskou a jsme tedy vázáni zahraniční pomocí pro rozvojové země. Tyto aktivity jsou tedy plně v souladu s novou politickou situací. Na druhé straně nám z členství v EU neplynou jen finanční závazky, ale i možnost čerpat fondy EU na projekty do kterých jsme byli zapojeni jen jako pozorovatelé (jedná se např. o projekt AIDS and Mobility a projekt Europeer). Věřím, že zejména cílené aktivity v oblasti migrace a vrstevnických programů budou moci využívat finanční prostředky z těchto projektů zemí Evropské unie.

Závěrem bych rád poděkoval všem spoluautorům této Ročenky za příspěvky a jejich pomoc při zpracování a prezentaci dat. Jedná se zejména o všechny členy Výkonného výboru Národní komise pro řešení problematiky HIV/AIDS, vedoucí AIDS center v ČR, RNDr. Marka Malého, CSc. z oddělení biostatistiky a informatiky SZÚ a mé kolegyně MUDr. Danielu Kondrovou a paní Blanku Chmelovou. Poděkování patří i paní Evě Říhové za zpracování textů, tabulek, grafů a kartogramů do tištěné podoby.

Přehled o činnosti na úseku HIV/AIDS v KHS a SZÚ za rok 2003



Marie Brůčková, Jaroslav Jedlička, Jana Vandasová, Daniela Kondrová, Blanka Chmelová

V přehledu aktivit na úseku HIV/AIDS SZÚ a KHS vycházíme ze závěrečných zpráv NRL AIDS, Pracoviště manažera Národního programu HIV/AIDS a vybraných aktivit KHS v oblasti spolupráce nově zjištěných případů HIV positivity (poznáváme, že monitoring za rok 2003 byl zkušební a KHS nebyly povinny předat požadovaná data).

Následuje stručný přehled aktivit zmíněných institucí v oblasti HIV/AIDS v průběhu roku 2003:

1. Státní zdravotní ústav

1.1. Národní referenční laboratoř pro AIDS

Přehled o činnosti Národní referenční laboratoře pro AIDS v r. 2003

1.1.1 Monitorování HIV/AIDS

NRL AIDS spolupracovala na Evropském programu ENAADS a EHIDS v rámci monitorování výskytu onemocnění AIDS a infekce HIV v Evropě. Výsledky tohoto programu zveřejňovala ve formě přednášek a publikací.

Národní monitorovací program HIV/AIDS je založený na uzákoněné spolupráci s HIV vyšetřujícími laboratořemi (celkem 149), jejichž měsíční hlášení o počtu a stratifikaci vyšetření NRL AIDS zpracovává a podává měsíční přehledy pro potřeby MZ ČR a publikaci ve Zprávách CEM. Dvě pololetní zprávy byly uveřejněny na webových stránkách.

Od září 2003 bylo do praxe transfúzních oddělení a dalších laboratoří vyšetřujících krevní dárce zavedeno povinné vyšetřování duálními testy pro detekci jak protilátek proti HIV tak antigenu HIV p24 pro zvýšení bezpečnosti krve a krevních přípravků (zkrácení imunologického okna).

V r. 2003 bylo NRL AIDS hlášeno celkem 816 436 provedených vyšetření HIV, z toho 509 898 vyšetření bylo provedeno u darovaných krví, orgánů a tkání, se dvěma HIV pozitivními dárce krve. U gravidních žen bylo provedeno 134 579 testů, ani jeden z nich nebyl HIV pozitivní. Celkem byla HIV pozitivita identifikována v 63 případech ze 1760 provedených konfirmací (1 konfirmace rovná se 3–5 různých testů). V r. 2003 byla také HIV infekce registrována u 8 cizinců. (viz tabulky 1, 2, 3). Podrobnější údaje jsou uvedeny na webových stránkách na adrese www.aids-hiv.cz.

1.1.2 Surveillance HIV/AIDS v populacích s vysokým rizikem infekce

NRL AIDS pokračovala v r. 2003 v provádění surveillance HIV v populacích s vysokým rizikem infekce HIV. Ve spolupráci s občanským sdružením R-R a protidrogo-

vými nízkoprahovými centry (15 zařízení) bylo vyšetřeno v r. 2003 celkem 1095 vzorků slin komerčních sexuálních pracovníků (871 žen a 284 mužů) se třemi nálezy HIV positivity u žen ukrajinské národnosti a 652 injekčních uživatelů drog (326 mužů a 326 žen) všichni s HIV negativním výsledkem. Na podzim r. 2003 bylo vyšetřování slin z technických důvodů zastaveno (zahraniční producent zastavil výrobu testu).

1.1.3 Další činnost NRL AIDS

- Sledování rezistence kmenů HIV na antiretrovirové preparáty. Bylo identifikováno vysoké procento kmenů HIV-1 rezistentních na různé antiretrovirové preparáty a jejich kombinace
- Monitorování průběhu infekce u HIV infikovaných pacientů (kvantitativní určování HIV virové RNA – virová nálož). V průběhu roku bylo provedeno celkem 1210 vyšetření na virovou nálož (400 z nich bylo hrazeno z dotace HIV/AIDS), a to celkem u 440 osob žijících s HIV/AIDS. Byly zavedeny další citlivé metody určování HIV RNA
- Subtypizace HIV-1 kmenů – molekulární epidemiologie. Bylo zjištěno, že kromě HIV-1 subtypu B cirkuluje v ČR celá řada dalších subtypů, vyskytujících se na různých kontinentech.

TESTOVÁNÍ HIV PROTILÁTEK V ROCE 2003

PODLE DŮVODU VYŠETŘENÍ

Pouze občané ČR a cizinci s trvalým pobytem v ČR

Důvod vyšetření	Počet vyšetření	Počet HIV+	%
Hemofilici	11	0	0.0000%
Homo- a bisexuálové	252	0	0.0000%
Intravenózní uživatelé drog	1637	1	0.0611%
Promiskuitní a prostituuji se osoby	3431	1	0.0291%
Osoby po pobytu v zahraničí	110	0	0.0000%
Nápravná zařízení – vězni	1754	1	0.0570%
Příjemci krve a krevních derivátů	972	0	0.0000%
Kontakty HIV+ osob	259	7	2.7027%
Klinické případy	80854	28	0.0346%
Preventivní vyšetření včetně zdravotníků	65928	6	0.0091%
Vyšetření na vlastní žádost – pod jménem	10272	8	0.0779%
Vyšetření na vlastní žádost – anonymní	3913	8	0.2044%
Vyšetření na certifikát před cestou do zahr.	2566	1	0.0390%
Dárci krve	509898	2	0.0004%
Těhotné ženy	134579	0	0.0000%
CELKEM	816436	63	0.0077%

**ROZDĚLENÍ HIV POZITIVNÍCH PŘÍPADŮ PODLE KRAJŮ
V DOBĚ PRVNÍ DIAGNÓZY HIV A PODLE KLINICKÉHO STADIA**
Kumulativní údaje k 31. 12. 2003
Pouze občané ČR a cizinci s trvalým pobytem v ČR

Kraj	Počet HIV+	z toho žijících	AIDS	z toho žijících
Praha	353	268	94	27
Středočeský	49	37	12	2
Jihočeský	21	18	4	2
Plzeňský	23	22	7	6
Karlovarský	28	25	3	1
Ústecký	39	37	5	3
Liberecký	16	14	2	0
Královéhradecký	12	11	5	4
Pardubický	9	6	5	2
Vysočina	7	5	3	1
Jihomoravský	40	34	13	8
Olomoucký	15	15	3	3
Zlínský	12	9	4	1
Moravskoslezský	40	33	13	8
CELKEM	664	534	173	68

VÝVOJ EPIDEMIOLOGICKÉ SITUACE V LETECH 1991–2003
(počet nově zachycených HIV+ podle způsobu přenosu)

Způsob přenosu	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Homo- a bisex.	9	16	14	17	14	31	32	15	19	27	29	27	37
IUD	1	0	1	2	3	1	2	3	1	4	3	1	4
Homo- a IUD	0	0	0	0	1	0	1	2	1	0	2	1	1
Hemofilici	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Přij. krve a deriv.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Heterosex. přenos	2	6	9	16	18	16	25	9	23	22	13	20	19
Přenos matka-dítě	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1
Nozokomiální přenos	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
Nezjištěno	1	1	3	2	4	2	2	1	4	4	6	0	1
CELKEM	13	23	27	38	40	50	63	31	50	58	51	49	63

**Hodnocení epidemiologické situace HIV/AIDS
v roce 2003**

- Česká republika zůstává i nadále zemí s nízkou prevalencí HIV/AIDS (58,5 případů na milion obyvatel).
- V r. 2003 došlo ke zvýšení počtu nově diagnostikovaných případů HIV/AIDS na území ČR, situace je v absolutních číslech nově registrovaných HIV pozitivních případů stejná jako v době nejvyššího zachytu HIV v r. 1997. Pro relativně nízká čísla nelze činit nějaké přesné biostatistické závěry a prognózy, nicméně určitý vzestupný trend je oproti r. 2002 možno zaznamenat.
- Hlavním způsobem přenosu infekce HIV v ČR je nadále sexuální kontakt (přes 82 % všech hlášených případů).
- Počet homosexuálně přenesených infekcí HIV je stabilní (okolo 52 %), počet heterosexuálně přenesených infekcí stoupá, k 31. 12. 2003 činil 30 % všech hlášených případů HIV/AIDS.
- Stoupá počet HIV infikovaných žen (21 % všech infikovaných), při rutinním vyšetřování gravidních žen nebyla zjištěna ani jedna nová HIV pozitivita.

- HIV infikovaným ženám se narodilo v r. 2003 celkem 5 dětí, u žádného z nich nedošlo podle dosavadního šetření k přenosu HIV infekce od matky. Jedno nově registrované HIV pozitivní čtyřleté dítě se narodilo HIV infikované matce v zahraničí.
- Od r. 1987 nebyl zaznamenán ani jeden případ přenosu HIV po krevní transfúzi či po podání krevního přípravku. Nicméně při povinném testování dárců krve byly v r. 2003 identifikovány 2 nové případy HIV infekce.
- Počet HIV infikovaných uživatelů drog zůstává nadále na nízké úrovni (něco málo přes 4 % všech HIV infikovaných).
- Narůstá počet HIV infikovaných cizinců, zejména ze zemí střední a východní Evropy.

Uváděné vcelku příznivé údaje nesmějí vést k uspokojení, nejsou a nemohou být přesným obrazem reálné situace. Ve srovnání s r. 2002 byl zaznamenán vzestupný trend ve výskytu nových případů infekce HIV (v absolutních číslech se jedná o 14 případů více než v r. 2002) což může signalizovat zvyšující se nebezpečí šíření HIV v naší populaci. Nicméně jakékoliv predikce v těchto malých číslech mohou být jen nepřesné.

Velkým nebezpečím pro šíření HIV/AIDS jsou zejména populace vyznačující se rizikovým chováním (injekční uživatelé drog, komerční sexuální pracovníci, promiskuitní osoby), mládež s nezodpovědným přístupem k sexu a migranti, zejména ti, kteří pobývají na území ČR ilegálně.

Preventivní aktivity by měly cíleně směřovat zejména k těmto populačním skupinám.

**1.2. Pracoviště manažera Národního programu
HIV/AIDS a Styčná kancelář UNAIDS**

Pracoviště manažera Národního programu HIV/AIDS pokračovalo v průběhu roku 2003 ve svých aktivitách, které lze rozdělit na 3 oblasti:

- management Národního programu HIV/AIDS
- celonárodní preventivní aktivity v oblasti HIV/AIDS
- funkce Styčné kanceláře UNAIDS

Ad 1.

V rámci těchto aktivit zpracovalo naše pracoviště monitoring preventivních aktivit v oblasti HIV/AIDS, jehož výsledky byly publikovány v Ročence Národního programu HIV/AIDS 2002–2003.

Naše pracoviště se podílelo na distribuci, resp. vytištění dvou základních dokumentů v oblasti řešení problematiky HIV/AIDS a to na vydání nového Metodického návodu na řešení problematiky HIV/AIDS (vyšlo jako Věstník MZ ČR) a nového Střednědobého plánu řešení problematiky HIV/AIDS v letech 2003–2007 (vydalo naše pracoviště a distribuovalo členům Národní komise HIV/AIDS, AIDS centřum, Zdravotním ústavům, KHS a nevládním organizacím činným v prevenci HIV/AIDS).

Naše pracoviště připravovalo zasedání Výkonného výboru HIV/AIDS, potřebné podkladové materiály

a zprostředkovávalo komunikaci mezi jednotlivými členy. V průběhu r. 2003 se uskutečnilo výjezdní zasedání VV do Ostravy a Brna za účelem zjištění, jak pracují zdravotní ústavy v nových podmínkách na úseku poradenství, HIV testování a vyhledávání kontaktů nově diagnostikovaných osob s HIV/AIDS. V průběhu zasedání bylo navštíveno rovněž nové poradenské centrum OS R-R v Brně.

Připravili jsme přehledné podklady pro jednání Národní komise HIV/AIDS, resp. jeho Výkonného výboru, v otázce dotací na řešení problematiky HIV/AIDS v roce 2004. V této oblasti, stejně jako ve všech otázkách souvisejících s managementem Národního programu HIV/AIDS, jsme úzce spolupracovali s odborem HEM Ministerstva zdravotnictví ČR, přímo s tajemníkem komise MUDr. G. Walterem.

V průběhu roku jsme se aktivně účastnili Pečenkových epidemiologických dnů a konference AIDS, drogy a my. Do Zpráv CEM jsme poskytli řadu příspěvků, týkající se problematiky HIV/AIDS.

Ad 2.

Tato oblast práce se dělí na:

- Zajištění celonárodních preventivních aktivit oblasti tištěných materiálů, jejichž přehled zde uvádíme:

Byl realizován dotisk u řady preventivních materiálů. V nákladu celkem 60 000 byl tištěn materiál „Informace HIV/AIDS“ tzv. „kolibřík“. Během roku byl distribuován v množství celkem 40 000 kusů. Materiál „Chceš si být jistý sám sebou“ tzv. „mozek“ vyšel v nákladu 40 000 výtisků. Tento materiál určený zejména pro dospívající a mladé dospělé jsme v množství asi 14 000 distribuovali na Krajské úřady – odbory školství a vysokoškolské koleje. Dále jsme distribuovali asi 20 000 kusů „mozku“. V nákladu 20 000 byl s drobnými změnami grafické úpravy tištěn materiál pro cestovatele „Ať cestujete kamkoliv...“. Distribuce byla zaměřena zejména na cestovní kanceláře – celkem v množství 9000 výtisků. Informace se vzorky o reedici těchto 3 materiálů byla rozeslána na všechny ZÚ, AIDS centra, NO.

V nákladu 20 000 výtisků byla tištěna upravená tzv. telefonní karta – „Bezplatně“. Vzorky byly rozeslány v množství celkem 2000 na územní pracoviště KHS, 1500 karet rozdala ČSAP při různých akcích. Celkem se distribuovalo 12 000 karet. Se stejným grafickým motivem byly vytištěny butony v nákladu 1000 kusů a igelitové tašky v množství 2000. Dalším z materiálů, který byl po úpravách v textu dotištěn je brožura „Ať žijete či pracujete kdekoli, měli byste být informováni o HIV/AIDS“. Náklad byl 4600 výtisků. 2000 výtisků je určeno pro činnost ČSAP zejména na školách.

V nákladu 10 000 výtisků byla vytištěna informace o sexuálně přenosných infekcích v ruském překladu – české „Ach jo...!“. 3000 výtisků jsme dodali organizaci R-R, 600 letáků sdružení Marita P v Chebu. Vzorky i s dalšími materiály jsme rozeslali na Krajské dermatovenerologie a další kožní pracoviště.

V nákladu 500 kusů bylo dotištěno 3. vydání manuálu „Hrou proti AIDS“.

Velmi potřebnou se ukázala edice „Nabídka preventivních materiálů týkajících se HIV/AIDS a pohlavně přenosných infekcí“. Vyšla v nákladu 1000 výtisků. Nabídka byla rozeslána v množství asi 300 kusů na všechny ZÚ, KHS,

AIDS centra, NO a přidána k materiálům na různých konferencích. Celkem bylo rozdáno 800 výtisků nabídky.

Dále byl vytištěn a předán k distribuci materiál pro azylová zařízení v ČR s vícejazyčným textem.

Jako každý rok byla vydána „Ročenka Národního programu HIV/AIDS v České republice“ v nákladu 500 kusů. Dále byl vydán „Národní program řešení problematiky HIV/AIDS v České republice v období let 2003–2007“.

V nákladu 7000 výtisků byla vydána česká verze „Doporučení Evropské unie pro peer výchovu v prevenci HIV/AIDS“ pro potřeby vrstevnických programů v ČR. Materiál byl rozeslán ZÚ, KHS, AIDS centřům, NK, VV, NO a bude dále distribuován jak na školy tak i mimoškolní zařízení.

Díky sponzorskému daru se podařilo zrealizovat vytištění plakátu „Infekce HIV“ určenému na ZŠ. Plakát s piketogramy byl vytištěn v nákladu 3000 kusů, s obrázky 1000 kusů. Plakát byl distribuován ve spolupráci s Krajskými úřady – odbory školství, KHS a částečně přes ZÚ, ČSAP a další organizace, které spolupracují se školami.

Dále byl sponzorem financován také tisk dalšího materiálu pro cestovatele – „Cestovní pas“ s informacemi o cestování do zemí s vyšším výskytem HIV/AIDS.

- Spolupráce na projektu „Hrou proti AIDS“, a to ve spolupráci s KHS v Plzni, územním pracovištěm v Klatovech. V roce 2003 se projektu zúčastnilo více než 12 000 dětí a dospívajících.
- Aktualizace webových stránek Národního programu boje proti AIDS. Tyto stránky se nacházejí na adrese www.aids-hiv.cz, odskokem jsou dostupné rovněž z webových stránek SZÚ na adrese www.szu.cz. Na těchto stránkách prezentujeme veškeré aktuální letáky, další informace v prevenci HIV/AIDS, seznam poraden a testovacích míst, aktuální informace o výskytu HIV/AIDS v ČR a ve světě a celou řadu dalších informací.
- Ve spolupráci s evropským projektem AIDS and Mobility jsme ve dnech 5.–8. června 2003 uspořádali seminář pod záštitou EU nazvaný „Sex, Drug Use, Mobility and HIV/AIDS in Central and Eastern Europe“.
- Uspořádali jsme setkání s nevládními organizacemi v prevenci HIV/AIDS při příležitosti 10 let Fóra nevládních organizací.
- Uspořádali jsme konzultační den v prevenci HIV/AIDS a monitoringu preventivních aktivit.
- V průběhu r. 2003 jsme přednášeli na řadě míst, např. v rámci kurzu pro pedagogy (PhDr. Kubrichtová), IPVZ (kurzy epidemiologie) a např. v rámci konference Primární prevence sociálně patologických jevů ve Středoevropském kraji.

Na straně 7 nahoře následuje tabulka s přehledem vytištěných a distribuovaných preventivních materiálů.

Ad 3.

V rámci činnosti Styčné kanceláře UNAIDS v ČR jsme spolupracovali s ústředím UNAIDS v Ženevě, se Styčnou kanceláří WHO v ČR, kanceláří UNDP a dalšími institucemi. Ty nejaktuálnější tiskové zprávy jsme překládali do češtiny a otiskovali buď ve Zprávách CEM nebo na našich webových stránkách. Udržujeme knihovnu tištěných materiálů, které nám UNAIDS zasílá. Do terénu po-

Název materiálu	Náklad v r. 2003	Počet distrib. výtisků	Hlavní odběratelé
Informace HIV/AIDS „kolibřík“	60 000	40 000	ZÚ, KHS, ČSAP, K-centra
Chceš si být jistý „mozek“	40 000	34 000	KÚ-odbory školství, VŠ koleje, ZÚ, KHS, K-centra
Ať cestujete kamkoliv... „kufřík“	20 000	9 000	Cestovní kanceláře, ZÚ
Bezplatně „telefonní karta“	20 000	12 000	ZÚ, KHS, ČSAP, K-centra
Ať žijete či pracujete...	4 600	3 000	ČSAP, školy
„Nu vot!“ české Ach jo!	10 000	4 000	R-R, Marita P, dermatovenerologická pracoviště
Hrou proti AIDS (KHS Plzeň)	500	50	Projekt Hrou proti AIDS
Nabídka preventivních materiálů	1 000	800	ZÚ, KHS, AIDS centra, NO
Materiál pro azylanty	1 000	400	Azylová zařízení, ZÚ, KHS
Ročenka Národního programu v ČR	500	400	ZÚ, KHS, NO
Národní program řešení problematiky HIV/AIDS v ČR v l. 2003-2007	500	400	ZÚ, KHS, NO
Doporučení Evropské unie pro peer výchovu v prevenci HIV/AIDS	7 000	5 000	KÚ – odbory školství, ZÚ, KHS, NO
Infekce HIV	4 000	3 800	Základní a střední školy, ZÚ
Cestovní pas	6 000	5 500	Cestovní kanceláře, ZÚ
Butony	1 000	500	Hrou proti AIDS, konference
Igelitové tašky	2 000		Konference, semináře a další distribuce materiálů

skytujeme seznam dostupných publikací, které je možno vypůjčit u nás anebo vyžádat u UNAIDS v Ženevě.

V září 2003 se MUDr. Jedlička zúčastnil spolu s náměstkem MZ ČR MUDr. M. Vitem, Ph.D. zasedání Valného shromáždění OSN v New Yorku, jehož jediným programem bylo projednání výsledků dodržování dohody o financování národních programů HIV/AIDS, tj. implementace Deklarace závazků.

2. Krajské hygienické stanice

Následuje tabulka o spolupráci KHS u nově zjištěných případů HIV pozitivitu. Poznamenáváme, že monitoring za rok 2003 byl zkušební a KHS nebyly povinny předat požadovaná data. V otázce spolupráce KHS s kliniky bude uspořádána v průběhu roku 2004 zvláštní porada za účelem zkvalitnění sběru epidemiologických dat a jejich hlášení v souladu se zákonem č. 258/2000 Sb.

PILOTNÍ SBĚR DAT o spolupráci zainteresovaných institucí u nově zjištěných případů HIV pozitivitu v průběhu roku 2003

Kraj	Počet hlášených HIV+ z NRL AIDS	Počet epid. šetření u nově zjištěných případů HIV+	Počet rozhodnutí (§ 53 zák. č. 258/2000)	Počet zpráv o epid. šetření poskytnutých AIDS centřům a NRL AIDS	Počet „hlášení nového případu HIV+“ zaslaných AIDS centry	Počet epid. šetření u HIV+ u kterých bylo zjištěno předchozí darování krve
Hl. m. Praha						
Středočeský	0	0	0	0	0	0
Jihočeský						
Plzeňský						
Karlovarský	0	0	0	0	0	0
Ústecký	0	0	0	0	0	0
Liberecký	0	0	0	0	0	0
Královéhradecký	0	0	0	0	0	0
Pardubický	0	0	0	0	0	0
Vysočina						
Jihomoravský	0	1	0	0	0	0
Olomoucký	0	0	0	0	0	0
Zlínský	0	0	0	0	0	0
Moravskoslezský	1	1	0	1	0	1
CELKEM	1	2	0	1	0	1



Zpráva o činnosti AIDS center v ČR v r. 2003

*Marie Staňková, Pavel Dlouhý, Václav Chmelík, Jaroslav Kapla,
Dalibor Sedláček, Svatava Snopková, Jitka Kolčáková*

Zpráva o činnosti AIDS centra v Praze – FN Bulovka

AIDS centrum FN Na Bulovce v souladu se svým statutem a pověřením MZ ČR poskytuje komplexní léčebně preventivní péči HIV/AIDS pacientům nejen z Prahy a středočeského kraje, ale i vybraným pacientům z ostatních regionů ČR.

Vzhledem ke svému postavení vedoucího a řídicího pracoviště, musí přijímat i pacienty z regionálních AIDS center, u kterých HIV infekce má komplikovaný či z nejruznějších důvodů závažný průběh, dále pacienty, kteří vyžadují složitou chirurgickou intervenci či specializovanou intenzivní péči. Je jediným pracovištěm v ČR, které se stará o gravidní HIV pozitivní ženy, poskytuje prenatální péči a specializovanou péči při porodu, který se uskutečňuje operativně – S. Caesarea. Dále zde probíhá komplexní pediatriká péče o novorozence se zajištěním postexpozicií HIV profylaxe a event. následné antiretrovirové a profylaktické péče. Pediatriká dispenzarizace je poskytována všem dětem HIV+ matek do 24 měsíců věku. V současnosti dispenzarizujeme 45 dětí HIV+ matek, 5 z nich jsou HIV+, v celkově dobrém stavu na terapii HAART.

Během roku 2003 jsme měli v dispenzární péči 408 HIV/AIDS pacientů, z toho ve stádiu AIDS 41 lidí, ve stádiu malých oportunních infekcí (kategorie B) 84 a ve stádiu asymptomatickým + akutní infekce HIV (stádium A) 283 pacientů. Téměř všichni pacienti C a B kategorie byli zařazeni do léčebného schématu HAART (C kategorie + příslušná profylaxe). Z A kategorie splňovalo laboratorní a klinická kritéria pro HAART 184 pacientů. V terapeutickém schématu byla zařazena i nová antiretrovirotika pro především multirezistentní pacienty, která nebyla hrazena pojišťovnami, (Amprenavir – 6 pacientů, Tenofovir – 15 pacientů, Atazanavir – 5 pacientů, Fuzeon – 2 pacienti). Nezbytnou součástí léčby byla i pravidelná vakcinace proti některým infekčním chorobám, dlouhodobé užívání enzymatických přípravků a u neurologických postižení komplexní vitaminoterapie.

Na lůžkovém oddělení AIDS centra bylo hospitalizováno 72 pacientů s průměrnou ošetrovací dobou 13 dnů. Na lůžkové části zemřeli 3 pacienti v rozvinutém stádiu AIDS. Na jednotce intenzivní péče byli hospitalizováni 2 pacienti, s průměrnou hospitalizační dobou 23,5 dne.

Na ambulanci AIDS centra bylo provedeno 6015 dispenzárních vyšetření u HIV + pacientů, 1048 preventivních odběrů na HIV protilátky „na jméno“ (tj. 2096 návštěv) a anonymních preventivních testů bylo vyšetřeno 94 (tj. 188 návštěv). Z nápravného zařízení jsme vyšetřovali 7 HIV+ vězňů – v průměru 4x ročně se zajištěním terapie. 12 HIV+ pacientů je z azylových zařízení,

byli vyšetřeni v průměru 5x ročně. Ošetřeno bylo i 5 pacientů nepojištěných. Ambulantních ošetření pro „píchnutí jehlou“ u nezdravotníků bylo provedeno 51, u zdravotníků 12x spolu se zajištěním profylaxe.

Na operačním sále se uskutečnilo 17 velkých operačních výkonů v narkóze, 26 výkonů v lokální anestezii, 2x sectio Caesarea, 102 převazů operačních ran lékařem nebo sálou sестrou, 10x monitorace plodových ozev, 29 rektoskopií, 48 specializovaných ORL vyšetření, 63 konziliárních chirurgických a 39 specializovaných vyšetření gynekologických.

Naši konziliáři především z oddělení funkční diagnostiky, stomatologického oddělení, očního oddělení a gastroenterologické ambulance se vysokým počtem konziliárních vyšetření podíleli na komplexní léčebné i preventivní péči o naše pacienty. Bohužel v loňském roce byla špatná spolupráce s ortopedickou klinikou – dosud nám nebyl přidělen konziliář.

Všichni pracovníci AIDS centra se pravidelně účastní pregraduální i postgraduální výuky, přednesli na téma HIV infekce řadu přednáškových sdělení (93) pro odbornou lékařskou i laickou veřejnost, opakovaně vystoupili v rozhlasových relacích, v televizních pořadech a účastnili se nejruznějších besed s širokou veřejností, publikovali populární články v tisku s preventivní i odbornou HIV/AIDS tematikou a samozřejmě publikovali i řadu odborných článků v tuzemských i zahraničních časopisech.

HIV/AIDS pacienti jsou léčeni nejruznějšími kombinacemi antiretrovirových léčiv dle klinického stavu, imunologického profilu a výsledků virové nálože RNA HIV, dle současných světově doporučovaných léčebných postupů.

Většina antiretrovirových léků je sice již hrazena pojišťovnami, ale stále jsou a budou pro nás nezbytné nové antiretrovirové léčebné přípravky, které dosud nejsou kategorizovány a pojišťovnou hrazeny. V důsledku HAART se výrazně prodlužuje přežívání pacientů (počty léčených se stále zvyšují, jak vyplývá z uvedených statistik SZÚ) a tím i přibývá rezistentních typů HIV na stávající antiretrovirotika a také i závažných vedlejších příznaků (dyslipidémie, hypercholesterolémie, hypertriglyceridémie, nebezpečí lékem navozené poruchy glycidového metabolismu, ICHS, sklerotické změny na koronárních a mozkových cévách apod.). Pokud chceme i tyto pacienty účinně léčit, potřebujeme stále nové léky (Atazanavir, Fuzeon, Amprenavir, Tenofovir a v tomto roce to budou jistě zase další), které pacient dobře toleruje a nemá vedlejší nežádoucí účinky, léky, které mají dobrou adherenci a jsou bez většího rizika rozvoje rezistence. Tyto léky zatím samozřejmě nejsou pojišťovnami hrazeny, stejně tak, jako nejsou např. hrazeny některé léky pro OI (pentacarínát).

Jsem přesvědčena, že všichni pracovníci a konziliáři AIDS centra odvedli zvláště v tomto roce velkou a často i nedoceněnou práci. Díky vysoké odborné úrovni a kvalitně vedené terapeutické strategii se dlouhodobě přežívání HIV/AIDS pacientů stává na našem pracovišti pravidlem. Snižuje se významně počet oportunních nemocí, zkracuje se průměrná doba hospitalizace a především se významně zkvalitňuje život našich pacientů – řada z nich se vrací do pracovního procesu.

*Doc. MUDr. M. Staňková, CSc.
vedoucí lékař AIDS centra FN Na Bulovce
29. dubna 2004*

Zpráva o činnosti AIDS centra MU, p.o., v Ústí nad Labem

I. Činnost AIDS centra

AIDS centrum Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem pokračovalo v činnosti dle svého statutu a pověření MZ ČR a zajišťovalo diagnostickou a léčebnou činností zdravotní péči o HIV+ osoby v Ústeckém a Libereckém kraji. Většinu těchto pacientů byla zároveň poskytována zdravotní péče v rozsahu praktického lékaře. AIDS centrum se podílí na preventivních programech v regionu, provádí HIV poradenství a provozuje Help line.

1.1. Personální zajištění

Péči o nemocné zajišťovali stejně jako v minulém roce lékaři AIDS centra, kteří jsou zároveň lékaři infekčního oddělení Masarykovy nemocnice. K dispozici byli určení konziliáři ze všech oborů zastoupených v MN, zajištěna byla také stomatologická a gynekologická péče.

1.2. Materiální zajištění činnosti

Činnost AIDS centra byla financována zejména z prostředků zdravotního pojištění:

- platby pojišťoven MN za provedené výkony
- úhrada léků na recept dle Číselníku VZP.

Léky nehrazené ze zdravotního pojištění byly hrazeny z dotace MZ ČR. Léčených pacientů přibývá a častěji se u nich vyskytuje vícečetná rezistence k antiretrovirovým lékům, takže je nutné používat nové dosud v ČR nekategorizované léky. Vzhledem k pokračujícímu poklesu provozní dotace MZ jsme nebyli schopni poskytnout tyto preparáty nehrazené ze zdravotního pojištění všem pacientům, kteří by je potřebovali.

Z dotace MZ jsme v roce 2003 hradili nákup preparátů Viread pro 3 pacienty. Preparát Combivir (viz příloha, doklady č. 43817/7, 45831/8) byl poskytnut pacientce – injekční uživatelce drog s bakteriální endokarditidou a pokročilou HIV infekcí, která nebyla pojištěna a proto nebylo možné lék uhradit ze zdravotního pojištění.

1.3. Skladba pacientů

V Ústeckém a Libereckém kraji bylo k 31. 12. 2003 evidováno 55 HIV+ osob, z toho 5 pacientů s AIDS zemřelo, 25 osob bylo dispenzarizováno v našem AIDS centru:

- 15 pacientů je na trojkombinační léčbě (2NRTI + 1 NNRTI nebo 2NRTI + IPI)
- 10 pacientů je bez antiretrovirové léčby.

Průměrné přežívání pacientů od okamžiku registrace v AIDS centru je 7,4 roku, lze předpokládat, že vzhledem k úspěšné antiretrovirové léčbě se bude tato doba prodlužovat.

II. Ostatní aktivity

V ambulanci AIDS centra bylo poskytováno poradenství a prováděny odběry na HIV, celkem bylo provedeno 64 vyšetření. I nadále byla v provozu nepřetržitá 24hodinová Linka pomoci AIDS, na které bylo poskytnuto poradenství 124 volajícím. Pokračovali jsme v přednáškové činnosti pro zdravotníky a pracovníky K center, uskutečnilo se 7 přednášek.

III. Závěr

Léčebná péče o HIV pozitivní byla v severočeském regionu zajištěna v potřebném rozsahu i kvalitě.

*Prim. MUDr. Pavel Dlouhý
vedoucí AIDS centra MU, Ústí nad Labem
Ústí n. L., 24. 4. 2004*

Zpráva o činnosti AIDS centra Nemocnice České Budějovice

Statut AIDS centra v Českých Budějovicích byl uznán MZ ČR v r. 1993, od té doby rozvíjí svou činnost při infekčním oddělení Nemocnice České Budějovice. Situace v HIV infekci byla zatím v jihočeském regionu poměrně příznivá. V prvním období existence centra se péče týkala především osob nakažených v souvislosti s infikovanými krevními produkty a osob nakažených při homosexuálním styku. Tito klienti byli ambulantně a opakovaně za hospitalizace léčeni na našem oddělení. Z klientů z 80. let dosud žijí dva, jsou léčeni virostatiky a kvalita jejich života je velmi dobrá. Celkem bylo za dobu existence centra v péči 22 klientů. Někteří byli v naší péči přechodně. V současnosti jsou nově diagnostikovaní nakažení při intravenózní aplikaci a při homosexuálním styku.

V dubnu 2004 je v centru evidováno a na trvalé péči 8 klientů, z nich 7 má virostatickou léčbu. Virostatickou kombinační terapií HAART dosahujeme velmi dobré redukce až negativizace virové nálože a zlepšení laboratorních známek infekce, jako například CD4 lymfocytů. S takto pojatou péčí se zlepšuje i kvalita života klientů. Stále více rozhoduje o efektu našich opatření adherence pacientů k léčbě. Mění se totiž postoje klientů. Část klientů je zde evidována, ale fluktuuje mezi centry. Obecně lze konstatovat, že procento hůře motivovaných a méně spolupracujících klientů v posledních letech narůstá. Dvakrát jsme se dokonce v minulosti setkali s vědomým šířením infekce neukázněným HIV pozitivním klientem.

Kvalita péče o nemocné je hodnocena spokojeností klienta, délkou přežití a kvalitou jeho života. Odbornou supervizi a konsultace ve složitých situacích poskytuje

centru doc. MUDr. Marie Staňková, CSc., vedoucí AIDS centra v Nemocnici na Bulovce.

Laboratorní diagnostika pacientů s HIV/AIDS je prováděna laboratořemi Nemocnice České Budějovice, specifická sérodiagnostika na virologickém oddělení a je potvrzována vyšetřením v NRL v Praze. Ročně je vyšetřeno celkem 3000–4000 klientů v poradnách při zdravotních ústavech a v AIDS centru v Českých Budějovicích. V minulosti byl značný zájem o anonymní vyšetření, ale v poslední době se zájem klientů změnil a tato vyšetření byla výrazně redukována.

Kvalita laboratorní diagnostiky je hodnocena Národní referenční laboratoří v SZÚ Praha.

*Prim. MUDr. Václav Chmelík
infekční odd. nemocnice České Budějovice
České Budějovice, duben 2004*

Zpráva o činnosti AIDS centra Hradec Králové

Do 31. 12. 2003 bylo v trvalém aktivním sledování AIDS Centra při Klinice infekčních nemocí FN v Hradci Králové celkem 8 pacientů. V roce 2003 z léků nehraných ZP použit lék: Agenerase – léčen 1 pacient.

Další aktivity AIDS centra HK: Spolupráce s kontaktním protidrogovým centrem Relax v Hradci Králové.

*MUDr. Jaroslav Kapla
AIDS centrum Hradec Králové
Hradec Králové, duben 2004*

Zpráva o činnosti AIDS centra ve FN Plzeň

1. Ke konci roku 2003 jsme registrovali v bývalém ZPC regionu 57 HIV pozitivních osob, z nichž 51 osoba měla v době zjištění HIV positivity trvalé bydliště na jeho území. AIDS centrum FN Plzeň poskytuje komplexní ambulantní i nemocniční péči HIV/AIDS osobám nejen ze spádového regionu, ale i mimo něj. Počátkem roku 2004 je v trvalé dispenzární péči 30 HIV pozitivních pacientů, z nichž 13 je ve stadiu A, 11 ve stadiu B a 6 ve stadiu C.

2. Rozbor zajištění péče o naše pacienty: jedna osoba je léčena dvoj-, 26 troj- a jedna čtyřkombinační antiretrovirovou léčbou (nepočítaje PI-boosted režimy). V roce 2004 očekáváme přírůstek dalších 3–4 HIV+ osob. Není vyloučeno, že několika osobám v pokročilém stadiu onemocnění bude nutno zajistit léčbu růstovými faktory a hormony pro progresi wasting syndromu. Některé přípravy (např. VIREAD, AGENERASE, FUZEON, REYATAZ, EMTRIVA, ale i některé vakcíny) zatím nejsou hrazeny zdravotními pojišťovnami, proto je nutno v rámci prevence vzniku rezistentních mutací HIV mít finanční rezervu pro nákup těchto přípravků, které budou indikovaně použity jen u těch HIV pozitivních osob, u nichž vznikly rezistentní mutanty, které jsou citlivé pouze na výše jmenované přípravky. Také pro nepojištěné osoby a bezdomovce je etické mít finanční rezervu. U osob, u nichž

není nutná hospitalizace, využíváme stacionář pro HIV pozitivní osoby, který byl vybudován z dotace Národního programu v letech 1994 až 1995.

3. Cíle činnosti našeho AIDS centra: zajištění komplexní péče o osoby s HIV/AIDS na současné úrovni poznání. Nové informace ihned implementovat do preventivních a léčebných postupů. Nové poznatky získané na konferencích, stážích a studiem literatury zabudovat do přednášek pro určené skupiny posluchačů. Cílovou populací jsou osoby od dětského do pokročilého dospělého věku z plzeňského a karlovarského kraje i mimo ně.

4. Konkrétní aktivity: dispenzarizace a léčba HIV/AIDS nemocných, včetně sledování HIV+ matek a jejich dětí. Vyhledávání a vyšetřování kontaktů HIV+ osob. Program prevence HIV/AIDS pro zdravotníky zaměřený na prevenci přenosu HIV ve zdravotnických zařízeních a event. postexpozici profylaxi. Omezení stigmatizace HIV pozitivních osob. Přednášková činnost pro střední a podle požadavků i vysoké školy ve spádu AIDS centra. Přednášky pro konziliáře, pověřené péčí o HIV/AIDS osoby a další lékařskou veřejnost, hygienickou službu, ČSAP, CPPT, Červený kříž a další nevládní organizace dle požadavků. Zcela nezastupitelnou roli v naší práci má účast na seminářích a kongresech, jichž se často účastníme aktivně. Čerstvé informace tak mohou být okamžitě po návratu použity u našich nemocných. Výsledky práce centra jsou pravidelně publikovány na konferencích v ČR i v zahraničí (např. Poděbrady 2003) a v odborných časopisech.

Metody: klinická ambulantní vyšetření, dispenzární péče a hospitalizace.

5. Podle nových názorů na komplexní antiretrovirovou terapii (HAART) se celkové náklady na léčbu HIV/AIDS nemocných poněkud snížily, přesto je nutno počítat s roční částkou cca 350–400 tisíc Kč na základní léčbu jednoho pacienta v pokročilé fázi infekce HIV/AIDS. Ne všechny léky jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami (př. VI-READ – dávka na jeden měsíc cca 23 tis. Kč). Během krátké doby budou schváleny SÚKLEM další léčebné přípravky, které zpočátku jistě nebudou hrazeny pojišťovnami. Vzhledem k relativně rychlému nárůstu polyrezistence HIV na antiretrovirotika používaná v současné době, je třeba mít v rezervě výše zmiňované nové léky. V roce 2004 s ohledem na vývoj rezistence u našich nemocných plánujeme zahájení léčby FUZEONEM u 1 osoby (cena léčby za 1 rok cca 600 tis. Kč), 2 osoby jsou z několika důvodů (chron. VHB, špatná adherence při velkém množství tablet a dobrá citlivost HIV na přípravek) léčeny VI-READEM (cena léčby za 1 rok cca 2x 260 tis. Kč) a podle možnosti u 1 osoby s dyslipidemií a lipoatrofií uvažujeme o zahájení léčby REYATAZEM (cena léčby za 1 rok cca 250 tis. Kč). Při polyvalentní rezistenci HIV a jeho citlivosti pouze na vybrané přípravky (např. Fuzeon či Viread) lze ve světle současných znalostí považovat jejich nepodání jako postup non lege artis. Naše pracoviště rovněž zajišťuje vyšetření anti-HIV protilátek u žadatelů, a to i anonymní.

6. Přednášky a školení: tak jako v minulých letech i v ro-

ce 2004 připravíme asi 8 přednášek pro různé cílové skupiny (očekáváme proškolení cca 150 osob).

7. Hodnocení efektivity činnosti AIDS centra: počtem nově zachycených HIV+, dispenzarizovaných, očkováných, léčených a návštěvností HIV+ osob. Počtem publikací, počtem uskutečněných přednášek a počtem účastníků na nich. Časový harmonogram: v rámci LPP zajistíme pravidelné dvou- až tříměsíční dispenzární prohlídky včetně hospitalizace nemocných podle potřeby. Během roku bude přednášková činnost uskutečňována dle individuálních plánů jednotlivých pracovníků AIDS centra.

8. AIDS centrum úzce spolupracuje s ostatními klinickými pracovišti ve FN, hygienickou službou a ostatními AIDS centry v ČR a v zahraničí. Již před lety jsme navázali úzkou spolupráci s tehdejší K-centrem, dnešním Centrem protidrogové prevence a terapie (CPPT). Kromě konzultací pro vedoucí pracovníky a přednášek pro klienty tohoto centra jsme prováděli klinická a laboratorní vyšetřování osob s prokázanými pozitivními protilátkami proti původcům hepatitid B a C, které byly v CPPT pomocí tzv. „rychlých testů“ zachyceny. Řadu let v CPPT prováděli odběr slin na vyšetření anti-HIV protilátek mezi intravenózními uživateli drog. Podobně dobrá spolupráce je také s nevládní organizací Teen Challenge. Nově úzce spolupracujeme s NGO agenturami terénní sociální práce Johan o.s. a Ulice, které se věnují terénní práci mezi prostitutkami a působí i na klienty drogové scény.

9. Supervizorem programů všech AIDS center je doc. MUDr. M. Staňková, CSc., vedoucí AIDS centra FNB Praha.

Za AIDS centrum FN Plzeň

*Doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.
17. 4. 2004*

Zpráva o činnosti AIDS centra ve FN Brno

AIDS centrum FN Brno, stejně jako v předcházejících letech, se jako součást zdravotnického zařízení FN věnuje zejména léčebné péči a dispenzarizaci pacientů s infekcí HIV/AIDS. Ke konci měsíce dubna 2004 je zde dispenzarizováno celkem 45 HIV+ pacientů.

Na vlastní přání je možné provést test na protilátky anti HIV metodou Axsym, kdy výsledek je znám za 1–3 hodiny, komukoliv, kdo si to přeje. Běžně je toto vyšetření dostupné ve všech ambulancích infekční kliniky, kde se také provádí zdaleka nejčastěji. Proto počet samotných těchto vyšetření v souvislosti s preventivní péčí, není ve vlastním AIDS centru FN vysoký. U eventuálních vysoce rizikových kontaktů nebo poranění, kde připadá v úvahu nasazení postexpoziční profylaxe, jsou všichni zcela samozřejmě vyšetřováni v AIDS centru.

AIDS centrum se podílí na pravidelné přednáškové činnosti v rámci postgraduálního vzdělávání lékařů IPVZ Brno i studentů LF. Rovněž pravidelně seznamuje lékaře jiných oborů ve FN s nejaktuálnějšími poznatky léčby infekce HIV/AIDS. Již vícekrát jsme přednesli vyžádané

přednášky s tématem infekce HIV/AIDS pro Červený kříž, SOS – dětské vesničky a Českou lékárnickou komoru v souvislosti s postgraduálním vzděláváním farmaceutů.

Z celkového počtu 45 pacientů je již 30 pacientů léčeno vysoce aktivní antiretrovirovou terapií. Řada pacientů je léčena 4 a více let. U některých dlouhodobě léčených pacientů se postupně rozvíjela rezistence na další a další antiretrovirová léčiva, takže dnes vykazují zcela jednoznačnou multirezistenci na všechny dostupné antiretrovirové preparáty. Tito pacienti jsou absolutně odkázáni na nejnovější léky, které dosud nejsou hrazeny pojišťovnami (Fuzeon, Viread). Vzhledem k finančním možnostem v roce 2003 jsme měli možnost zajistit Fuzeon pouze pro jednoho pacienta.

V důsledku dlouhodobé léčby a dlouhodobého nežádoucího účinku některých léčiv je již mnoho pacientů poznamenáno těžkými formami dyslipoproteinemií, metabolickým syndromem asociovaným s HAART a inzulinorezistencí. Tím se dostali do potenciálního pásma vysokého rizika předčasného vzniku kardiovaskulárních komplikací (ICHS, infarkt myokardu, cévní mozkové příhody etc.). U těchto pacientů by byla jednoznačně indikována změna některých rizikových léčiv na Viread, který, jak deklarují četné studie, vykazuje nejpříznivější lipidový profil. Tato změna by byla na místě asi u 10 pacientů našeho AIDS centra, což by představovalo již milionovou finanční částku. Za stávajících finančních možností je tento medicínsky nepochybně adekvátní postup nerealizovatelný.

Jedním z podstatných pozitiv vysoce aktivní antiretrovirové terapie je významné prodloužení života pacientů s infekcí HIV/AIDS. Jejím negativem jsou závažné nežádoucí účinky, které se manifestují až při dlouhodobém užívání. Lze očekávat, že výskyt těžkých komplikací bude stále narůstat a bude si vyžadovat další léčebné zásahy, které budou celkové finanční náklady stále zvyšovat. Pokud budeme mít možnost vést léčbu HIV/AIDS v intencích nejmodernější farmakoterapie (Fuzeon, Viread etc.), snížíme výskyt nežádoucích účinků léčiv, což se ve svém konečném výsledku projeví kvalitnějším životem pacientů a v dlouhodobějším časovém horizontu i nižšími náklady na léčbu závažných, život ohrožujících komplikací.

Terapie, komplikace, perspektivy životní i léčebné, filozofie léčby, filozofie svého lékaře a komplexní reálné možnosti, jsou každodenními životními otázkami našich pacientů, se kterými nás pravidelně konfrontují. Odpověď na otázku budoucích léčebných možností je i pro nás vysoce aktuální a zásadní, jelikož dostala náš vztah s pacienty na půdu serióznosti, etiky, spolehlivosti a profesionality.

*AIDS centrum FN Brno
Svatava Snopková
25. dubna 2004*

Zpráva o činnosti AIDS centra Ostrava za r. 2003

V péči AIDS centra Ostrava bylo v roce 2003 celkem 28 pacientů, 9 pacientů bylo ve stádiu AIDS, 9 pacientů ve

stadiu symptomatický non-AIDS, 5 pacientů asymptomatických nosičů. Z celkového počtu máme 9 žen.

Antiretrovirová terapie je realizována u 22 pacientů: 3 jsou léčeni dvojkombinací, 19 je na HAART (14 pacientů léčeno trojkombinací, 5 čtyřmi a více antiretrovirovými). U 10 pacientů je léčba ztížena rezistencí na antiretrovirotika – u 7 z nich je prokázána multirezistence na 5–11 antiretrovirotik. Výběr terapie je dále ztížen projevy alergie (u 3 pac.), těžkých nežádoucích účinků (4 pacienti) či závažnými kontraindikacemi (5 pacientů). Profylaxe či léčba oportunních infekcí je realizována u 15 z nich. U dvou pacientů je jediným možným lékem Viread – nehrazen ZP – nutno hradit z dotace.

Nejdéle prokázaná pozitivita: muž 1990 – AIDS 2000, muž 1992 – nosič, muž 1994 – nosič, žena 1994 – AIDS 2000.

V roce 2003 bylo celkem 12 hospitalizací, v celkové délce 190 dní, průměrná délka hospitalizace 16,2 dny.

Ambulantních vyšetření HIV+ spojených s odběry, paraklinickými vyšetřeními a preskripční léků bylo 148 (průměr 5,3 vyš. ročně).

Odběrů na anti HIV včetně konzultací před a po odběru bylo provedeno 43 - na tuto činnost jsme dotaci nedostali.

Zajišťujeme pre a postgraduální výuku problematiky HIV/AIDS, přednáškovou a osvětovou činnost, konzultační a poradenskou činnost pro celý SM region (kraj Moravskoslezský, Olomoucký, část Zlínského).

*V Ostravě 26. 4. 2004
MUDr. Jitka Kolčáková*

V průběhu r. 2003 se dva lékaři AIDS center účastnili 8. světového kongresu o sexuálně přenosných nemocech a AIDS v uruguayské Punta del Este:

Zpráva z 8. Světového kongresu o sexuálně přenosných nemocech a AIDS

Kongres se konal ve dnech 2.–5. prosince 2003 v uruguayské Punta del Este. Jednání kongresu byla soustředěna do komplexu hotelu Conrad a některé společné akce se uskutečnily na pláži před hotelem. Jednáním jazykem byla angličtina, při řadě jednání však byl zajištěn simultánní překlad do španělštiny. Přestože byl kongres pořádán v poměrně atraktivním místě, nebyl počet účastníků nijak velký. Také firemních stánků bylo poskrovnu. Na jihoamerické poměry se však jednalo o velmi významnou událost, o čemž svědčí skutečnost, že patronát nad ním měla samotná uruguayská vláda a čtyři ministerstva. Vedením kongresu byla pověřena prof. Dr. H. Areu z Ministerstva zdravotnictví Uruguaye. Po dopoledním zahájení byly předneseny dvě shrnující plenární přednášky: Přehled STI (J. Bingham) a HIV-2: jako model pro pochopení patogeneze infekce HIV-1 (P. Kanki).

Celkem bylo prezentováno více než 350 sdělení formou plenárních přednášek, volných sdělení, sponzorova-

ných zasedání, symposií, workshopů a posterů. Jednání probíhala v paralelních sekcích, proto zdaleka nebylo možno absolvovat vše, co bychom rádi slyšeli. S ohledem na naše zaměření jsme se účastnili především jednání o problematice HIV/AIDS.

Náplní programu pracovních sekcí byly mj. neurologické komplikace HIV, nová antiretrovirotika, léčba HIV v zemích s omezenými finančními zdroji, využití nových informačních a komunikačních technologií pro zapojení mládeže do prevence HIV/AIDS v Jižní Americe, užívání drog a krví šířené sexuálně přenosné infekce, komerční sex, kongenitální syfilis v Jižní Americe, používání kondomů, dobrovolné poradenství a testování na HIV u gravidních žen v rozvojových zemích v oblasti Karibiku, dosti prostoru bylo věnováno výskytu STI v rozvojových zemích (nejen latinskoamerických) a to z nejrůznějších úhlů pohledu, otázky lidských práv a edukační programy, postexpozici profylaxe.

Oficiální zahajovací ceremoniál proběhl za účasti osmi řečníků v podvečer a po něm následoval kulturní program s bravurními ukázkami lokálních tanců, které předvedli členové tanečního souboru.

V dalších dnech jsme se zúčastnili vybraných zasedání, z nichž nám vyplynuly následující souvislosti. V Latinské Americe a v Karibiku žijí 2 miliony lidí, kteří jsou nakaženi virem HIV. Podle UNAIDS se každý rok v této oblasti nakazí dalších 200 000 lidí. Samotná karibská oblast, kde je kolem 500 000 nakažených, je na druhém místě v prevalenci (2,4 %), hned za subsaharskou Afrikou. V Latinské Americe a Karibiku je antiretrovirová terapie dostupná pouze pro 200 000 infikovaných. Ve většině zemí této oblasti je léčba dostupná pro méně než 8 % nakažených.

Velmi záslužnou práci provádí v tomto regionu mezinárodní organizace AFA (Aid For AIDS). Prostřednictvím svých aktivistů v zemích Latinské Ameriky a Karibiku se stará o informovanost mladých lidí, provádí preventivní programy, zajišťuje testování, a také shání léky (zejména z USA), které potom distribuuje do svých center a prostřednictvím svých spolupracovníků – profesionálů k nemocným. AFA spolupracuje s vládami jednotlivých zemí, spolupodílí se na zdravotní péči a na oficiálních státních zdravotních programech. Díky aktivitě této organizace se podařilo zajistit několik grantových projektů na léčbu HIV/AIDS v Dominikánské republice, Hondurasu, Barbadosu. AFA působí dnes již ve většině velkých městských aglomerací v Latinské Americe a Karibiku. Cílem do budoucna, je mimo jiné, i zvýšit počet svých spolupracovníků a proniknout na podstatně větší území jednotlivých zemí, kde je péče preventivní i léčebná neméně důležitá a naléhavá. Část prací byla prezentována v podobě posterů; zde je třeba zmínit zajímavý poster autorů A. Kubátová, J. Jedlička, L. Mruškovíčová a M. Brůčková, popisující zkušenosti s projektem „Hrou proti AIDS“.

*MUDr. S. Snopková, AIDS Centrum Brno
Doc. MUDr. D. Sedláček, CSc., AC Plzeň*

Činnost a aktivity nevládních organizací sdružených ve Fóru a zapojených v Národním programu pro HIV/AIDS v roce 2003



Ivo Procházka

V roce 2003 pokračovala většina organizací ve své stávající činnosti, některé z nich však rozšířily své aktivity. Mezi ně patří například zapojení do zahraniční pomoci v organizaci Rozkoš bez rizika, zahájení výstavby sociálního centra Projektu Šance a brněnské pobočky R-R, rozšíření poradenské kapacity České společnosti AIDS pomoc o další den. Nevládní organizace vyvíjely i publikační aktivitu (ČSAP – reedice brožury *Nebojte se HIV* pozitivních, informace o terapii pro pacienty vydané společností Crédum, bulletin Projektu Šance). Sdružení pro Nadaci pro život se bohužel nepodařilo dokončit inovovanou reedici brožury AIDS, mýty a fakta. Řada organizací své aktivity prezentuje hlavně prostřednictvím internetu (například Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu zasílá svým členům v angličtině několikrát týdně e-mailové zprávy IPPF News). Novou organizací se stalo regionálně působící sdružení Spektrum Vysočina, naopak internetový kontakt s breclavskou charitou byl přerušen a organizace nám neoznámila novou adresu.

Česká společnost AIDS pomoc (www.aids-pomoc.cz) pokračovala v provozování Domu světla, s tím že ubytovací kapacita Domu byla v tomto roce maximálně využívána (průměrná obloženost byla více než 14 osob při kapacitě 15 osob). Byla v něm zprovozněna tělocvična. V rámci poradenství a testování bylo během roku vyšetřeno více než 1000 klientů a pokračoval provoz nepřetržité poradenské telefonní linky 224 810 702. Vedle ubytovaných klientů pak zejména mimopražští HIV pozitivní využili možnosti týdenního rehabilitačního pobytu ve Střelských Hošticích. V reedici byla vydána brožura *Nebojte se HIV* pozitivních.

V preventivní práci pokračovaly besedy s HIV pozitivním člověkem na školách a tradiční akce Světlo pro AIDS a akce ke Světovému dni boje proti AIDS. Akce k 1. prosinci proběhla stejně jako v předchozím roce ve spolupráci se Společností pro plánování rodiny a sexuální výchovu za účasti žáků škol po celé republice. Byla spojena se sbírkou, jejíž výtěžek v hodnotě téměř dvou milionů Kč patřil mezi nejvýznamnější finanční zdroje obou společností. Novým programem, který ČSAP částečně převzala od Gay iniciativy byl projekt prevence v gay komunitě, který spočíval zejména v distribuci preventivního materiálu a udržování spolupráce s různými sdruženími. Další součástí projektu bylo dokončení behaviorální studie realizované ve spolupráci s gay organizacemi. Její výsledky byly již předneseny na třech odborných konferencích a připravuje se jejich souhrnné vydání.

Další organizací usilující především o pomoc HIV pozitivním, představuje početně menší skupina Crédum. Ta se jim snaží zprostředkovat informace o léčbě, podpoře zdravotního stavu a kvality života. Je v úzkém spojení

s mezinárodní organizací European AIDS Treatment Group (EATG www.eatg.org). Svou činnost realizuje jednak neformálními a diskrétními osobními konzultacemi, které jsou založeny na poučených laických znalostech a osobních zkušenostech s HIV infekcí. Ty mají doplňovat informace o léčbě a napomáhat komunikaci pacientů s lékaři a ostatními zdravotníky.

Crédum přeložilo do češtiny a v nákladu po 350 výtiscích vydalo dvě publikace britské organizace „i-base“, *Změna anti-HIV léčby* a *Jak vyloučit a zvládnout vedlejší účinky ART*. Publikace jsou napsány aktivisty z řad HIV+ komunity a jsou distribuovány především prostřednictvím AIDS center.

Z gay organizací pokračovaly v preventivních projektech zejména sdružení Gay iniciativa v ČR, STUD a Code 004.

Gay iniciativa (<http://gay.iniciativa.cz>) se soustředila na poskytování odborných konzultací o problémech prevence HIV, spolu s ČSAP spolupracovala na akcích Světlo pro AIDS a Světového dne boje proti AIDS. Prevenci HIV/AIDS je věnována největší plocha jejich internetových stránek.

STUD Brno (www.stud.cz) je největší regionálně působící gay aktivita. Její činnost zahrnuje vedle řady kulturně společenských, turistických akcí, linky pomoci a projektu pro mladé gaye a lesby také preventivní akci Světlo pro AIDS, kdy veřejnost oslovily během jízdy speciálně upravené tramvaje a večer pořádala v kostele koncert skupiny Black Uganda Choir. Preventivní aktivity vyvíjí také v rámci filmového festivalu Mezipatra, který probíhá v Brně i v Praze, kde zařazují i filmy s tematikou HIV/AIDS a který časově předchází akci Světového dne boje proti AIDS.

Podobně jihočeská Lambda (www.zin.cz/lambda) připomněla Světový den boje proti AIDS jízdou preventivního trolejbusu.

Code 004 (www.004.cz) pokračoval v provozování několika webových gay stránek, v rámci jejichž poradny zodpověděl 160 dotazů týkajících se HIV a STDs. Vedle toho navázal spolupráci na preventivních aktivitách s komerčním gay klubem z východočeského regionu. Sdružení pořádalo čtyři víkendové akce, tzv. Cofočna pro mladé gaye a lesbičky, jejichž součástí byly i besedy se zdravotní tematikou. Petr Kaňka se aktivně zúčastnil i několika odborných konferencí s tematikou prevence HIV a STD.

Organizace Rozkoš bez rizika (www.volny.cz/rozkos) se zaměřuje na preventivní práci ve skupině komerčních sociálních pracovníků. Přitom využívá jak terénní sociální práce, tak i konzultačního a vyšetřovacího centra. Kromě Prahy se pokouší vybudovat obdobné centrum i v Brně. Celkově získala v roce 2003 o čtvrtinu méně peněz na provoz střediska než v roce předchozím, ale provedla

stejný objem zdravotnické práce (počet vyšetřených na pohlavně přenosné infekce). Přitom počet zachycených případů syfilidy byl oproti předešlému roku dvojnásobný. Z více než 800 vyšetřených žen mělo syfilis 47 klientek, u Ukrajinek byla incidence vyšší než 10 %. Za přispění MZV ČR vyvinuly a dokončily zástavbu mobilní vyšetřovací jednotky s malou laboratoří pro Zimbabwe a pomáhají i v prevenci na Ukrajině.

Projekt Šance (www.sance.info/) je zaměřený především na práci s mladými prostitutky a pokračoval ve své terénní práci a provozu konzultačního centra. Pozornost věnoval nejen distribuci preventivního materiálu, terénní práci a edukačním besedám, ale i podpoře volnočasových aktivit svých klientů. Zároveň zahájil výstavbu sociálního centra, které by mělo rozšířit možnosti pomoci jejich klientům včetně nabídky azylového ubytování v Praze 5 na Klamovce.

Regionálně v jihozápadním pohraničí působí v prevenci bezpečnějšího sexu u komerčních sexuálních pracovníků projekt Jana občanského sdružení Network East-West. Spolupracuje s hornofalckou vládou, plzeňskou venerologií a sdružením La Strada. Kromě terénní sociální práce mají v Domažlicích konzultační centrum. Během roku 2003 vykázali přes 5000 terénních kontaktů a vyšetřili na HIV a syfilis více než 170 žen. V rámci obecné prevence vydali kalendář pro mládež a uspořádali kulatý stůl o epidemiologické situaci v pohraničí.

Stále výrazněji se zapojuje do prevence HIV/AIDS organizace Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu (www.planovanirodiny.cz). Ta pořádá v Pardubicích každoroční konference o sexuální výchově a spolu s ČSAP a řadou škol se podílela již podruhé na celostátní akci Červená stužka ke Světovému dni boje proti AIDS. V rámci internetové poradny bylo zodpovězeno přes 100 dotazů. Svým členům zasílá anglické aktuální informace ze světa, mezi nimiž přibližně třetinu tvoří problematika HIV/AIDS. Pokračuje v besedách o sexuální výchově pro mládež.

Mládež ČČK (www.sweb.cz/aids.projekt) pokračovala v peer programech, došlo však k určité stagnaci. Jeden z jejích členů (Jindřich Bedaň) byl zvolen jako korespondent v rámci projektu Europeer. V roce 2003 se uskutečnilo po jednom AIDS I. a AIDS II. semináři pro besedníky a dvě jednodenní Setkání garantů a lektorů AIDS projektu. Dle evidovaných návratků z diskusí o AIDS 31 besedníků mládeže ČČK uskutečnilo celkem 105 besed, na kterých bylo osloveno cca 2350 posluchačů, zejména z řad mladých lidí.

Regionální sdružení Drak působí v ústeckém kraji a svou činnost zaměřuje na mládež včetně rómské a ve zvýšeném riziku a na komerční sexuální pracovnice. Vedle prevence HIV/AIDS patří mezi jejich programy i prevence užívání drog a výchova ke zdravému životnímu stylu. Celkem oslovili v rámci 183 akcí čtyři tisíce osob, z toho většinu ve věku do 15 let. V ústeckém regionu působí i sdružení Sokrates 2, které vyvíjí aktivity směřující ke snížení rizika (harm reduction) u osob užívajících drogy a promiskuitně se chovajících. Bohužel ve výroční zprávě neuvedli konkrétní počty akcí.

Na přednášky pro školní mládež se soustředí sdružení ACET (acet-cz.misto.cz), které uskutečnilo zdarma 2825 hodin přednášek ve 250 městech a obcích. Kromě toho uspořádali i 55 akcí pro veřejnost, nápravná zařízení a azylové domy. Podobně jako sdružení Rozkoš bez rizika i ACET začal vyvíjet svou činnost i v zahraničí, konkrétně v Rusku a postsovětských zemích, které zaznamenávají epidemii HIV/AIDS, STD a užívání drog.

Programy Sdružení Free Teens (www.freeteens.cz) jsou cílené jak na pedagogy a ostatní pracovníky s mládeží (celkem sedm seminářů), tak na interaktivní semináře pro žáky a studenty, v nichž oslovili přes 1800 účastníků. Podobně jako sdružení ACET se snaží podpořit oddálení startu do sexuálního života. Z dotace MZ ČR vydali pro pedagogy brožuru „Pravá láska může počkat“, která však svým negativním hodnocením kondomu nebyla v souladu s vyváženou strategií programu UNAIDS i Národního programu boje proti AIDS – ABC (abstinance, být věrný, kondom) a výkonný výbor Národní komise pro HIV/AIDS nedoporučil její distribuci.

Společnost s nadějí proti AIDS a drogám uspořádala v listopadu 2003 tradiční seminář AIDS a my v Poděbradech, který navštívilo více než 100 odborníků i členů nevládních organizací a bylo na něm předneseno více než dvacet příspěvků.

Fórum nevládních organizací je ve spojení i s dalšími organizacemi, které však nedodaly včas svou výroční zprávu, proto nebylo možné jejich konkrétní aktivity blíže specifikovat. Pro některé z nich je prevence HIV/AIDS a péče o HIV pozitivní spíše jen jedním z mnoha oborů v jejich činnosti, ale protože působí obecně v oblasti zdravotní a sociální pomoci, je pro ně důležité udržovat s námi kontakt. Jedná se například o Diakonii ČCE (<http://sos.diakoniecce.cz>) a nadaci Výbor dobré vůle (www.vdv.cz). VDV aktivně pomáhá například organizacím Rozkoši bez rizika a Projektu Šance.



Zpráva o činnosti ČSAP a Domu světla v r. 2003 v kostce a číslech



Miroslav Hlavatý, tajemník ČSAP a ředitel Domu světla

V DS bylo v průběhu roku poskytnuto ubytování celkem 35 klientům, průměrná obloženost (počet ubytovaných osob/den) dosáhla v roce 2003 čísla 14,08.

Na výroční schůzi 28. 3. 2003 abdikoval na svou funkci ředitele Domu světla pan Václav Strouhal, DiS., a to ze zdravotních důvodů. Do funkce ředitele byl nově zvoleným představenstvem jmenován tajemník ČSAP pan Miroslav Hlavatý.

Dům světla, dále jen DS, v roce 2003 vstoupil do čtvrtého roku své činnosti. Za toto období získal přívlastek sociálně zdravotní a azylový.

Začátkem roku jsme věnovali svoji pozornost obnově zatopeného sklepa po ložských záplavách. Sklepní prostory byly zrekonstruovány v květnu 2002 za cca 1 milion korun. Velká srpnová voda nám však sklep zcela zničila. Celková obnova sklepa dosáhla částky 416 tisíc korun. Sklep byl opět uveden k užívání v květnu 2003.

V březnu za pomoci Nadace CIVILIA bylo zakoupeno pro DS 20 mechanických polohovacích lůžek. Slouží jak klientům ubytovaným v našem domě, tak v jejich domácnostech.

V měsíci březnu jsme pomohli založit občanské sdružení Spektrum Vysočina. O pomoc požádala paní Jana Koryntová. Náplní je snaha sociálně pomáhat mladým lidem, matkám s dětmi, nemocným a sociálně slabým lidem, prevence proti drogám a HIV/AIDS na Vysočině.

V měsíci dubnu jsme se účastnili mezinárodní zdravotnické výstavy Pragomedica 2003. Výstava proběhla v termínu 8.–11. duben 2003 na Výstavišti v Praze 7 Holešovicích.

V květnu bylo lůžkové oddělení AIDS centra Fakultní nemocnice Bulovka z našich finančních darů vybaveno 10 kusy nových stolků do pokojů pacientů, celková hodnota 47 500 Kč.

V neděli 18. května jsme, tak jako každý rok, pořádali vzpomínkovou akci v rámci světového dne „Světlo pro AIDS“, věnovanou obětem nemoci AIDS. Náš stánek v centru Václavského náměstí navštívilo okolo 5000 obyvatel a návštěvníků hlavního města Prahy. Rozdávány byly preventivní materiály a kondomy.

K 1. červnu bylo otevřeno fitness centrum v naší tělocvičně. Realizace tohoto projektu byla uskutečněna za finanční pomoci Nadace Preciosa.

První týden v září se uskutečnil již v pořadí 6. rekonvenční pobyt ve Střelských Hošticích na Šumavě. Této akci se zúčastnilo 60 HIV pozitivních osob a jejich přátel z Česka, Německa, Rakouska, Anglie, Ruska a Ukrajiny. Na této akci se finančně podílelo Ministerstvo zdravotnictví ČR a to dotací 80 000 Kč.

V říjnu jsme vydali v pořadí 3. reedici našeho letáku „Nebojte se HIV pozitivních osob“. Tisk probíhá ve spolupráci se Společností pro plánování rodiny a sexuální výchovu. S touto společností spolupracujeme již řadu let

a naše spolupráce se nadále prohlubuje. Leták vyšel v nákladu 20 000 kusů.

11. října se konal v bývalé tovární hale ČKD v Karlíně benefiční koncert na podporu DS. Pořadatelem byla firma ART. & a. Praha z Karlína. Na koncertu vystoupili mimo jiné kapely Tři sestry, Visací zámek, Hudba Praha, z jednotlivců vystoupil Jiří Schmitzer. Vzhledem k nízké návštěvnosti byl finanční výtěžek této akce nulový. Během koncertu bylo osloveno 400 mladých lidí, kteří obdrželi preventivní, informační materiály a kondomy.

18.–19. října navštívila DS delegace kolegů z Rakouska. Jednalo se o skupinu HIV pozitivních a pracovníků rakouského AIDS Hilfe Wien. Při společných jednáních došlo k navázání vzájemné spolupráce s touto organizací – řešení společných problémů, předávání zkušeností, výměna preventivních materiálů.

V listopadu jsme zajistili z finančních prostředků ČSAP kombinovaný preparát pro klienty. Jedná se o zakoupení 48 kusů balení Wobenzym 800 g. Zásilka byla předána do ambulance AIDS centra FN Bulovka k rukám paní doc. MUDr. M. Staňkové, CSc.

Ve dnech 20.–22. listopadu se naši zástupci zúčastnili mezinárodního kongresu „AIDS, drogy a my“ v Poděbradech. Zde se navázal kontakt a následná dohoda o spolupráci s organizací 004 – Petra Kaňky. V současné době spolupracujeme na přípravě preventivního materiálu pro gaye v ČR. V témže měsíci bylo vytištěno v nákladu 10 000 kusů letáků s informací o testování v DS a o kontaktech a spojení s ČSAP a Domem světla.

Každoročně byl 1. prosinec – Světový den boje proti AIDS pořádán na Václavském náměstí. Touto preventivní akcí bylo osloveno cca 6500 lidí.

V celé republice již druhý rok v tento den proběhla celorepubliková preventivní akce spojená s pořádáním veřejné sbírky. Sběrka je pořádána ve spolupráci se Společností pro plánování rodiny a sexuální výchovu. Akce se zúčastnilo 4000 studentů z 130 škol po celé republice.

Pro potřeby společnosti jsme nechali vyrobit 2500 odznaků „Červená stužka“. Odznak byl určen pro dobrovolníky a spolupracovníky společnosti. Dále bude využit ke komerčním účelům.

12. prosince dorazil do DS Mikuláš s čertem. Pestrý program na tuto akci připravili klienti ubytovaní v domě. Jednalo se o večer plný zábavy a dáreků pro všechny zúčastněné. Tento večer byl financován naší společností. Nepodařilo se nám, tak jako v předchozích letech, zajistit občerstvení od sponzorů.

V témže měsíci byl vyroben náš leták „Nebojte se HIV pozitivních osob“, náklad 10 000 kusů. Předchozí náklad byl využit při preventivních akcích a dále byl distribuován po celé ČR. Taktéž jsme zadali výrobu 1000 kusů samolepek, inzerující testování v DS. Samolepky budou distribuovány do učilišť, středních a vysokých škol,

na studentské koleje, gay podniků, barů a restaurací po celé ČR. Dále je připraveno 1000 kusů samolepek s textem „Pomoz i ty v boji proti AIDS“. Vzhledem k opotřebenosti vlajek naší společnosti (červená stužka v bílém poli) necháváme vyrobit 5 nových kusů.

V závěru roku se nám podařilo dokončit akci „Pohlednice“. Vytiskli jsme 10 000 kusů pohlednic, čelní strana – červená stužka na bílém poli, zadní strana – nabídka testování. Jedná se o klasickou poštovní pohlednici. Tento materiál bude distribuován po celé ČR.

V prosinci začaly práce na vybudování „Pozitivcafe“ v DS. Jedná se o klubovou místnost pro všechny návštěvníky domu. Je zde televize, video, minivěž. V tomto klubu je možnost občerstvení. Pozitivcafe vznikne v prostorách bývalého skladu v přízemí. Výzdobu, originální díla známých malířů a umělců, jsme získali darem od Nadace Umění pro život.

Největší preventivní aktivita ČSAP je Poradna AIDS spojená s bezplatným anonymním testováním na HIV infekci. Tuto poradnu vede MUDr. Ivo Procházka, CSc. Záštitu nad ambulancí převzala vedoucí Národní referenční laboratoře pro AIDS RNDr. Marie Brůčková, Csc. Práce této poradny je stavěna na kvalitním provedení

předtestového a potestového poradenství. Za celkovou dobu testování, tj. od října 1999 do prosince 2003, bylo provedeno celkem 3142 testů na HIV infekci. Z tohoto počtu bylo diagnostikováno celkem 12 nových případů HIV infekce. Celkem navštívilo naší ambulanci 3410 zájemců o testování. V roce 2003 bylo celkem provedeno 1197 krevních odběrů na HIV infekci s výsledkem 5 nově zjištěných případů.

Další preventivní aktivita, velmi důležitá, je Linka AIDS pomoci. Zatím se nám nedaří sehnat partnera na vytvoření zelené bezplatné linky, kdy by volající nemusel za svůj telefonický dotaz zaplatit hovorné. Na této lince se odpovídá na dotazy týkající se problematiky HIV/AIDS. Linku zajišťují dobrovolníci, kteří absolvovali kurz telefonní krizové intervence, který proběhl na přelomu roku 2002/2003 a to díky finanční pomoci z EU-ROPHARE.

V rámci prevence bylo v roce 2003 zakoupeno celkem 32 200 kusů kondomů značky „Pepino“ od firmy Olzatrading s.r.o. a 15 000 kusů lubrikačních gelů od firmy „Doktor Müller Pharma“.

V následující tabulce je uveden přehled poradenství a HIV testování v Domě světla v letech 1999–2003.

Rok	Muži	Ženy	Celkem	Typ rizikového chování					Věkové složení			Počet záchytů	
				Sex muže s mužem	IUD	Kontakty HIV+ osob	Sex. prac. M/Ž	Ostatní	do 18 let	19-25 let	nad 25 let	HIV+ abs.	HIV+ rel.
1999	37	37	66	12	1	3	0	58	4	41	29	0	0 %
2000	351	262	561	123	19	13	6	452	63	296	254	1	0,18 %
2001	382	307	644	147	26	11	8	497	81	359	249	1	0,16 %
2002	412	333	674	159	16	12	7	551	45	397	303	5	0,74 %
2003	685	604	1197	252	27	15	11	987	109	642	538	5	0,42 %
Celkem	1867	1543	3142	693	89	54	32	2545	302	1735	1373	12	0,38 %

Výsledky monitorování vybraných aktivit v prevenci HIV/AIDS v ČR za rok 2003

Jaroslav Jedlička, Daniela Kondrová, Marek Malý, Blanka Chmelová ve spolupráci se Zdravotními ústavy a KHS

Data obsažená ve **Výsledcích monitorování vybraných aktivit v prevenci HIV/AIDS v ČR za rok 2003** obsahují výsledky hlášení o činnosti Zdravotních ústavů a Krajských hygienických stanic na úseku řešení problematiky HIV/AIDS. Monitoring za rok 2003 probíhal poněkud atypicky, neboť ty subjekty, které již mohly vyplňovat nové formuláře poskytovaly jiný „balík dat“ než ty subjekty, které používaly ještě staré formuláře. Nově se do hlášení zapojily i Krajské hygienické stanice, taktéž na nových formulářích. Při prezentaci dat jsme letos poprvé použili i kartografické znázornění, které by mělo ilustrativně podat přehled o jednotlivých regionálních aktivitách a službách. Analýza dat probíhala ještě ve sta-

rém softwarovém vybavení, takže analýza dat představovala určitou obtíž (v roce 2005 budou používány výlučně nové formuláře a upravený software). Letošní analýza ukázala v mnoha ohledech na pokles jednotlivých aktivit, což pravděpodobně souvisí jak s reorganizací orgánů ochrany veřejného zdraví, tak i nižší informovanosti o činnosti nevládních subjektů v regionu, kde působí pobočky Zdravotních ústavů. Tento nedostatek bychom rádi odstranili tím, že uvedené informace by měly mít a hlásit Krajské hygienické stanice, které jsou odpovědné za problematiku prevence na úrovni jednotlivých krajů (Věstník MZ ČR, částka 8, čl. 12, odst. 4).

Další změny v systému hlášení budou diskutovány na

plánovaném podzimním setkání členů Výkonného výboru NK AIDS s pracovníky KHS a klinických AIDS center. Ideální by pochopitelně bylo, kdyby celý systém mohl být převeden do elektronické formy, která by zjednodušovala dosavadní zasílání formulářů duplicitně MZ ČR a SZÚ.



Tabulka 1a: SPECIÁLNÍ LINKY POMOCI AIDS

Kraj	Počet linek	Počet provozních dnů v týdnu				
		1	2	3	5	7
Hl. m. Praha	0	0	0	0	0	0
Středočeský	2	0	0	0	2	0
Jihočeský	1	0	0	0	1	0
Plzeňský	2	1	0	0	1	0
Karlovarský	2	0	0	0	2	0
Ústecký	4	0	0	0	4	0
Liberecký	2	0	0	0	2	0
Královéhradecký	1	0	0	0	1	0
Pardubický	1	0	1	0	0	0
Vysočina	1	0	0	1	0	0
Jihomoravský	1	0	0	0	1	0
Olomoucký	0	0	0	0	0	0
Zlínský	3	0	0	0	3	0
Moravskoslezský	1	0	0	0	1	0
Celkem	21	1	1	1	18	0

Tabulka 1b: POČTY TELEFONÁTŮ NA LINKÁCH POMOCI AIDS

Kraj	Počet linek uvádějících počet telefonátů	Muži	Ženy	Celkem
Hl. m. Praha	0	0	0	0
Středočeský	2	2079	1596	3675
Jihočeský	1	115	305	420
Plzeňský	2	118	121	239
Karlovarský	2	88	118	206
Ústecký	4	468	509	977
Liberecký	2	177	220	397
Královéhradecký	1	137	77	214
Pardubický	1	33	46	79
Vysočina	1	48	61	109
Jihomoravský	1	261	164	425
Olomoucký	0	0	0	0
Zlínský	3	91	65	156
Moravskoslezský	1	258	197	455
Celkem	21	3873	3479	7352

Mapa 1: SPECIÁLNÍ TELEFONNÍ LINKY POMOCI AIDS

Mapa 2: SPECIÁLNÍ TELEFONNÍ LINKY POMOCI AIDS
počet linek / počet uvedených telefonátů

Počet speciálních linek pomoci AIDS se snížil ze 40 v r. 2002 na 21 v roce 2003 (většinou se jedná o linky fungující v pracovních dnech). V loňském roce fungovalo v hlavním městě 6 speciálních linek pomoci AIDS, v roce 2003 již žádná. V ústeckém kraji poklesl počet linek z 9 na 4. Olomoucký kraj nadále zůstává ovšem jediným krajem ve kterém není zřízena speciální linka pomoci AIDS. Zhoršení kvality pozorujeme rovněž u provozních dnů těchto linek: zatímco v roce 2002 existovalo 5 linek fungujících nepřetržitě 7 dní týdně, v roce 2003 to již nebyla ani jediná.

V celé České republice se snížil počet telefonátů na linkách pomoci AIDS z 12 544 v roce 2002 na 7352 v roce 2003 (pokles cca o 41 %). Pokles v počtu telefonátů se týkal obou pohlaví. Pokles v počtu volajících zaznamenala rovněž i bezplatná Národní linka pomoci AIDS a další linka ZÚ se sídlem v Kolíně (kam administrativně obě linky patří), a to o 1133 telefonátů, což představuje přibližně pokles o 24 % oproti roku předcházejícímu. Celkem 3011 dotazů (41 %) směřovalo na bezplatnou Národní linku pomoci AIDS. I některé běžné linky zdravotních ústavů ovšem evidují údaje o telefonátech, tato čísla nejsou v této tabulce zahrnuta.

Tabulka 1c: ROZDĚLENÍ KLIENTŮ LINEK POMOCI AIDS PODLE VĚKU

Kraj	Věk				Celkem
	Děti	Dospívající	Dospělí	Neuvedeno	
Hl. m. Praha	0	0	0	0	0
Středočeský	677	683	2315	0	3675
Jihočeský	0	90	330	0	420
Plzeňský	2	33	204	0	239
Karlovarský	0	31	175	0	206
Ústecký	0	399	578	0	977
Liberecký	0	226	171	0	397
Královéhradecký	0	46	168	0	214
Pardubický	0	11	68	0	79
Vysočina	0	0	109	0	109
Jihomoravský	0	201	224	0	425
Olomoucký	0	0	0	0	0
Zlínský	0	72	84	0	156
Moravskoslezský	0	125	330	0	455
CELKEM	679	1917	4756	0	7352

Přetrvává tendence v posunu volajících do skupiny věkově starších, stejně jako tomu bylo v roce předchozím. Jen 35 % volajících spadá do kategorie dětí a dospívajících. Téměř všechny telefonáty od dětí směřují na bezplatnou Národní linku pomoci AIDS (celkem 675 z 679 telefonátů). Tato informace je velmi důležitá pro profilování této linky a jako argument pro zachování dostupnosti informací pro tuto věkovou skupinu.

Tabulka 1d: ROZDĚLENÍ KLIENTŮ LINEK POMOCI AIDS PODLE DŮVODU TELEFONÁTU

Kraj	Důvod				Celkem
	Informativní dotaz	Konzultace vztahující se k rizikovému chování	Jiný	Neuvedeno	
Hl. m. Praha	0	0	0	0	0
Středočeský	3240	238	175	22	3675
Jihočeský	290	130	0	0	420
Plzeňský	123	58	58	0	239
Karlovarský	19	4	0	183	206
Ústecký	330	459	168	20	977
Liberecký	279	94	24	0	397
Královéhradecký	24	170	20	0	214
Pardubický	39	40	0	0	79
Vysočina	0	0	0	109	109
Jihomoravský	265	160	0	0	425
Olomoucký	0	0	0	0	0
Zlínský	64	76	16	0	156
Moravskoslezský	100	355	0	0	455
Celkem	4773	1784	461	334	7352

Nejčastějším důvodem telefonátu na speciálních linkách pomoci AIDS byl informativní dotaz. Více než 1/4 volajících konzultovala své rizikové chování (mírně navýšení z 1/5 v předcházejícím roce). Existuje evidentně velký rozdíl v zaznamenávání informací o volajících na jednotlivých linkách (viz kraj Vysočina a Karlovarský kraj, kde většina telefonátů není evidována podle důvodu proč volající telefonoval). Nejvíce telefonátů v rámci regionu eviduje Ústecký kraj (celkem 977 hovorů).

Tabulka 1e: ROZDĚLENÍ KLIENTŮ LINEK POMOCI AIDS PODLE RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ

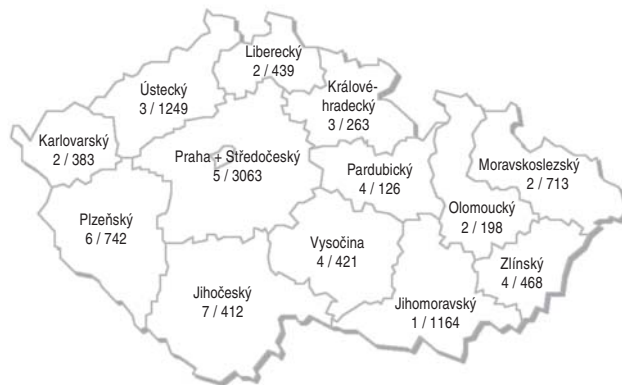
Kraj	Typ chování				Celkem
	Nechráněný sex muže s mužem	Heterosex. styk s náhodným partnerem	Injekční užívání drog	Jiné / Nejistěno	
Hl. m. Praha	0	0	0	0	0
Středočeský	0	200	12	26	238
Jihočeský	10	70	0	50	130
Plzeňský	0	45	4	9	58
Karlovarský	0	4	0	0	4
Ústecký	27	324	104	4	459
Liberecký	0	84	7	3	94
Královéhradecký	0	160	0	10	170
Pardubický	0	23	4	13	40
Vysočina	0	0	0	0	0
Jihomoravský	1	68	0	91	160
Olomoucký	0	0	0	0	0
Zlínský	3	66	1	6	76
Moravskoslezský	5	295	26	29	355
Celkem	46	1339	158	241	1784

Počet dotazů konzultujících rizikové chování klesl z 4797 v roce 2002 na 1784 v roce 2003 (pokles o 63 %). Obrovský propad je u volajících mužů, kteří měli sex s jiným mužem: z 253 v roce 2002 na pouhých 46 v roce 2003 a pokračuje tak nepříznivý trend z předcházejícího období. Interpretace dat je poměrně obtížná, neboť můžeme rovněž uvažovat o tom, že lidé se nadále chovají rizikově, ale tento fakt si „neověřují“ telefonickým dotazem. Počet klientů uvádějících heterosexuální styk s náhodným partnerem tvoří více než 2/3 telefonických dotazů tohoto typu. Pokles je evidován i u volajících osob užívajících injekčně drogy (z 413 v roce 2002 na 158 v roce 2003). I zde je interpretace dat obtížná, neboť volající mohou kontaktovat řadu linek v oblasti protidrogové prevence.

Tabulka 2a: SPECIÁLNÍ PORADNY PROVÁDĚJÍCÍ HIV PORADENSTVÍ

Kraj	Počet poraden	Počet provozních dnů v týdnu						
		1	2	3	4	5	7	neuvedeno
Hl. m. Praha	1	0	1	0	0	0	0	0
Středočeský	4	1	1	0	0	2	0	0
Jihočeský	7	3	2	0	0	2	0	0
Plzeňský	6	2	3	0	0	1	0	0
Karlovarský	2	1	1	0	0	0	0	0
Ústecký	3	1	0	1	0	1	0	0
Liberecký	2	0	0	0	1	1	0	0
Královéhradecký	3	0	1	0	0	2	0	0
Pardubický	4	3	1	0	0	0	0	0
Vysočina	4	3	0	1	0	0	0	0
Jihomoravský	1	0	0	0	0	1	0	0
Olomoucký	2	2	0	0	0	0	0	0
Zlínský	4	0	1	0	0	3	0	0
Moravskoslezský	2	0	1	0	1	0	0	0
Celkem	45	16	12	2	2	13	0	0

Mapa 3: SPECIÁLNÍ PORADNY V ČR

Mapa 4: SPECIÁLNÍ PORADNY PRO HIV PORADENSTVÍ
počet poraden / počet klientů

V rámci hygienické služby vzrostl počet poraden provádějících HIV poradenství z 37 v roce 2002 na 45 v roce 2003. Všechny kraje jsou pokryty poradenskými službami (průměrně 3 poradny na kraj), nicméně v kraji Jihomoravském existovala jen jediná poradna. Jedna poradna na 1,2 mil. obyvatele se zdá být vskutku málo. Totéž je možno prohlásit i o Praze, kde existují v rámci hygienické služby jen dvě velké poradny (1 spadající pod ZÚ se sídlem v Praze a jedna spadající pod ZÚ se sídlem v Kolíně, pobočka Praha). Třináct ze 45 poraden funguje ve všech pracovních dnech.

Tabulka 2b: PORADENSTVÍ VE SPECIÁLNÍCH HIV PORADNÁCH
A V JINÝCH PORADNÁCH –
POČTY KLIENTŮ A JEJICH VĚKOVÉ SLOŽENÍ

Kraj	Počty poraden uvádějících počty klientů	Počet klientů			Věk				
		Muži	Ženy	Celk.	<15	16-18	19-25	>25	Nezjist.
Hl. m. Praha	1	227	177	404	0	0	165	197	42
Středočeský	4	1267	1383	2659	0	519	1366	774	0
Jihočeský	7	213	199	412	1	14	138	259	0
Plzeňský	6	377	365	742	12	75	367	288	0
Karlovarský	2	182	201	383	12	107	135	129	0
Ústecký	3	602	647	1249	0	285	683	281	0
Liberecký	2	206	233	439	0	50	149	174	66
Královéhradecký	2	130	133	263	0	42	68	90	63
Pardubický	4	71	55	126	0	10	58	58	0
Vysočina	4	231	190	421	0	53	243	125	0
Jihomoravský	1	676	488	1164	0	223	281	660	0
Olomoucký	2	106	92	198	0	5	86	107	0
Zlínský	4	274	194	468	0	33	167	268	0
Moravskoslezský	2	368	345	713	2	98	259	354	0
Celkem	44	4939	4702	9641	27	1514	4165	3764	171

Počet poskytnutých poradenských služeb dosáhl v roce 2003 počtu 9641 (4939 u mužů a 4702 u žen). Přetrvává posun klientů z mladších věkových skupin do skupiny mladých dospělých. Nejčastější věkovou skupinou je skupina 19–25 let.

Tabulka 2c: ROZDĚLENÍ KLIENTŮ PORADEN HIV PODLE DŮVODU
PORADENSTVÍ / TYPU RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ

Kraj	Důvod				Nezjist.
	Nechráněný sex muže s mužem	Nechr. hete- rosex. styk s náhodným partnerem	Injekční užívání drog	Jiné	
Hl. m. Praha	0	0	0	0	404
Středočeský	99	1935	35	590	0
Jihočeský	9	286	28	84	5
Plzeňský	25	424	53	240	0
Karlovarský	0	127	13	243	0
Ústecký	31	624	97	497	0
Liberecký	1	105	12	321	0
Královéhradecký	9	163	0	91	0
Pardubický	5	75	3	43	0
Vysočina	0	284	24	113	0
Jihomoravský	128	767	86	183	0
Olomoucký	9	127	3	59	0
Zlínský	7	406	2	53	0
Moravskoslezský	6	457	55	195	0
Celkem	329	5780	411	2712	409

Nejčastějším důvodem návštěvy poradny je nechráněný heterosexuální styk (60 % všech konzultací), homosexuální styk (3,4 %) a injekční užívání drog (4,3 %). Ve 28 procentech konzultací se jedná o jiné riziko infekce HIV (např. nevěra partnera, poranění se o pohozenou injekční jehlu apod.). Praha neevidovala důvody HIV poradenství podle rizikového chování klienta.

Tabulka 2d: POČET ODBĚRŮ NA HIV PROTILÁTKY A ZPŮSOB PLATBY

Kraj	Jmenné				Anonymní				Celkem			
	hrazené žadatelem / ze zdrav. pojištění	hrazené z dotace AIDS MZ ČR / rozpočtu HS	celkem	z toho HIV+	hrazené žadatelem / ze zdrav. pojištění	hrazené z dotace AIDS MZ ČR / rozpočtu HS	celkem	z toho HIV+	hrazené žadatelem / ze zdrav. pojištění	hrazené z dotace AIDS MZ ČR / rozpočtu HS	celkem	z toho HIV+
Hl. m. Praha	86	0	86	0	300	18	318	0	386	18	404	0
Středočeský	1848	76	1924	4	6	686	692	0	1854	762	2616	4
Jihočeský	110	0	110	0	197	0	197	0	307	0	307	0
Plzeňský	570	6	576	0	0	55	55	0	570	61	631	0
Karlovarský	18	0	18	0	4	361	365	0	22	361	383	0
Ústecký	402	159	561	0	59	3	62	0	461	162	623	0
Liberecký	365	0	365	0	0	46	46	0	365	46	411	0
Královéhradecký	237	0	237	0	0	26	26	0	237	26	263	0
Pardubický	8	44	52	0	3	54	57	0	11	98	109	0
Vysočina	116	159	275	1	7	48	55	0	123	207	330	1
Jihomoravský	839	0	839	1	0	0	0	0	839	0	839	1
Olomoucký	127	1	128	0	5	2	7	0	132	3	135	0
Zlínský	90	0	90	0	10	354	364	0	100	354	454	0
Moravskoslezský	212	237	449	0	215	42	257	1	427	279	706	1
Celkem	5028	682	5710	6	806	1695	2501	1	5834	2377	8211	7

V průběhu roku 2003 bylo v celé České republice vyšetřeno 8211 vzorků na HIV protilátky od klientů, kteří požadovali provést vyšetření na vlastní žádost. Jednalo se o vysoký pokles poptávky po těchto vyšetření oproti roku minulému (43,2 %), neboť v roce předchozím bylo provedeno celkem 14 462 vyšetření na vlastní žádost.

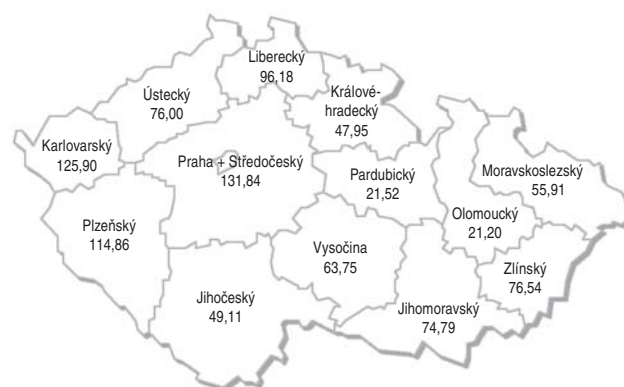
Z celkového počtu klientů testovaných na HIV bylo 69 % vyšetřeno pod jménem (v předchozím roce 57 %) a z nich 88 % si vyšetření hradilo samo nebo vyšetření bylo hrazeno zdravotními pojišťovnami (v předchozím roce 86 %). Anonymně bylo testováno 31 % klientů a z nich 32 % si vyšetření hradilo samo (v předchozím roce 13 %).

Byl registrován dramatický pokles vyšetření proplácených z dotace HIV/AIDS popř. placených z rozpočtu organizace provádějící odběr a vyšetření: zatímco v roce 2002 bylo v celé České republice provedeno 6602 vyšetření na HIV proplácených z dotace HIV/AIDS popř. z rozpočtu organizace provádějící odběr a vyšetření, v roce 2003 se jednalo již jen o 2377 vyšetření – jedná se o 64% pokles. **Toto zjištění má kritický význam, neboť do úvahy připadá, že vyšetření na HIV se může stát obtížně dostupným pro sociálně slabé občany, kteří nemají finanční prostředky (či je nehodlají investovat) do vyšetření, za které obvykle platí 200 Kč, ale i 450 Kč a více.**

Méně dramatický pokles byl registrován u vyšetření proplácených žadatelem popř. ze zdravotního pojištění. Jedná se o pokles z 7860 vyšetření (2002) na 5834 vyšetření v roce 2003: pokles představuje 25,8 %.

V průběhu roku 2003 bylo v rámci vyšetřování HIV protilátek na vlastní žádost zjištěno celkem 7 případů HIV pozitivitu –

Mapa 6: RELATIVNÍ POČTY ODBĚRŮ NA 100 000 OBYVATEL



Mapa 5: ABSOLUTNÍ POČTY ODBĚRŮ NA VLASTNÍ ŽÁDOST



Mapa 7: POČET HIV+ Z VYŠETŘENÍ NA VLASTNÍ ŽÁDOST v síti ZÚ/KHS



v roce 2002 se jednalo o 19 případů. V 6 případech nově zjištěné HIV+ se jednalo o vyšetření jmenná a v 1 případě o anonymní test. I zde se jeví pokles nově zachycených případů za poměrně významný. U klientů testovaných pod jménem dosáhla záchytnost HIV+ 0,11 % (v předchozím roce 0,07 %) a u anonymně testovaných dosáhla 0,04% (v předchozím roce 0,21 %). Celková záchytnost případů v testování na HIV protilátky na vlastní žádost poklesla z 0,13 % (2002) na 0,09 % v roce 2003.

Více než jedna třetina vyšetření (36,8 %) byla realizována ve Středočeském kraji a v hlavním městě, kde byly zjištěny 4 ze 7 případů HIV pozitivitu u vyšetření provedených na vlastní žádost v průběhu r. 2003. Ani jediný případ HIV pozitivitu z vyšetření na vlastní žádost nebyl hlášen z celkem z 9 krajů naší republiky. Po jednom záchytu hlásily kraj Vysočina, Jihomoravský kraj a Moravskoslezský kraj.



Tabulka 3a: PEER PROGRAMY

Kraj	Počet ZÚ/HS uvádějících pp *	Počet organizací s pp *	Počet organizací uvádějících počet peerů	Počet peerů	Počet organizací uvádějících počet oslovených	Uvedený počet oslovených
Hl. m. Praha	0	0	0	0	0	0
Středočeský	1	1	1	50	1	700
Jihočeský	2	3	3	58	3	1482
Plzeňský	2	2	2	24	2	1226
Karlovarský	0	0	0	0	0	0
Ústecký	0	0	0	0	0	0
Liberecký	1	3	3	69	2	243
Královéhradecký	0	0	0	0	0	0
Pardubický	1	1	1	45	0	neuv.
Vysočina	1	1	1	36	0	neuv.
Jihomoravský	0	0	0	0	0	0
Olomoucký	0	0	0	0	0	0
Zlínský	0	0	0	0	0	0
Moravskoslezský	0	0	0	0	0	0
Celkem	8	11	11	282	8	3651

(* peer programy)

Všechna data o peer výchově ukazují na skutečnost, že tato forma intervence se provádí dramaticky méně než v předchozím období: počet institucí v rámci hygienické služby zapojených do peer výchovy se snížil z 28 (2002) na pouhých 8 v roce 2003, počet vyškolených peerů se snížil z 1142 (2002) na 282 vrstevníků (pokles o 75 % !). Paradoxem je, že v téže roce byl publikován Manuál peer výchovy podle doporučení EU. Počet oslovených peer výchovou jeví rovněž dramatický pokles, a to z 27 392 oslovených v roce 2002 na 3651 oslovených v průběhu roku 2003 (pokles o 87 %). Zatímco v roce 2002 byly do vrstevnických programů zapojeny všechny regiony s výjimkou Karlovarského kraje, v roce 2003 se této intervence neúčastnilo již 7 krajů.

V této statistice se neobjevují aktivity SZÚ v oblasti peer aktivit, pokud jsou celorepublikově realizovány v rámci celonárodního projektu „Hrou proti AIDS“. I zde se nám spíše jednalo o posouzení regionálních aktivit.

Tabulka 3b: PEER PROGRAMY PODLE CÍLOVÉ POPULACE

Kraj	Cílová populace			
	Mládež – základní školy	Mládež – střední školy	Injekční uživatelé drog	Jiná
Hl. m. Praha	0	0	0	0
Středočeský	1	0	0	0
Jihočeský	1	2	0	0
Plzeňský	1	2	0	0
Karlovarský	0	0	0	0
Ústecký	0	0	0	0
Liberecký	2	3	0	0
Královéhradecký	0	0	0	0
Pardubický	1	1	0	0
Vysočina	1	0	0	0
Jihomoravský	0	0	0	0
Olomoucký	0	0	0	0
Zlínský	0	0	0	0
Moravskoslezský	0	0	0	0
Celkem	7	8	0	0

V cílové populaci peer programů převažuje zaměření na mládež základních a středních škol.

Kvalifikace peerů: ve většině organizací jsou peer aktivisté školeni bez zkoušky.

Tabulka 4a: TERÉNNÍ ZDRAVOTNĚ-VÝCHOVNÁ PRÁCE

Kraj	Počet ZÚ /HS uvádějících terénní programy	Počet organizací s terénními programy	Počet organizací uvádějících počet street-workerů	Počet street-workerů	Počet organizací uvádějících počet oslovených	Uvedený počet oslovených
Hl. m. Praha	0	0	0	0	0	0
Středočeský	1	1	1	2	1	100
Jihočeský	1	1	1	3	1	65
Plzeňský	1	1	1	2	1	15
Karlovarský	2	2	2	8	2	227
Ústecký	2	6	3	8	3	285 *
Liberecký	2	3	2	30	3	472
Královéhradecký	2	2	0	0	0	neuv.
Pardubický	1	1	0	0	0	neuv.
Vysočina	0	0	0	0	0	0
Jihomoravský	0	0	0	0	0	0
Olomoucký	0	0	0	0	0	0
Zlínský	0	0	0	0	0	0
Moravskoslezský	1	1	1	2	0	neuv.
Celkem	13	18	11	55	11	1164

(* částečně neuvedeno)

Počet ZÚ/KHS provádějících terénní programy v prevenci HIV/AIDS se snížil z 20 na 13. Počet streetworkerů zapojených do terénní sociální práce ve spolupráci s orgány ochrany veřejného zdraví poklesl z 117 osob na 55 osob. Nejvýznamnější co do poklesu je počet oslovených osob v rámci terénní sociální práce: zatímco v roce 2002 bylo takto osloveno celkem 33 300 osob, v roce 2003 to bylo již jen 1164 osob (96,5% pokles !!!). Ze čtyř regionů ovšem nemáme k dispozici věrohodná čísla o celkovém počtu oslovených (Ústecký kraj, Králové-

hradecký, Pardubický a Moravskoslezský). Počet oslovených v kraji Plzeňském (15 osob) je zanedbatelný, naopak nejvíce oslovených osob hlásil kraj Liberecký (472 osob).

Tabulka 4b: ZAMĚŘENÍ TERÉNNÍ ZDRAVOTNĚ-VÝCHOVNÉ PRÁCE PODLE CÍLOVÉ POPULACE

Kraj	Cílová populace							
	mládež	IUD	komerční sexuální pracovníci	komerční sexuální pracovníci	gay minorita	vojáci	bezdomovci	jiná
Hl. m. Praha	0	0	0	0	0	0	0	0
Středočeský	0	1	0	0	0	0	0	0
Jihočeský	1	0	0	0	0	0	0	0
Plzeňský	0	0	1	0	0	0	0	0
Karlovarský	1	0	2	0	0	0	0	0
Ústecký	4	2	3	2	1	0	0	1
Liberecký	0	2	1	0	0	0	0	2
Královéhradecký	0	2	0	0	0	0	0	0
Pardubický	0	1	0	0	0	0	0	0
Vysočina	0	0	0	0	0	0	0	0
Jihomoravský	0	0	0	0	0	0	0	0
Olomoucký	0	0	0	0	0	0	0	0
Zlínský	0	0	0	0	0	0	0	0
Moravskoslezský	0	0	1	0	0	0	0	0
Celkem	6	8	8	2	1	0	0	3

V zaměření terénní sociální práce převažují zejména rizikové skupiny (IUD, komerční sexuální služby), ani jeden z programů se nezaměřoval na bezdomovce, pouze jediný program byl cílen na gay minoritu a pouze 2 programy na komerční sexuální pracovníky.

Tabulka 7: EDIČNÍ A PUBLIKAČNÍ ČINNOST HS V PROBLEMATICE HIV/AIDS

Kraj	Brožury	Letáky	Články	Film	Plakáty	Jiná	Celkem
Hl. m. Praha	0	0	0	0	0	0	0
Středočeský	0	0	1	0	0	0	1
Jihočeský	0	0	1	0	0	0	1
Plzeňský	1	0	22	0	1	0	24
Karlovarský	0	0	4	0	0	0	4
Ústecký	0	0	3	0	0	0	3
Liberecký	0	0	4	0	0	0	4
Královéhradecký	0	0	10	0	0	0	10
Pardubický	0	0	0	0	0	0	0
Vysočina	2	0	0	0	0	0	2
Jihomoravský	0	0	0	0	0	0	0
Olomoucký	0	0	6	0	0	0	6
Zlínský	0	0	3	0	0	0	3
Moravskoslezský	0	0	0	0	0	0	0
Celkem	3	0	54	0	1	0	58

Oproti předchozímu roku byl zaznamenán pokles ve vlastní ediční činnosti institucí v ochraně veřejného zdraví: zatímco v průběhu roku 2002 vzniklo v rámci těchto aktivit celkem 128 brožur, publikací, článků, plakátů apod., v roce 2003 se jednalo již jen o pouze 53 článků, 3 brožury a 1 plakát!

Zde upozorňujeme na to, že do této statistiky jsme neřadili celostátně vyráběné a distribuované materiály SZÚ, jedná se nám o přehled „lokálních“ aktivit v rámci prevence HIV/AIDS. Tento přehled o činnosti je uveden na jiném místě této ročenky.

Za kritické považujeme, že ve 3 regionech ČR (Pardubickém, Jihomoravském a Moravskoslezském) nevzniknul v průběhu celého roku jediný preventivní materiál a nebyl publikován ani jediný článek v prevenci HIV/AIDS. Nejvíce aktivní se v tomto ohledu jeví kraj Plzeňský a Královéhradecký.

Tabulka 5: JINÉ AKTIVITY HS V OBLASTI PREVENCE HIV/AIDS PODLE CÍLOVÝCH SKUPIN – POČTY HS UVÁDĚJÍCÍCH DANOU AKTIVITU

Kraj	Cílová skupina										
	počet ZÚ/KHS s jinými aktivitami	injekční uživatelé drog	komerční sexuální pracovnice	komerční sexuální pracovníci	gay minorita	vojáci / branci	vězni	bezdomovci	jiné etnické skupiny	utečenci	jiná
Hl. m. Praha	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Středočeský	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jihočeský	2	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Plzeňský	2	2	1	1	0	1	0	1	1	0	1
Karlovarský	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	1
Ústecký	4	3	1	1	1	0	2	1	2	0	4
Liberecký	3	1	2	0	0	0	0	0	0	0	2
Královéhradecký	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Pardubický	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vysočina	3	2	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Jihomoravský	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Olomoucký	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0
Zlínský	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Moravskoslezský	2	2	1	1	1	1	2	0	0	0	0
Celkem	27	18	7	4	4	5	5	2	3	0	13

Počet ZÚ/KHS provádějících a podávajících hlášení o jiných aktivitách v prevenci HIV/AIDS se snížil z 46 na 27. Tyto aktivity jsou zaměřeny zejména na injekční uživatele drog a komerční sexuální služby.

Tabulka 6: SPOLUPRÁCE HS S JINÝMI ORGANIZACEMI V OBLASTI PREVENCE HIV/AIDS PODLE CÍLOVÝCH SKUPIN

Kraj	Cílová skupina										
	počet spolu- pracujících organizací	injekční uživatelé drog	komerční sexuální pracovnice	komerční sexuální pracovníci	gay minorita	vojáci / branci	vězni	bezdomovci	jiné etnické skupiny	utečenci	jiná
Hl. m. Praha	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Středočeský	6	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Jihočeský	11	2	0	0	0	0	0	0	0	0	9
Plzeňský	14	3	2	2	1	0	0	0	0	0	10
Karlovarský	4	1	1	1	0	0	0	1	0	0	3
Ústecký	11	7	4	3	1	0	1	1	1	0	6
Liberecký	6	2	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Královéhradecký	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Pardubický	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vysočina	8	3	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Jihomoravský	4	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2
Olomoucký	5	1	0	0	1	0	0	0	0	0	3
Zlínský	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
Moravskoslezský	10	4	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Celkem	87	28	7	6	3	1	1	2	2	0	60

Počet spolupracujících organizací s orgány ochrany veřejného zdraví v oblasti prevence HIV/AIDS se snížil ze 182 (2002) na 87 v roce 2003, tedy o více než polovinu! Cílovou skupinou jsou zejména injekční uživatelé drog (28 organizací) a komerční sexuální pracovníci (13 organizací). Jediný program se nesoustředí na utečence a pouze jediný na osoby ve výkonu trestu.

Tabulka 8: OSTATNÍ ČINNOST HS V OBLASTI PREVENCE HIV/AIDS

Kraj	Přednášky		Besedy		Semináře		Rozhlas	Televize	Jiné	
	počet účastníků	počet hodin	počet účastníků	počet hodin	počet účastníků	počet hodin	počet hodin	počet hodin	počet účastníků	počet hodin
Hl. m. Praha	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Středočeský	610	23	280	2	0	0	0	0	1109	29
Jihočeský	175	6*	360	50	120	8	1	1	0	0
Plzeňský	0*	7	29*	53	0	0	4	2	800	17
Karlovarský	43	2	163	6	0	0	0	0	856	26
Ústecký	1542	287	391	20*	0	0	2	0	3527	20*
Liberecký	0*	30	0	0	0	0	2	0	0	0
Královéhradecký	300*	16	0*	47	120*	8	1	2	1050	2*
Pardubický	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vysočina	399	20	76	5	0	0	1	0	5000	0*
Jihomoravský	350	11	2657	66	35	3	2	0	0	0
Olomoucký	1500	20	450	5	0	0	2	1	500	20
Zlínský	385	10	70	6	54	0*	3	0	1500	0*
Moravskoslezský	282	18	495	19	60	18	0	0	1	0*
Celkem	5586	450	4971	279	389	37	18	6	14343	114

* Údaje z části nebo úplně neuvedeny (tj. organizace uvádí jen počet hodin bez počtu účastníků nebo naopak počet účastníků bez počtu hodin)

Ostatní aktivity se zaměřily zejména na přednášky a besedy, ovšem i zde počet účastníků dramaticky klesají: zatímco v roce 2002 se přednášek účastnilo celkem 13 131 účastníků, v roce 2003 to bylo již jen 5586 osob (pokles o 57,5 %), v roce 2002 se účastnilo besed celkem 14 752 účastníků, v roce 2003 se jednalo již jen o 4971 účastníků (pokles o 65,9 %).

Počet oslovených těmito formami prevence HIV/AIDS se v průběhu let 2002–2003 změnil následovně: 49 288 osob v roce 2002 a 25 289 osob v roce 2003 – jedná se 48,7% pokles.

Tabulka 9: ÚČAST V PROJEKTU HROU PROTI AIDS V ČR V ROCE 2003 PODLE REGIONŮ

Kraj	Počet zúčastněných								
	celkem	žáci ZŠ	studenti	učni	vojáci	prezentace	noví organizátoři	noví moderátoři	pořádající instituce
Praha	295	180	115	0	0	30	1	5	SZÚ, J
Středočeský	1618	758	746	114	0	30	2	35	SZÚ, KHS, J,
Jihočeský	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jihomoravský	3169	2176	993	0	0	60	0	1	ZÚ
Karlovarský	876	56	603	217	0	10	0	7	KHS
Kraj Vysočina	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Královéhradecký	800	380	100	320	0	10	0	1	ZÚ
Liberecký	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Moravskoslezský	2255	1168	1087	0	0	60	1	15	J
Olomoucký	436	380	0	56	0	12	0	12	KHS
Pardubický	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Plzeňský	1354	33	912	356	53	32	0	12	KHS
Ústecký	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zlínský	1590	1428	60	102	0	20	2	15	ZÚ, KHS
Celkem	12393	6559	4616	1165	53	264	6	103	

SZÚ – státní zdravotní ústav; KHS – krajské hygienické stanice; ZÚ – zdravotní ústav; J – jiné organizace.

Studie znalostí žáků a studentů některých jihlavských škol o problematice HIV/AIDS



MUDr. Stanislav Wasserbauer

I. ÚVOD

Epidemiologickou studii zaměřenou na znalosti žáků a studentů o problematice HIV/AIDS provedl Zdravotní ústav se sídlem v Jihlavě v únoru 2004.

Žákům a studentům vybraných jihlavských škol byl předložen dotazník (viz příloha), který byl vytvořen MUDr. Wasserbauerem a konzultován s manažerem HIV/AIDS pro ČR MUDr. Jedličkou. Dotazník byl anonymní, respondenti ho vyplňovali samostatně bez pomoci pedagogů.

Dotazníky vyplnilo a odevzdalo celkem 320 respondentů z 8 škol města Jihlavy. Z celkového počtu 320 respondentů bylo 167 studentů druhých a třetích ročníků čtyř středních škol a 153 žáků osmých ročníků čtyř základních škol.

Pro zajímavost bylo o vyplnění dotazníku požádáno i šest pracovníků erotického salónu. Výsledky tohoto průzkumu jsou uvedeny pouze v závěru této studie.

Tab. č. 1: Počet respondentů z jednotlivých škol

Škola	Chlapci	Dívky	Celkem
ZŠ Křížova	22	23	45
ZŠ Masarykova	8	10	18
ZŠ Rošického	12	8	20
ZŠ Seifertova	40	30	70
ZŠ celkem	82	71	153
Farmeko	9	21	30
Gymnázium	16	24	40
ISŠ stavební Žižkova	35	12	47
SZŠ a VZŠ	0	50	50
SŠ celkem	60	107	167
CELKEM ZŠ + SŠ	142	178	320

Z celkového počtu 320 respondentů bylo 178 dívek (55,6 %) a 142 chlapců (44,4 %). Studie se zúčastnilo 153 žáků (47,8 %) z 8. tříd základních škol a 167 (52,2 %) studentů z 2. a 3. ročníků středních škol.

Tab. č. 2: Rozložení respondentů podle ročníků

Ročník	Počet (v %)
8. třída ZŠ	153 (47,8 %)
2. ročník SŠ	108 (33,8 %)
3. ročník SŠ	59 (18,4 %)

Tab. č. 3: Věková charakteristika respondentů (počet dosažených let)

Věk	Absolutní počet	v %
13 let	48	15 %
14 let	88	27,5 %
15 let	14	4,4 %
16 let	42	13,1 %
17 let	82	25,6 %
18 let	44	13,8 %
19 let	1	0,3 %
20 let	1	0,3 %
Celkem	320	100 %

II. JEDNOTLIVÉ OTÁZKY

Dotazník obsahoval celkem 16 otázek, týkajících se problematiky AIDS a HIV nákazy. U některých otázek byla správná jedna i více odpovědí. Správné odpovědi jsou v tabulkách zvýrazněny. Údaje v tabulkách jsou uváděny jak v absolutních číslech, tak i v procentech.

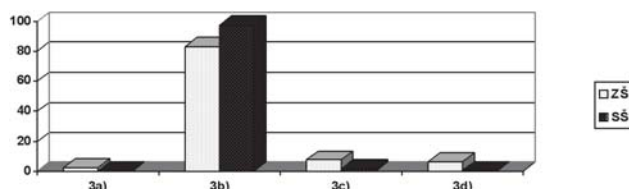
Otázka č. 3: AIDS je:

Tab. č. 4: Četnost jednotlivých odpovědí na otázku č. 3 v % dle typu školy

AIDS je:	ZŠ	SŠ	Celkem
a) onemocnění srdce	2,6 %	0	1,3 %
b) získané selhání imunity	83 %	97,6 %	90,6 %
c) postižení svalů, nervů a mízních uzlin	7,8 %	1,8 %	4,7 %
d) nevím	6,6 %	0,6 %	3,4 %

Na tuto otázku správně odpovědělo 90,6 % všech respondentů (83 % žáků ZŠ a 97,6 % studentů SŠ). Nesprávnou odpověď uvedlo 6 % všech respondentů, otázku nedokázalo zodpovědět 3,4 % všech respondentů.

Graf. č. 1: Četnost jednotlivých odpovědí na otázku č. 3 v % dle typu školy



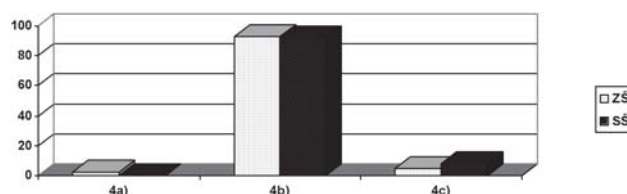
Otázka č. 4: Poznám vždy člověka infikovaného virem HIV na první pohled?

Tab. č. 5: Četnost jednotlivých odpovědí na otázku č. 4 v % dle typu školy

Poznám vždy člověka s HIV?	ZŠ	SŠ	Celkem
a) ano	2,6 %	0	1,3 %
b) ne	92,8 %	92,2 %	92,5 %
c) nevím	4,6 %	7,8 %	6,3 %

Na tuto otázku správně odpovědělo 92,5 % všech respondentů (92,8 % žáků ZŠ a 92,2 % studentů SŠ). Nesprávnou odpověď uvedlo 1,3 % všech respondentů, otázku nedokázalo zodpovědět 6,3 % všech respondentů.

Graf. č. 2: Četnost jednotlivých odpovědí na otázku č. 4 v % dle typu školy



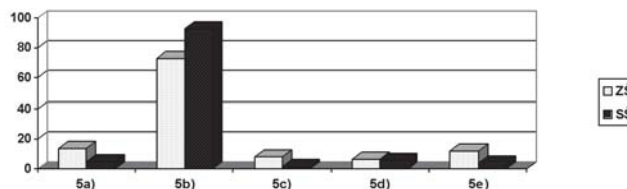
Otázka č. 5: Zdrojem HIV nákazy (AIDS) je:

Tab. č. 6: Četnost jednotlivých odpovědí na otázku č. 5 v % dle typu školy

Zdrojem HIV nákazy (AIDS) je	ZŠ	SŠ	Celkem
a) pouze člověk nemocný AIDS	13,1 %	4,8 %	8,8 %
b) člověk nemocný AIDS i člověk nakažený virem HIV	73,2 %	92,8 %	83,4 %
c) člověk nemocný AIDS i člověk nakažený virem HIV (ale ten až po roce nákazy)	7,8 %	1,8 %	4,7 %
d) zvíře	6,5 %	5,4 %	5,9 %
e) nevím	11,8 %	3,6 %	7,5 %

Na tuto otázku správně odpovědělo 83,4 % všech respondentů (73,2 % žáků ZŠ a 92,8 % studentů SŠ). Otázku nedokázalo zodpovědět 7,5 % všech respondentů.

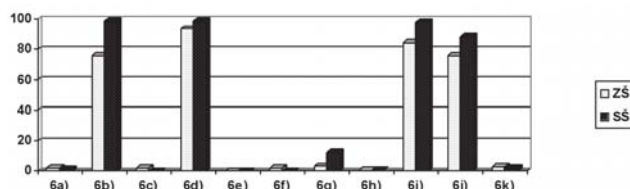
Graf. č. 3: Četnost jednotlivých odpovědí na otázku č. 5 v % dle typu školy



Otázka č. 6: Virus HIV (virus, který způsobuje AIDS) se přenáší:**Tab. č. 7: Četnost jednotlivých odpovědí na otázku č. 6 v % dle typu školy**

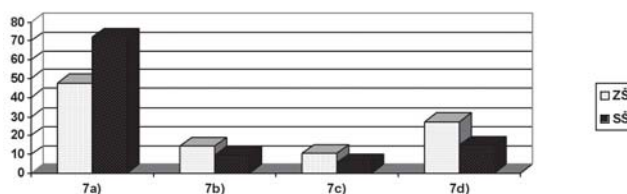
Virus HIV se přenáší	ZŠ	SŠ	Celkem
a) běžným polibkem	2 %	1,2 %	1,6 %
b) krví	75,8 %	98,8 %	87,8 %
c) kýcháním, kašláním	2 %	0	0,9 %
d) pohlavním stykem	93,5 %	98,8 %	96,3 %
e) podáním ruky	0	0	0
f) běžným kontaktem	2 %	0	0,9 %
g) bodnutím hmyzu	3,3 %	12,6 %	8,1 %
h) společným používáním WC a sprch	0,7 %	0,6 %	0,6 %
i) společným používáním jehel a stříkaček u narkomanů	84,3 %	98,2 %	91,6 %
j) z infikované matky na plod nebo novorozence	75,8 %	88,6 %	82,5 %
k) společným používáním nádobí, příborů a sklenic	2,6 %	1,8 %	2,2 %

U této otázky odpověděl správně ten, který zaškrtl čtyři zvýrazněné možnosti – b) krví (správně odpovědělo 87,8 % respondentů, z toho 75,8 % žáků ZŠ a 98,8 % studentů SŠ), d) pohlavním stykem (správně odpovědělo 96,3 % respondentů, z toho 93,5 % žáků ZŠ a 98,8 % studentů SŠ), i) společným používáním jehel a stříkaček... (správně odpovědělo 91,6 % respondentů, z toho 84,3 % žáků ZŠ a 98,2 % studentů SŠ), j) z infikované matky na plod nebo novorozence (správně odpovědělo 82,5 % respondentů, z toho 75,8 % žáků ZŠ a 88,6 % studentů SŠ). Další nejčastěji uváděnou odpovědí (8,1 % všech respondentů) bylo za g) bodnutím hmyzu.

Graf č. 4: Četnost jednotlivých odpovědí na otázku č. 6 v % dle typu školy**Otázka č. 7: Může dojít k přenosu nákazy HIV při pohlavním styku do konečníku?****Tab. č. 8: Četnost jednotlivých odpovědí na otázku č. 7 v % dle typu školy**

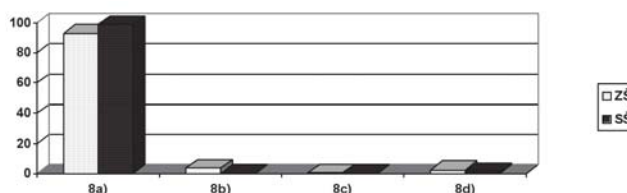
Může dojít k přenosu HIV při styku do konečníku?	ZŠ	SŠ	Celkem
a) ano	47,7 %	71,9 %	60,3 %
b) výjimečně ano	14,4 %	9,6 %	11,9 %
c) ne	10,5 %	5,4 %	7,8 %
d) nevím	27,5 %	15 %	20,9 %

Správnou odpověď uvedlo 60,3 % všech respondentů (47,7 % žáků ZŠ a 71,9 % studentů SŠ). Otázku nedokázalo zodpovědět 20,9 % všech respondentů.

Graf č. 5: Četnost jednotlivých odpovědí na otázku č. 7 v % dle typu školy**Otázka č. 8: Je možný přenos nákazy HIV z ženy na muže?****Tab. č. 9: Četnost jednotlivých odpovědí na otázku č. 8 v % dle typu školy**

Je možný přenos HIV z ženy na muže?	ZŠ	SŠ	Celkem
a) ano	92,8 %	98,8 %	95,9 %
b) výjimečně ano	3,9 %	0	1,9 %
c) ne	0,7 %	0	0,3 %
d) nevím	2,6 %	1,2 %	1,9 %

Správnou odpověď uvedlo 95,9 % všech respondentů (92,8 % žáků ZŠ a 98,8 % studentů SŠ). Otázku nedokázalo zodpovědět 1,9 % všech respondentů.

Graf č. 6: Četnost jednotlivých odpovědí na otázku č. 8 v % dle typu školy

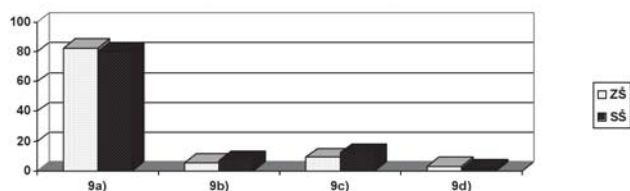
Otázka č. 9: Zabezpečuje správné použití prezervativu (kondomu) spolehlivou ochranu před nákazou?

Tab. č. 10: Četnost jednotlivých odpovědí na otázku č. 9 v % dle typu školy

Je kondom ochranou před HIV?	ZŠ	SŠ	Celkem
a) ano	82,4 %	80,2 %	81,3 %
b) výjimečně ano	5,9 %	7,2 %	6,6 %
c) ne	9,2 %	12,6 %	10,9 %
d) nevím	3,3 %	1,8 %	2,5 %

Správnou odpověď uvedlo 81,3 % všech respondentů (82,4 % žáků ZŠ a 80,2 % studentů SŠ). Otázku nedokázalo zodpovědět 2,5 % všech respondentů.

Graf č. 7: Četnost jednotlivých odpovědí na otázku č. 9 v % dle typu školy



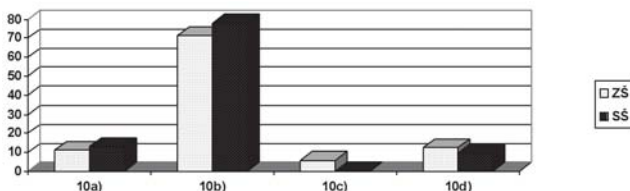
Otázka č. 10: Nákaza virem HIV může být krevním vyšetřením (testem HIV pozitivitu) spolehlivě zjištěna:

Tab. č. 11: Četnost jednotlivých odpovědí na otázku č. 10 v % dle typu školy

HIV může být z krve spolehlivě zjištěn	ZŠ	SŠ	Celkem
a) kdykoli po naze	11,1 %	13,2 %	12,2 %
b) po 2–3 měsících po naze	71,2 %	77,8 %	74,7 %
c) vyšetřením krve se nedá HIV pozitivita zjistit	5,9 %	0	2,8 %
d) nevím	12,4 %	9,6 %	10,9 %

Správnou odpověď uvedlo 74,7 % všech respondentů (71,2 % žáků ZŠ a 77,8 % studentů SŠ). Otázku nedokázalo zodpovědět 10,9 % všech respondentů.

Graf č. 8: Četnost jednotlivých odpovědí na otázku č. 10 v % dle typu školy



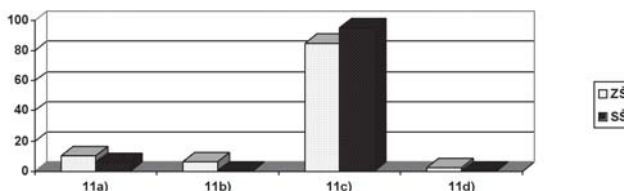
Otázka č. 11: AIDS je rozšířen:

Tab. č. 12: Četnost jednotlivých odpovědí na otázku č. 11 v % dle typu školy

AIDS je rozšířen	ZŠ	SŠ	Celkem
a) pouze mezi homosexuály a narkomany	10,5 %	6 %	8,1 %
b) pouze mezi těmi, kdo přijali transfuzi	6,5 %	0,6 %	3,4 %
c) mezi všemi skupinami obyvatel	85 %	95,2 %	90,3 %
d) nevím	2,6 %	0,6 %	1,6 %

Správnou odpověď uvedlo 90,3 % všech respondentů (85 % žáků ZŠ a 95,2 % studentů SŠ). Otázku nedokázalo zodpovědět 1,6 % všech respondentů.

Graf č. 9: Četnost jednotlivých odpovědí na otázku č. 11 v % dle typu školy



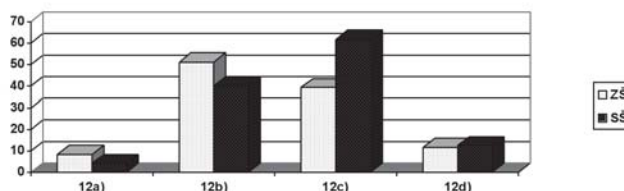
Otázka č. 12: Doba od nákazy virem HIV do propuknutí nemoci AIDS činí nejčastěji:

Tab. č. 13: Četnost jednotlivých odpovědí na otázku č. 12 v % dle typu školy

Doba od nákazy virem HIV do propuknutí nemoci AIDS činí nejčastěji	ZŠ	SŠ	Celkem
a) několik dní	8,5 %	4,2 %	6,3 %
b) několik měsíců	51 %	40,1 %	45,3 %
c) několik let	39,2 %	61,7 %	50,9 %
d) nevím	11,8 %	12,6 %	12,2 %

Správnou odpověď uvedlo pouze 50,9 % všech respondentů (39,2 % žáků ZŠ a 61,7 % studentů SŠ). Ale i otázku za b) několik měsíců lze brát za určitých okolností jako vyhovující – jako správnou ji označilo 45,3 % všech respondentů. Otázku nedokázalo zodpovědět 12,2 % všech respondentů.

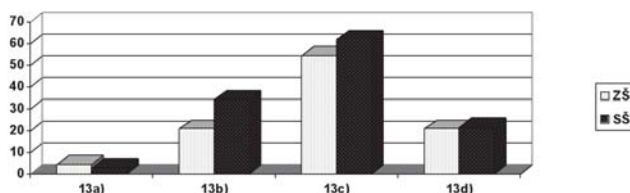
Graf č. 10: Četnost jednotlivých odpovědí na otázku č. 12 v % dle typu školy



Otázka č. 13: V současné době je v České republice HIV pozitivních:**Tab. č. 14: Četnost jednotlivých odpovědí na otázku č. 13 v % dle typu školy**

V současné době je v ČR HIV pozitivních	ZŠ	SŠ	Celkem
a) méně než 100 osob	4,6 %	3 %	3,8 %
b) kolem 500 osob	20,9 %	34,1 %	27,8 %
c) kolem 5000 osob	54,3 %	61,8 %	58,1 %
d) více než 50 000 osob	20,9 %	21,6 %	21,3 %

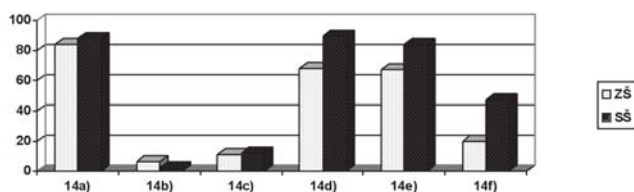
Za správnou odpověď je možno považovat za b) i za c) – možnost za b) označilo jako správnou 27,8 % všech respondentů (20,9 % žáků ZŠ a 34,1 % studentů SŠ), možnost za c) označilo jako správnou 58,1 % všech respondentů (54,3 % žáků ZŠ a 61,8 % studentů SŠ).

Graf č. 11: Četnost jednotlivých odpovědí na otázku č. 13 v % dle typu školy**Otázka č. 14: Spolehlivou ochranou proti přenosu viru HIV (AIDS) je:****Tab. č. 15: Četnost jednotlivých odpovědí na otázku č. 14 v % dle typu školy**

Spolehlivou ochranou proti přenosu HIV/AIDS je	ZŠ	SŠ	Celkem
a) správné používání kondomu	83,7 %	87,4 %	85,6 %
b) osobní hygiena, časté mytí rukou	6,5 %	3 %	4,7 %
c) u dívek a žen hormonální antikoncepce	11,8 %	12 %	11,9 %
d) neužívání drog injekční cestou	68 %	89,2 %	79,1 %
e) sexuální zdrženlivost a věrnost	66,7 %	83,8 %	75,6 %
f) vyhýbání se atypickým sexuálními praktikám	20,3 %	47,3 %	34,4 %

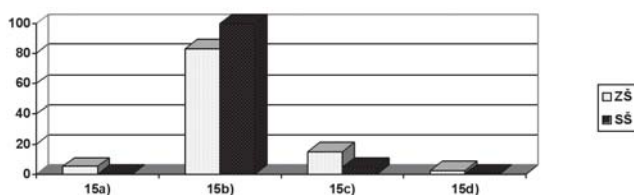
Správně odpověděli ti, kteří označili možnosti a), d), e) a f). Možnost a) zvolilo 85,6 % všech respondentů (83,7 % žáků ZŠ a 87,4 % studentů SŠ), možnost d) zvolilo 79,1 % všech respondentů (68 % žáků ZŠ a 89,2 % studentů SŠ), možnost e) zvolilo 75,6 % všech respondentů (66,7 % žáků ZŠ a 83,8 % studentů SŠ), možnost f)

34,4 % všech respondentů (20,3 % žáků ZŠ a 47,3 % studentů SŠ).

Graf č. 12: Četnost jednotlivých odpovědí na otázku č. 14 v % dle typu školy**Otázka č. 15: Které další infekční onemocnění hrozí lidem společně s nákazou virem HIV (AIDS) při nechráněném pohlavním styku nebo při píchání drog?****Tab. č. 16: Četnost jednotlivých odpovědí na otázku č. 15 v % dle typu školy**

Které další infekční onemocnění hrozí lidem při nechráněném pohlavním styku či píchání drog	ZŠ	SŠ	Celkem
a) chřipka	5,2 %	0	2,5 %
b) infekční žloutenka typu B	83 %	100 %	91,9 %
c) tuberkulóza	15 %	4,8 %	9,7 %
d) spála	2,6 %	0,6 %	1,6 %

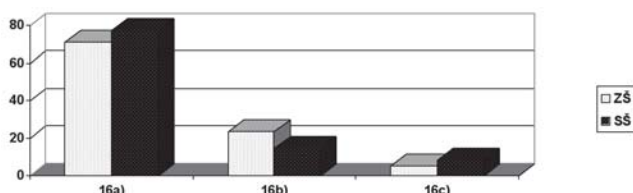
91,9 % všech respondentů zvolilo správnou odpověď (83 % žáků ZŠ a celých 100 % studentů SŠ). Druhým nejčastěji uváděným onemocněním byla tuberkulóza (9,7 % všech respondentů).

Graf č. 13: Četnost jednotlivých odpovědí na otázku č. 15 v % dle typu školy**Otázka č. 16: Mluvili jste již někdy ve škole o problematice AIDS a HIV nákazy?****Tab. č. 17: Četnost jednotlivých odpovědí na otázku č. 16 v % dle typu školy**

Mluvili jste někdy ve škole o problematice HIV/AIDS nákazy?	ZŠ	SŠ	Celkem
a) ano, opakovaně	71,3 %	77,2 %	74,4 %
b) ano, pouze jednou	23,5 %	14,4 %	18,8 %
c) ne, nikdy	5,2 %	8,4 %	6,9 %

74,4 % všech respondentů uvedlo, že o problematice AIDS a HIV nákazy mluvili ve škole opakovaně (71,3 % žáků ZŠ a 77,2 % studentů SŠ). Pouze jednou se probíralo téma AIDS/HIV podle 18,8 % všech dotázaných (23,5 % žáků ZŠ a 14,4 % studentů SŠ). Zbývajících 6,9 % všech respondentů uvedlo, že o této problematice nikdy ve škole nehovořili (5,2 % žáků ZŠ a 8,4 % studentů SŠ).

Graf č. 14: Četnost jednotlivých odpovědí na otázku č. 16 v % dle typu školy



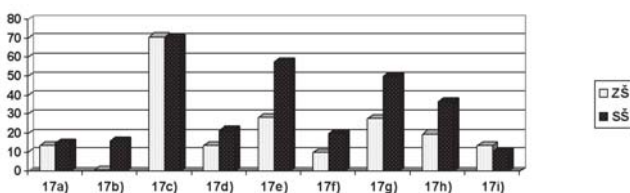
Otázka č. 17: Nejvíce informací o onemocnění AIDS a HIV nákaze jsem doposud získal (a) od:

Tab. č. 18: Četnost jednotlivých odpovědí na otázku č. 17 v % dle typu školy

Nejvíce informací o HIV/AIDS jsem získal od	ZŠ	SŠ	Celkem
a) rodičů	13,7 %	15 %	14,4 %
b) sourozenců	0,7 %	16,2 %	8,8 %
c) učitelů	70,6 %	69,5 %	70 %
d) kamarádů	13,7 %	21,6 %	17,8 %
e) z tisku	28,1 %	57,5 %	43,4 %
f) z knih	9,8 %	19,8 %	15 %
g) z rozhlasu nebo televize	27,5 %	49,7 %	39,1 %
h) ze zdravotně výchovných materiálů	19,6 %	36,5 %	28,4 %
i) z jiného zdroje	13,7 %	10,2 %	11,9 %

Nejvíce informací o onemocnění AIDS a HIV získali respondenti od učitelů – 70 % (70,6 % žáků ZŠ a 69,5 % studentů SŠ). 43,4 % respondentů uvedlo jako častý zdroj informací tisk (noviny a časopisy) – 28,1 % žáků ZŠ a 57,5 % studentů SŠ, třetí nejčastěji volenou možností získávání informací byl rozhlas a televize – 39,1 % všech respondentů (27,5 % žáků ZŠ a 49,7 % studentů SŠ). Jako „jiný zdroj“ byl nejčastěji uváděn internet (jak žáci ZŠ, tak i studenti SŠ), dále pak přednášky jiných lektorů než učitelů včetně osoby HIV pozitivní. Žáci ZŠ uváděli i peer program, který na ZŠ školách jihlavského okresu pravidelně organizuje již mnoho let Zdravotní ústav se sídlem v Jihlavě.

Graf č. 15: Četnost jednotlivých odpovědí na otázku č. 17 v % dle typu školy



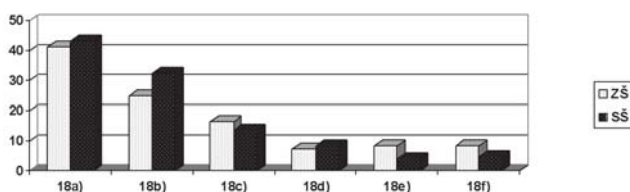
Otázka č. 18: Domníváš se, že v problematice HIV nákazy a AIDS existuje dostatečné množství zdravotně výchovných materiálů, knížek, brožur, videofilmů apod.?

Tab. č. 19: Četnost jednotlivých odpovědí na otázku č. 18 v % dle typu školy

Existuje dost materiálů, videofilmů apod. o HIV/AIDS	ZŠ	SŠ	Celkem
a) ano, je jich dostatečné množství	41,2 %	43,1 %	42,2 %
b) ano, je jich dost, ale uvítal bych, kdyby jich bylo více	24,8 %	32,3 %	28,8 %
c) myslím si, že jich je dostatek, ale nevím, kde je získat	16,3 %	13,8 %	15 %
d) myslím si, že jich je dostatek, ale přístup k nim je velmi omezený	7,2 %	8,4 %	7,8 %
e) těchto materiálů je velmi málo, je jich nedostatek	8,5 %	4,2 %	6,3 %
f) nevím	8,5 %	4,8 %	6,6 %

Nejvíce respondentů – 42,2 % (41,2 % žáků ZŠ a 43,1 % studentů SŠ) si myslí, že různých materiálů k problematice HIV nákazy a AIDS je dostatečné množství. 28,8 % respondentů (24,8 % žáků ZŠ a 32,3 % studentů SŠ) uvedlo, že materiálů je dost, ale uvítali by jich ještě více. Kde tyto materiály získat neví 15 % respondentů (16,3 % žáků ZŠ a 13,8 % studentů SŠ), 7,8 % respondentů (7,2 % žáků ZŠ a 8,4 % studentů SŠ) uvedlo, že k materiálům je velmi omezený přístup. Pouze 6,3 % (8,5 % žáků ZŠ a 4,2 % studentů SŠ) zúčastněných se domnívá, že materiálů je nedostatek, 6,6 % všech respondentů na tuto otázku nedokázalo odpovědět.

Graf č. 16: Četnost jednotlivých odpovědí na otázku č. 18 v % dle typu školy



III. ZÁVĚR

Výsledky studie prokazují, že znalosti mladých lidí v problematice HIV nákazy a AIDS jsou na dobré úrovni. Důležitou roli v podávání základních informací hraje škola, pokud někdo není lhostejný, je i dostatek materiálů s informacemi o této nemoci.

Přesto je zapotřebí ještě účinnější prevence s využitím netradičních metod, aby se předešlo podceňování a lhostejnosti k této smrtelné chorobě.

Jako zajímavost uvádím na závěr i výsledky, získané při předložení stejného dotazníku, jaký vyplňovali žáci

a studenti, šesti pracovnícím jihlavského erotického salonu. Je potěšitelné, že téměř 100 % všech odpovědí bylo správných. Nemohlo překvapit neuvedení jedné ze čtyř správných možností v otázce č. 14 „Spolehlivou ochranou proti přenosu HIV/AIDS je:“ za f) vyhýbání se atypickým sexuálními praktikám ani jednou respondentkou, zajímavé naopak bylo, že všechny ženy uvedly, že ve škole o problematice HIV/AIDS opakovaně mluvili, stejně tak jako skutečnost, že nejvíce informací o této problematice získaly od učitelů a ze zdravotně výchovných materiálů – těch je podle jejich názoru dostatečné množství, dvě z nich by uvítaly, kdyby jich bylo více.

Plán aktivit na úseku řešení problematiky HIV/AIDS v České republice v roce 2004



*Jaroslav Jedlička, Marie Brůčková, Marie Staňková, Karel Hampel,
Ivo Procházka, Vladimír Resl, Daniela Kondrová, Blanka Chmelová*

Preventivní aktivity

Pořadové číslo: 1

Název: regionální programy prevence HIV/AIDS (zaměřené na širokou veřejnost - regionální masmédia, výtvarné soutěže apod.)

Nositel: všechny ZÚ

Termín: průběžně do 31. 12. 2004

Kritéria plnění: počet akcí a výčet jednotlivých aktivit, včetně využitých masmédií – dle závěrečných zpráv

Pořadové číslo: 2

Název: činnost linek pomoci AIDS a poraden AIDS, včetně bezplatné Národní linky pomoci AIDS

Nositel: Národní linka pomoci HIV/AIDS, ostatní linky a poradny – vybrané ZÚ, AIDS centra, ČSAP a další linky občanských sdružení, Sexuologický ústav v Praze

Termín: průběžně do 31. 12. 2004

Kritéria plnění: počet klientů, počet dotazů a jejich charakter

Pořadové číslo: 3

Název: aktivity ke Světovému dni boje proti AIDS 2004

Nositel: SZÚ, ZÚ a KHS, občanská sdružení (OS)

Termín: do 1. 12. 2004

Kritéria plnění: přehled akcí

Pořadové číslo: 4

Název: spolupráce Národního monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti s Národním programem boje proti AIDS

Nositel: Národní monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti, Národní program boje proti AIDS, SZÚ – NRL AIDS a PMNP ve spolupráci s ZÚ včetně jejich poboček a s nízkoprahovými centry pro uživatele drog.

Termín: průběžně do 31. 12. 2004

Kritéria plnění: výsledky spolupráce

Pořadové číslo: 5

Název: zajištění tiskových materiálů pro prevenci HIV/AIDS

Nositel: SZÚ – PMNP, NRL AIDS, AIDS centra, vybrané ZÚ, OS podle schválených projektů

Termín: průběžně do 31. 12. 2004

Kritéria plnění: počet a druh materiálů, náklad, způsob využití

Pořadové číslo: 6

Název: programy prevence HIV/AIDS zaměřené na mládež

Nositel: SZÚ – PMNP, NRL AIDS, AIDS centra, ZÚ v ČR, vybraná OS (MČČK, ČSAP, SPRSV, ACET, Free Teens, Drak a řada dalších)

Termín: průběžně do 31. 12. 2004

Kritéria plnění: počet a typ akcí, počet účastníků (besedy, semináře, diskotéky, divadelní představení apod.)

Pořadové číslo: 7

Název: vzdělávání pedagogů v oblasti sexuální výchovy a prevence HIV/AIDS a ostatních STD

Nositel: MŠMT, SZÚ, AIDS centra, IPVZ, vybrané ZÚ, OS (FreeTeens)

Termín: průběžně do 31. 12. 2004

Kritéria plnění: počet akcí, počet účastníků, počet výukových hodin, hodnocení účastníků

Pořadové číslo: 8

Název: prevence HIV/AIDS u obyvatelstva rómské národnosti

Nositel: vybrané ZÚ a vybraná OS (ČSAP, Drak)

Termín: průběžně do 31. 12. 2004

Kritéria plnění: počet a druh akcí, počet účastníků

Pořadové číslo: 9

Název: zdravotní výchova pro příslušníky gay minority

Nositel: ČSAP, OS „Šance“, CODE 004 a popř. další vybraná OS ve spolupráci se ZÚ

Termín: průběžně do 31. 12. 2004

Kritéria plnění: průběžné a závěrečné zprávy o plnění aktivit v jednotlivých organizacích

Pořadové číslo: 10

Název: zdravotní výchova zaměřená na prevenci STD a HIV/AIDS u osob poskytujících placené sexuální služby

Nositel: OS „Rozkoš bez rizika“ a „Šance“ (homoprotituce), „JANA“- Dermatovenerologická klinika FN Plzeň, vybrané ZÚ, K-centrum Teplice, Marita P (tým Káro)

Termín: průběžně do 31. 12. 2004

Kritéria plnění: závěrečné zprávy o činnosti s uvedením počtu kontaktovaných, počtu vyšetřených a výsledků vyšetření

Pořadové číslo: 11

Název: projekt prevence HIV/AIDS a ostatních STD v příhraničních oblastech se zvl. zaměřením na problematiku prostituce

Nositel: ZÚ v příhraničních oblastech, OS „Rozkoš bez rizika“, K-centrum Teplice, Marita P, projekt JANA

Termín: průběžně do 31. 12. 2004

Kritéria plnění: zprávy o činnosti

Pořadové číslo: 12

Název: činnost poradenských středisek zaměřených na osoby poskytující placené sexuální služby v Praze a činnost mobilní gynekologicko-venerologické jednotky

Nositel: OS „Rozkoš bez rizika“ a OS „Šance“

Termín: průběžně do 31. 12. 2004

Kritéria plnění: počet klientů, jejich skladba, záchyt venerických onemocnění a jejich léčba a hlášení KHS/ZÚ, zpráva o činnosti obou center

Pořadové číslo: 13

Název: terénní sociální práce (streetwork) mezi komerčními sexuálními pracovníci a pracovníky a jejich klienty

Nositel: OS „Rozkoš bez rizika“, OS „Šance“, Marita P, projekt JANA, vybrané ZÚ

Termín: průběžně do 31. 12. 2004

Kritéria plnění: počet kontaktovaných, počet vyšetřených, výsledky vyšetření

Pořadové číslo: 14

Název: „Hrou proti AIDS“ (modifikovaný program „Parkúr o AIDS, lásce a sexualitě“) – interaktivní program v prevenci nechtěných těhotenství a pohlavně přenosných infekcí včetně HIV pro mládež

Nositel: KHS Plzeň – pobočka Klatovy ve spolupráci se SZÚ – PMNP, dalšími KHS a ZÚ, OS a školami (formou peer-působení)

Termín: do 31. 12. 2004

Kritéria plnění: počet akcí, počet vyškolených moderátorů, počet zúčastněných, ohlas na program

Pořadové číslo: 15

Název: peer programy u mládeže a vybraných populačních skupin ve zvýšeném riziku HIV/AIDS

Nositel: SZÚ – PMNP, vybrané ZÚ, MČČK a další OS

Termín: průběžně do 31. 12. 2004

Kritéria plnění: počet činných peer poradců a počet jimi oslovených

Pořadové číslo: 16

Název: program prevence HIV/AIDS pro zdravotníky zaměřený na prevenci přenosu HIV ve zdravotnických zařízeních a omezení stigmatizace HIV+ osob

Nositel: AIDS centra, SZÚ – NRL AIDS, PMNP, vybrané ZÚ, regionální venerologická odd., IPVZ Praha, ÚDVZP Brno, ČSAP

Termín: průběžně do 31. 12. 2004

Kritéria plnění: počet a typ akcí, počet účastníků, počet výukových hodin

Pořadové číslo: 17

Název: prevence HIV/AIDS u žadatelů o azyl

Nositel: Ministerstvo vnitra ve spolupráci se SZÚ/PMNP a ČSAP

Termín: průběžně do 31. 12. 2004

Kritéria plnění: počet a typ akcí, jejich výsledky, zpráva o činnosti, počet distribuovaných vícejazyčných letáků a odezva na ně

Pořadové číslo: 18

Název: monitorovací systém prevence HIV/AIDS v ČR na úrovni ZÚ/KHS

Nositel: ZÚ/KHS ve spolupráci s MZ ČR a SZÚ – PMNP

Termín: průběžně do 31. 12. 2004

Kritéria plnění: výsledky – závěrečné zprávy a následné zpracování a publikace výsledků v Ročence Národního programu HIV/AIDS, 2004–2005

Pořadové číslo: 19

Název: koordinační a monitorovací systém Národního programu HIV/AIDS včetně jeho hodnocení a doplňování na centrální i regionální úrovni (vč. hodnocení indikátorů UNAIDS/WHO)

Nositel: MZ ČR ve spolupráci s Národní komisí HIV/AIDS, KHS/ZÚ, Sexuologickým ústavem 1. LF UK, MŠMT, ČDS ČLS JEP, Národní monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti, AIDS centra, Fórum nevládních organizací v prevenci HIV/AIDS

Termín: průběžně do 31. 12. 2004

Kritéria plnění: zhodnocení stanovených ukazatelů Národního programu HIV/AIDS včetně indikátorů UNAIDS (CRIS – Country Response Information System)

Pořadové číslo: 20

Název: internetové stránky Národního programu HIV/AIDS (na adrese www.aids-hiv.cz) a vybrané webové stránky ZÚ/KHS, OS

Nositel: SZÚ – PMNP a NRL AIDS, ZÚ/KHS, OS

Termín: průběžně do 31. 12. 2004

Kritéria plnění: počet a struktura stránek, počet návštěvníků, ohlas uživatelů

Pořadové číslo: 21

Název: zapojení se do mezinárodní akce „Světlo pro AIDS“

Nositel: OS ve spolupráci s Národním programem HIV/AIDS

Termín: dle vyhlášení koordinátorů mezinárodní akce „Světlo pro AIDS“

Kritéria plnění: počet účastníků, počet akcí, odezva v masmédiích

Pořadové číslo: 22

Název: spolupráce Národního programu HIV/AIDS s UNAIDS (United Nations Joint Programme on AIDS)

Nositel: MZ ČR a SZÚ – UNAIDS Focal Point – Česká republika a Národní program HIV/AIDS

Termín: průběžně do 31. 12. 2004

Kritéria plnění: zapojení se ČR do PCB UNAIDS (koordinační rada Světového programu boje proti AIDS), počet poskytnutých materiálů UNAIDS, jejich využití v podmínkách ČR

Pořadové číslo: 23

Název: činnost PMNP v oblasti managementu Národního programu HIV/AIDS

Nositel: SZÚ – PMNP

Termín: průběžně do 31. 12. 2004

Kritéria plnění: podle hodnocení MZ ČR: výsledky zasedání Výkonného výboru NK AIDS, příprava podkladových materiálů a doporučení pro MZ ČR, výsledky plánovaného pracovního setkání s krajskými epidemiology a reprezentanty AIDS center v oblasti hlášení nových případů HIV pozitivitu, epidemiologického šetření a dohledání kontaktů a v oblasti regionálních programů prevence HIV/AIDS

Pořadové číslo: 24

Název: mezinárodní seminář „AIDS, drogy a my 2004“

Nositel: OS „Společně a s nadějí proti AIDS a drogám“

Termín: listopad 2004

Kritéria plnění: počet a skladba účastníků, závěry a doporučení semináře

Pořadové číslo: 25

Název: zvýšení dostupnosti kondomů a poradenství v zařízeních Vězeňské služby

Nositel: Ministerstvo spravedlnosti event. jednotlivá vězeňská zařízení ve spolupráci s Národní komisí HIV/AIDS

Termín: průběžně do 31. 12. 2004

Kritéria plnění: zpráva o aktivitách v dané oblasti

Pořadové číslo: 26

Název: účast ČR v programu Evropské unie „EuroPeer“

Nositel: SZÚ – PMNP ve spolupráci s organizacemi realizujícími peer programy a s koordinujícím pracovištěm (University of Exeter, Velká Británie)

Termín: průběžně do 31. 12. 2004

Kritéria plnění: počet aktivit uspořádaných v rámci projektu, distribuce českého překladu manuálu projektu Europeer pro vrstevnické programy v ČR, využití manuálu v praxi

HIV testování, poradenství a surveillance HIV infekce

Pořadové číslo: 27

Název: laboratorní diagnostika HIV včetně kontroly kvality a úrovně diagnostiky, anonymní testování HIV protilátek

Nositel: SZÚ – NRL AIDS, mikrobiologické laboratoře, transfúzní služba a další laboratoře provádějící diagnostiku HIV

Termín: průběžně do 31. 12. 2004

Kritéria plnění: počet vyšetření podle důvodu vyšetření a výsledky, účast na externím hodnocení kvality diagnostiky

Pořadové číslo: 28

Název: monitorovací systém HIV/AIDS v ČR v návaznosti na projekt EU „EuroHIV“

Nositel: SZÚ – NRL AIDS ve spolupráci s laboratořemi vyšetřujícími HIV protilátky

Termín: průběžně do 31. 12. 2004

Kritéria plnění: výsledky monitoringu

Pořadové číslo: 29

Název: skřínink HIV protilátek rychlými testy u osob ve zvýšeném riziku HIV/AIDS (zejména komerční sexuální pracovnice/pracovníci a injekční uživatelé drog)

Nositel: SZÚ – NRL AIDS ve spolupráci s Meziobzorňí komisí pro drogy a drogové závislosti, s vybranými zdravotnickými zařízeními a nezdravotnickými institucemi pracujícími s rizikovou populací

Termín: průběžně do 31. 12. 2004

Kritéria plnění: rozsah a výsledky vyšetření

Pořadové číslo: 30

Název: genetická a antigenní charakteristika viru HIV izolovaných v ČR

Nositel: SZÚ – NRL AIDS ve spolupráci s vybranými zdravotnickými zařízeními

Termín: průběžně do 31. 12. 2004

Kritéria plnění: počet vyšetřených kontaktů a výsledky, výsledky spolupráce

Pořadové číslo: 31

Název: sledování rezistence na antiretrovirové preparáty

Nositel: NRL AIDS ve spolupráci s AIDS centry a vybranými mikrobiologickými laboratořemi

Termín: průběžně do 31. 12. 2004

Kritéria plnění: rozsah a výsledky vyšetření

Pořadové číslo: 32

Název: vyhledávání a vyšetřování kontaktů HIV+ osob

Nositel: AIDS centra ve spolupráci s NRL AIDS, krajskými epidemiology, venerology a OS nabízejícími HIV testování v souladu se zákonem č. 258/2000 Sb.

Termín: průběžně do 31. 12. 2004

Kritéria plnění: počet vyšetřených kontaktů a výsledky, výsledky spolupráce, výsledky publikované v Ročence Národního programu HIV/AIDS

Pořadové číslo: 33

Název: diagnostika, terapie, depistáž a hlášení ostatních STD

Nositel: regionální venerologická oddělení ve spolupráci s venerology pracujícími pro KHS, OS provádějící testování na STD

Termín: průběžně do 31. 12. 2004

Kritéria plnění: souhrnná zpráva ÚZIS, výroční zprávy KHS a zprávy OS

Léčba a péče o HIV pozitivní osoby

Pořadové číslo: 34

Název: provádění konfirmačních testů, metodická činnost, řešení výzkumných úkolů

Nositel: CEM – NRL AIDS

Termín: průběžně do 31. 12. 2004

Kritéria plnění: kvalita a rozsah prováděné činnosti, zprávy o plnění výzkumných úkolů

Pořadové číslo: 35

Název: léčba HIV pozitivních a nemocných AIDS, včetně sledování HIV+ matek a jejich dětí

Nositel: AIDS centrum FN Bulovka Praha a regionální AIDS centra ve spolupráci se SZÚ – NRL AIDS

Termín: průběžně do 31. 12. 2004

Kritéria plnění: počet léčených a dispenzarizovaných, kvalita poskytované péče

Pořadové číslo: 36

Název: činnost ČSAP na úseku péče o HIV pozitivní, provoz Domu světla

Nositel: ČSAP a Dům světla

Termín: průběžně do 31. 12. 2004

Kritéria plnění: závěrečná zpráva o činnosti, počet klientů, počet a druh preventivních aktivit

Pořadové číslo: 37

Název: prosazování zásady, aby postupně stále větší počet lé-

ků k léčbě HIV/AIDS a diagnostických metod byl hrazen z prostředků zdravotního pojištění

Nositel: Infektologická společnost ČSL JEP a NRL AIDS ve spolupráci s MZ ČR – kategorizační komisí a zdravotními pojišťovnami za podpory osob žijících s HIV/AIDS

Termín: průběžně do 31. 12. 2004

Kritéria plnění: podíl zdravotního pojištění na hrazení ambulantní a lůžkové terapie HIV/AIDS a na hrazení diagnostických metod (stanovení virové nálože a stanovení rezistence na antiretrovirové preparáty), počet kategorizovaných léků

Pořadové číslo: 38

Název: přístrojové a technické dovybavování AIDS center

Nositel: AIDS centra ve spolupráci s Národní komisí HIV/AIDS a soukromými sponzory

Termín: průběžně do 31. 12. 2004

Kritéria plnění: kvalita a rozsah poskytované péče, množství, kvalita a stáří zdravotnické techniky

Ostatní aktivity

Pořadové číslo: 39

Název: udržování národního registru hemofiliků a udržování celostátního registru osob vyřazených z dárcovství krve

Nositel: ÚHKT Praha

Termín: průběžně do 31. 12. 2004

Kritéria plnění: zpráva o plnění úkolu

Pořadové číslo: 40

Název: aktivity Ministerstva vnitra u německých turistů přijíždějících do ČR v rámci prevence STD/HIV (není financováno z Národního programu boje proti AIDS)

Nositel: Ministerstvo vnitra

Termín: v průběhu r. 2004

Kritéria plnění: informace Ministerstva vnitra o efektivitě projektu

Stručný životopis komisaře EK Pavla Teličky

V průběhu zpracování Ročenky se stal pan Pavel Telička prvním komisařem ČR v Evropské komisi.

Spolupracuje s komisařem Davidem Byrnem a týmem na Generálním ředitelství pro zdraví a ochranu spotřebitele. **Kromě toho, že se bude zabývat veškerými tématy projednávanými v rámci kolegia komisařů, v následujících měsících se zaměří na některé specifické oblasti jako například HIV/AIDS, zdraví a životní prostředí.**

S ohledem na problematiku HIV/AIDS, kterou pan komisař Telička bude řešit v Evropské komisi, přetiskujeme jeho stručný životopis, převzatý z jeho internetových stránek (http://europa.eu.int/comm/commissioners/telicka/x_profile.cz.htm).

Pavel Telička

Pavel Telička se narodil ve Washingtonu D.C. dne 24. srpna 1965 v rodině českého diplomata. S manželkou Evou se oženil v roce 1990. Syn Jakub se narodil v roce 1992 a dcera Kateřina o 6 let později.

V roce 1986 dokončil studium práv na Karlově univerzitě v Praze.

Svou profesní kariéru zahájil v roce 1986 v odboru mezinárodního práva veřejného na Ministerstvu zahraničních věcí. V roce 1988 se přesunul do odboru mezinárodního práva soukromého a o další dva roky později se stal poradcem týmu vyjednávajícího tzv. Evropskou dohodu. Od té doby se Pavel Telička věnoval převážně problematice evropské integrace.

V letech 1991–1995 zastával různé funkce na Stálé misi České republiky při Evropských společenstvích, včetně funkcí zastupce vedoucího Mise a prozatímního vedoucího Mise.

V roce 1995 se stal ředitelem odboru Evropských společenství a v roce následujícím pak vrchním ředitelem sekce integrační (EU, NATO, OSN) na Ministerstvu zahraničních věcí.

V lednu 1998 byl jmenován náměstkem ministra zahraničí a krátce poté hlavním vyjednavatelem vstupu České republiky do Evropské unie. V říjnu 1999 byl povýšen na 1. náměstka ministra zahraničí a státního tajemníka pro evropské záležitosti.

Pouze několik dní po ukončení přístupových jednání v prosinci 2002 v Kodani se Pavel Telička vrátil do Bruselu, aby převzal funkci velvyslance a vedoucího Stálé mise České republiky při Evropských společenstvích.

V únoru 2004 byl nominován vládou České republiky na pozici komisaře EK s funkčním obdobím do roku 2009. Po dobu prvních šesti měsíců počínaje květnem 2004 spolupracuje s komisařem Davidem Byrnem zodpovědným za oblast zdraví a ochrany spotřebitele.

Pavel Telička pravidelně vystupuje jako přednášející na mnoha sympozii, konferencích a panelových diskuzích. V letech 1999–2002 vedl přednášky o evropské ekonomické integraci a aktuálních otázkách evropské integrace na Fakultě sociálních věd Univerzity Karlovy. V roce 2003 vydal společně s českým novinářem Karlem Bartákem knihu s názvem „Kterak jsme vstupovali...“, která popisuje ve formě dialogu nejruznější aspekty procesu jednání o přistoupení.

Od roku 1997 je členem dozorčí rady Nadace Tomáše Bati. V průběhu let 1999–2003 byl čestným členem správní rady Národního vzdělávacího fondu. V roce 2001 se stal čestným členem Centra dobré vůle, aktivně se pak účastní jeho charitativní akce „Podepsáno srdcem“ na podporu postižených dětí.

V roce 2003 byl vyznamenán prezidentem Václavem Havlem pamětní medailí za přínos integraci České republiky do Evropské unie a ve stejném roce pak pamětní medailí krále Jiřího z Poděbrad za mír, bezpečnost a rozvoj vzájemného porozumění mezi evropskými národy.

Pavel Telička je nadšeným sportovcem. Rád hraje rugby a squash a ve svém volném čase se rovněž věnuje posilování, běhu na lyžích, jízdě na kole a kolečkových bruslích. Kromě toho má rád hudbu, cestování a řízení automobilu.

Seznam telefonních linek pomoci AIDS a poraden HIV/AIDS v ČR pro rok 2004

Jaroslav Jedlička, Daniela Kondrová a Blanka Chmelová ve spolupráci se ZÚ a KHS v ČR

Kraje	Instituce – adresa a spojení	Linka pomocí AIDS	Poradna HIV/AIDS – adresa a spojení	Doba provozu	Kontaktní osoba	Bezplatné vyšetření na HIV	Placené vyšetření na HIV
Hl. m. Praha							
	ZÚ Praha Myslíkova 6 120 00 Praha 2 Tel. 224 910 757 224 910 758	Není (informace na č. 224 910 757 út a čt 9.00–11.00)	Myslíkova 6 120 00 Praha 2 Tel. 224 910 757 224 910 758	út a čt 9.00–11.00	paní Humpálová Marta Frantová Jana	Ano	550 Kč
Jihočeský kraj							
	ZÚ České Budějovice L.B. Schneidera 32 370 21 České Budějovice Tel. 387 712 383 ludmila.sattranova@zucb.cz	387 712 388	L.B. Schneidera 32 370 21 České Budějovice Tel. 387 712 388 387 712 383, 387 712 380	út 8.00–11.00 a 13.00–14.30 pá 8.00–11.00	MUDr. Sattranová Ludmila	Ne	450 Kč
	ZÚ pobočka Český Krumlov Havraní 594 381 01 Český Krumlov Tel. 387 712 712 ivana.krabatschova@khsb.cz	Není (informace na č. 387 712 712)	Havraní 594 381 01 Český Krumlov Tel. 387 712 712	po–pá 8.00–15.00	MUDr. Krabatschová Ivana	Ne	450 Kč
	ZÚ pobočka Jindřichův Hradec Bezručova 857/II 377 01 Jindřichův Hradec Tel. 387 712 544 alena.capkova@khsb.cz	Není (informace na č. 387 712 544 st 13.00–15.00 čt 10.30–16.30)	Bezručova 857/II 377 01 Jindřichův Hradec Tel. 387 712 544	st 13.00–15.00 čt 10.30–16.30	MUDr. Cihlová Marie	Ne	450 Kč
	ZÚ pobočka Písek K. Čapka 2459 397 01 Písek Tel. 382 210 129 jindra.jakimova@khsb.cz	Není (informace na č. 382 712 605 čt 7.00–17.00)	K. Čapka 2459 397 01 Písek Tel. 387 712 605	čt 7.00–17.00	MUDr. Těšíková Jana	Ne	450 Kč

Kraje	Instituce – adresa a spojení	Linka pomoci AIDS	Poradna HIV/AIDS – adresa a spojení	Doba provozu	Kontaktní osoba	Bezplatné vyšetření na HIV	Placené vyšetření na HIV
	ZÚ pobočka Prachovice Nemocniční 204 383 01 Prachovice Tel. 387 712 909 dagmar.capkova@khscb.cz	Není (informace na č. 387 712 909 čt 13.00–15.00)	Nemocniční 204 383 01 Prachovice Tel. 387 712 909	čt 13.00–15.00	MUDr. Nožička Jiří	Ne	450 Kč
	ZÚ pobočka Tábor Čsa. 1191 390 03 Tábor Tel. 387 712 433 hana.krachova@khscb.cz	Není (informace na č. 387 712 433)	Čsa. 1191 390 03 Tábor Tel. 387 712 433	st 15.00–16.00	MUDr. Pivcová Eva	Ne	400 Kč
	ZÚ pobočka Strakonice Žižkova 505 386 01 Strakonice Tel. 383 321 909 pavla.svecova@khscb.cz	Není (informace na č. 387 712 824)	Žižkova 505 386 01 Strakonice Tel. 387 712 824	st 14.00–16.30	MUDr. Žampachová Gabriela	Ne	450 Kč
Jihomoravský kraj							
	ZÚ Brno Gorkého 6 602 00 Brno Tel. 541 421 242 Fax 541 213 548 privorova@zubrno.cz	541 421 220 po–čt 7.00–10.00 st 13.00–16.30 pá 7.00–9.00 (informace mimo uvedené hodiny na č. 541 213 684)	Gorkého 6 602 00 Brno Tel. 541 421 220	po–čt 7.00–10.00 st 7.00–16.00 pá 7.00–9.00	MUDr. Přivorová	Ne	300 Kč
Karlovarský kraj							
	ZÚ Karlovy Vary Bezručova 8 360 21 Karlovy Vary Tel. 352 323 102	Není	Bezručova 8 360 21 Karlovy Vary Tel. 736 726 764	po 9.00–15.00	MUDr. Polomis	Ano	300 Kč
	ZÚ Karlovy Vary ÚP Sokolov Chelčického 1938 356 00 Sokolov Tel. 736 726 764	Není	Chelčického 1938 356 00 Sokolov Tel. 736 726 764	út 9.00–15.00	MUDr. Polomis	Ano	300 Kč

Kraje	Instituce – adresa a spojení	Linka pomoci AIDS	Poradna HIV/AIDS – adresa a spojení	Doba provozu	Kontaktní osoba	Bezplatné vyšetření na HIV	Placené vyšetření na HIV
	ZÚ Karlovy Vary pobočka Cheb Hradební 16 350 02 Cheb		Hradební 16 350 02 Cheb Tel. 736 726 764	st 9.00–15.00	MUDr. Polomis	Ano	300 Kč
	KHS Karlovy Vary ÚP Cheb Hradební 16 352 02 Cheb Tel. 354 418 129 Fax 354 423 205 jaroslava.hrabakova@khskv.cz	354 439 050 po–pá 7.00–15.00	Není	Ne	MUDr. Hrabáková Jaroslava	Ne	Ne
Kraj Vysočina							
	ZÚ Jihlava Vrchlického 57 587 25 Jihlava Tel. 567 574 701 Fax 567 303 071 sekretariat@zujih.cz	567 311 540 po, pá 7.30–10.00 st 12.30–14.30	Vrchlického 57 587 25 Jihlava Tel. 567 311 540	po, pá 7.30–10.00 st 12.30–14.30	MUDr. Dvořáková	Ano	Ne
	ZÚ pobočka Havlíčkův Brod Rozkošská 2331 580 01 Havlíčkův Brod Tel. 569 408 912 Fax 569 408 922 havlbroad@zujih.cz	Není (informace na č. 569 427 398)	Rozkošská 2331 580 01 Havlíčkův Brod Tel. 569 427 398	st 13.00–15.00	MUDr. Koblížek	Ano	Ne
	ZÚ pobočka Pelhřimov Slovanského bratrství 710 393 01 Pelhřimov Tel./fax 565 324 728 pelhrimov@zujih.cz	Není (informace na č. 566 355 437)	Slovanského bratrství 710 393 01 Pelhřimov Tel. 565 355 437	st 7.00–15.00	MUDr. Kimmerová	Ano	Ne
	ZÚ pobočka Žďár nad Sázavou Tyršova 3 591 01 Žďár nad Sázavou Tel. 566 650 811 Fax 566 650 888 zdar@zujih.cz	Není (informace na č. 566 650 840)	Hutařova 1 591 01 Žďár nad Sázavou Tel. 566 650 841	st 14.00–15.00	MUDr. Mašová	Ano	Ne

Kraje	Instituce – adresa a spojení	Linka pomocí AIDS	Poradna HIV/AIDS – adresa a spojení	Doba provozu	Kontaktní osoba	Bezplatné výšetření na HIV	Placené výšetření na HIV
Královéhradecký kraj							
	ZÚ Hradec Králové Habrmánova 19 501 01 Hradec Králové Tel. 495 058 328 Fax 495 521 507	495 058 777 po–pá 7.30–14.00	Habrmánova 19 501 01 Hradec Králové Tel. 495 058 115	po–pá 7.30–14.00	MUDr. Skalleová	Ne	460 Kč
	ZÚ pobočka Trutnov Úpická 100 541 01 Trutnov Tel. 499 847 424	Není (informace na č. 499 847 456)	Úpická 100 541 01 Trutnov	po–pá 8.00–14.00 (606 298 624) Odběry krve: po 8.00–10.00 pá 7.00–9.00 (499 847 455)	paní Dvořáčková MUDr. Hynková Zora	Ne	460 Kč
	ZÚ pobočka Náchod Krámská 29 547 01 Náchod Tel. 491 428 616	Není (informace na č. 491 487 984)	Krámská 29 547 01 Náchod Tel. 491 487 984	dle dohody	MUDr. Mathesová	Ne	Ne
Liberecký kraj							
	ZÚ Liberec U síla 1139 463 11 Liberec 30 Tel. 482 751 578 Fax 482 751 569 parma@zulib.cz	485 253 139 po–pá 8.00–11.00 po, st 13.30–15.00	Husova 64 463 11 Liberec Tel. 485 253 139	po–pá 8.00–11.00 po, st 13.30–15.00	MUDr. Zemanová	Ne	100 Kč
	KHS se sídlem v Liberci Husova 10 463 11 Liberec 1	485 113 333 po–st 7.00–17.00 čt 7.00–15.00 pá 7.00–14.30					
	ZÚ pobočka Česká Lípa Purkyňova 1849 470 06 Česká Lípa Tel. 487 826 828 Fax 487 820 037 Hana.knizova@khslibc.cz	487 826 888 po, st 7.00–17.00 út, čt 7.00–15.00	Purkyňova 1849 470 06 Česká Lípa Tel. 487 826 888	po, pá 7.30–12.00 út, st 7.30–17.00	MUDr. Knížová	Ano	400 Kč

Kraje	Instituce – adresa a spojení	Linka pomocí AIDS	Poradna HIV/AIDS – adresa a spojení	Doba provozu	Kontaktní osoba	Bezplatné výšetření na HIV	Placené výšetření na HIV
Moravskoslezský kraj							
	ZÚ Ostrava Partyzánské nám. 7 702 00 Ostrava I Tel. 596 200 156 lenka.petvaldska@zuova.cz	Není (informace na č. 569 200 156)	Partyzánské nám. 7 702 00 Ostrava I Tel. 596 200 156	po, čt 13.00–15.00	MUDr. Pětvaldská	Ano	700 Kč
	ZÚ pobočka Karviná Těřeškovské 2206 734 01 Karviná Tel. 596 397 111 aids.ka@zuova.cz	596 314 444 po, út, stř 8.00–15.30 čt, pá 8.00–13.30	Těřeškovské 2206 734 01 Karviná Tel. 596 314 444	po, st 8.00–15.30	Mgr. Franková	Ano	350 Kč
Olomoucký kraj							
	ZÚ Olomouc Wolkerova 74/6 779 11 Olomouc Tel. 585 719 111 Fax 585 719 239 podatelna@zuol.cz jana.vlckova@zuol.cz	Není (informace na č. 585 719 237)	ZÚ Olomouc Wolkerova 74/6 779 11 Olomouc Tel. 585 719 237	út 14.00–16.00	MUDr. Vlčková	Ano	300 Kč
	ZÚ Olomouc pobočka Šumperk Jeremenkova 7 787 01 Šumperk	Není (informace na č. 583 219 518)	pracoviště Víkřovice Tel. 583 219 518	po 13.00–15.00	MUDr. Vlčková	Ano	300 Kč
Pardubický kraj							
	ZÚ Pardubice Kyjevská 44 532 03 Pardubice Tel. 466 019 522 Fax 466 019 502 Ockovani.aids@pu.zupu.cz	466 019 522 po a čt 13.00–14.30	Kyjevská 44 532 03 Pardubice Tel. 466 019 522	po, čt 13.00–14.30	MUDr. Němečková	Ano	400 Kč

Kraje	Instituce – adresa a spojení	Linka pomoci AIDS	Poradna HIV/AIDS – adresa a spojení	Doba provozu	Kontaktní osoba	Bezplatné vyšetření na HIV	Placené vyšetření na HIV
	ZÚ pobočka Svitavy Pavlovova 6 568 02 Svitavy Tel./fax 461 530 547 podatelna@sy.zupu.cz jana.juraskova@sy.zupu.cz	Není	Pavlovova 6 568 02 Svitavy Tel. 461 534 526	st 9.00–11.30	MUDr. Jurásková	Ano	350 Kč
	ZÚ pobočka Ústí nad Orlicí J. a J. Kovářů 1412 562 06 Ústí nad Orlicí Tel. 465 522 175 Fax 465 522 176 podatelna@uo.zupu.cz	Není (informace na č. 465 524 318)	Poradna pro rizik. chování Smetanova 1390 562 01 Ústí nad Orlicí Tel. 465 524 318 Fax 465 524 328 aids.drogy@uo.zupu.cz	po 14.30–16.30	MUDr. Slezák	Ano	350 Kč
	ZÚ pobočka Chrudim Čáslavská 1146 537 01 Chrudim Tel. 469 688 636 podatelna@cr.zupu.cz	Není	Městský park 244 537 01 Chrudim Tel. 721 376 791	st 9.00–12.00 13.00–15.00	MUDr. Šmíd	Ano	350 Kč
	Plzeňský kraj						
	ZÚ Plzeň Tylova 20 301 25 Plzeň Tel. 378 037 701 Fax 378 037 708 helena.pitrova@zuplzen.cz	Není	Škrétova 15 303 22 Plzeň Tel. 377 155 220	po 12.30–15.30 st 7.30–9.00	MUDr. Pittrová	Ne	100 Kč Celý kraj: certifikát 250–300 Kč
	KHS Plzeň Tylova 20 301 25 Plzeň Tel./fax 378 037 767 miroslava.steklova@khsplzen.cz	377 324 325 úť 14.00–16.00	Není		MUDr. Štekllová Miroslava		
	ZÚ Plzeň Hradišská 30 305 43 Plzeň Tel. 377 241 148 Fax 377 240 638 jitka.pruchova@khsplzen.cz	Není	Hradišská 30 305 43 Plzeň Tel. 377 241 148	po 8.00–9.00	MUDr. Průchová	Ne	100 Kč

Kraje	Instituce – adresa a spojení	Linka pomoci AIDS	Poradna HIV/AIDS – adresa a spojení	Doba provozu	Kontaktní osoba	Bezplatné vyšetření na HIV	Placené vyšetření na HIV
	ZÚ pobočka Domažlice Školní 111 344 22 Domažlice Tel./fax 379 723 421 up.domazlice@khsplzen.cz	Není	Školní 111 344 22 Domažlice Tel. 379 723 421	po 13.00–13.30	MUDr. Sladká	Ne	100 Kč
	ZÚ pobočka Rokycany Sv. bojovníků za svobodu 68 337 11 Rokycany Tel. 371 723 773 Fax 371 722 051 maria.spacilova@khsplzen.cz	Není (informace na č. 371 723 773)	Sv. bojovníků za svobodu 68 337 11 Rokycany Tel. 371 723 773	út 9.00–10.00	MUDr. Spáčilová	Ne	100 Kč
	ZÚ pobočka Tachov Václavská 1560 347 01 Tachov Tel. 374 732 531, 538 Fax 374 732 535 ivana.pavlickova@zuplzen.cz	Není (informace na č. 374 732 531, 374 732 511)	ZÚ – Václavská 1560 347 01 Tachov Tel. 374 732 531 KHS – Pobřežní 140 347 01 Tachov	po, st 7.00–9.00 a 14.00–16.00 po–pá 7.00–15.30	MUDr. Pavličková paní Přechová	Ne	100 Kč
	ZÚ pobočka Klatovy Plzeňská 165/2 339 56 Klatovy Tel. 376 370 625	Není	Plzeňská 165 339 56 Klatovy Tel. 376 370 625	po 15.30–16.30 st 9.00–10.00	MUDr. Kubátová	Ne	100 Kč
	KHS ÚP Klatovy Plzeňská 165/2 339 56 Klatovy Tel. 376 370 611 Fax 376 370 612 anna.kubatova@khsplzen.cz	376 316 614 po–pá 7.00–14.30	Plzeňská 165 339 56 Klatovy Tel. 376 316 614	po–pá 7.00–13.00	paní Kinská Blanka	Ne	100 Kč
	Středočeský kraj						
	ZÚ Kolín U nemocnice 280 02 Kolín III Tel. 321 739 012 Fax 321 724 103 kolin@zukulcin.cz	Není (informace na č. 321 739 014)	U nemocnice 280 02 Kolín III Tel. 321 739 014	po 7.30–13.00	MUDr. Vlková	Ano	350 Kč

Kraje	Instituce – adresa a spojení	Linka pomoci AIDS	Poradna HIV/AIDS – adresa a spojení	Doba provozu	Kontaktní osoba	Bezplatné vyšetření na HIV	Placené vyšetření na HIV
	ZÚ pobočka Kladno Fr. Kloze 2316 272 04 Kladno Tel. 312 292 111 Fax 312 292 122 jarmila.zidova@zukolin.cz	Není (informace na č. 312 292 133)	Fr. Kloze 2316 272 04 Kladno Tel. 312 292 133	po–pá 7.30–8.30 st 13.00–15.00	MUDr. Židová	Ano	350 Kč
	ZÚ pobočka Kladno detašované pracoviště Mělník Pražská 391 276 01 Mělník Tel 315 650 050 Fax 315 650 055 helena.balkova@zukolin.cz	Není (informace na č. 315 650 050)	Pražská 391 276 01 Mělník Tel. 315 650 050	po 14.30–16.30 (poradna) čt 7.30–8.30 (odběry)	MUDr. Bálková Helena	Ano	350 Kč
	ZÚ pobočka Praha Ditrichova 17 128 01 Praha 2 Tel. 224 914 966 Fax 224 912 180 miloslava.brezovska@zukolin.cz	Národní linka pomoci AIDS 800 1 44444 224 915 564	Ditrichova 17 128 01 Praha 2 Tel. 224 914 966/ 527	po–pá 9.00–12.00	MUDr. Březovská	Ano	350 Kč
	ZÚ pobočka Příbram U nemocnice 85 261 01 Příbram 1 Tel./fax 318 629 324 Ida.budilova@zukolin.cz	Ne	U nemocnice 85 261 01 Příbram 1 Tel. 318 629 324	út a čt 7.00–8.00	MUDr. Budilová	Ano	100 Kč
Ústecký kraj							
	ZÚ Ústí nad Labem Moskevská 15 400 01 Ústí nad Labem Tel. 475 209 115, 474 211 335 Fax 475 211 934 eva.jilkova@zuusti.cz	472 770 270 po–pá 7.30–15.00	Na kabátě 229 400 01 Ústí nad Labem (areál nemocnice Bukov, pavilon B3) Tel. 472 770 270	po 10.00–15.00 st 9.00–16.00 pá 9.00–11.00	MUDr. Jílková	Ano	350–350 Kč

Kraje	Instituce – adresa a spojení	Linka pomocí AIDS	Poradna HIV/AIDS – adresa a spojení	Doba provozu	Kontaktní osoba	Bezplatné výšetření na HIV	Placené výšetření na HIV
	ZÚ pobočka Chomutov Partyzánská 4 430 01 Chomutov Tel. 474 629 264 aids.chomutov@zuusti.cz	474 629 264 474 447 796 po, st 7.00–17.00 út, čt 7.00–15.30 pá 7.00–14.00	Kochova 1185 430 12 Chomutov Tel. 474 629 264	po, st 7.00–17.00 út, čt 7.00–15.30 pá 7.00–14.00	Mgr. Šafařík	Ano	200 Kč
	ZÚ pobočka Most J. E. Purkyně 270/5 434 64 Most Tel. 476 140 426, 417 Fax 476 140 440 marketa.tourkova@zuusti.cz	476 140 426 po–pá 7.00–15.00	J. E. Purkyně 270/5 434 64 Most Tel. 476 140 426	čt 8.00–14.30	paní Tourková	Ano	300–350 Kč
Zlínský kraj							
	ZÚ Zlín Havlíčkovovo nábřeží 600 760 01 Zlín Tel./fax 577 012 341 zuzlin@zuzlin.cz	577 553 214 577 553 160 577 553 178 po–pá 7.00–15.00	Havlíčkovovo nábřeží 600 760 01 Zlín Tel. 577 553 214 a 577 553 178	po 10.00–13.00 (po dohodě po–pá 7.00–15.00)	MUDr. Vajdová	Ano	460 Kč
	ZÚ pobočka Kroměříž Havlíčkovovo 792/13 767 01 Kroměříž Tel. 573 339 279	573 339 279 po–čt 7.00–15.00 pá 7.00–15.00	Havlíčkovovo 792/13 767 01 Kroměříž Tel. 573 339 279	po–čt 7.30–15.00, pá 7.30–13.00	paní Koppová	Ano	450 Kč
	ZÚ pobočka Uherské Hradiště Stará Tenice 1195 686 01 Uherské Hradiště Tel. 572 551 376 zuzlin@zuzlin.cz	572 551 379 po–pá 7.00–15.00	Stará Tenice 1195 686 01 Uherské Hradiště Tel. 572 551 379	po–pá 8.00–15.00	paní Achillesová	Ano	450 Kč
	ZÚ pobočka Vsetín 4. května 287 755 01 Vsetín Tel. 571 411 913 zuzlin@zuzlin.cz	571 498 048	4. května 287 755 01 Vsetín Tel. 571 498 022	út, čt 12.30–15.30	MUDr. Cetlová	Ano	450 Kč

Adresář členů Národní komise pro řešení problematiky HIV/AIDS v ČR v r. 2004

MUDr. Michael Vít

předseda komise
Národní koordinátor problematiky HIV/AIDS
Ministerstvo zdravotnictví ČR
Palackého nám. 4, 128 01 Praha 2
tel.: 224 972 431, fax: 224 915 996
e-mail: Vit@mzcr.cz

MUDr. Jaroslav Jedlička, CSc.

místopředseda komise
manažer Národního programu HIV/AIDS
Státní zdravotní ústav
Šrobárova 48, 100 42 Praha 10
tel.: 267 082 650, fax: 267 082 532
e-mail: jaroslav.jedlicka@szu.cz

MUDr. Gustav Walter

tajemník komise
Ministerstvo zdravotnictví ČR
Palackého nám. 4, 128 01 Praha 2
tel.: 224 972 184, 224 972 423
e-mail: gustav.walter@mzcr.cz

RNDr. Marie Brůčková, CSc.

Státní zdravotní ústav, NRL AIDS
Šrobárova 48, 100 42 Praha 10
tel./fax: 267 313 075
e-mail: brucaids@niph-prague.anet.cz
nebo brucaids@szu.cz

MUDr. Karel Hampl, CSc.

předseda sekce AT PS ČLS
NsP – ordinace AT
Bezručova 715, 276 01 Mělník
tel./fax: 315 670 511
e-mail: ordinaceat@nspmelnik.cz

MUDr. Ivo Procházka, CSc.

Sexuologický ústav UK
Apolinářská 4, 120 00 Praha 2
tel.: 224 968 231, fax: 224 968 233
mobil: 723 366 349
e-mail: ivo.prochazka@seznam.cz

Prof. MUDr. Vladimír Resl, CSc.

přednosta kožní kliniky FN Plzeň
Tř. E. Beneše 13, 305 99 Plzeň
tel.: 377 402 150, fax: 377 402 692
e-mail: reslv@fnplzen.cz

Doc. MUDr. Marie Staňková, CSc.

vedoucí lékař
AIDS centrum FN Bulovka
Budínova 2, 180 81 Praha 8
tel.: 266 082 715, fax: 266 082 629
e-mail: stankovm@fnb.cz

MUDr. Ladislav Bechník

hlavní hygienik MV ČR
Ministerstvo vnitra
pošt. schránka 21/OZZ,
170 34 Praha 7
tel.: 974 886 214, fax: 974 886 801
mobil: 603 190 199
e-mail: OZZMV@MVCR.CZ

MUDr. Alena Budilová

ředitelka odboru koncepce soc. zdravotní politiky
Ministerstvo práce a soc. věcí ČR
Na Poříčním právu 1, 120 00 Praha 2
tel.: 221 922 680, 221 922 003
e-mail: alena.budilova@mpsv.cz

MUDr. Miloslava Březovská

garant Národní linky pomoci AIDS
Zdravotní ústav se sídlem v Kolíně
Pobočka Praha
Dittrichova 17, 128 01 Praha 2
tel.: 224 914 966, l. 584, fax: 224 912 180
e-mail: miloslava.brezovska@zokoln.cz

MUDr. Milena Černá

Výbor dobré vůle – Nadace Olgy Havlové
Senovážné nám. 2, 110 00 Praha 1
pro pís. styk: P.O.Box 240, 111 21 Praha 1
tel.: 224 216 883, fax: 224 217 082
e-mail: vdv@telecom.cz

MUDr. A. Pečenka

Ústřední pojišťovna VZP
vrchní ředitel úseku zdrav. péče ÚP VZP ČR
Orlická 4/2020, 130 00 Praha 3
tel.: 221 755 001, fax: 221 754 000
e-mail: antonin.pecenka@op99.vzvp.cz

Doc. RNDr. Jitka Machová, CSc.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR
Karmelitská 7, 118 12 Praha 1
tel.: 257 193 711, fax: 257 193 790
e-mail: machova@msmt.cz

plk. MUDr. Vladimír Radovnický, CSc.

ředitel Ústředního vojenského zdravotního ústavu
U vojenské nemocnice 1200
P.O.Box 53, 169 02 Praha 6
tel.: 973 208 200, fax: 224 315 222
e-mail: radovniv@army.cz

Václav Strouhal

předseda ČSAP
Malého 3/282, 186 21 Praha 8-Karlín
tel.: 224 814 284, fax: 224 810 345
e-mail: AIDS-pomoc@iol.cz

MUDr. Alena Váňová

ředitelka odboru soc. péče a zdravotnictví
Magistrát hl. m. Prahy
Charvátova 9, 110 00 Praha 1
tel.: 236 004 100, fax: 236 004 123
e-mail: alena.vanova@cityofprague.cz

F. V. Lobkowicz, O. Praem., Mons.

biskup ostravsko-opavský
delegát ČBK pro zdravotnictví
Česká biskupská konference
Thákurova 3, 160 00 Praha 6
tel.: 596 116 522, fax: 596 114 819
e-mail: biskup@doc.cz

Ing. M. Vrána

Ministerstvo financí
Letenská 15, 118 10 Praha 1
tel.: 257 042 1613, fax: 257 043 043
e-mail: Miroslav.Vrana@MFCR.CZ

Doc. MUDr. J. Zvěřina, CSc.

přednosta sexuologického ústavu
1. LF UK
Apolinářská 4, 120 00 Praha 2
tel.: 224 968 233
e-mail: Zverina@psp.cz

Nevládní organizace, sdružené ve Fóru nevládních organizací při Národní komisi pro řešení problematiky HIV/AIDS



Ivo Procházka

Společně s nadějí proti AIDS a drogám (SNAD)

Dittrichova 17, 128 01 Praha 2
tel.: 221 107 151, fax: 221 107 160
MUDr. Dagmar Dvořáková/ÚP VZP
Hybernská 8, P1
e-mail: Dagmar.dvorakova@op99.vzp.cz

REMEDIUM – sdružení pro podporu psychosoc. aktivit

Vinohradská 176, 130 00 Praha 3
tel./fax: 272 743 360
Zuzana Nováková
e-mail: remedium@remedium.cz
www.remedium.cz

ČSAP – Česká společnost AIDS Pomoc

Malého 3, 186 21 Praha 8
tel./fax: 224 814 284
DiS Václav Strouhal, MUDr. Ivo Procházka
e-mail: aids-pomoc@iol.cz
http://www.aids-pomoc.cz

Mládež Českého červeného kříže

Thunovská 18, 118 04 Praha 1
tel.: 251 104 253, 251 104 129, fax: 251 104 267
Květa Řeháková, DiS.
e-mail: mladez.cck@volny.cz
www.sweb.cz/aids.projekt

R-R (Rozkoš bez rizika)

Bolzanova 1, 110 00 Praha 1
tel.: 224 234 453, tel./fax 224 236 162
PhDr. Hana Malinová – mobil: 602 181 181
e-mail: rozkos@volny.cz
www.volny.cz/rozkos/

Společnost pro podporu zdraví dětí a dospívajících

Stroupežnického 6, 150 00 Praha 5
tel.: 608 452 453
MUDr. Ondřej Trojan
e-mail: sexuologie@centrum.cz
http://www.sexuologie.com

Sokrates 2 Ústí n.L.

Keplerova 728/48, 400 07 Ústí n.L.
tel./fax: 602 812 939
Petr Biskup
e-mail: Sokrates2@seznam.cz

Gay iniciativa

Senovážné náměstí 2, 110 00 Praha 1
tel.: 602 453 122, tel./fax: 224 223 811
Linka duševní tísně 476 701 444
Mgr. Jiří Hromada
e-mail: jiri.hromada@gay.iniciativa.cz
www.gay.iniciativa.cz

SPRSV

– Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu
Senovážná 2, 111 21 Praha 1, P.O.Box 399
tel.: 224 231 524, fax: 224 224 378
MUDr. Radim Uzel, CSc. – výkonný ředitel
e-mail: planrod@centrobox.cz
www.planovanirodiny.cz

Česká společnost podpory zdraví

Vídeňská 800, 140 00 Praha 4
tel.: 261 362 125
M. Svěráková
e-mail: marcela.sverakova@medicon.cz

LOGOS Praha

U školské zahrady 1, 180 00 Praha 8
Pavel Hynek
tel.: 224 216 705
e-mail: logospraha@email.cz
www.logos.wz.cz

Středisko křesťanské pomoci Diakonie ČCE

SOS centrum Belgická 22, 120 00 Praha 2
tel.: 222 521 912 (linka pomoci 222 514 040)
Mgr. Eva Navrátilová
e-mail: sos@diakonieccce.cz
http://www.diakonieccce.cz/sos.html

Nadace Pro život

Senovážná 2, 110 00 Praha 1
tel.: 224 227 722
Ing. Nina Suškevičová
e-mail: nina.suskevic@suweco.cz
http://aids.alms.cz

Výbor dobré vůle, Nadace Olgy Havlové

Box 240, Senovážné nám. 2, 111 21 Praha 1
tel.: 224 216 883
MUDr. Milena Černá
e-mail: vdv@telecom.cz
http://www.vdv.cz

DRAK, o.s.

V oblouku 589/23, 400 07 Ústí n.L.
Dr. Verhunová
e-mail: osdrak@centrum.cz

O.s. AVE, c/o

Ostravská 1628, 737 01 Český Těšín 1
Marcela Chrobočková
tel.: 596 371 881

Free Teens

Lohniského 843, 150 00 Praha 5
tel.: 604 888 141
MUDr. Marcela Rozehnalová
e-mail: rozehnalova@freeteens.cz
www.freeteens.cz

Crédum, o.s.

Zdeněk Kurka
Havelská 29, 110 00 Praha 1
e-mail: kurkaz@mbox.vol.cz

ACET c.o.

Táborská 1047, 539 01 Hlinsko
Tomáš Řehák
tel.: 603 262 295, e-mail: acet@quick.cz

Projekt Šance

Ve smečkách 28, 110 00 Praha 1
László Sümegh
e-mail: laszlo.sumegh@sance.info
www.sance.info/

**Centrum protidrogové prevence a terapie CPPT
– K-centrum**

Havířská 11, 320 25 Plzeň
tel./fax: 602 481 808, 377 421 034
Mgr. Dana Šedivá
e-mail: drogypl@mbox.vol.cz

Network East-West (projekt Jana)

U nemocnice 148, 344 00 Domažlice
tel./fax: 189 778 222
Mgr. Lucie Černá
e-mail: centrum.jana@centrum.cz

SAPOL o.s.

Dolní náměstí 38, 772 00 Olomouc
tel.: 603 457 573, 603 315 011
Martin Sečka
e-mail: sapol@email.cz, http://www.sapol.esmedia.cz

Občanské sdružení

**pro prevenci HIV/AIDS (KARO)
(MARITA P)**

Svobody 19
350 02 Cheb
e-mail: karo.adorf@t-online.de

Klub Hurá Kamarád

Jungmannova 2550, 530 02 Pardubice
tel./fax: 406 510 161
David Matýsek
e-mail: khk.pce@volny.cz

Oblastní charita Břeclav

Svatoplukova 18, 690 02 Břeclav
tel.: 519 326 143, fax: 519 326 169
Jaroslav Samson

Křesťanské společenství Hradec Králové

Na kotli 1201, 500 09 Hradec Králové
tel.: 495 263 623, fax: 495 270 153
Denis Doksanský, BTh
e-mail: info@sion.cz http://www.sion.cz

Arkáda Písek

Fügnerovo nám. 48, 397 01 Písek
tel./fax: 382 211 300
Andrea Vondrášková
e-mail: arkada@iol.cz

STUD Brno

Šmejkalova 75, 616 00 Brno
tel./fax: 549 212 728
Katka Nedbálková, Martin Strachon
e-mail: info@stud.cz, http://www.stud.cz

CODE 004 o.s.

Hrubínova 1467, 500 02 Hradec Králové 2
tel.: 603 749 783
Petr Kaňka
e-mail: mail@code004.cz, www.004.cz

SANANIM

Osadní 2, 170 00 Praha 7
tel. 283 872 186, 283 872 258
Petr Nosek
e-mail: kesson@sananim.cz, www.sananim.cz

Jihočeská Lambda

Labská 3, 370 11 České Budějovice
tel. 736 173 325

Ing. Jiří Mareček
e-mail: jihoceska.lambda@volny.cz
www.zin.cz/lambda

Spektrum Vysočina

582 73 Nová Ves u Chotěboře 100
tel.: 777 266 503, 724 267 420
Jana Koryntová

Nabídka propagačních materiálů v prevenci HIV/AIDS a STD z ediční činnosti PMNP

Daniela Kondrová, Blanka Chmelová

Objednávky: tel. 267 082 475, e-mail: dkondrova@szu.cz

Letáky, brožury, plakáty (k bezplatné distribuci)

1. Nabídka preventivních materiálů týkajících se HIV/AIDS a pohlavně přenosných infekcí (přehled vydaných materiálů)
2. Informace o HIV/AIDS (leták – tzv. kolibřík)
3. Chceš si být jistý sám sebou ? (leták – pro testování HIV)
4. Informace pro budoucí maminky o HIV/AIDS (leták – pro těhotné)
5. Fakta o HIV/AIDS (leták – pro vojáky)
6. Jak se vyhnout infekci HIV a onemocnění AIDS (leták – pro osoby v nápravném zařízení)
7. Ať cestujete kamkoliv (leták – pro osoby cestující v tuzemsku i v zahraničí, tzv. kufřík)
8. Cestovní pas (leták – pro osoby cestující do zahraničí)
9. Plakát pro azylová zařízení (oboustranný plakát s piktogramy a vícejazyčným popisem rizik přenosu HIV)
10. Bezplatně (leták – pro všeobecnou populaci, tzv. telefonní karta)
11. Diagnostika infekce HIV a onemocnění AIDS v ordinaci praktického lékaře (leták – pro praktické lékaře, tzv. skládáčka)
12. HIV infekce a dutina ústní (plakátová forma letáku – pro stomatology)
13. Prevence pohlavně přenosných onemocnění (leták – pro všeobecnou populaci)
14. Ach jo...! (leták pro osoby ve zvýšeném riziku pohlavně přenosných infekcí – pro pracoviště venerologů, gynekologů a urologů)
15. Nu, vot...! (ruská verze materiálu Ach jo...!)
16. Ať žijete či pracujete kdekoli, měli byste být dobře informováni o HIV a AIDS (brožurka – pro zdravotníky a pedagogy)
17. Při poranění se o jehlu je hlavní věcí včas vyhledat lékaře (leták – pro všeobecnou populaci)
18. Obvyklé projevy akutní HIV infekce (plakátová forma letáku – pro K-centra a pro praktické i odborné lékaře)
19. Manuál „Hrou proti AIDS“ (příručka – pro moderátory hry)
20. Sexeso (pexeso – s problematikou HIV/AIDS – pro účastníky Hry proti AIDS)
21. Příručka pro poskytování poradenství u HIV/AIDS (brožura podle manuálu SZO – pro odběrová místa vykonávající poradenství)
22. Doporučení Evropské unie pro peer výchovu v prevenci HIV/AIDS (manuál pro realizátory vrstevnických programů)
23. Pozitivní život (brožurka – pro osoby s HIV/AIDS a jejich rodiny)
24. Infekce HIV (plakát pro výuku na ZŠ – s piktogramy nebo obrázky, v omezeném množství pro školy, ZÚ)
25. Světový den boje proti AIDS (plakát)

Video (bezplatné zapůjčení)

česky

1. Dětský AIDS – Čas krize (30 min., USA)
2. Mládež a HIV/AIDS (20 min., 1998)
3. Ženy a HIV/AIDS (20 min., 1998)
4. HIV/AIDS ve stomatologii (20 min., 1998)
5. „Hrou proti AIDS“ (30 min., 1999)
6. Afrika – Ztráta imunity (20 min., ČT 2000)

anglicky

1. Fleet of Hope (30 min., UNAIDS)
2. World AIDS Day 2000 (14.30 min., UNAIDS)
3. Staying Alive I. and II. (24 min. a 24 min., MTV World Bank – UNAIDS)

polsky

1. Żić s HIV (10 min., Krajowe centrum ds. AIDS, Polsko, 2002)
2. Mialobyć inczej (10 min., Krajowe centrum ds. AIDS, Polsko, 2002)

Seznam materiálů UNAIDS (2000–2004) dostupných ve Styčné kanceláři UNAIDS pro ČR



Blanka Chmelová

	<i>Rok</i>	<i>Počet stran</i>		<i>Rok</i>	<i>Počet stran</i>
SEZNAM ZA ROK 2000			Enhancing the Greater Involvement of People Living with or affected by HIV/AIDS in sub-Saharan Africa	2000	24
Use of antiretroviral treatments in adults	2000	31	Innovative Approaches to HIV Prevention	2000	51
Men and AIDS a gendered approach	2000	25	Condom Social Marketing: Selected Case Studies	2000	52
Voluntary Counselling and Testing (VCT)	2000	11	Female sex worker HIV prevention projects: Lesson learnt from Papua New Guinea, India and Bangladesh	2000	127
Consultation on STD interventions for preventing HIV: what is the evidence?	2000	54	Social Policy and Development	2000	63
Protocol for the identification of discrimination against people living with HIV	2000	40	Putting knowledge to work: Technical Resource Networks for Effective Responses to HIV/AIDS	2000	24
AIDS and men who have sex with men	2000	57	Learning to live	2000	219
Tools for evaluating HIV voluntary counselling and testing	2000	56	HIV/AIDS Prevention collection	2000	341
Guidelines for second generation HIV surveillance	2000	40	Fact Sheets on HIV/AIDS for nurses and midwives	2000	CD
A human rights approach to AIDS prevention at work: The Southern African Development Community's Code on HIV/AIDS and Employment	2000	56	Ethical considerations in HIV preventive vaccine research	2000	48
HIV and AIDS – related stigmatization, discrimination and denial: forms, contexts and determinants. Research studies from Uganda and India	2000	40	Caring for carers-Managing stress in those who care for people with HIV and AIDS	2000	60
National AIDS Programmes	2000	39	The International Partnership against AIDS in Africa	2000	8
Report with the Global HIV/AIDS epidemic	2000	135	National AIDS Programmes A Guide to Monitoring and Evaluation	2000	139
Migrant populations and HIV/AIDS	2000	67	REPORT on the global HIV/AIDS Epidemic	2000	135
What about boys? A literature review on the health and development of adolescent boys	2000	58	Migrant Populations and HIV/AIDS	2000	67
The Role of Name-Based Notification in Public Health and HIV Surveillance	2000	47	The Business Response to HIV/AIDS: Impact and lessons learned	2000	71
HIV – NAT			AIDS in Africa – Country by country	2000	239
A model for HIV/AIDS clinical research	2000	53	Learning to live	2000	219
The Business response to HIV/AIDS	2000	71	Monitoring HIV/AIDS Programmes for Young people		
Evaluation of the 100% Condom Programme In Thailand	2000	47	Comparative analysis: Research studies from India and Uganda	2000	40
The male condom	2000	9	SEZNAM ZA ROK 2001		
Guide to the strategic planning process for a national response to HIV/AIDS	2000	19	Guidelines for Using HIV Testing Technologies In Surveillance	2001	38
Objectives and Ideas for Action 2000 World AIDS Campaign	2000	40	Guidelines for the management of sexually transmitted infections	2001	78
Collaboration with traditional healers in HIV/AIDS prevention and care in sub-Saharan Africa	2000	64	A media Handbook for HIV Vaccine Trials for Africa	February 2001	42
Summary Booklet of the Best Practices	2000	11	Population Mobility and AIDS	February 2001	14
Prevention of Mother to Child	2000	40	Herpes simplex virus type 2	February 2001	44
Costing Guidelines for HIV Prevention	2000	36	Africa Partnership	February 2001	4
AIDS: Palliative Care	2000	15			

	<i>Rok</i>	<i>Počet stran</i>
AIDS, Poverty Reduction and Debt Relief	<i>March 2001</i>	47
Migrants' Right to Health	<i>March 2001</i>	50
HIV Prevention Needs and Successes	<i>April 2001</i>	19
Sources and prices of selected drugs and Diagnostics for people living with HIV/AIDS	<i>May 2001</i>	36
Voices from Africa 10 NGO responses to HIV/AIDS	<i>May 2001</i>	106
The Asian Harm Reduction Network Responses to HIV and Injecting Drug Use in Asia	<i>May 2001</i>	45
The impact of Voluntary Counselling and Testing	<i>June 2001</i>	94
Promoting excellence in training	<i>June 2001</i>	71
Together We can HIV/AIDS epidemic feeds economic and Social problems	<i>June 2001</i>	44
Keeping the Promise	<i>June 2001</i>	33
Global Crisis – Global Action UN special Session on HIV/AIDS	<i>April 2001</i>	4
InfoDev Communications in response to HIV/AIDS in South-East Asia	<i>July 2001</i>	49
India: HIV and AIDS-related Discrimination, Stigmatization and Denial	<i>August 2001</i>	66
Uganda: HIV and AIDS – related Discrimination, Stigmatization and Denial	<i>August 2001</i>	31
Children and young people in a world of AIDS	<i>August 2001</i>	13
AIDS – The multicentre study of factors Determining the different prevalences of HIV In sub-Saharan Africa	<i>August 2001</i>	132
Reaching out, scaling up	<i>September 2002</i>	114
Paying for HIV/AIDS services	<i>September 2001</i>	46
Working with men for HIV prevention and care	<i>October 2001</i>	39
Parents providing care to adult sons and daughters with HIV/AIDS in Thailand	<i>November 2001</i>	127
Meeting the need Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development	<i>Nov./Decem. 2001</i>	4
A global view of HIV infections	<i>December 2001</i>	202
UNAIDS partnership: working together	<i>brožurka</i>	
Global prevalence and incidence of selected Curable sexually transmitted infections Overview and estimates		42
Drug abuse and HIV/AIDS: Lessons learned	<i>2001</i>	101
Resource Packet on Gender and AIDS Health and your community /A Guide for Action/	<i>2001</i>	245
HIV/AIDS and Human rights Young people in action	<i>2001 brožurky</i>	

	<i>Rok</i>	<i>Počet stran</i>
Strategies to Strengthen NGO Capacity In Resource Mobilization through Business Activities	<i>2001</i>	21

SEZNAM ZA ROK 2002

Statement	<i>January 2002</i>	3
Telephone directory	<i>March 2002</i>	
Rural workers' contribution to the fight Against HIV/AIDS: a framework for district And community action	<i>2002</i>	64
UNAIDS partnership: working together on AIDS	<i>May 2002</i>	15
Employers' Handbook on HIV/AIDS	<i>May 2002</i>	39
HIV Voluntary Counselling and Testing	<i>June 2002</i>	95
A conceptual framework and basis for action	<i>June 2002</i>	21
Criminal Law, Public Health and HIV Transmission: A Policy Options Paper	<i>June 2002</i>	48
Sex work and HIV/AIDS	<i>June 2002</i>	19
The faces, voices and skills behind The GIPA Workplace Model in South Africa	<i>June 2002</i>	72
Report on the global HIV/AIDS	<i>July 2002</i>	226
Young people and HIV/AIDS	<i>July 2002</i>	48
AIDS Africa – Continent in Crisis	<i>2002</i>	440
National AIDS Councils – Monitoring and evaluation operations manual	<i>August 2002</i>	42
Initiating second generation HIV surveillance Systems: practical guidelines	<i>August 2002</i>	24
HIV/AIDS and Human Rights International Guidelines	<i>August 2002</i>	25
Paediatric HIV infection and AIDS	<i>September 2002</i>	7
The private sector responds to the epidemic	<i>September 2002</i>	48
HIV/AIDS counselling, just a phone call away	<i>October 2002</i>	77
Evaluation and Program Planning	<i>November 2002</i>	492
HIV/AIDS human resources and Sustainable development	<i>November 2002</i>	32
AIDS epidemic update	<i>December 2002</i>	36
AMAS A Multidisciplinary Approach to Dealing with AIDS	<i>December 2002</i>	157

SEZNAM ZA ROK 2003

Latin American and Caribbean Network on Strategic Planning and AIDS	<i>February 2003</i>	25
HIV/AIDS and Human Rights International Guidelines	<i>March 2003</i>	

	<i>Rok</i>	<i>Počet stran</i>
HIV/AIDS and education	<i>May 2003</i>	<i>71</i>
Mobile populations and HIV/AIDS in The Southern African Region	<i>May 2003</i>	<i>122</i>
Drug abuse and HIV/AIDS: Lessons learned Case Studies Booklet Central and Eastern Europe and the Central Asian States	<i>July 2003</i>	<i>101</i>
The Global Found	<i>July 2003</i>	<i>95</i>
A joint response to HIV/AIDS	<i>2003</i>	<i>15</i>
HIV/AIDS It's your business	<i>August 2003</i>	<i>27</i>
Similar to Others	<i>August 2003</i>	<i>123</i>
HIV/AIDS and young people Hope for tomorrow	<i>August 2003</i>	<i>31</i>
Progress Report on the Global Response to the HIV/AIDS Epidemic	<i>September 2003</i>	<i>19</i>
Progress Report on the Global Response to the HIV/AIDS Epidemic	<i>September 2003</i>	<i>102</i>
Accelerating Action against AIDS in Africa	<i>September 2003</i>	<i>73</i>
Surmounting Challenges: Procurement of Antiretroviral Medicines in Low-and Middle Income Countries	<i>2003</i>	<i>53</i>
Access to Care : Privilege or Right? Migration and HIV Vulnerability in Europe	<i>2003</i>	<i>160</i>

	<i>Rok</i>	<i>Počet stran</i>
Uniformed Services Programming Guide	<i>September 2003</i>	<i>62</i>
Waking Up to Risk	<i>October 2003</i>	<i>55</i>
Stepping back from the edge	<i>November 2003</i>	<i>68</i>
AIDS epidemic update	<i>December 2003</i>	<i>39</i>
Guidelines for the Management of Sexually Transmitted Infections	<i>2003</i>	<i>91</i>
HIV/AIDS Stand up for Human Rights	<i>2003</i>	<i>16</i>
What parliamentarians can do about HIV/AIDS	<i>2003</i>	<i>35</i>

SEZNAM ZA ROK 2004

Guidelines for effective use of data From HIV surveillance systems	<i>January 2004</i>	<i>60</i>
Case study on estimating HIV infection in a Concentrated epidemic: Lessons from Indonesia	<i>March 2004</i>	<i>20</i>
Who UNAIDS position paper Substitution maintenance therapy in the Management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention	<i>April 2004</i>	<i>32</i>



Podmínky pro přidělování dotací na problematiku HIV/AIDS v roce 2005

Žádosti nestátních neziskových organizací o státní dotaci v oblasti ochrany a podpory zdraví – Národní program řešení problematiky HIV/AIDS v roce 2005 – na základě usnesení vlády ČR č. 260 ze dne 15. 3. 2000.

(Program vychází z usnesení vlády České republiky č. 47/1990 k Národnímu programu prevence HIV/AIDS. Jeho součástí je poskytování státní finanční dotace na projekty směřující k organizaci a provádění zdravotní výchovy celé populace a jejich částí, které jsou ve zvýšeném riziku této nákazy.)

- 1) Dotaci lze poskytnout občanským sdružením, které se zabývá péčí o HIV pozitivní osoby nebo které zajišťují prevenci u osob s rizikovým chováním.
- 2) Žádost musí obsahovat obecnou a speciální část. **Musí být podána nejpozději do 15. října 2004.**
- 3) Žádost musí mít v její obecné části vyplněn formulář uvedený v příloze č. 1.
- 4) Speciální část musí obsahovat vlastní projekt, jehož obsah musí odpovídat příloze č. 2.
- 5) Projekt musí splňovat následující kritéria:
 - musí být v souladu s cíli Národního programu pro řešení problematiky HIV/AIDS v České republice v období let 2003–2007
 - musí prokázat příslušnou odbornou úroveň a odborné zázemí
 - finanční požadavky musí být přiměřené navrhovaným aktivitám
 - projekt musí obsahovat reálná kritéria k vyhodnocení dosažených cílů
- 6) Detailní zaměření projektů a státní finanční dotace v oblasti řešení problematiky HIV/AIDS v roce 2005 je uvedeno v příloze č. 3.
- 7) Žádosti o státní dotaci v uvedené oblasti v roce 2005 je třeba zaslat v uvedeném termínu na adresu:

*Ministerstvo zdravotnictví České republiky
Odbor HEM (k rukám MUDr. G. Waltera)
Palackého náměstí 4
128 00 Praha 2*

Žádosti předložené po termínu (prezentační razítko podatelny MZ ČR nejpozději dne 15. října 2004) nebo nesplňující formální či obsahová kritéria nebudou postoupeny Národní komisi pro řešení problematiky HIV/AIDS v České republice k výběrovému řízení.

Žádosti o změnu z čerpání dotace v průběhu roku 2005 je nutno předložit hlavnímu hygienikovi ČR nejpozději do **30. října 2005**, tak aby mohly být postoupeny Výkonnému výboru Národní komise HIV/AIDS k vyjádření.

Žádosti ostatních organizací o státní dotaci v oblasti ochrany a podpory zdraví – Národní program řešení problematiky HIV/AIDS v roce 2005.

- 1) Žádost musí obsahovat obecnou a speciální část. **Musí být podána nejpozději do 15. října 2004.**
- 2) Žádost musí mít v její obecné části vyplněn formulář uvedený v příloze č. 1., ovšem pouze v bodech 1–2.
- 3) Speciální část musí obsahovat vlastní projekt, jehož obsah musí odpovídat příloze č. 2.
- 4) Projekt musí splňovat následující kritéria:
 - musí být v souladu s cíli Národního programu pro řešení problematiky HIV/AIDS v České republice v období let 2003–2007
 - musí prokázat příslušnou odbornou úroveň a odborné zázemí
 - finanční požadavky musí být přiměřené navrhovaným aktivitám
 - projekt musí obsahovat reálná kritéria k vyhodnocení dosažených cílů
- 5) Detailní zaměření projektů a státní finanční dotace v oblasti řešení problematiky HIV/AIDS v roce 2005 je uvedeno v příloze č. 3.
- 6) Žádosti o státní dotaci v uvedené oblasti v roce 2005 je třeba zaslat v uvedeném termínu na adresu:

*Ministerstvo zdravotnictví České republiky
Odbor HEM (k rukám MUDr. G. Waltera)
Palackého náměstí 4
128 00 Praha 2*

Žádosti předložené po termínu (prezentační razítko podatelny MZ ČR nejpozději dne 15. října 2004) nebo nesplňující formální či obsahová kritéria nebudou postoupeny Národní komisi pro řešení problematiky HIV/AIDS v České republice k výběrovému řízení.

Žádosti o změnu z čerpání dotace v průběhu roku 2005 je nutno předložit hlavnímu hygienikovi ČR nejpozději do **30. října 2005**, tak aby mohly být postoupeny Výkonnému výboru Národní komise HIV/AIDS k vyjádření.

Přílohy →

Příloha č. 1

Žádost nestátní neziskové/jiné organizace
(obč. sdružení, obecně prospěšné společnosti, církevní právnické osoby/jiné org.)
o státní dotaci v roce 2005

obecná část
(vyplní žadatel)

Název poskytovatele dotace:

Evidenční číslo:

(doplň poskytovatel dotace)

Název dotačního programu:

Název projektu:

1. Identifikační údaje o předkládající organizaci**1.1. Název****1.2. Organizační forma** (forma právní subjektivity)**1.3. Adresa**

Obec Kód obce PSČ

Část obce Okres

Ulice č.p. č.o.

Telefon/Fax

E-mail

Prezentace na Internetu - http://

1.4. IČO **DIČ****1.5. Číslo a datum registrace u MV**

(občanské sdružení)

Oddíl a vložka o.p.s. v obchodním rejstříku

(obecně prospěšná společnost)

Datum evidence na MK

(církevně právnická osoba)

1.6. Číslo účtu**u peněžního ústavu****2. Statutární orgán** (provozovaných činností)

Jméno, titul, funkce

Kontaktní adresa

Telefon/Fax

Jméno, titul, funkce

Kontaktní adresa

Telefon/Fax

Jméno, titul, funkce

Kontaktní adresa

Telefon/Fax

Jméno, titul, funkce

Kontaktní adresa

Telefon/Fax

Jméno, titul, funkce

Kontaktní adresa

Telefon/Fax

Jméno a příjmení

datum

razítko

Statutární orgán potvrzuje, že projekt schválil a doporučil k předložení do dotačního programu.

3. Charakteristika organizace s ohledem na dosavadní zaměření činnosti

3.1. Typ poskytovaných služeb (provozovaných činností)

.....

.....

3.2. Cílové sociální kategorie, jimž jsou služby určeny

a/ děti do 18 let

b/ mládež do 26 let

c/ rizikové skupiny dětí a mládeže

d/ senioři

e/ osoby se zdravotním postižením

f/ osoby v sociální nouzi

g/ příslušníci národnostních menšin

h/ romská komunita (specifické problémy)

i/ osoby ohrožené drogami nebo na drogách závislé

j/ uprchlíci, cizinci

k/ krajané

l/ obyvatelé venkova

m/ jiné

3.3. Další projekty realizované předkládající organizací v minulém kalendářním roce

.....

.....

.....

4. Působnost organizace

4.1. Mezinárodní (územní vymezení)

4.2. Celostátní

4.3. Krajská (název nebo názvy regionu)

4.4. Místní (název lokality)

5. Počet placených pracovníků v organizaci

5.1. celkový počet placených pracovníků

5.2. přepočtený počet placených pracovníků

6. Údaje o projektu, na který je žádána státní dotace

6.1. Přesný název projektu

6.2. Doba realizace projektu: od **do**
(realizace může trvat déle než jeden rozpočtový rok)

6.3. Byl projekt dotován ze státního rozpočtu v minulém kalendářním roce?

Pokud ano, uveďte kterým orgánem a v jaké výši

.....

.....

6.4. Zařazení projektu k příslušné hlavní oblasti státní dotační politiky vůči NNO pro rok 2005

a/ poskytování sociálních služeb

b/ ochrana a podpora zdraví včetně péče o zdravotně postižené

c/ ochrana životního prostředí, trvale udržitelný rozvoj

d/ rozvoj kultury, záchrana kulturního dědictví

e/ spoluúčast na programech EU

f/ rozvoj sportu a tělovýchovy

g/ ochrana práv příslušníků národnostních a etnických menšin včetně menšiny rómské

h/ péče o ohrožené a problémové skupiny obyvatel

i/ ochrana spotřebitele a ochrana nájemních vztahů

j/ pomoc při nenadálých událostech

6.5. Základní idea a stručný obsah projektu

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6.6. Realizátor projektu (řešitel)

Jméno, titul, funkce

Organizace

Adresa

Telefon/Fax

6.7. Počet přepočtených pracovníků zajišťující realizaci projektu

6.8. Počet dobrovolníků podílejících se na realizaci projektu

7. Základní údaje o rozpočtových nákladech na projekt

7.1. Celkové náklady projektu

Neinvestiční dotace celkem

Z toho osobní náklady (mzdy, pojistné, ostatní osobní náklady)

Z toho materiální náklady (DHM)

Z toho nemateriální náklady (služby)

Investiční dotace celkem

7.2. Výše požadované dotace tj. max. %

Neinvestiční dotace celkem

Z toho osobní náklady (mzdy, pojistné, ostatní osobní náklady)

Z toho materiální náklady (DHM)

Z toho nemateriální náklady (služby)

Investiční dotace celkem

7.3. Vlastní podíl organizace na financování projektu (pokud se organizace podílí vlastními příjmy, např. z členských příspěvků nebo z příjmů poskytovaných služeb)

V celkové částce

V %

7.4. Podíl okresních, magistrátních nebo obecních úřadů na financování projektu (předpoklad)

Název	částka	%
Název	částka	%
Název	částka	%

7.5. Podíl dalších subjektů (podnikatelské organizace, nadace, nadační fondy apod.) na financování projektu (předpoklad)

Název částka %
 Název částka %
 Název částka %

7.6. Podíl zahraničních zdrojů na financování projektu (předpoklad)

Název částka %
 Název částka %
 Název částka %

8. Údaje o celkových příjmech a výdajích organizace v předcházejícím kalendářním roce**8.1. Příjmy od odběratelů služeb celkem****8.2. Příspěvky okresních, magistrátních, obecních úřadů**

.....

8.3. Dary nadací, z podnikatelské sféry apod. (uvedení částky a názvu nadace či jiného subjektu)

.....

8.4. Příjmy z členských příspěvků**8.5. Další příjmy**

.....

8.6. Celkové výdaje v kalendářním roce

.....

Příloha č. 2

Speciální část

A – POPIS PROJEKTU

Rozsah 5 stran maximálně, jinak bude vyřazeno z výběrového řízení

Obsah:

1. popis současného stavu problematiky, kterou projekt řeší (max. 1 strana)
2. zdůvodnění potřeby projektu
3. cíle projektu
4. vymezení cílové populace (*konkrétně definovat a kvalifikovat*)
5. navržený způsob realizace projektu – vymezení konkrétních aktivit
6. metody a formy, jakým způsobem budou dílčí aktivity realizovány, včetně finanční rozvahy (*např. anonymní vyšetřování – počet vyšetření, cena 1 vyšetření/celkem nebo školení – rozsah, počet účastníků, komu je určeno, dotace nebo publikace – počet kusů, cena za kus, rozsah, komu určeno nebo léky – jaké, cena za kus, počet kusů celkem, cena celkem apod.*).
7. způsob hodnocení efektivity, konkrétní hodnotitelné výstupy
8. rámcový časový harmonogram projektu
9. spolupráce se zařízeními návazné péče, event. dalšími organizacemi (tam, kde to připadá v úvahu)
10. jméno supervizora programů, odborná kvalifikace, způsob provádění supervize (tam, kde to připadá v úvahu)

B – ZÁKLADNÍ INFORMACE O REALIZÁTOROVI PROJEKTU

Jméno realizátora, titul:

(realizátor, odpovědný pracovník)

Stručné curriculum vitae

(vzdělání, akademické a vědecké hodnosti, dosavadní odborná, výzkumná, pedagogická činnost, odborné výcviky, autorské vybrané publikace vztahující se k tématu, dosavadní činnost v oblasti HIV/AIDS).

C – ROZPOČET PROJEKTU

Předkladatelem požadované
finanční prostředky

Druh finančních prostředků	Celkový rozpočet	Požadované	Přidělené *
1. investiční prostředky celkem:			
2. neinvestiční prostředky celkem:			
z toho:			
Číselné označení výdajové položky dle rozpočtové skladby **			
5 133 Léky a ostatní zdrav. materiál			
5 136 Knihy a uč. pomůcky			
5 137 Drobný hmotný majetek			
5 139 Nákup jiných mater.			
5 162 Služby telekomunikací			
5 164 Nájemné			
5 167 Služby škol., vzdělávání			
5 168 Služby zprac. dat			
5 169 Nákup služeb jiných			
5 173 Cestovné			
5 171 Opravy a udržování			
Celkem			

* vyplňuje MZ ČR

** drobný hmotný a investiční majetek do 40 000,- Kč

Příloha č. 3

Detailní zaměření projektů na řešení problematiky HIV/AIDS v roce 2005:

1. Finanční prostředky ze státní dotace na řešení problematiky HIV/AIDS v roce 2005 budou určeny na:

- 1.1. Zajištění nezbytně nutných léků a diagnostik k léčbě HIV/AIDS, které nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění nebo u nichž je míra úhrady ze zdravotního pojištění nízká a které s ohledem na jejich cenu si nemůže léčená osoba hradit sama anebo pokud tyto náklady překračují tzv. „nemocniční paušál“.

Ze státní dotace na řešení problematiky HIV/AIDS v roce 2005 je možno žádat, v individuálních odůvodněných případech, o nákup léčiv, která splňují následující kritéria:

- jsou registrovány v EU
- doposud nebyly kategorizovány, ale do kategorizačního řízení již byly přihlášeny
- mají souhlas Ministerstva financí s cenou, za kterou budou nakupovány z dotace HIV/AIDS (neboť se jedná o část státního rozpočtu)
- splňují kritérium Národní komise pro řešení problematiky HIV/AIDS, že slouží k záchraně života osob žijících s HIV/AIDS (jejich nepoužití by ohrozilo tyto osoby na životě).

- 1.2. Zajištění plně anonymního a z hlediska vyšetřované osoby bezplatného vyšetření na infekci HIV pokud náleží do některé ze skupin s rizikovým chováním, kde je vysoká pravděpodobnost pozitivního výsledku a kdy vyšetřovaná osoba tvrdí, že není schopna náklady na vyšetření HIV infekce hradit sama.

- 1.3. Vyšetřování a léčba HIV/AIDS a ostatních pohlavně přenosných infekcí v určených zařízeních u osob, na které se nevztahuje zdravotní pojištění a na jejichž diagnostice a léčbě z hlediska ochrany populace před infekcí má stát zájem (prostitutky, bezdomovci apod.) a kdy si vyšetřovaná osoba není schopna náklady vyšetření na HIV infekci hradit sama.

- 1.4. Preventivní programy zaměřené na populační skupiny ve zvýšeném riziku HIV/AIDS, zejména na:
- školní mládež ve věku od 10 let a mimoškolní mládež ve věku do 25 let
 - osoby s jinými pohlavně přenosnými infekcemi
 - osoby poskytující sexuální služby za úplatu
 - gay komunitu.

- 1.5. Preventivní materiály určené pro lokální potřebu a specifické populační skupiny (úplný text preventivního materiálu je třeba přiložit k žádosti o dotaci).

Za prioritní budou považovány aktivity směřující ke změně rizikového chování z hlediska prevence nákazy HIV/AIDS a ostatních pohlavně přenosných infekcí (např. „peer výchova“, terénní sociální práce).

2. Finanční prostředky ze státní dotace na řešení problematiky HIV/AIDS v roce 2005 nebudou poskytovány na:
- 2.1. Úhradu léků hrazených ze zdravotního pojištění.
 - 2.2. Úhradu nákladů na diagnostické soupravy na jiné než anonymní vyšetřování na HIV infekci za podmínek popsaných v bodě 1.2.
 - 2.3. Úhradu nákladů na vyšetřovací a léčebné pomůcky a přístroje používané běžně pro jiné pacienty (jednorázová injekční technika, gumové rukavice apod.).
 - 2.4. Úhradu celkových nákladů na přístroje používané k vyšetřování a léčení pacientů s HIV/AIDS jen v menší části. V takovém případě lze z prostředků státní dotace hradit jen poměrnou část odpovídající podílu využití pro nemocné s HIV/AIDS.
 - 2.5. Úhradu ediční činnosti mimo Státní zdravotní ústav, s výjimkou publikací určených pro lokální potřebu a specifické populační skupiny, což je třeba v žádosti o dotaci zdůvodnit.
 - 2.6. Úhradu cestovného pro zahraniční služební cesty.
 - 2.7. Úhradu darů a pohoštění.
 - 2.8. Mzdy osob činných na úseku řešení problematiky HIV/AIDS s výjimkou občanských sdružení zajišťujících pomoc zdravotně postiženým osobám (usnesení vlády ČR č. 663/1992 Sb.)
 - 2.9. Investiční náklady, jejichž realizace by zakládala nutnost pravidelné dotace ze státních prostředků určených na řešení problematiky HIV/AIDS v ČR.
 - 2.10. Úhradu nákladů na výpočetní techniku, s výjimkou případů kdy pracoviště prokáže, že takovou techniku dosud nemá a k plnění úkolů ji nezbytně potřebuje.

PŘÍLOHA

**Překlady zahraničních dokumentů
týkajících se důležitých oblastí
v řešení problematiky HIV/AIDS v ČR**



Dublinká deklarace partnerství v boji proti HIV/AIDS v Evropě a Střední Asii

V situaci globálního šíření epidemie HIV/AIDS, za stavu, kdy je nakaženo čtyřicet milionů lidí na světě, z nichž devadesát procent žije v rozvojových zemích a 75 procent v subsaharských oblastech Afriky, se zástupci států a vlád Evropy a Střední Asie a pozvaní pozorovatelé setkali ve dnech 23. a 24. února 2004 v irském Dublinu na konferenci „Bouření bariér – partnerství v boji proti HIV/AIDS v Evropě a Střední Asii“. Ze setkání vzešla následující deklarace:

Uznávající, že chudoba, zaostalost a ngramotnost patří mezi hlavní faktory, napomáhající šíření HIV/AIDS a konstatující s hlubokým znepokojením, že HIV/AIDS znásobuje chudobu a v současné době zvracuje či ztěžuje rozvoj v mnoha zemích,

zdůrazňující důležitost trvale udržitelného růstu v zájmu chudých obyvatel prostřednictvím politiky snižování chudoby a programů a strategií úspěchu v boji proti HIV/AIDS,

uznávající, že podpora rovnoprávného postavení žen a mužů a dívek a chlapců, respektování práva na reprodukční a pohlavní zdraví a přístup k sexuální výchově, informacím a zdravotnickým službám, jakož i otevřenost v oboru sexuality, jsou základními faktory boje proti pandemii,

potvrzující Deklaraci o závazcích v boji s HIV/AIDS, přijatou na zvláštním zasedání Valného shromáždění OSN na téma HIV/AIDS dne 27. června 2001,

potvrzující rozvojové cíle, vytyčené Deklarací tisíciletí, přijatou Valným shromážděním Organizace spojených národů na jeho 55. zasedání v září 2000 a v Cestovním plánu naplňování Deklarace tisíciletí Organizace spojených národů, jakož i další cíle mezinárodního rozvoje,

potvrzující Akční program Mezinárodní konference o populaci a rozvoji (Káhira 1994) a klíčové aktivity na podporu dalšího naplňování Akčního programu Mezinárodní konference o populaci a rozvoji, schválené dvacátým prvním zvláštním zasedáním Valného shromáždění Organizace spojených národů v červenci 1999,

potvrzující Pekingskou akční platformu (Peking 1995) a další aktivity a iniciativy na podporu uplatňování Pekingské deklarace a Akční platformy, přijaté na dvacátém třetím zvláštním zasedání Valného shromáždění Organizace spojených národů v červenci 2000,

vyjadřující hluboké znepokojení nad skutečností, že v evropském a středoasijském regionu nyní žije nejméně 2,1 milionu lidí s virem HIV/AIDS,

sledující s krajním znepokojením zvláště rychlou eskalaci epidemie mezi mladými lidmi ve Východní Evropě, kde výskyt HIV u dospělé populace v mnoha zemích dosahuje kritických hodnot, jakož i významný potenciál rychlého šíření viru HIV v Jihovýchodní Evropě a Střední Asii,

sledující s krajním znepokojením rovněž nárůst HIV/AIDS v Západní Evropě, a to včetně viru HIV, odolného vůči antiretrovirální léčbě, kdy toto onemocnění silně ohrožuje naši mladou generaci,

zdůrazňující, že nejvíce postižené země, zejména na jihu Afriky, jsou ohroženy zhroucením jednoho či více sektorů společnosti, a souhlasíce s tezí, že epidemie HIV/AIDS v našem regionu hrozí propuknutím krize nevídaných rozměrů, podkopáním veřejného zdraví, rozvoje, sociální soudržnosti, národní bezpečnosti a politické stability mnoha našich zemí,

shodující se na potřebě společné akce v zájmu řešení krize cestou prohlubování součinnosti, spolupráce a partnerství v rámci jednotlivých našich států a mezi nimi a jsouce povzbuzeni návrhy konference na posílení schopnosti Evropské unie efektivně bojovat proti šíření HIV/AIDS,

potvrzující, že úcta k lidským právům a jejich ochrana a rozvoj jsou životně důležité prvky prevence přenosu viru HIV, zvyšování odolnosti vůči nákaze a zvládání dopadů HIV/AIDS,

uznávající, že prevence nákazy virem HIV pomocí propagace bezpečnějšího sexuálního chování a praktik včetně užívání kondomů se musí stát pilířem podnárodní, národní, regionální a mezinárodní reakce na epidemii, a že prevence, péče, podpora a léčba osob nakažených a postižených virem HIV/AIDS představuje vzájemně se posilující prvky účinné reakce, a že musí být integrální částí komplexního přístupu k boji s epidemií,

uvědomující si, že v našem regionu patří k okruhu osob zvláště ohrožených a náchylných k nákaze HIV/AIDS uživatelé intravenózně aplikovaných drog a jejich partneři, muži, kteří mají pohlavní styk s jinými muži, osoby, provozující prostituci, ženy, které jsou předmětem obchodu s „bílým masem“, osoby ve výkonu trestu a příslušníci etnických menšin a migrujících populací, které mají úzký vztah k zemím s prevalentním výskytem,

zdůrazňující, že nebudeme-li jednat okamžitě, HIV/AIDS bude pokračovat v průniku do obecné populace,

uvědomující si, že ženy a dívky jsou zvláště náchylné k nákaze virem HIV,

u vědomí skutečnosti, že důraz na úlohu mužů a chlapců v boji proti HIV/AIDS a při podpoře rovnosti pohlaví pomůže každému jedinci i společnosti jako celku, a že zapojení mužů a chlapců jako partnerů v našem úsilí je povede k odpovědnému sexuálnímu chování a k respektování práv žen a dívek,

uznávající, že řešení krize HIV/AIDS vyžaduje existenci silných systémů a služeb základní zdravotní péče v zájmu zajištění všeobecného a rovného přístupu k prevenci, léčbě a následné péči o osoby s HIV/AIDS,

u vědomí, že úspěch v boji s HIV/AIDS je spojen s bojem proti dalším pohlavně přenosným infekcím a tuberkulóze,

zdůrazňující, že ačkoliv mladí lidé jsou zvláště náchylní, jsou zároveň klíčovým faktorem a hybatelem změny v boji s HIV/AIDS a důležitým zdrojem reakce na národní a regionální úrovni,

potvrzující, že vyšší účast osob žijících s virem HIV/AIDS nebo jím postižených je krajně důležitá v zájmu etické národní akce proti epidemii,

uvědomující si, že investice do výzkumu a vývoje účinnějších terapeutických a prevenčních nástrojů, např. mikrobiocidů a vakcín, bude hrát nezastupitelnou úlohu pro zajištění dlouhodobě úspěšného boje s HIV a AIDS,

shodli jsme se na následujících krocích v zájmu urychleného naplnění Deklarace o HIV/AIDS:

VEDENÍ

1. Podpořit silné a zodpovědné vedení na úrovni našich hlav států a vlád v zájmu ochrany našich občanů před touto hrozbou jejich budoucnosti, podporovat lidská práva, odporovat stigmatizaci a zajistit přístup ke vzdělání, informacím a službám všem potřebným občanům.
2. Podporovat a vytvářet podmínky pro silnou vedoucí úlohu občanské společnosti a soukromého sektoru našich zemí napomáháním splnění cílů a záměrů Deklarace,
3. Urychlit implementaci nařízení, vyplývajících z Deklarace a týkajících se osiřelých dětí a dívek a chlapců, nakažených či dotčených HIV/AIDS¹;
4. Ustavit a posilovat národní partnerský fóra HIV/AIDS za smysluplné účasti občanské společnosti, zejména pak osob, žijících s HIV/AIDS a jejich podpůrců, utvářet, hodnotit, sledovat a podávat a hlásit průběh boje s onemocněním, a jednat včas a rozhodně v zájmu identifikace a odbourávání bariér, stojících v cestě implementaci.
5. V období 2004–2005 podporovat aktivní zapojení institucí Evropské unie a dalších zainteresovaných institucí a organizací, např. Společenství nezávislých států, Rady Evropy, Organizace pro bezpečnost a spolupráci v Evropě a Regionálního výboru Světové zdravotnické organizace v partnerství s UNAIDS prostřednictvím sponzorských agentur a sekretariátu v kolektivním úsilí o posílení součinnosti a spolupráce.
6. Nastolit tematiku boje s HIV/AIDS v Evropě a Střední Asii jako pravidelný bod v agendě našich regionálních institucí a organizací.
7. Na základě výkonů poskytovat navýšené finanční a tech-

nické zdroje v zájmu zvýšení přístupu k prevenci, péči a trvalé léčbě, např. účinnou ekonomickou léčbu pomocí generických produktů, v nejvíce postižených a nejpotřebnějších zemích pak prostřednictvím národních a regionálních alokací, a rovněž z Globálního fondu pro boj s AIDS, TBC a malárií, z Evropské unie, z nových veřejných a soukromých partnerských projektů a multilaterálních i bilaterálních mechanismů financování.

PREVENCE

8. Obnovit naše úsilí o zajištění konečného cíle Deklarace² tak, aby do roku 2005 mělo nejméně devadesát procent mladých mužů a žen ve věku mezi 15 a 24 lety přístup k informacím, vzdělání včetně výchovy mládeže a vrstevníků v oblasti HIV, a k službám, nezbytným pro rozvoj životních dovedností, potřebných ke snížení náchylnosti k nákaze HIV, a to pomocí dialogu s mladými lidmi, rodiči, rodinnými příslušníky, pedagogy a poskytovateli zdravotní péče.
9. Do roku 2010 zajistit pomocí navýšení programů, aby osmdesát procent jedinců, nejvíce ohrožených a nejzranitelnějších nákazou HIV/AIDS, mělo přístup k co největšímu rozsahu programů prevence a k informacím, službám a prevenčním komoditám, jakož i identifikace pojmenování faktorů, jež činí tyto skupiny a komunity zvláště náchylnými k nákaze virem HIV, podporovat a chránit jejich zdraví a intenzifikovat přeshraniční, podregionální a regionální technickou spolupráci a výměnu praktických zkušeností prostřednictvím EU a regionálních organizací v zájmu prevence přenosu nákazy HIV mezi zranitelnými skupinami.
10. Posílit přístup intravenózních uživatelů drog ke službám prevence, léčby drogových závislostí a snižování míry zdravotního poškození pomocí podpory, umožnění a posilování širokého uplatňování programů prevence, léčby drogových závislostí a snižování míry poškození³ (např. poskytování jehel a stříkaček, distribuce dezinfekce a kondomů, dobrovolné poradenství a testování na HIV, diagnostikování a léčba pohlavně přenosných chorob) v souladu s národní politikou.
11. Zajistit HIV pozitivním ženám a nastávajícím matkám přístup ke kvalitním gynekologickým a souvisejícím zdravotnickým službám v zájmu předcházení přenosu nákazy z matky na dítě.
12. Do roku 2010 eliminovat⁴ nákazu virem HIV u kojenců v Evropě a Střední Asii.
13. Zajistit a podporovat všeobecný a rovný přístup mužů, žen a adolescentů ke komplexním, vysoce kvalitním, dostupným, nenákladným a spolehlivým služ-

¹ Deklarace zvláštního zasedání VS OSN na téma HIV/AIDS, odst. 65-67

² Deklarace zvláštního zasedání VS OSN na téma HIV/AIDS, cíl č. 53, str. 21

³ Světová zdravotnická organizace doporučuje, aby v zájmu snížení dopadů na tuto skupinu nejméně 60% intravenózních uživatelů narkotik mělo přístup k programům léčby drogových závislostí a snižování míry poškození.

⁴ Eliminace je definována jako méně než dvě procenta případů přenosu veškerých nových infekcí z nakažené matky na dítě.

bám na poli reprodukčního a sexuálního zdraví, k dodávkám a informacím včetně přístupu k metodám prevence, jak např. mužských a ženských ochranných pomůcek, dobrovolným testům, poradenství a následným službám.

14. Do roku 2005 vyvinout národní a regionální strategii a programy v zájmu zvýšení schopnosti žen a dospívajících dívek chránit se proti riziku nákazy HIV a snížení jejich zranitelnosti HIV/AIDS;
15. Do roku 2005 rozvinout národní a regionální strategii k zajištění toho, aby muži a ženy v uniformovaných službách včetně ozbrojených sil a sil civilní obrany měli přístup k informacím, službám a preventivním komoditám za účelem omezení rizikového chování ve prospěch bezpečného chování, a vyzvat Evropskou unii, NATO a další regionální a mezinárodní bezpečnostní instituce k součinnosti s UNAIDS k vyvinutí příslušného úsilí.
16. Kontrolovat výskyt a prevalenci pohlavně přenosných infekcí, a to zejména u rizikových skupin a skupin nejvíce ohrožených HIV/AIDS, posilováním veřejného povědomí o jejich úloze při přenosu viru HIV a poskytováním kvalitnějších a dostupnějších služeb včasné diagnostiky a účinné léčby.
17. Financovat, zkvalitňovat a uvádět systémy dohledu v soulad s mezinárodními standardy, sledovat a monitorovat epidemii, rizikové chování a náchylnost k HIV/AIDS.
18. Požádat Světovou komisi pro mezinárodní migraci, aby ve své činnosti zohlednila hrozbu HIV/AIDS zejména pro migrující ženy, děti bez doprovodu a sirotky.
19. Zvýšit podporu výzkumu a vývoje nových technologií, schopných lépe plnit požadavky preventivních potřeb osob, žijících s nákazou HIV/AIDS nebo jí vystavených, a to včetně zvyšování investic veřejného sektoru do vakcín a mikrobicidů určených k prevenci nákazy HIV.

ŽIVOT S HIV/AIDS

20. Bojovat proti stigmatizaci a diskriminaci osob, žijících s HIV/AIDS v Evropě a Střední Asii, a to i prostřednictvím kritického přehodnocení a monitoringu stávající legislativy, politiky a praxe, v zájmu prosazování účinného výkonu všech lidských práv osob, žijících s HIV/AIDS a příslušníků postižených komunit.
21. Do roku 2005 umožnit všeobecný přístup k účinné, cenově dostupné a rovnoprávné prevenci, léčbě a péči včetně bezpečné antiretrovirální terapie osobám, žijícím s HIV/AIDS v zemích našeho regionu,⁵ kde dostupnost takové léčby dosud není všeobecná, a to včetně technické podpory OSN prostřednictvím globální iniciativy, vedené Světovou zdravotnickou organizací a UNAIDS tak, aby se do roku 2005 dostá-

valo antiretrovirální terapie třem milionům osob na světě („3x5“). Účinná antiretrovirální terapie musí být zaměřena na nemajetné vrstvy, musí být rovná a zaměřená na osoby s nejvyšším rizikem a náchylností k HIV/AIDS.

22. Zajistit včasné plnění rozhodnutí Světové obchodní organizace z 30. srpna 2003 o implementaci odstavce č. 6 Deklarace z Dauhá o dohodě TRIPS a veřejném zdraví.
23. Zvýšit dostupnost nediskriminační paliativní péče, poradenství, psychosociální podpory, pomoci nebydlícím osobám a dalších relevantních sociálních služeb osobám, žijícím s HIV/AIDS.
24. Investovat do veřejného výzkumu a vývoje v zájmu vývoje dostupných a snadno aplikovatelných terapeutických a diagnostických metod na podporu rozšířené léčby a zvyšování kvality života osob, žijících s HIV.
25. Monitorovat výsledky a podnikat praktické kroky v zájmu výměny informací o poskytování služeb prevence, léčby a péče, zejména pak osobám nejvíce ohroženým a vystaveným nákaze HIV/AIDS.

PARTNERSTVÍ

26. Posilovat součinnost, spolupráci a partnerství zemí Evropy a Střední Asie, jakož i s jejich transatlantickými a jinými partnery v rozvoji za účelem zvýšení lokální schopnosti bojovat s epidemií a zmírňovat její důsledky v nejvíce postižených a nejpotřebnějších zemích, jakož i v zemích, čelících vážnému riziku závažné epidemie.
27. Zapojit občanskou společnost a náboženské organizace, jakož i osoby žijící s HIV/AIDS a osoby zvláště ohrožené a náchylné k nákaze HIV/AIDS do rozvoje a naplňování národních strategií prevence a financování léčby HIV/AIDS včetně jejich účasti na národních partnerských fórech.
28. Pracovat s čelnými představiteli soukromého sektoru v boji proti HIV/AIDS prostřednictvím vzdělávacích programů na pracovištích, uplatňování nediskriminační zaměstnanecké politiky, poskytování léčebných, poradenských, pečovatelských a podpůrných služeb a též prostřednictvím styků s politiky na místní, národní a regionální úrovni.
29. Zapojit národní a mezinárodní farmaceutický průmysl do soukromoveřejného partnerství, a to včetně důležitých mezinárodních organizací jako např. Světové zdravotnické organizace v zájmu řešení epidemiologických aspektů kompletního řetězce distribuce drog, od jejich výroby po cenovou politiku a šíření.
30. Zajistit efektivní součinnost dárců, multilaterálních organizací, občanské společnosti a vlád při účinném poskytování pomoci zemím, které nejvíce potřebují podporu při uplatňování svých národních strategií

⁵ Podle odhadů WHO se v tomto regionu v r. 2003 nedostávalo léčby nejméně 100 000 osob.

boje proti HIV/AIDS, v této součinnosti vycházet z aktuálních procesů simplifikace a harmonizace, zejména pak z vůdčích zásad UNAIDS.⁶

31. Ustavit trvale udržitelné partnerské vztahy se sdělovacími prostředky, uznávat jejich důležitou úlohu při ovlivňování postojů a chování a při poskytování informací o HIV/AIDS.
32. Podporovat posilování regionální spolupráce a networkingu mezi osobami, žijícími s HIV/AIDS a organizacemi občanské společnosti v Evropě a Střední Asii a vyzvat Společný program HIV/AIDS Organizace spojených národů v partnerství s Evropskou unií, stávajícími sociálními sítěmi a dalšími regionálními partnerskými institucemi k podpoře, usnadňování a koordinaci této spolupráce.

⁶ Tyto zásady stanoví, že by měl existovat jediný schválený akční rámec národní strategie HIV/AIDS, který povede ke sladění všech partnerů, jediný národní úřad pro AIDS se širokým mnohasektorovým mandátem a jeden schválený systém monitoringu a vyhodnocování na příslušné národní úrovni.

ZÁVĚRY

33. Zavazujeme se pečlivě sledovat a vyhodnocovat plnění úkolů, vyplývajících z této deklarace, jakož i úkolů, nastolených Deklarací o závazcích plynoucích ze zvláštního zasedání Valného shromáždění Organizace spojených národů na téma HIV/AIDS, a vyzýváme Evropskou unii a jiné relevantní regionální instituce a organizace v partnerství se Společným programem Organizace spojených národů pro HIV/AIDS k nastolení příslušných platform a mechanismů, včetně zapojení občanské společnosti a osob, žijících s HIV/AIDS, v zájmu hodnocení pokroku na regionální úrovni, a to každý druhý rok počínaje rokem 2006.

24. února 2004



Klíčové informace o HIV/AIDS pro Východní Evropu a Střední Asii

Tyto informace o HIV/AIDS v našem regionu vypracovala regionální úřadovna UNICEF pro země Střední a Východní Evropy, Společenství nezávislých států a baltské země a sekretariát UNAIDS ve spolupráci s regionálními úřadovnami spolusponzorů UNAIDS a tematickými skupinami OSN pro HIV/AIDS v tomto regionu.

Tyto informace vznikly v reakci na iniciativu výkonného ředitele UNAIDS a regionálních ředitelů spolusponzorů UNAIDS s cílem zajistit účinnou spolupráci celého systému OSN v boji s HIV/AIDS.

Tyto informace mají sloužit představitelům OSN a jejím pracovníkům na státní a regionální úrovni k navázání rozhovorů s vládou, občanskou společností a dvoustrannými a dalšími klíčovými partnery.

Tyto informace lze považovat za obecně platné pro celý region. Pro pět zemí – Kirgizistán, Tádžikistán, Moldávii, Rusko a Ukrajinu – budou tyto klíčové informace základem, ze kterého budou vycházet jednotlivé body rozhovorů, jež jsou specifické pro tu kterou zemi a na jejichž formulaci se pracuje. Vyzýváme všechny země, aby si pro své rozhovory vypracovaly podobné specifické body.

Dále se pracuje na strategii rozhovorů pro země Střední a Východní Evropy, Společenství nezávislých států a baltské země, která poskytne rámec pro využití těchto klíčových informací ve spolupráci s hromadnými sdělovacími prostředky, při konzultacích s občanskou společností a dalších osvětových akcích.

OBSAH

Všeobecné informace

1. Rozsah a dopad epidemie v regionu
2. Nezbytnost komplexního řešení
3. Potřeba vedení a partnerství

Informace o klíčových otázkách

4. Mladí lidé
5. Zvláště ohrožené skupiny a vysoce rizikové prostředí
6. Přístup k léčbě, péči a podpoře
7. Prevence přenosu z matky na dítě

1. ROZSAH A DOPAD EPIDEMIE V REGIONU

Klíčová informace:

Ve Východní Evropě a Střední Asii dochází k nejrychlejšímu šíření HIV/AIDS v historii této epidemie. Toto šíření představuje jednu z největších hrozeb pro zdraví lidí, jejich pohodu, sociálně-ekonomický vývoj a bezpečnost regionu.

Otázka: O jak rozsáhlý problém se jedná?

V prosinci 2002 bylo v regionu podle odhadu 1,2 milionu lidí infikováno HIV/AIDS. Epidemie si již vyžádala 25 000 životů. Odhaduje se, že do roku 2015 bude v regionu umírat na AIDS více než 150 000 lidí ročně. 90 % případů HIV/AIDS v tomto regionu připadá na Rusko a Ukrajinu. Estonsko vykazuje nejvyšší výskyt nových infekcí na světě, tedy téměř dvacetinásobek

průměru zaznamenaného v EU. V Uzbekistánu dochází k nevídanému nárůstu případů. HIV se rychle šíří také v Lotyšsku a Kazachstánu a vzestupnou tendenci nyní vykazuje výskyt infekce v Ázerbajdžánu, Gruzii, Kirgizstánu a Tádžikistánu. V jihovýchodní Evropě za stávajících podmínek hrozí vysoké riziko epidemického výskytu a rychlého šíření epidemie. Je naprosto zřejmé, že žádná země není před tímto nebezpečím chráněna a že všechny země musí okamžitě začít jednat.

Otázka: Proč v regionu dochází k nejrychlejšímu šíření globální epidemie?

Přenos HIV kontaminovanou krví představuje nejčastější způsob infekce. Vzhledem k rozšířenosti a stálému nárůstu injekčního užívání drog a sdílení injekčních pomůcek měl největší počet nově hlášených případů HIV v regionu (89 % v roce 2001) souvislost právě s injekčním užíváním drog. Odhaduje se, že až jedno procento populace některých zemí regionu injekčně užívá drogy a tak vystavuje sebe a své sexuální partnery vysokému riziku infekce. Většina injekčních uživatelů drog je velmi mladá, někdy dokonce mladší patnácti let. Nedávno bylo v jedné studii u moskevských středoškolských studentů zjištěno, že 4 % z nich již mají zkušenosti s injekčním užíváním drog.

Dále se zjistilo, že mladí lidé dříve začínají sexuálně žít, často provozují nechráněný sex a mají více partnerů. Ke zvýšení rizika u mladých lidí přispívá nedostatečná informovanost o preventivních opatřeních proti šíření HIV. Byl zjištěn vysoký výskyt syfilis a dalších sexuálně přenosných onemocnění, což představuje další rizikový faktor přenosu HIV při sexuálním styku.

Není dostatečný přístup k cenově dostupným, účinným a vhodným službám, přesným informacím, čistým injekčním pomůckám, kondomům, dobrovolnému důvěrnému poradenství a vyšetření, efektivní léčbě sexuálně přenosných onemocnění, metadonu a jiným odvykacím léčebným programům. Zvláště ztížený přístup ke službám a účinným ochranným prostředkům mají zejména jednotlivci a skupiny, které jsou vystaveny největšímu riziku HIV.

Otázka: Kdo je problémem nejvíce postižen?

Většina infekcí v regionu je hlášena v souvislosti s injekčním užíváním drog. Průkaz rostoucího počtu případů sexuálního přenosu a přenosu z matky na dítě v mnoha zemích ukazuje na možnost snadného šíření epidemie u většinové populace. Většina lidí, kteří se infikovali při heterosexuálním styku, jsou partneři injekčních uživatelů drog.

Mladí lidé se stali snadno zranitelnou skupinou populace v souvislosti s probíhajícím procesem rychlých sociálních změn, ekonomického strádání a rostoucí nejistoty. V roce 2001 bylo ve východní Evropě více než 80 % nových případů infekce HIV diagnostikováno u lidí mladších 30 let. Rozšířenost injekčního užívání drog, vysoce rizikové sexuální chování, špatný přístup k informacím a preventivním službám a nedostatek znalostí, praktických zkušeností a motivace k ochraně sebe samého, to

vše významně přispělo ke zvýšení celkového rizika HIV infekce u mladých lidí v regionu. Ti, kdož jsou injekčními uživateli drog nebo provozují vysoce rizikové sexuální praktiky, jsou vystaveni velmi vysokému a bezprostřednímu riziku infekce HIV.

Otázka: Proč představuje HIV/AIDS prioritu i v zemích, které mají i jiné problémy?

Ekonomický růst regionu, politický pokrok a sociální stabilita závisí na mladých lidech, kteří jsou epidemií zvláště těžce zasaženi. Analýzy z nedávné doby svědčí o hrozbě těžkého a trvalého socioekonomického a demografického dopadu epidemie. Studie Světové banky z nedávné doby uzavírá, že pokud nezačneme urychleně jednat, dojde v důsledku epidemie ke snížení HDP v Ruské federaci v roce 2010 o 4 % a v roce 2020 o více než 10 %. Dále dojde ke snížení investic v roce 2010 o 5,5 % a v roce 2020 o 14,5 % a ke snížení produktivity v roce 2020 o 13 %.

Epidemie ohrožuje sociální a politickou stabilitu regionu svým socioekonomickým a demografickým dopadem a dále oslabí bezpečnost v důsledku přímého dopadu epidemie na policii a ozbrojené síly.

Pokud se epidemie HIV/AIDS nezastaví, dojde na většině území regionu k dalšímu úbytku obyvatelstva, který je již dnes významný, a vyžádá si životy stovek tisíc mladých lidí v nejproduktivnějším věku a způsobí významné snížení očekávané délky života.

Pokud epidemii nadále ponecháme volný průběh, dojde k vyčerpání zdrojů ve zdravotnickém a vzdělávacím resortu a k podkopání služeb, které poskytují určitou ochranu proti dopadu chudoby. Okamžitým, efektivním, široce zaměřeným a trvalým úsilím můžeme zvrátit současné trendy epidemie a časem dosáhnout snížení incidence a prevalence HIV/AIDS.

Zajištění přístupu k léčbě a péči pro lidi s infekcí HIV může v budoucnu vést k podstatnému snížení úmrtnosti a pracovní neschopnosti z důvodu HIV/AIDS a tudíž ke zmírnění negativního dopadu epidemie na společnost.

2. NEZBYTNOST KOMPLEXNÍHO ŘEŠENÍ

Klíčová informace:

Na základě 20 let zkušeností s epidemií AIDS jsme se přesvědčili, že jednotlivé akce nejsou dostatečně účinné. Systémové řešení, které v širokém měřítku spojí prevenci, léčbu a péči, umožní, aby se mladí lidé a lidé postižení HIV/AIDS stali aktivními partnery při zvládání epidemie a aby se do řešení zapojily všechny společenské sektory.

Otázka: Jaké jsou pro boj s HIV/AIDS předpoklady?

Region má ve svém boji s HIV/AIDS značné výhody. Může stavět na osvědčených projektech, rozsáhlé síti zdravotnických služeb a obyvatelstvu s vysokým stupněm gramotnosti. Vedle těchto silných stránek jsou tu i závazky, které na sebe vzali světoví představitelé na zvláštním zasedání Valného shromáždění OSN o HIV/

AIDS (v červnu 2001) a na zvláštním zasedání OSN o dětech (v květnu 2002). Schválení Programu naléhavých akcí členských států SNS v boji s epidemií HIV/AIDS na vrcholných setkáních hlav států SNS a představitelů vlád jakožto první regionální počin v celosvětovém měřítku v návaznosti na zvláštní zasedání OSN o AIDS – jasně ukazuje na rostoucí úroveň zainteresovanosti regionu na boji s HIV/AIDS.

Otázka: Kdo by se měl do boje s HIV/AIDS zapojit?

Vedoucí představitelé by měli o HIV/AIDS přestat mlčet. Když se každý může HIV/AIDS infikovat, musí mít možnost podílet se i na ochraně společnosti před touto hrozbou. Hromadné sdělovací prostředky, učitelé, zdravotníci a sociální pracovníci, rodiče a mladí lidé, představitelé církve a podnikatelské sféry, prostě všichni se musí zapojit do osvětových a informačních kampaní. Zaměstnavatelé a odbory musí učinit kroky pro rozvíjení a prosazování právně podložené politiky v oblasti HIV/AIDS.

Musíme mít jistotu, že nikdo nezůstává mimo naši péči a zájem. Lidé s HIV/AIDS, ať už jde o mladé uživatele drog, sexuální pracovníky, děti infikované při narození nebo lidi infikované partnery, nejsou zločinci. Mají stejná práva jako každý jiný občan a musí jim být poskytnuta stejná úroveň péče a zájmu, jaké požívají všichni ostatní. Pokud je budeme stigmatizovat nebo odmítat, jak jsme toho dnes často svědky, jednáme v rozporu se základními principy demokratické společnosti, která pečuje o své občany. Lidi s HIV/AIDS musíme podporovat, naslouchat jim a žít vedle nich a nesmíme je ze společnosti vyřazovat.

Otázka: Jaké konkrétní kroky je třeba podniknout?

Je třeba vyčlenit odpovídající finanční prostředky na národní úrovni napříč resorty a zeměpisnými oblastmi, abychom mohli otázku HIV/AIDS na národní úrovni komplexně v širším měřítku a rychleji řešit.

- Komplexní řešení předpokládá tyto kroky:
- Poskytnout všem mladým lidem (včetně injekčních uživatelů drog a dalších zvláště ohrožených skupin) informace, osvětu, služby a produkty, které potřebují ke své ochraně před infekcí HIV;
- Zajistit, aby do školních osnů byla zařazena výchova pro život včetně prevence HIV/AIDS a souvisejících otázek a aby tato výchova byla poskytována v komunitních zařízeních;
- Rozvíjet zdravotnické a poradenské služby, které by byly přístupné, důvěrné a vhodné pro mladé lidi;
- Zajistit cílené intervenční akce založené na důkazech se zaměřením na zvláště ohrožené skupiny populace včetně injekčních uživatelů drog a jejich sexuálních partnerů, sexuálních pracovníků a uživatelů jejich služeb, mužů mající styk s jinými muži, vězňů a dalších skupin trvale vystavených velmi vysokému riziku infekce HIV;
- Neprodleně rozšířit prevenci a kontrolu HIV/AIDS u injekčních uživatelů drog, orientovat se zejména na rozšířené programy výměny jehel a injekčních stříka-

ček, výdej dezinfekčních přípravků a kondomů, dobrovolné poradenství a testování HIV, protidrogové léčebné programy včetně substituční léčby a diagnostiku a léčbu sexuálně přenosných infekcí;

- Zajistit všeobecně přístupnou a cenově dostupnou péči, léčbu a podporu pro všechny lidi infikované HIV/AIDS včetně přístupu k antiretrovirové léčbě;
- Zajistit prostředí sociální a právní podpory pro všechny rizikové osoby se zvláštním zaměřením na dívky a mladé ženy s nejproblematictějšími zázemí;
- Pěstovat vstřícné, nediskriminující a nestigmatizující postoje k infikovaným a vysoce rizikovým jedincům na základě právní ochrany, zveřejňování informací, využití hromadných sdělovacích prostředků a osvětových kampaní;
- Rozvíjet a udržovat efektivní systémy zdravotního dozoru (včetně surveillance a behaviorální surveillance) při sledování a zjišťování šíření epidemie.

3. POTŘEBA VEDENÍ A PARTNERSTVÍ

Klíčové informace:

- **Je jasné, že došlo k podcenění závažnosti situace a ke ztrátě cenného času. Pokud nedojde k bezodkladnému řešení pod odvážným vedením, zbývá jen malá naděje, že se šíření nemoci podaří zastavit.**
- **Mlčení o problému HIV/AIDS a jeho negace musí prolomit hlasy představitelů politických a sociálních organizací a samosprávy, které upozorní obyvatelstvo na ohrožení HIV/AIDS a vyzvou je k angažovanosti v boji s HIV/AIDS.**
- **Stigmatizace a diskriminace podporuje šíření HIV/AIDS. Podrývá prevenci, péči a podporu. Vedoucí představitelé na všech úrovních včetně náboženských vůdců nesou odpovědnost za to, aby se společnost neuchylovala ke stigmatizaci, mlčení o epidemii nebo k jejímu popírání.**

Otázka: Proč je důležitá politická podpora?

Přijetí závazku na vysoké politické úrovni je více než symbolické, motivuje totiž k aktivitě a přináší naději. Je klíčem k mobilizaci zdrojů a součinnosti mezi různými složkami, podílejícími se na řešení problému HIV/AIDS.

Otázka: Jak mohou vedoucí představitelé pomoci?

Skutečnou podporou a přijetím závazků na vysoké úrovni dávají vlády signál, že se jich epidemie týká nebo že mají tolerantní postoj k nejrůznějším snahám o řešení problému epidemie, a dále, že aktivně podporují, a to jak politicky, tak finančně, přístupy založené na důkazech v oblasti prevence a léčby HIV/AIDS a péče o infikované.

Veškerá moc a pravomoc státu se musí zaměřit na boj s epidemií HIV/AIDS. Všechny vládní resorty se musí zmobilizovat a na všech úrovních navázat pevné partnerské vztahy s lidmi postiženými HIV/AIDS, mladými lidmi a organizacemi občanské společnosti.

Zkušenosti z celého světa ukazují, že otevřenou a čestnou diskusí o HIV/AIDS mohou vedoucí představitelé

lé silně podpořit vstřícné postoje vůči všem lidem postiženým HIV/AIDS a poskytování podpory těmto lidem.

4. MLADÍ LIDÉ

Klíčové informace:

- **Mladí lidé tvoří většinu případů nových infekcí a jsou HIV infekcí nejvíce ohroženi.**
- **Mladí lidé nejsou sami o sobě problémem; představují naopak největší potenciál v boji s HIV/AIDS. Jejich aktivní účast při prevenci a péči má prvořadý význam. Zapojit se musí hlavně ti, kdož jsou zvláště ohroženi.**

Otázka: Proč bychom se v boji s HIV/AIDS měli zaměřit na mladé lidi?

Mladí lidé dokázali, že jsou schopni zodpovědné volby, mají-li k dispozici potřebné informace, znalosti, praktické zkušenosti, produkty a služby. Mohou k bezpečnému chování vychovávat a motivovat druhé.

Když se vyvíjí vážné a trvalé úsilí pro to, aby mladí lidé žili ve vstřícném prostředí a měli k dispozici znalosti, praktické zkušenosti a služby, které by jim pomohli se chránit, klesá výskyt infekce HIV. Pro příklad uvádíme země, ve kterých se mladým lidem daří zvrátit nepříznivý trend, patří k nim Thajsko, Uganda, Zambie a Brazílie.

Otázka: Jaký druh podpory mladí lidé potřebují?

Mladí lidé mají právo vědět, co je HIV/AIDS a jak se šíří, vědět, jak chránit sebe i druhé, vědět, zda jsou HIV pozitivní nebo HIV negativní a mít přístup k dalším informacím odpovídajícím jejich věku. Mají právo vědět o tomto problému vše bez ohledu na to, jak nepříjemné nebo obtížné se to může zdát.

Ke změně chování však samotné vědomosti nestačí, mladí lidé se potřebují naučit, jak uplatnit vědomosti v praxi. Životně důležité dovednosti, ke kterým patří umět komunikovat, řešit konflikty, kritické myšlení a rozhodování, mají pro mladé lidi zásadní význam. Výchova založená na dovednostech důležitých pro život, včetně osvěty o prevenci HIV/AIDS, by také měla být zařazena do školních osnov a poskytována v komunitních zařízeních.

Mladí lidé potřebují mít přístup k široké škále vstřícných služeb včetně dobrovolného poradenství a testování HIV, léčby sexuálně přenosných infekcí a léčby drogové závislosti včetně substituční léčby.

Zvláštní pozornost by se měla věnovat těm, kdož jsou infekcí HIV zvláště ohroženi včetně mladých lidí, kteří jsou injekčními uživateli drog, mladých mužů majících sex s jinými muži, mladých lidí zapojených do prostituce, mladých lidí v ústavech, žijících na ulici, přistěhovalců a uprchlíků. U těchto skupin je vyšší pravděpodobnost než u jiných mladých lidí, že nebudou mít ke službám přístup.

Mladí lidé potřebují mít přístup k produktům zadržujícím život včetně kondomů pro ty, kdož jsou sexuálně aktivní, čistých jehel a stříkaček pro injekční uživatele drog, atiretrovirových léků a léčby oportunních infekcí pro lidi, kteří se již infikovali.

Otázka: Proč je tak důležitá účast mladých lidí v boji s HIV/AIDS?

Organizováním účinných osvětových a preventivních kampaní můžeme přetvořit nadšení, inteligenci a sny o budoucnosti u mladých lidí v mocné nástroje boje s epidemií. Mladí lidé hrají klíčovou úlohu při výchově svých vrstevníků. Zkušenosti z regionu ukazují, jaké úspěšnosti dosahují jako poslové mezi svými vrstevníky. Musíme maximálně využít všeho, co nám mohou nabídnout. Jejich připravenost a ochota učit se a převzít odpovědnost za své vlastní zdraví z nich dělá nejlepší obranu proti šíření epidemie. Jsou nejen nejpostiženější, ale zároveň také nejangažovanější.

5. ZVLÁŠTĚ ZRANITELNÉ SKUPINY A RIZIKOVÉ PROSTŘEDÍ

Klíčová informace:

Je nutno okamžitě vyvinout snahu o rozšíření prevence a péče o jedince, kteří jsou injekčními uživateli drog, a jejich partnery, stejně jako o silně ohrožené skupiny, kam patří například vězňové, sexuální pracovníci mužského i ženského pohlaví, muži, kteří mají sex s jinými muži, a migrující populace.

Otázka: Pokud existuje riziko generalizace epidemie, nebylo by lepší se teď zaměřit na prevenci v široké populaci?

Stále více lidí se v současné době stává injekčními uživateli drog a vykazuje vysoce rizikové sexuální chování. Jako součást komplexní strategie prevence a péče bude mít rozšíření cílené prevence HIV a péče odpovídající specifickým potřebám těchto skupin populace na epidemii trvalý a významný dopad.

Prevence HIV u vysoce ohrožených skupin je účinná. Důkazy z USA, Kanady, Austrálie a západní Evropy svědčí o tom, že tam, kde se programy cílené prevence HIV zavedou v dostatečně širokém měřítku, je možno předejít epidemiím HIV u injekčních uživatelů drog, u mužů, kteří mají sex s jinými muži i u sexuálních pracovníků a jejich zákazníků. Dobře zdokumentováno je i to, že se přístup založený na partnerství, nediskriminaci a maximálním zapojení postižených komunit ekonomicky vyplatí.

Na příkladu Thajska a dalších zemí si můžeme ukázat, jak může selhat i jinak komplexní a dobře vypracovaná strategie prevence HIV/AIDS, když dostatečně nezohlední potřeby vysoce ohrožených skupin populace.

HIV/AIDS již v mnoha městech a krajích vykazuje vysokou prevalenci u injekčních uživatelů drog. Existuje však stále ještě mnoho míst, kde k infikování injekčních uživatelů drog sice ještě nedošlo, ale kde tito lidé naléhavě potřebují informace, produkty a služby, aby se u nich bezprostřední vysoké riziko infekce snížilo. I v oblastech s vysokou prevalencí u ohrožených skupin lze epidemií HIV/AIDS významně zpomalit cestou prevence a programů péče.

Otázka: Existují obavy, zda uživatelé drog při svém

neuspořádaném a chaotickém způsobu života dodržují režim antiretrovirové léčby. Když injekčním uživatelům drog poskytneme antiretrovirovou léčbu, nebude to spojeno s velkým rizikem její neúspěšnosti a vyřetování ještě odolnějších virových kmenů?

Pokud se podává vhodná léčba, má u injekčních uživatelů drog stejné výsledky jako u populace, která drogy neužívá. Injekční uživatelé drog v kterékoli zemi by tudíž měli mít stejný přístup k antivirové léčbě jako zbývající HIV pozitivní populace dané země.

Neuspořádaný život není problémem pouze u injekčních uživatelů drog. Problémy související s chováním je sice nutno řešit kvůli lepšímu dodržování režimu léčby, ale samy o sobě nemohou být důvodem pro odmítnutí léčby.

Ve snaze snížit počet přerušení antivirové terapie u injekčních uživatelů drog lze uplatnit celou řadu strategických postupů, kam počítáme například výchovu, na které se podílejí vrstevníci (peer programy) a zlepšení dosažitelnosti služeb.

Substituční léčba, jako například metadonová udržovací léčba, se osvědčila při zvládání drogové závislosti a pomohla ke zlepšení celkového zdravotního stavu a psychosociální stability u injekčních uživatelů drog. Další výhodou těchto programů je možnost přímé kontroly současného podávání antiretrovirové léčby.

Doporučuje se tudíž, aby jednotlivé země podporovaly vypracovávání integrovaných programů zahrnujících přímou kontrolu léčby při zvládání jak drogové závislosti tak infekce HIV u injekčních uživatelů drog.

6. PŘÍSTUP K LÉČBĚ, PÉČI A PODPOŘE

Klíčové informace:

Nyní existuje reálná možnost změny ve vývoji epidemie HIV/AIDS, podmínkou je dosažení provázanosti prevence s péčí a léčbou HIV/AIDS.

Je nutno vyvinout úsilí, aby se dosáhlo zlepšení přístupu k péči, podpoře a léčbě včetně antiretrovirové terapie pro všechny lidi s HIV/AIDS včetně injekčních uživatelů drog a dalších vysoce ohrožených skupin populace.

Otázka: Neměli bychom raději zaměřit veškeré úsilí na prevenci než vynakládat velké finanční prostředky na nákladnou léčbu lidí s HIV/AIDS?

Přístup lidí s HIV/AIDS ke komplexní péči a léčbě nepředstavuje luxus, který jim případně můžeme dopřát. Je to základní nutnost při efektivním zavádění programů boje s HIV/AIDS v nejrůznějších prostředích a u nejrůznějších populačních skupin a komunit postižených HIV/AIDS. Přístup k péči s sebou přináší naději a pomáhá vytvořit široké strategické přístupy vycházející z potřeb a odpovídající přáním jednotlivců a komunit chránit se před HIV a jeho následky.

Prevence a péče nepředstavují konkurenční priority, jde naopak o vzájemně provázané strategie. Přístup k péči

představuje důležitý klíčový prvek účinné prevence. Mnoho lidí infikovaných HIV ani neví, že jsou HIV pozitivní. Účast na programech dobrovolného poradenství a vyšetření je v současné době slabá a zlepšení tohoto stavu nelze očekávat, dokud jedinci, u kterých byla zjištěna HIV pozitivita, nebudou mít přístup k odpovídající péči.

Při hodnocení několika celonárodních nebo menších pilotních programů v zemích se středními příjmy (Argentina, Brazílie, Chile, Thajsko) a v zemích s nízkými příjmy (Pobřeží slonoviny, Senegal, Uganda) byl zjištěn podobný stupeň dodržování režimu antiretrovirové léčby a podobná účinnost této léčby jako v zemích s vysokými příjmy.

Velké snížení cen antiretrovirových léků v rozvojových zemích vedlo k podstatnému zlepšení ekonomické efektivity této léčby. Dnes je zajištění přístupu k široké škále služeb s poskytováním péče prodlužující život včetně antiretrovirové léčby možné i ve většině zemí s nízkými a středními příjmy.

Několik studií prokázalo, že úspory plynoucí ze snížení výskytu oportunních infekcí a počtu hospitalizací mohou vyvážit náklady na antiretrovirovou terapii. Zvýšení účinnosti antiretrovirové terapie významně přispěje ke zlepšení ekonomické efektivity. Snížení virové zátěže a replikace HIV je jedním z hlavních přínosů antiretrovirové terapie. Tato terapie může vést k oslabení účinku viru HIV u infikovaných jedinců a tak usnadnit zvládání epidemie snížením rizika přenosu HIV. To přinese prospěch nejen jednotlivým pacientům, ale hlavně společnosti jako celku.

Otázka: Jaká je současná situace v dostupnosti antiretrovirové léčby v regionu?

Ve Východní Evropě a Střední Asii je antiretrovirová léčba poskytována pouze 14 % pacientů, kteří ji potřebují.

7. PREVENCE PŘENOSU Z MATKY NA DÍTĚ

Klíčové informace:

Intervence s cílem snížit riziko přenosu HIV/AIDS z matky na dítě jsou realizovatelné a účinné. Nesmíme riskovat život ani jediného novorozence kvůli tomu, že bychom nedokázali uplatnit tuto jednoduchá a finančně nenáročná opatření.

Hlavní prioritou musí být prevence HIV/AIDS. To je jediná cesta, jak předejít přenosu infekce na velký počet dětí, ke kterému by jinak došlo, a které by pak potřebovaly péči a podporu a hrozilo by jim, že z nich budou sirotci.

Každá žena musí mít přístup k osvětě a informacím o tom, jak se má sama chránit a jak má předejít přenosu infekce z matky na dítě.

Každá těhotná žena má právo na poskytnutí důvěrného vyšetření a poradenství, uplatnění účinných a finančně nenáročných metod prevence vertikálního přenosu a na poskytnutí odpovídající péče jí samotné i jejímu dítěti.

Prevence přenosu z matky na dítě musí být nedílnou součástí národních strategií boje proti HIV/AIDS.

Otázka: Jaká opatření je nutno učinit, aby se zabránilo přenosu infekce z matky na dítě?

Je třeba začlenit prevenci přenosu z matky na dítě do služeb poskytovaných v rámci péče o matku a dítě a reprodukčního poradenství a provázat strategii prevence přenosu z matky na dítě s dalšími iniciativami v oblasti zdravotnictví, jako je například Iniciativa přátelského postoje nemocnice k dítěti, nebo s podporou služeb přátelských k mladým lidem.

Je třeba zvýšit úsilí o navázání kontaktu s nejvíce ohroženými ženami, zejména s injekčními uživatelkami drog, ale také s ženami z řad menšin, uprchlíků nebo přistěhovalců.

Účinné intervence pro snížení přenosu infekce z matky na dítě vycházejí ze zajištění dobrovolného důvěrného poradenství a HIV testování pro ženy a jejich partnery, antenatální péče, léčby antiretrovirovými léky, bezpečné porodní praxe, náhradní výživy a poradenství o vhodné volbě výživy.

Pokroky v prevenci HIV/AIDS Nové strategie CDC pro měnící se epidemii



Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Atlanta, Georgia, USA, 2003

Předmluva k českému překladu dokumentu CDC „Advancing HIV Prevention: New Strategies for a Changing Epidemic“

MUDr. Jaroslav Jedlička, CSc.

Výběr témat z manuálu vydaného CDC v roce 2003 pro potřeby české odborné veřejnosti zasahuje zcela adresně do oblastí, které se v současné době stávají předmětem diskusí o cílech a podobě Národního programu boje proti AIDS v České republice, včetně např. postupu epidemiologického šetření a dohledání kontaktů u nově zjištěných případů HIV infekce, v souladu se zákonem č. 258/2000 Sb. a z něj vycházejícího Metodického návodu týkajícího se HIV/AIDS, a posílení dalších aktivit vedoucích k omezení šíření této infekce v populaci.

Problematika **rychlého HIV testování v neklinickém prostředí** je vysoce aktuální, neboť cílem je zvýšit dostupnost HIV testování a dostupnost rychlé informace o vlastním HIV sérostatusu mnohým vysoce rizikovým skupinám, zejména injekčním uživatelům drog v rámci kontaktů na nízkoprahových zařízeních anebo přímo v terénu. Totéž se týká např. prostitutek, jímž jsou nabízeny zdravotně–sociální služby přímo v lokalitách, kde tyto ženy nabízejí své služby.

Rutinní dobrovolné testování na HIV u osob ve výkonu trestu je rovněž tématem stále aktuálním, a to zejména s ohledem na dodržování lidských práv a v rámci zaměření na specifickou ohroženou skupinu, která ve svém rizikovém chování často pokračuje i v průběhu výkonu trestu, popř. u ní v této době vznikají nové rizikové situace.

Poradenství a péče o partnery HIV infikovaných osob, dostupnost a kvalita těchto služeb, jsou rovněž předmětem četných diskusí epidemiologů, laboratorních pracovníků, lékařů AIDS center i samotných HIV infikovaných a nemocných AIDS, (jak postupovat plně v sou-

ladu se zákonem na ochranu veřejného zdraví a zároveň zachovat potřebnou míru diskrétnosti, důvěrnosti a ochrany osobnosti a podobně). Klíčovou roli hraje bezpochyby spolupráce pracovníků AIDS center a pracovníků v sektoru státního zdravotního dozoru – epidemiologů a dermatovenerologů.

Posledním, ovšem neméně závažným tématem, kterému se výběr z manuálu CDC věnuje je **snížování rizik u osob žijících s virem HIV**. Dvě kauzy medializované zejména českým bulvárním tiskem a komerční televizí, příběhy dvou HIV pozitivních mužů – Karla a Martyho, kteří nedodržovali zásady bezpečnějšího chování a nerespektovali doporučení poskytnutá jim v rámci HIV poradenství, jsou důkazem o tom, že je nezbytné pokračovat v úsilí o zkvalitnění těchto služeb i v našich podmínkách. Toto téma je tudíž pro nás stejně aktuální jako je tomu ve Spojených státech amerických.

ÚVOD

Od roku 1981, kdy byly rozpoznány první případy HIV/AIDS, bojují Centra pro kontrolu nemocí a prevenci (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) a jejich partnerské organizace proti této epidemii. Naším cílem je omezit přenos HIV a dopad této infekce. Nová iniciativa nazvaná *Advancing HIV Prevention: New Strategies for a Changing Epidemic* (publikováno v Morbidity and Mortality Weekly Report dne 18. dubna 2003; 52, s. 329–356) podporuje ty efektivní aktivity, které byly na poli prevence během uplynulých dvou desetiletí vykonány a posiluje naše snažení o nové modelové strategie podle osvědčených přístupů, které byly s úspěchem použity při prevenci jiných infekčních chorob.

Morbidity a mortalita spojená se stabilizovanou situací v HIV infekci, obavy z možného nárůstu nových případů HIV a skutečnost, že nyní máme k dispozici jedno-

duchý rychlý test na HIV – ve spojení s výraznou spoluprací mezi komunitami těžce postiženými virem HIV – to vše vyvíjí tlak na to, aby některé subjekty své aktivity v oblasti prevence HIV přehodnotily a popřípadě změnily. Dosáhnout poklesu počtu nově infikovaných osob a snížení morbiditu a mortality v souvislosti s HIV se může podařit, bude-li se klást větší důraz na usnadnění přístupu k testování a na poskytování služeb v oblasti prevence a zdravotní péče osobám žijícím s HIV. Mimo to může zjednodušení prenatálních a dalších testovacích postupů vést k efektivnějšímu využívání zdrojů, jež jsou vyčleněné na prevenci vertikálního přenosu HIV a dalších způsobu přenosu tohoto infekčního onemocnění.

Během uplynulých dvou desetiletí se aktivity CDC v oblasti prevence HIV zaměřovaly na to, aby neinfikovaným osobám, u nichž je vysoké riziko infekce virem HIV, pomáhaly změnit a udržovat chování a jednání tak, aby se tyto osoby infekci virem HIV vyhnuly. Tyto snahy o snížení incidence HIV byly sice koncem osmdesátých a počátkem devadesátých let minulého století úspěšné, ovšem od počátku devadesátých let zůstává počet nových infekcí HIV podle odhadu konstantní na úrovni cca 40 000 osob ročně a počet osob žijících s HIV soustavně narůstá.

CDC a další federální instituce a komunity zabývající se prevencí HIV budou pokračovat ve svém úsilí o zkvalitnění prevence HIV/AIDS: budou uplatňovat vědecké poznatky o prevenci tak, aby se omezilo další šíření HIV infekce, včetně vertikálního přenosu z matky na plod/dítě.

Spolupráce

Nová iniciativa bude vyžadovat partnerské svazky s rozsáhlým zapojením a koordinací mezi CDC, komunitou v oblasti veřejného zdraví a komunitou poskytující zdravotní péči. Za podpory Federálního ministerstva zdravotnictví (*Department of Health and Human Services*), budou CDC a její partneři včetně dalších federálních institucí, zdravotnické úřady na úrovni jednotlivých států a obcí, společenské organizace, nevládní poskytovatelé a profesní organizace tuto novou iniciativu realizovat a posilovat naše úsilí v boji s problémy této měnící se epidemie.

Ke koordinaci realizace této iniciativy rozšiřují CDC svoji spolupráci se Správou zdravotnických zdrojů a služeb (*Health Resources and Services Administration*), s Americkým sdružením nemocnic (*American Hospital Association*) i se soukromými poskytovateli zdravotní péče. K partnerům při realizaci patří programy financované z *Ryan White Care*, obecní zdravotní střediska, nemocnice i soukromé zdravotnické služby. CDC jsou rovněž ve styku s profesními lékařskými a ošetrovatelskými organizacemi, včetně Amerického lékařského sdružení, Národního lékařského sdružení, Americké koleje porodníků a gynekologů, Amerického sdružení ošetrovatel, Lékařského sdružení pro HIV v rámci Americké společnosti pro infekční choroby a Sdružení ošetrovatel pečujících o nemocné AIDS, aby je získala ke spolupráci

a podpoře při vypracovávání doporučení pro praxi, prohlášení o příslušné politice a šíření aktivit této iniciativy.

Současná situace na poli HIV/AIDS ve Spojených státech

V rozmezí let 1995–1998 poklesl roční počet nových případů AIDS o 38 %, z 69 242 případů na 42 832 případů, a počet úmrtí na AIDS poklesl o 63 %, z 51 670 na 18 823. Od roku 1998 se pokles ustálil zhruba na 40 000 výskytů případů AIDS a 16 000 úmrtí. Počet případů vertikální HIV infekce poklesl o 89 %, z 954 v roce 1992 na 101 v roce 2001, ovšem přenosem z matky na dítě se každoročně nakazí okolo 300 novorozenců.

Podle odhadu CDC žije s HIV ve Spojených státech 850 000 až 950 000 osob, z nichž odhadem 25 % o své nákaze neví. Existují doklady ukazující na fakt, že až **ke dvěma třetinám z oněch 40 000 každoročně nově diagnostikovaných infekcí virem HIV dochází přenosem od osob, které nevědí o tom, že jsou nositeli viru HIV.** Řada osob se o své diagnóze dozví až ve stadiu rozvíjející se choroby. Plných 40–45 % HIV+ osob obdrželo svůj pozitivní výsledek v časovém období kratším než jeden rok před diagnózou AIDS. Fakt, že mezi infekcí virem HIV a diagnózou AIDS uplyne v průměru doba 10 let, ukazuje na to, že lidé obvykle žijí s virem HIV řadu let aniž jsou si toho vědomi.

Nová iniciativa

V této nové iniciativě se zdůrazňuje, že je účelné provádět testy na HIV a preventivní opatření jak v klinickém, tak v neklinickém prostředí, aby se zvýšil podíl infikovaných osob, které se o svém stavu co nejdříve dozvědí a jsou s úspěchem odkázány na zdravotnické a preventivní služby.

Další oblastí zájmu je **testování na HIV infekci v neklinickém prostředí**, protože se tak **zvýšuje možnost podchytit příslušníky rasových a etnických menšin a osob vystavených vysokému riziku infekce virem HIV.**

Také rutinním testováním v nápravných zařízeních, kde je prevalence AIDS mezi vězeňskou populací pětinašobně vyšší než v celkové populaci USA, se zvýší počet osob, které jsou o své infekci virem HIV informovány a jimž se dostane potřebných služeb jak již během výkonu trestu, tak po jeho skončení.

K včasné diagnóze a napojení na zdravotnické, preventivní a další služby může napomoci služba zajišťující poradenskou činnost pro partnery a jejich odkazování na specializovaná pracoviště, tzv. *Partner Counseling and Referral Services* (PCRS). Ve studiích věnovaných PCRS v oblasti HIV mělo 8–39 % testovaných partnerů dosud nediodagnostikovanou infekci virem HIV. Větší možnosti, jak zajistit u osob s infekcí virem HIV prevenci, poskytnou současné intervence, jež se na tyto osoby zaměřují. Tyto intervence mají různou intenzitu, od intervencí na skupinové úrovni u osob, kde je potřeba prevence menší, až po intenzivní *prevention case management* u jednotlivců s mnoha zdravotními a psychosociálními problémy.

U vertikálního přenosu bylo dosaženo významného

poklesu. Nicméně i tak se počet HIV+ rodiček v USA v r. 2000 pohyboval mezi 6000–7000 a narodilo se 280–370 infikovaných dětí. Ve zhruba 40 % případů vertikálního přenosu zdravotní orgány o matčině infekci virem HIV nevěděly, a to až do doby samotného porodu.

CDC jsou si vědoma, že zvýšené zaměření na prevenci u HIV pozitivních osob může být chápáno jako cosi, co je u lidí žijících s HIV/AIDS považováno často za stigma. CDC provedla v roce 2003 celonárodní konzultace, v jejichž rámci byly diskutovány strategie pro řešení tohoto problému a pro stanovení konkrétních kroků, které mohou CDC a jejich partneři učinit ke zmírnění nebezpečí, že se toto stigma může ještě více prohloubit.

Strategie

Sám primární cíl nové iniciativy, totiž omezení míry přenosu viru HIV, není pochopitelně nijak nový. Čtyři strategie, jež byly k dosažení tohoto cíle vytyčeny, se zaměřují přímo na snížení zábran vůči provedení včasné diagnózy; zlepšení na poli odkazování nově diagnostikovaných osob s HIV na nejmodernější preventivní služby a zdravotnickou a ošetrovatelskou péči a na zajištění realizace cílených programů prevence ve spolupráci s osobami žijícími s virem HIV. V iniciativě prevence HIV se zdůrazňuje potřeba uplatňovat ke snížení výskytu a šíření choroby osvědčené přístupy v ochraně veřejného zdraví. Iniciativa se skládá ze čtyř prioritních strategií:

Strategie č. 1: Běžnou součástí zdravotní péče by se mělo stát dobrovolné testování na HIV *(nebylo vybráno pro potřeby Ročenky Národního programu boje proti AIDS v České republice – poznámka editora).*

Strategie č. 2: Realizovat nové možnosti diagnózy infekce HIV.

Strategie č. 3: Zabránit novým infekcím cestou spolupráce s osobami, u nichž byla diagnostikována infekce HIV.

Strategie č. 4: Dále snižovat počet případů vertikálního přenosu HIV *(nebylo vybráno pro potřeby Ročenky Národního programu boje proti AIDS v České republice – poznámka editora).*

Prozatímní směrnice

Jedním z prvních činů CDC v rámci nové iniciativy bylo vypracování těchto prozatímních technických směrnic pro ty, kdo čerpají granty na prevenci HIV. Jejich účelem je podat informace, které by měly pomoci při realizaci aktivit na poli prevence HIV. Informace v tomto dokumentu nejsou žádným nadiktovaným, povinným souborem aktivit; jsou to **principy, nikoli praktická opatření**, a my plně očekáváme, že si místní odborníci tyto intervence přizpůsobí tak, aby vyhovovaly potřebám komunity, které mají sloužit.

V těchto směrnicích je podán výklad sedmi aktivit k realizaci a dosažení výše uvedených strategií. Doufáme, že se směrnice uplatní, až budete plánovat své aktivity, a popřípadě vyvolají pro naše současné aktivity na poli prevence nové nápady a nové směry. Dále je jejich

účelem pomoci při plánování příslušného školení a dalšího vzdělávání.

Jedná se o tyto cílené aktivity v nové strategii prevence HIV/AIDS:

- **Rutinně doporučované testování na HIV v rámci běžné zdravotní péče** [strategie č. 1] *(nebylo vybráno pro potřeby Ročenky Národního programu boje proti AIDS v České republice – poznámka editora).*
- **Rychlé testování v neklinickém prostředí** [strategie č. 2]
- **Rutinní dobrovolné testování na HIV u osob ve výkonu trestu** [strategie č. 2]
- **Poradenství a péče o partnery HIV infikovaných osob** [strategie č. 2 a 3]
- **Snižování rizik u osob žijících s virem HIV** [strategie č. 3]
- **Prevence ve zdravotnictví** [strategie č. 3] *(nebylo vybráno pro potřeby Ročenky Národního programu boje proti AIDS v České republice – poznámka editora).*
- **Dosažení všeobecného testování na HIV u gravidních** [strategie č. 4] *(nebylo vybráno pro potřeby Ročenky Národního programu boje proti AIDS v České republice – poznámka editora).*

V každé kapitole tohoto materiálu jsou uvedeny podrobné informace o stávající situaci a o současných znalostech tématu: cíle, postupy k uskutečnění strategie jak spolupracovat s partnery včetně překonávání bariér bránících realizaci, a konečně požadavky na průběžné sledování a vyhodnocování těchto aktivit. Každá kapitola je zakončena přehledem literatury, kde lze k danému tématu nalézt detailní informace. CDC také na období let 2003–2005 plánují jakési „vzorové projekty“. Časem budou na základě těchto projektů a našich zkušeností z realizace těchto prozatímních směrnic vypracovány směrnice revidované.

Účelem této nové iniciativy je umožnit lidem **snadnější přístup k testování**, aby mohli zjistit svůj stav (HIV sérostatus) a aby se jim dostalo patřičných zdravotnických a preventivních služeb, a pomoci ochránit další ohrožené osoby před nákazou. Tyto směrnice by měly být prvním krokem v nové iniciativě k vypracování účinnějších programů vycházejících z osvědčených strategií v oblasti veřejného zdraví. Toto úsilí, i to, které bude následovat, nám pomůže dosahovat nových úspěchů v našem boji proti této nemoci a budovat potřebné základy k účinnému zaměření na osvědčená opatření a snížení míry přenosu viru HIV.

Prameny

CDC. *Advancing HIV Prevention: New strategies for a changing epidemic.* MMWR 2003; 52: 329–332.

Viz: <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/wk/mm5215.pdf>

Webová stránka *Advancing HIV Prevention*:

<http://www.cdc.gov/hiv/partners/ahp.htm>

Profil státní politiky vypracované společností *Infectious Disease Society of America (IDSA) pro Health Resources and Services Administration (HRSA)*:

<http://www.hivma.org/HIV/CEN/ToC.htm>

The U.S. Department of Health and Human Services:
http://www.hhs.gov.htm

Health Resources and Services Administration (HRSA):
http://www.hrsa.gov.htm

Webová stránka AIDS Education and Training Centers (AETC)
National Resource Center (NRC): http://www.aids-ed.org

RYCHLÉ TESTOVÁNÍ NA HIV MIMO ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ

Současný stav znalostí

V rámci rozšiřování prevence HIV je nezbytné proniknout do těžko dosažitelných populačních skupin vystavených vysokému riziku HIV infekce. Mnohé správní oblasti v USA nabízejí poradenství a testování na HIV mimo klasická zdravotnická zařízení, často v mobilních podmínkách. Díky tomu, že americký úřad FDA (U.S. Food and Drug Administration) schválil v roce 1994 testování na HIV ze slin se výrazně zvýšila možnost nabízet testování na HIV i v podmínkách, které se pro odběr krevních vzorků, manipulaci s nimi a jejich skladování nezdají jako příliš vhodné.

V rámci programů testování mimo zdravotnická zařízení je větší pravděpodobnost možnosti kontaktu s příslušníky některých rasových a etnických minorit a osob vystavených zvýšenému riziku infekce virem HIV. Oproti osobám testovaným v obvyklých testovacích místech byla u osob testovaných mimo zdravotnická zařízení dvakrát vyšší četnost lidí, kteří přiznali vysoce rizikové heterosexuální styky a třikrát až čtyřikrát vyšší četnost těch, kteří přiznali, že berou injekčně drogy a mužů, kteří přiznali, že mají sex s jinými muži.¹ Kalifornský program nazvaný *Neighborhood Interventions Geared to High-risk Testing (NIGHT)* nabízí pomoc lidem na ulici, poradenství a testování na HIV a odkazování na specializovaná pracoviště ve skříňových automobilech (tzv. „vanech“ či „karavanech“). V rámci akce NIGHT bylo v období let 1997–2001 provedeno přes 104 000 testů na HIV v těchto podmínkách. V porovnání s ostatními způsoby testování měla akce NIGHT vyšší záběr Afroameričanů (28 % oproti 13 %), osob aplikujících si injekčně drogy (23 % oproti 11 %), osob užívajících stimulační drogy (45 % oproti 25 %) a osob nabízejících sexuální služby (12 % oproti 5 %).²

Podíl HIV pozitivních testů mimo zdravotnická zařízení je všeobecně vysoký a soustavně vyšší než na běžných testovacích místech.¹ Ve Wisconsinu byla u osob testovaných v terénu četnost HIV pozitivních testů o 23 % vyšší než u osob testovaných na klinikách.³ Z 597 osob testovaných ve skříňových automobilech a v pouličních zařízeních v rámci iniciativy z roku 1999 ke zlepšení prevence u afroamerických a latinskoamerických komunit ve čtyřech severoamerických velkoměstech jich bylo HIV pozitivních 8,7%.⁴ V Jižní Karolině bylo 54 % mužů kontaktovaných v jistém baru pro příslušníky gay minority ochotno podrobit se testu ze slin, a přestože jich už bylo 78 % testováno předtím, 6 % jich bylo nově diagnostikováno jako nositelé viru HIV.⁵

V průzkumu mezi mladými muži organizovaném CDC v sedmi velkoměstech bylo vyšetřeno na HIV celkem 3 592 mužů ve věkové skupině 15–22 let, kteří měli pohlavní styk s muži a kteří byli kontaktováni ve 194 ne-zdravotnických zařízeních a ve veřejných prostorách. Celková prevalence HIV infekce u nich činila 7,2 %. I když 79 % z nich již bylo testováno předtím, 203 (82 %) z 249 HIV+ mužů o své HIV pozitivitě nevědělo.⁶ Bohužel mnoho lidí z těch, kteří se nechávají testovat v nezdravotnickém prostředí, si své výsledky nevyzvedává. Celonárodní údaje CDC z roku 2000 ukazují, že téměř polovina výsledků HIV pozitivních testů zůstává nevyzvednuta. V kalifornském programu NIGHT byla u klientů testovaných v mobilním zařízení třikrát menší četnost vyzvednutí výsledku než u klientů testovaných v klasických odběrových místech. **Naproti tomu zkušenosti s rychlým testováním, jakkoliv jsou dosud omezené, jsou povzbudivé.** V rámci minnesotského programu docházel jeden pracovník pravidelně do komunitních organizací (*community-based organizations*, ve zkratce „CBOs“), útulků pro bezdomovce a středisek pro drogově závislé a pro výměnu jehel, kde nabízel rychlé testování na HIV. Jsou-li výsledky k dispozici týž den, dostane se ke svým výsledkům plných 99,9 % testovaných osob.⁷

Co je pro úspěch tohoto typu testování důležité, vyplývá z pohovorů s osobami v nezdravotnickém prostředí. V programu výměny jehel a v saunách pro gaye jich 36 % z těch, kteří si nikdy nenechali provést test na HIV a 28 % z těch, kdo byli testováni v pozdním stadiu infekce, uvedlo jako důvod proč se dříve nenechali vyšetřit to, že „**nechtěli jít na kliniku**“.⁸ Účastníci jiných testovacích iniciativ uvádějí přání testovaných osob obdržet výsledek hned a požadavek, aby se testovalo v prodloužené pracovní době jako důležité argumenty k rozšíření alternativních možností HIV testování.⁹

Skutečnost, že úřad FDA nedávno schválil OraQuick Rapid HIV-1 Antibody Test, který je vhodný pro nezdravotnická zařízení a který umožňuje obdržet výsledek do 20 minut, vede k tomu, že čím dál více bude možno využívat externího testování na HIV.

Cíle

Cílem tohoto materiálu je poskytnout státním a místním zdravotním úřadům* a spolupracujícím společenským organizacím návod pro:

- výběr vhodných nezdravotnických míst, kde se může osoba ohrožená infekcí virem HIV dát rychle na HIV otestovat,
- vytváření příležitostí k realizaci HIV poradenství, tes-

* I když se bude vlastní testování provádět v prostorách CBOs nebo jiných nezdravotnických institucí, bude napojení a transfer zdravotnické techniky k realizaci těchto programů vyžadovat nápomocnou ruku zdravotních úřadů či jiných lékařských a laboratorních partnerů. Proto jsou informace, jak jsou zde prezentovány, cíleny jak na zdravotní úřady, tak na poskytovatele mimo zdravotnické instituce.

tování a odkazování na specializovaná pracoviště za využití rychlých testů na HIV v nezdravotnických zařízeních,

- realizaci programů rychlého testování na HIV v nezdravotnických prostředích mezi vysoce ohroženou populací ke zjištění osob, u kterých nebyla infekce virem HIV předtím diagnostikována.

Postupy

Kroky zdravotních úřadů

1. Spolupracovat s komunitními poskytovateli služeb a zástupci populací ohrožených infekcí virem HIV při vypracovávání epidemiologického profilu populací, u kterých je pravděpodobné, že v nich není infekce HIV v plné míře diagnostikována, protože (a) si tito lidé neuvědomují, že jsou virem HIV ohroženi, a/nebo (b) nevyužívají tradičních služeb v oblasti poradenství, testování a odkazování na specializovaná pracoviště.
2. Identifikovat lokality, ve kterých se zdržují vysoce ohrožené osoby, které by z intervenčních programů měly prospěch, a kde by se dalo bez objednání, s krátkou dobou čekání a bez překážek provádět rychlé testování na HIV.
3. Vyžádat si od komunitních uskupení a příslušníků vysoce ohrožených populačních skupin návrhy k organizaci HIV testování tak, aby se k této populaci získal přístup a bylo možno získat její důvěru. Zdravotní úřady by měly vytipovat společenské organizace a nezdravotnické instituce, kde by se příslušníci této populační skupiny mohli dát rychle testovat a kde by o HIV získali informace, popřípadě mohli být odesláni na specializované pracoviště.
4. Navázat partnerské vztahy s dalšími organizacemi, které mají s ohroženou populací kontakty. Důležitý bude inkrementální přístup, kdy se začne s malou skupinou vytipovaných organizací a s omezeným počtem nezdravotnických míst. Potom je možno pokračovat v úspěšných programech, přičemž se ke zlepšení postupů při zapojování dalších skupin programů dá využít zkušeností získaných jak z úspěšných, tak i z neúspěšných programů.
5. Uspořádat schůzky s první (nebo další) skupinou potenciálních partnerských organizací, kde se objasní, proč je rychlé testování na HIV v nezdravotnickém prostředí přínosné.
6. Realizovat a vyhodnotit programy testování na několika místech, aby se zjistilo, co funguje dobře, co je na podporu úspěšného programu zapotřebí a jaké lokality či instituce by se pro testování hodily. S tím jak bude přibývat zkušeností, zahájit novou vlnu poradenských a testovacích programů v nezdravotnickém prostředí.

Kroky pro komunitní organizace

1. Zhodnotit možnosti realizace rychlého testování na HIV posouzením těchto faktorů: je v daném místě pro testování dost světla, vhodná teplota a dostatek soukromí pro sdělování výsledků? Je k dispozici vhodný prostor vyhovující dané instituci (například prostor

užívaný v rámci programu výměny injekčních jehel a stříkaček)? Setrvávají příslušníci cílové populace v místě dost dlouho, aby jim bylo možno poskytnout HIV poradenství, provést testování a předat výsledky?

2. Uzavřít písemnou dohodu mezi komunitní organizací a zdravotním úřadem resp. laboratoří zajišťující dodržování zásad obsažených v dokumentu „*Clinical Laboratory Improvement Amendments*“ (CLIA) a dalších platných předpisů. Měl by být zajištěn dozor nad školením a vedením a dohled nad postupy při HIV testování a koordinací projektu.
3. Navázat vztah s některou laboratoří ke konfirmačnímu testování reaktivních vzorků z rychlého testování.
4. Postarat se o navázání vztahů mezi organizacemi na jednotlivých testovacích místech a příslušnými zdravotnickými a dalšími institucemi za účelem zajištění následné péče o osoby infikované virem HIV.
5. Stanovit postupy a odpovědnost za hlášení nových případů HIV pozitivitu zdravotním úřadům.
6. Spolupracovat s CDC při vypracovávání, realizaci a monitorování vzdělávacích programů k vyškolení nezdravotnických pracovníků v provádění rychlých testů na HIV. Školením by se měl účastník naučit, jak:
 - a) test provádět (včetně procedur před vlastním testem, během něj a po něm)
 - b) začlenit HIV testování do celkového programu poradenství a testování klientů
 - c) dodržovat zásady obsažené v programu zajištění jakosti (*quality assurance*)
 - d) shromažďovat a převážet vzorky ke konfirmačnímu testování
 - e) dokumentovat výsledky konfirmačních testů a předávat je osobám, u nichž byl rychlý test reaktivní
 - f) dodržovat bezpečnostní opatření obecného i biologického rázu
 - g) zajistit důvěrnost informací a zabezpečení údajů
 - h) zajistit dodržování platných státních a místních předpisů.
7. Posoudit připravenost k zavedení rychlého testování na HIV.
8. Vytvořit systém pro dokumentaci informovaného souhlasu s testováním a výsledků testů a pro evidenci vzorků odeslaných ke konfirmačnímu testování. V případě soustavy více testovacích míst fungujících pod zastřešením jednoty zdravotního úřadu nebo jedné CBO lze vytvořit jeden centrální evidenční systém.
9. Získat podrobné informace o tom, kde jsou klienti s reaktivními výsledky k zastižení, aby se mohli vyzvednout výsledků. Zdravotní úřad ve spolupráci s testovacím programem by měl konkrétně stanovit, kdo odpovídá za kontaktování klientů, kteří si sami nepřijdou pro kontrolní výsledek.
10. Skladovat testovací pomůcky a transportovat je na jednotlivá testovací místa. Soupravy pro rychlý test obsahují všechny potřeby a spotřební materiál k provedení testu mimo nezdravotnické zařízení.
11. Na nezdravotnických testovacích místech zajistit ru-

tiní monitorování dodržování jakosti, zvláště správné zacházení s infekčním odpadem, dodržování předpisů Úřadu bezpečnosti a zdraví při práci (*Occupational Safety and Health Administration*) a plán kontroly pro možnost profesionální expozice.

Spolupráce s partnery a integrace do stávajících služeb

1. Provádění testování na HIV v nezdravotnických zařízeních jako jsou bary, sauny nebo místa pro programy výměny jehel může představovat určité riziko pro personál. Do zavádění programů testování je třeba zařadit i školení o bezpečnosti práce a je třeba stanovit odpovídající bezpečnostní opatření (např. práce v týmech). Před zahájením testovacích aktivit je třeba uzavřít smlouvy např. s policií, vlastníky saun, erotických klubů apod.
2. Klienti, kterým je testování na HIV nabídnuto v nezdravotnických zařízeních, mohou být pod vlivem alkoholu nebo drog nebo mohou trpět chronickým duševním stavem, který narušuje jejich schopnost poskytnout informovaný souhlas, popřípadě porozumět výsledku testu. CBO a zdravotní úřad by měli spolupracovat s poskytovateli služeb při vypracování směrnic a standardů duševního stavu, s jejichž pomocí budou moci poradci určit, zda je klient schopen poskytnout informovaný souhlas nebo ne. Tyto směrnice by měly být jednoznačné a měly by být v praxi snadno aplikovatelné.
3. Po předání pozitivních výsledků z rychlého testu by měl být zajištěn následný postup, který klientovi usnadní přístup k adekvátní péči a terapii. Například by se mělo vždy stanovit konkrétní datum, kdy se pacient dostaví do zdravotnického zařízení pro výsledek konfirmačního testu. Klienta může do zdravotnického zařízení doprovodit poradce, který mu poskytne podporu a zajistí kontinuitu péče.
4. Poté, co je klientovi předán pozitivní výsledek testu na HIV může být vhodné, aby se poradce, který s klientem navázal dobré vztahy, začal dotazovat na informace o partnerech nebo klienta spojil se službami v oblasti HIV poradenství a návazné péče o něj i jeho partnery.

Co je třeba vzít v úvahu v souvislosti s programem

1. Realizaci rychlého testování na HIV v nezdravotnickém zařízení mohou ohrozit právní bariéry, jako je zákaz v dané lokalitě, politika zdravotního úřadu nebo státní laboratorní předpisy bránící předávání předběžných výsledků z testů na HIV. Pokud takové bariéry existují, je třeba zvážit, jak se s nimi vypořádat.
2. Aby se při spolupráci zajistila zodpovědnost a kontinuita, měly by být jak na zdravotním úřadě tak i na jednotlivých testovacích místech provádějících rychlé testování na HIV jmenovány hlavní kontaktní osoby.
3. Nezdravotnickému personálu poskytujícímu výsledky testů na HIV je třeba zpřístupnit zdroje pro komplexní péči o osoby ohrožené HIV/AIDS: k těmto zdrojům

patří léčba, preventivní a sociální služby pro osoby s pozitivním výsledkem testu na HIV a preventivní služby pro osoby s negativním výsledkem testu.

4. Pro veškeré testování na HIV musejí existovat písemné předpisy a postupy k zajištění důvěrnosti informace.

Literatura

1. Greby S, Frey B, Royalty J, et al. Use of simple oral fluid HIV-tests in CDC-funded facilities. V publikaci: Program and abstracts of the XIV International Conference on AIDS; July 2002; Barcelona, Spain. Abstract TuPeD4991.
2. Rasmussen H, Chen M, Myrick R, Truax S. An evaluation of California's neighborhood interventions geared to high-risk testing (NIGHT) outreach program. V publikaci: Program and abstracts of the XIV International Conference on AIDS; July 2002; Barcelona, Spain. Abstract ThOrD1401.
3. DiFrancesco W, Holtgrave DR, Hoxie N, et al. HIV seropositivity rates in outreach based counseling and testing services: program evaluation. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1998;19:282-288.
4. Dean HD, Gates CH. Conducting HIV counseling, testing and referral within the context of rapid assessment, response and evaluation in crisis response team cities. V publikaci: Program and abstracts of the XIV International Conference on AIDS; July 2002; Barcelona, Spain. Abstract MoPeF3980.
5. Sy FS, Rhodes SD, Choi ST, et al. The acceptability of oral fluid testing for HIV antibodies: a pilot study in gay bars in a predominantly rural state. *Sex Transm Dis* 1998; 25:211-215.
6. Valleroy LA, MacKellar DA, Karon JM, et al. HIV prevalence and associated risks in young men who have sex with men. *JAMA* 2000;284:198-204.
7. Keenan PA, Keenan JM. Rapid HIV testing in urban outreach: a strategy for improving posttest counseling rates. *AIDS Educ Prev* 2001;13:541-550.
8. Molitor F, Bell RA, Truax SR, et al. Predictors of failure to return for HIV test result and counseling by test site type. *AIDS Educ Prev* 1999;11:1-13.
9. Spielberg F, Branson BM, Goldbaum GM, et al. Overcoming barriers to HIV testing: preferences for new strategies among clients of a needle exchange, a sexually transmitted disease clinic, and sex venues for men who have sex with men. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003;32:318-328.

Prameny

CDC. Revised Guidelines for HIV Counseling, Testing, and Referral. <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5019.pdf>
 CLIA application and requirements: www.cms.hhs.gov/clia
 NASTAD Primer on implementing rapid HIV testing: <http://www.nastad.org/PDF/RAPIDIPRIMER.PDF>
 Product information, OraQuick Rapid HIV-1 Antibody Test: <http://www.orasure.com/products/>
 Quality Assurance Guidelines for Testing Using the Oraquick Rapid HIV-1 Antibody Test: http://www.cdc.gov/hiv/rapid_testing/materials/QA_Guidelines_OraQuick.pdf
 Rapid HIV Testing: www.cdc.gov/hiv/rapid_testing CDC.
 Technical Assistance Guidelines for CDC's HIV Prevention Program Performance Indicators.
<http://www.cdc.gov/hiv/dhap>

RUTINNÍ TESTOVÁNÍ NA HIV U OSOB V NÁPRÁVNÝCH ZAŘÍZENÍCH

Současné znalosti

V současné době jsou ve Spojených státech ve výkonu trestu zhruba 2 miliony lidí.¹ Další 4 miliony byly propuštěny na tzv. „čestné slovo“ nebo na podmínku.² Mezi osobami ve výkonu trestu tvoří naprostou většinu muži (92 %), ovšem podíl žen v posledních letech trvale vzrůstá.² Zastoupení minoritních populací mezi osobami ve výkonu trestu je neúměrně vysoké; podle posledních odhadů je ve výkonu trestu 12 % Afroameričanů mužského pohlaví a 4 % Hispánců mužského pohlaví ve věku dvacet až něco přes třicet let.²

Ve věznicích se nacházejí osoby odsouzené obvykle minimálně na 1 rok.³ Ve státních a federálních věznicích se v současnosti nachází 1,3 milionu osob.¹ Ve vazebních věznicích je zadržováno přibližně 600 000 osob² a nalézájí se v nich osoby před výslechem, soudním projednáváním, převozem do výkonu trestu nebo pro přestupky. Osoby zadržované ve vazebních věznicích bývají odsouzeny k odnětí svobody na dobu kratší než jeden rok, většinou dokonce na méně než dva týdny.³ Většina uvězněných osob bývá časem propuštěna, ale mnozí jsou během půl roku uvězněni znovu.⁴ Důsledkem toho je, že každoročně je propouštěno 7,5 milionů osob.⁵

Mnozí z těch, kdo se do nápravných zařízení dostávají, mají anamnézu rizikového sexuálního chování nebo zneužívání omamných a psychotropních látek, popřípadě obojího. Důsledkem toho je, že mezi osobami nastupujícími výkon trestu je dokumentován vysoký podíl HIV a jiných sexuálně přenosných infekcí.⁵ V roce 1999 se vědělo o více než 25 000 (2,0 %) osobách ve výkonu trestu ve federálních a státních věznicích a o více než 8600 osobách ve vazebních věznicích (1,7 %) že jsou HIV pozitivní.⁶ Prevalence HIV/AIDS mezi vězeňskou populací je oproti celkové populaci USA pětinasobná (0,60 % oproti 0,12 %).⁶ Podle posledních odhadů téměř 25 % osob žijících s HIV projde nápravným zařízením.⁷ Vstupní test na HIV se v současnosti provádí v méně než polovině věznic pro výkon trestu a jen v některých vazebních věznicích.⁸ **To znamená, že se rutinní testování na HIV nenabízí řadě osob, které mohou být infikovány.**

Nápravná zařízení by měla testování na HIV nabízet rutinně všem vězněným osobám v rámci standardní vstupní lékařské prohlídky. Rutinní testování na HIV by se mělo realizovat formou provedení standardního testu - enzymatického imunologického testu (EIA) a testu Western Blot nebo rychlého testu na HIV s případnou konfirmací. Zdravotní úřady by se měly starat o to, aby tyto osoby infikované virem HIV kontaktovaly poradenské služby a byly odesílány na specializovaná pracoviště pro partnery (PCRS).

Osobám odsouzeným k méně než 30 dnům odnětí svobody se obvykle tradičního HIV poradenství a testování nedostává, a pokud ano, bývají tyto osoby propuštěny dříve, než je výsledek testu k dispozici. **Zde by pomohlo rychlé testování, díky kterému by tato po-**

pulace obdržela výsledky testu ještě před propuštěním. Jak ukázala studie RESPECT 2, je HIV poradenství a testování s využitím rychlého screeningového testu stejně efektivní jako tradiční HIV poradenství a testování ze žilní krve.⁹ Z toho plyne, že kdyby se rychlé služby v oblasti HIV testování a poradenství poskytovaly této populaci rutinně, mohl by se výrazně zvýšit podíl testovaných osob a ty by se mohly výsledky dozvědět před propuštěním. Osoby nakažené virem HIV a osoby vysoce ohrožené možností nákazy by měly být zjištěny a předány do péče zdravotní a preventivní služby příslušného nápravného zařízení. U propouštěných osob infikovaných virem HIV je důležité, aby byly napojeny na tyto služby v komunitě.

Cíle

Účelem tohoto materiálu je poskytnout návod státním a místním zdravotním úřadům a nápravným zařízením k dosažení:

- rutinního testování na HIV v rámci vstupní lékařské prohlídky, aby se mezi vězni zjistily nové případy HIV infekce
- rutinního testování na HIV v rámci vstupní lékařské prohlídky, aby se u vězňů, kteří nahlašují, že jsou infikováni, skutečně HIV pozitivita potvrdila
- důvěrného informování všech testovaných vězňů o výsledcích jejich testů
- předání HIV infikovaných osob do péče zdravotnického zařízení provádějícího antiretrovirovou terapii; pokud je to možné, měly by tyto osoby být předány do péče programů a služeb v nápravném zařízení, v komunitě nebo na obou místech
- odkázání osob vystavených vysokému riziku infekce virem HIV na preventivní služby; sem patří jejich napojení na dostupné programy a služby jak v nápravném zařízení, tak v komunitě.

Postupy

Kroky zdravotních úřadů

1. Spolupracovat se státními a místními soudními a nápravnými orgány na vypracování postupů, jak se bude testování na HIV běžně nabízet všem osobám nastupujícím výkon trestu v rámci vstupní lékařské prohlídky. Testování by mělo spočívat v použití standardního testu EIA a v následném testu Western Blot nebo v rychlém testu s konfirmací anebo v obojím. O tom, zda použít test EIA nebo rychlý test, by měla rozhodovat předpokládaná délka pobytu dané osoby v nápravném zařízení.
2. Nápravné zařízení, zdravotní úřad nebo komunitní organizace fungující v nápravných zařízeních by měli zajistit personálu školení na následující témata:
 - a) Utajení a zabezpečení údajů z testování na HIV.
 - b) Rutinní nabízení testování na HIV, včetně rychlých testů, v rámci vstupní lékařské prohlídky.
 - c) Dokumentace výsledků testů resp. zápis o odmítnutí vyšetření na HIV.

- d) Jak porozumět tomu, co výsledek testu znamená, zvláště v případě rychlého testu na HIV.
 - e) Jak osobám ve výkonu trestu důvěrně sdělovat výsledky jejich testů.
 - f) Jak u osob ve výkonu trestu s reaktivním výsledkem rychlého testu zajistit konfirmační vyšetření.
 - g) Pečovatelské a zdravotnické služby a odkazování na specializovaná pracoviště v nápravném zařízení a v komunitě pro osoby ve výkonu trestu s pozitivním testem na HIV.
 - h) Předávání všech osob s pozitivním výsledkem testu a osob vystavených vysokému riziku nákazy do péče pečovatelských, lékařských a preventivních služeb.
 - i) Provádění poradenských služeb pro partnery.
3. Do nápravných zařízení ve své působnosti distribuovat informační leták o testování na HIV a formuláře pro dokumentování výsledků testů resp. odmítnutí dát se testovat.

Kroky nápravných zařízení

1. Všem osobám nastupujícím výkon trestu poskytovat informační leták o HIV.
2. V rámci vstupní lékařské prohlídky nabízet všem osobám nastupujícím výkon trestu rutinní testování na HIV.
3. Rutinně nabízet preventivní poradenství v souladu se směrnicemi CDC pro poradenství, testování a odesílání na specializovaná pracoviště.
4. Běžně zajišťovat pro všechny testované osoby důvěrné sdělování výsledků jejich testů.
5. Vytvořit systém pro dokumentování souhlasu s testováním a výsledků testů a pro možnost dohledání vzorků odeslaných do laboratoře ke konfirmaci.
6. Sdělovat všem osobám s pozitivním výsledkem rychlého testu, že se předběžně jeví jako HIV pozitivní (správněji HIV reaktivní) a že je třeba provést ještě následný konfirmační test. Od těchto osob je třeba získat krevní vzorek a odeslat jej na konfirmaci.
7. Stanovit postupy a odpovědnost za to, že budou případy HIV nahlášovány zdravotnímu úřadu a že bude požadována pomoc s poradenskými a odkazovacími službami pro partnery.
8. Každé nápravné zařízení musí mít písemně stanovený řád a postupy pro:
 - a) stanovení, kdo je vhodný pro test EIA a kdo pro rychlý test; obecně by se osobám, které budou nejspíše propuštěny dříve, než bude k dispozici výsledek testu EIA, měl v rámci vstupní prohlídky nabízet rychlý test;
 - b) zajištění péče a léčby podle předpokládané doby výkonu trestu dané osoby;
 - c) zajištění utajení a zabezpečení údajů z testování na HIV.
9. Zahájit předávání všech HIV infikovaných osob a osob vysoce ohrožených možností se virem HIV nakazit do péče příslušných specializovaných pracovišť, a to sjednáním první schůzky s příslušným poskytovatelem pé-

če, CBO nebo obojími. Kdykoliv je to možné, měla by první schůzka proběhnout, dokud je daná osoba ještě ve výkonu trestu. Pokud to možné není, měl by si zdravotní úřad nebo pracovníci CBO vyžádat z nápravného zařízení kontaktní údaje, vejít s propuštěnou osobou do kontaktu a případně ji i na schůzku doprovodit.

10. Spolupracovat se zúčastněnými CBOs na vypracování postupů a stanovení odpovědností za služby odesílání osob propouštěných z výkonu trestu do specializované péče, a to v rámci plánu pro jejich propuštění.

Co je třeba vzít v souvislosti s programem v úvahu

Zdravotní úřady by měly zahájit diskusi s nápravnými zařízeními, které osobám nastupujícím výkon trestu v rámci vstupní lékařské prohlídky testování na HIV rutinně nenabízejí, a zjistit, zda by byly ochotny toto rutinní testování zavést.

1. V situaci, kdy se při screeningu na HIV v nápravném zařízení používá rychlý test, mohou realizaci ohrozit právní a regulační bariéry, jako je zákaz v daném státě nebo politika zdravotního úřadu týkající se předávání předběžných výsledků. Tam, kde to přichází v úvahu, by se měla zvážit revize takového zákazu.
2. Pro osoby zadržované v nápravném zařízení nebo propuštěné do komunity musejí existovat vazby a zdroje pro péči související s infekcí virem HIV.
3. Ve zdravotním úřadě a v jednotlivých nápravných zařízeních a CBOs je třeba jmenovat koordinátora, který ponese odpovědnost a bude odpovídat za kontinuitu této spolupráce.

Spolupráce s partnery a integrace do stávajících služeb

1. Spolupráce mezi zdravotním úřadem, nápravným zařízením a pracovníky CBO má zásadní význam pro úspěšnost školení a realizaci rutinního vyšetřování na HIV a na realizaci preventivních služeb jak v nápravném zařízení, tak i v komunitě. Pokud se správa nápravného zařízení rozhodne, že součástí rutinního screeningu bude rychlé testování, je k němu třeba uspořádat speciální školení a navázat spolupráci s vhodnou laboratoří.
2. Mezi zdravotními úřady, nápravnými zařízeními a CBOs musejí být navázány partnerské vztahy, tak aby osoby mohly být předávány do péče pečovatelských, léčebných i preventivních služeb jak v nápravných zařízeních, tak v komunitě. Tyto vztahy je třeba dojednat a písemně podchytit, například formou dohody o spolupráci nebo memoranda.
3. Existují i další instituce, se kterými by mohla nebo měla být navázána spolupráce, jako je státní, okresní nebo místní policie ad.

Literatura

1. Harrison P, Beck A. Prisoners in 2001. Bureau of Justice

statistics bulletin, U.S. Dept of Justice, Office of Justice Programs. 2002;1-16.

2. Beck A, Karberg J, Harrison P. Prison and jail inmates at midyear 2001. Bureau of Justice statistics bulletin. Washington D.C.: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs. 2002;1-16.
3. Polonsky S, Kerr S, Harris B, Gaiter J, Fichtner RR, Kennedy MG. HIV prevention in prisons and jails: Obstacles and opportunities. Public Health Reports. 1994;109(5): 615-625.
4. Petersilia J. When prisoners return to the community: Political, economic, and social consequences. Sentencing & Corrections. Issues for the 21st Century. U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice. 2000;No. 9.
5. Hammett TM, Harmon P, Rhodes W. The burden of infectious disease among inmates of and releasees from U.S. correctional facilities, 1997. Am J Public Health. 2002; 92(11):1789-1794.
6. Maruschak L. HIV in prisons and jails, 1999. Bureau of Justice Statistics Bulletin, Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice. 2001;1-11.
7. Spaulding A, Stephenson B, Macalino G, Ruby W, Clarke JG, Flanigan TP. Human immunodeficiency virus in correctional facilities: A review. Clinical Infectious Diseases. 2002;35:305-312.
8. Hammett TM, Harmon P, Maruschak LM. 1996-1997 update: HIV/AIDS, STDs, and TB in correctional facilities. Washington, D.C.: U.S. Department of Justice, National Institute of Justice. July 1999.
9. Metcalf CA, Cross H, Dillon BA, et al. Randomized controlled trial of HIV counseling with rapid and standard HIV tests (RESPECT-2). XIV International AIDS Conference: Barcelona, Spain. July 7-12, 2002.
10. Desai AA, Latta TE, Spaulding A, Rich JD, Flanigan TP. The importance of routine HIV testing in the incarcerated population: The Rhode Island experience. AIDS Education and Prevention. 2002;14 (Supplement B):45-52.
11. Rich JD, Holmes L, Salas C, et al. Successful linkage of medical care and community services for HIV-positive offenders being released from prison. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine. 2001; 78(2):279-289.

Prameny

AIDS Education and Training Centers:

<http://hab.hrsa.gov/educating.htm>

Bureau of Justice Statistics:

<http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/CDC>

Revised Guidelines for HIV Counseling, Testing, and Referral.

<http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/tr5019.pdf>

National Commission on Correctional Health Care:

<http://www.nccchc.org>

Public Health and Corrections Collaboration:

<http://www.ncjrs.org/pdffiles/169590.pdf>

Rapid testing: http://www.cdc.gov/hiv/rapid_testing/

CDC. Technical Assistance Guidelines

for CDC's HIV Prevention Program Performance Indicators:

<http://www.cdc.gov/hiv/dhap>

PORADENSTVÍ A PÉČE

O PARTNERY HIV INFIKOVANÝCH OSOB

Současný stav znalostí

Máme nezvratné důkazy o tom, že většina nových infekcí virem HIV pochází od infikovaných, kteří o své infekci dosud nevědí.¹ Proto je třeba osoby virem HIV infikované zjišťovat a co nejdříve potom, co se infikovaly, je napojit na lékařské, preventivní a další služby. Jednu ze strategií k realizaci tohoto záměru představují dobrovolné poradenské a odkazovací služby pro partnery (*partner counseling and referral services*, PCRS), kam patří i informování partnerů (*partner notification*).^{2,3,4} PCRS pomáhá HIV infikovaným osobám tím, že jejich partnery informuje o závažné skutečnosti, že byli/jsou vystaveni riziku infekce virem HIV.

Takto informovaný partner, který na toto riziko nemusel mít ani sebemenší podezření, se může rozhodnout, zda podstoupí test na HIV, s tím že bude-li jeho test pozitivní, dostane se mu včas lékařského vyšetření, léčby a preventivních služeb, včetně poradenství v oblasti snižování rizik. Klíčovým úkolem PCRS je informovat současné i bývalé partnery o tom, že určitá osoba, která je infikovaná virem HIV, je označila za své sexuální partnery nebo za osoby, s nimiž sdílela injekční pomůcky při užívání drog, a doporučit jim, aby se obrátili na poradenské a testovací služby. Pokud jde o sexuální partnery, pak u blízkých partnerů a partnerů, se kterými měla daná osoba styk v nedávné době nebo často nebo po dlouhou dobu, je větší pravděpodobnost, že budou informováni,^{5,6,7,8} ovšem PCRS by se měly starat také o náhodné či občasné partnery (nebo kontakty).

Informování partnerů o tom, že byli nebo jsou vystaveni riziku HIV, je *důvěrné* v tom smyslu, že se tito partneři nedovědí, kdo jejich jméno nahlásil ani kdy k oznamované expozici došlo; informace o partnerech také není sdělována zpět původní infikované osobě. Informování je také *dobrovolné* v tom smyslu, že se infikovaná osoba sama rozhodne, zda jméno pracovníkovi, který pohovor vede, sdělí.

PCRS mohou být účinným nástrojem při kontaktování osob vysoce ohrožených možnou infekcí virem HIV: ve studiích PCRS byla u 8–39 % testovaných partnerů zjištěna dříve nediagnostikovaná infekce virem HIV.⁹ Ovšem v jednom nedávném průzkumu mezi pracovníky zdravotního úřadu v oblastech USA o vysoké četnosti nahlášených případů HIV se zjistilo, že oblastech, kde je hlášení infekce virem HIV povinné, byl pouze u 52 % infikovaných osob proveden pohovor pro potřeby PCRS.¹⁰ Bylo zjištěno, že z ekonomického hlediska jsou PCRS efektivní.^{11,12,13} To, že PCRS jsou dobře klienty akceptovány, se ukázalo při průzkumu mezi osobami žádajícími o testování na HIV, infikovanými osobami a notifikovanými partnery.^{14,15,16}

PCRS zahrnuje více elementů: je třeba zjistit a kontaktovat infikované osoby, pohovořit si s nimi o nabídce PCRS a pokusit se dovědět se od nich jména jejich partnerů, tyto partnery pak kontaktovat – notifikovat a informovat je o jejich expozici viru HIV a poskytnout jim po-

radenské a testovací služby, případně je odkázat na specializovaná pracoviště. **PCRS jsou obvykle zajišťovány zdravotní úřady.**

V některých oblastech zajišťují alespoň část PCRS (například pohovory s osobami s nově zjištěnou infekcí HIV za účelem zjištění jmen jejich partnerů) komunitní organizace nebo jiné instituce, ovšem výkon aktivit na poli PCRS mimo zdravotní úřad může být omezen nebo zakázán místními zákony a předpisy.

K tomu, jak kontaktovat a informovat partnery o jejich expozici, existují tři základní strategie.

- A) Při variantě nazvané *provider referral* informuje partnera se svolením infikované osoby pracovník organizace poskytující zdravotní péči nebo pracovník zdravotního úřadu; ten ho pak také odkáže na poradenské, testovací a další podpůrné služby. O to, vzít si na starost informování partnerů, mají sice zájem někteří lékaři, ovšem z jedné studie vyplynulo, že v pohovorech s pacienty a kontaktování partnerů jsou specialisté zdravotního úřadu úspěšnější než lékaři.¹⁸
- B) Při variantě *patient or client referral* přejímá klient plnou zodpovědnost za to, že bude své partnery o expozici viru HIV informovat a že je odkáže na příslušné poradenské a testovací služby. Často se ovšem stává, že někdo chce své partnery informovat sám, ale pak zjistí, že je to těžší než čekal. Ukazuje se navíc, že je sdělení ze strany pracovníka zdravotního úřadu podstatně účinnější, než sdělí-li věc sama infikovaná osoba.¹⁹
- C) Při variantě *contract referral* má infikovaná osoba na to, aby své partnery informovala, vymezených jen několik dní. Pokud se do smlouvaného data partneri nedostaví pro rady a testování, kontaktuje je zdravotní úřad.
- D) Ve variantě *dual referral* informují partnera infikovaný klient a pracovník organizace poskytující zdravotní péči společně. Byly nahlášeny případy, kdy se partner poté, co se o infekci HIV dozvěděl, dopustil násilí. Je třeba určité opatrnosti, ale tyto případy zřejmě nejsou příliš časté.^{20,21} V mnoha státech a v některých městech nebo lokalitách platí pro informování partnerů o expozici viru HIV určité zákony a předpisy. Některé zdravotní úřady vyžadují, aby i v těch případech, kdy pacient odmítne partnera nahlásit, lékař úřadu nahlásil každého partnera, o kterém ví. V některých státech také mají zákony, které vyžadují, aby lékař informoval třetí osoby, o nichž ví, že jsou významně ohroženy možným budoucím přenosem viru HIV od klientů, o nichž je mu známo, že jsou infikováni. Pro tento účel se ujal termín *povinnost varovat*.²² **Zákon, v originále nazvaný jako „Ryan White Act“ vyžaduje, aby zdravotní úřady vykazovaly snahu „v dobré víře“ informovat manžele HIV infikovaných pacientů.**

Cíle

Účelem tohoto materiálu je poskytnout návod státním a místním zdravotním úřadům k dosažení:

- rutinního poskytování PCRS osobám s nově diagnostikovanou infekcí virem HIV, a to ve veřejném i soukromém prostředí
- průběžného poskytování PCRS HIV infikovaným osobám, které zůstávají sexuálně aktivní nebo pokračují v užívání drog injekční cestou
- efektivního nasměrování osob diagnostikovaných s HIV prostřednictvím PCRS na lékařskou prohlídku, léčbu, preventivní a další odpovídající služby; ostatní instituce a poskytovatelé musejí úzce spolupracovat se svými zdravotními úřady a dodržovat platné zákony a předpisy.

Postupy

Kroky zdravotních úřadů

1. Vypracovat a uskutečnit programy, aby byly PCRS ve veřejném i soukromém sektoru poskytovány všem osobám, u nichž je nově diagnostikována infekce virem HIV. Tyto programy by se měly zabývat všemi kroky PCRS, tj.:
 - a) Kontaktovat osoby s nově diagnostikovanou infekcí virem HIV a nabídnout jim PCRS.
 - b) S osobami, které PCRS akceptují, si pohovořit a snažit se získat od nich jména a místo pobytu sexuálních partnerů a partnerů, se kterými sdílejí (sdílely) injekční potřeby.
 - c) Tyto partnery vyhledat, informovat, poskytnout jim HIV poradenství a testování a předat jim výsledky testu.
 - d) Partnery – zvláště ty, u nichž je test pozitivní – nasměrovat na odpovídající lékařské vyšetření, léčbu a další služby, včetně prevence dalšího přenosu infekce.
2. Zajistit, aby PCRS byly:
 - a) ve všech aspektech důvěrné
 - b) dostupné i pro anonymní poradenství a testování
 - c) kulturně senzitivní a pro cílovou populaci přijatelné
 - d) včasné (tedy aby byly osoby kontaktovány a notifikovány s co nejmenší prodlevou).
3. Zajistit, aby informace o tom, jak se dostat ke službám PCRS, byly poskytovatelům zdravotní péče ve veřejném i soukromém sektoru, CBOs i dalším institucím, jež HIV diagnostikují nebo HIV infikovaným osobám poskytují služby, snadno dostupné.
4. Pobízet poskytovatele, CBOs a další instituce, jež poskytují HIV infikovaným osobám služby, k tomu, aby u klientů prováděli rutinní průběžné dotazování na jejich sexuální aktivitu a užívání drog injekční cestou tak, aby novým partnerům, kteří mohli být vystaveni nebezpečí infekce virem HIV, poskytovali PCRS – buď přímo nebo odesláním na odpovídající specializovaná pracoviště.
5. Zajistit, aby poskytovatelé služeb, CBOs a další instituce, které HIV diagnostikují nebo HIV infikovaným osobám poskytují služby, byli obeznámeni se všemi relevantními zákony a předpisy o PCRS.
6. Zajistit, aby u všech klientů, kterým se dostává PCRS, byla posouzena možnost, že se partneri dopustí násilí,

- a pokud ano, aby byli odkázáni na instituce, které v tomto směru mají potřebné znalosti a zkušenosti.
7. Zajistit, aby se všem pracovníkům provádějícím PCRS dostalo počátečního i průběžného školení o metodách PCRS, aby byl nad nimi vykonáván dohled a aby byli pravidelně hodnoceni. Osnovy pro školení v oblasti PCRS a PN lze obdržet od CDC a mnohé kurzy lze získat od zdravotních úřadů a od Národní sítě školicích středisek v oblasti prevence STD/HIV.
 8. Ve vzájemné součinnosti vzdělávat poskytovatele zdravotní péče, CBOs a další instituce, jež slouží HIV infikovaným osobám nebo je zastupují, v tom, jaký potenciální prospěch přináší PCRS infikovaným osobám, jejich partnerům i celé komunitě, a získat pro tyto služby podporu komunity.
 9. Úzce spolupracovat s nezdravotnickými institucemi (např. s CBOs), které poskytují služby PCRS zvažují, a pomáhat jim tyto programy naplánovat, včetně stanovení, které elementy PCRS by měla daná instituce zajišťovat, jak budou její aktivity koordinovány s obdobnými aktivitami PCRS zdravotního úřadu, jak bude zajišťováno příslušné hlášení zdravotnímu úřadu a které zákony a předpisy se mohou programu týkat.

Spolupráce s partnery a integrace do stávajících služeb

1. PCRS jsou součástí souhrnného „balíku služeb“, které HIV infikované osoby a jejich partneři potřebují. Je třeba PCRS mezi tyto služby plně integrovat, počínaje okamžikem, kdy se klientovi dostane o HIV prvních rad, a následně s tím, jak klient vstoupí do péče ošetřovatelských a léčebných služeb.
2. PCRS nemohou fungovat jako izolovaná aktivita zdravotního úřadu. Zdravotní úřady jsou povinny úzce spolupracovat se soukromým sektorem i s dalšími poskytovateli a pomáhat jim vypracovávat strategie pro integraci PCRS do svých služeb (jakou je například rutinní dotazování HIV pozitivních klientů na rizika chování i klinická rizika přenosu viru HIV za účelem vytipování osob, kterým by měly být služby PCRS nabídnuty).
3. Ať již PCRS provádějí pracovníci programu HIV/AIDS nebo specialisté na intervenci v rámci programů sexuálně přenosných infekcí, **měly by programy HIV/AIDS a STD spolupracovat, aby poskytovaly ty nejefektivnější služby a aby se finanční prostředky využívaly co nejefektivněji.**
2. PCRS mohou pro zdravotní úřady představovat značnou finanční zátěž. Manažeři by měli u aktivit PCRS stanovit priority: například v jakém pořadí se má HIV infikovaným osobám PCRS nabízet nebo v jakém pořadí se mají partneři vyhledávat a PCRS jim nabízet.
3. Obavy, které v souvislosti s PCRS často zaznívají, se týkají potenciálního porušení lékařského tajemství, stigmatizace spojené s HIV infekcí a možností násilného jednání partnerů v souvislosti s PCRS. Je proto zásadně nezbytné, aby měly všechny programy PCRS přesné postupy k zachování soukromí a utajení důvěrných informací a zabezpečení údajů a aby obsahovaly řešení případného násilí ze strany notifikovaných partnerů.
4. V některých státech platí zákony a předpisy omezující možnost notifikovat sexuální partnery. Aby se daly PCRS úspěšně provádět, je třeba v odpovídajících případech uvažovat o novelizaci takových zákonů.
5. V některých případech se stává, že HIV pozitivní klient má sexuální styk nebo sdílí injekční pomůcky s osobami, které nezná. Za takových okolností je možno použít obecných informací, získaných prostřednictvím PCRS, k vytipování vysoce rizikových oblastí a míst, kde mohou programy PCRS zajistit nebo zorganizovat terénní služby. V poslední době se k vyhledávání sexuálních partnerů dá využít dokonce i internet; strategii pro PCRS v této situaci je třeba ovšem ještě detailně prozkoumat.
6. V některých situacích může být problematické zajistit utajení dat. Například pokud má HIV pozitivní klient (sledovaný pacient) manžela či manželku nebo jiného partnera, o němž je známo, že žádného jiného partnera neměl, pak by poskytovatel PCRS a sledovaný pacient měli plně probrat všechny dostupné alternativy, jak partnera uvědomit, a měli by společně zformulovat nejvhodnější strategický plán. V této situaci může být například vhodný přístup „*dual referral*“, kdy HIV infikovaný klient informuje partnera o svém stavu v přítomnosti poskytovatele PCRS. Tím, že je přítomen profesionální poradce, se klientovi dostává podpory a mohou se snížit další potenciální rizika. Jsou-li obavy, že bude partner reagovat násilně, je třeba požádat o pomoc osoby se znalostmi a zkušenostmi v oblasti prevence násilného jednání.
7. Na rozdíl od bakteriálních sexuálně přenosných infekcí se HIV nedá vyléčit (ale jen úspěšně léčit), takže PCRS by mělo být průběžným procesem pro klienty, kteří mají nového sexuálního partnera nebo partnera, se kterým sdílí injekční pomůcky. Klientům, kteří zůstávají sexuálně aktivní nebo pokračují v užívání drog injekční cestou, by se mělo dostat rad o tom, jak mají o svém stavu sami informovat a jak tyto schopnosti rozvíjet.
8. Zbývá ještě mnoho otázek, pokud jde o optimální přístup k provádění PCRS (např. optimální metody vedení pohovoru a získávání jmen partnerů, optimální časová délka pohovoru, otázka, jak postup k získání jmen a informování partnerů přizpůsobit konkrétní specifické populaci, potenciální role ostatních institucí mimo zdravotní úřady). Tyto otázky je třeba řešit

Co je třeba vzít v souvislosti s programem v úvahu

1. Některé programy PCRS se zaměřují v prvé řadě na klienty s nově diagnostikovanou infekcí HIV ve veřejném sektoru, zvláště na venerologických klinikách, ovšem většina osob s HIV je diagnostikována v sektoru soukromém. Zdravotní úřady by měly pracovat v součinnosti s poskytovateli zdravotní péče v soukromém sektoru, aby napomohly programu PCRS u všech HIV infikovaných diagnostikovaných v soukromém sektoru.

cestou vyhodnocování stávajících programů a prováděním operativního průzkumu a výzkumu.

Literatura

- Marks GS, Senterfitt W, Crepaz N. Relative contribution of HIV-positive persons aware and unaware of their serostatus to sexual HIV exposure in the United States: Findings from a meta-analytic review. V tisku.
- Macke BA, Maher JE. Partner notification in the United States: An evidence-based review. *Am J Prev Med* 1999; 17:230-242.
- West GR, Stark KA. Partner notification for HIV prevention: A critical reexamination. *AIDS Education and Prevention: HIV Counseling and Testing*. 1997;9(Suppl. B):68-78.
- Fenton K, Peterman TA. HIV partner notification: Taking a new look. *AIDS* 1997;11:1535-1546.
- Perry SW, Card CA, Moffatt M, et al. Self-disclosure of HIV infection to sexual partners after repeated counseling. *AIDS Educ Prev* 1994;6:403-11.
- van Duynhoven YT, Schop WA, van der Meijden WI, van de Laar MJ. Patient referral outcome in gonorrhea and chlamydial infections. *Sex Transm Infect* 1998;74:323-330.
- Kissinger PJ, Niccolai LM, Mangus M, et al. Partner notification for HIV and syphilis: effects on sexual behaviors and relationship stability. *Sex Transm Dis* 2003; 30(1):75-82.
- Hoxworth T, Spencer N, Peterman TA, Craig T, Johnson S, Maher JE. Changes in partnerships and HIV risk behavior after partner notification. *Sex Transm Dis* 2003;30(1):83-8.
- Golden MR. HIV partner notification: A neglected prevention intervention [editorial]. *Sex Transm Dis* 2002;29:472-475.
- Golden MR, Hogben M, Handsfield HH, et al. Partner notification for HIV and STD in the United States: low coverage for gonorrhea, chlamydial infection, and HIV. *Sex Transm Dis* 2003;30:490-496.
- Holtgrave DR, Valdiserri RO, Gerber AR, Hinman AR. Human immunodeficiency virus counseling, testing, referral, and partner notification services. A cost-benefit analysis. *Arch Intern Med* 1993;153:1225-1230.
- Toomey KE, Peterman TA, Dicker LW, et al. Human immunodeficiency virus partner notification: cost and effectiveness data from an attempted randomized controlled trial. *Sex Transm Dis* 1998;25:310-316.
- Varghese B, Peterman TA, Holtgrave DR. Cost-effectiveness of counseling and testing and partner notification: a decision analysis. *AIDS* 1999;13:1745-1751.
- Jones JL, Wykoff RF, Hollis SL, et al. Partner acceptance of health department notification of HIV exposure, South Carolina. *JAMA* 1990;264:1284-1286.
- Carballo-Diéguez A, Remien RH, Benson DA, et al. Intention to notify sexual partners about HIV exposure among New York City STD clinics' clients. *Sex Transm Dis* 2002; 29:465-471.
- Golden MR, Hopkins SG, Morris M, Holmes KK, Handsfield HH. Support among persons infected with HIV for routine health department contact for HIV partner notification. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003;32:196-202.
- Giesecke J, Ramstedt K, Granath F, Ripa T, Rado G, Westrell M. Efficacy of partner notification for HIV infection. *Lancet* 1991;338:1096-100.
- Landis SE, Schoenbach VJ, Weber DJ, et al. Results of a randomized trial of partner notification in cases of HIV infection in North Carolina. *New Engl J Med* 1992;326:101-106.
- Rothenberg KH, Paskey SJ. The risk of domestic violence and women with HIV infection: implications for partner notification, public policy, and the law. *Am J Public Health* 1995; 85:1569-76.
- Maher JE, Peterson J, Hastings K, et al. Partner violence, partner notification, and women's decisions to have HIV test. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2000;25:276- 82.
- Gostin LO, Webber DW. HIV infection and AIDS in the public health and health care systems: the role of law and litigation. *JAMA* 1998;279:1108-13.

Prameny

Směrnice a doporučení

CDC. Program operations. Guidelines for STD prevention. Partner services: <http://www.cdc.gov/std/program/partners.pdf>
 CDC. Revised Guidelines for HIV Counseling, Testing, and Referral: <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5019.pdf>
 CDC. HIV partner counseling and referral services. Guidance. December 1998: <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/pers.htm>
 CDC. Technical Assistance Guidelines for CDC's HIV Prevention Program Performance Indicators: <http://www.cdc.gov/hiv/dhap.htm>

Školení

National Network of STD/HIV Prevention Training Centers: <http://depts.washington.edu/nnptc/>
 State or local health department HIV/AIDS prevention programs. State AIDS Directors and contact information from the National Alliance of State and Territorial AIDS Directors (NASTAD): <http://www.nastad.org>

PREVENTIVNÍ OPATŘENÍ U OSOB ŽIJÍCÍCH S HIV

Současný stav znalostí

Díky nasazování nových a účinnějších léčebných postupů žije ve Spojených státech stále více osob s HIV po delší časový úsek (prodlužuje se tzv. „doba přežití“). Podle odhadů CDC žije v USA 850 tisíc – 950 tisíc osob s HIV a z nich 25% o svém sérostatusu neví.^{1,2}

Zatímco na HIV negativní populaci se soustředí řada efektivních preventivních opatření, pouze několik se jich zatím zaměřuje na osoby HIV pozitivní.³⁻⁵

Většina lidí, kteří obdrží informaci o tom, že jsou HIV pozitivní, redukuje své rizikové sexuální chování a užívání drog.⁵ **Některé HIV pozitivní osoby mají ovšem s tím, aby své chování změnily a zaměřily se na prevenci HIV, přechodné nebo průběžné problémy.** U některých lidí stačí k tomu, aby významně změnili své chování, i nepříliš intenzivní opatření (např. podpůrná skupina nebo strukturované snižování rizik, skupina pro posílení vlastních schopností), zatímco u jiných HIV pozitivních lidí je zapotřebí preventivních služeb intenzivnějších (například ve dvojicích nebo individuální přístup) nebo se musí použít kombinace preventivních služeb.

Lidé, kteří potřebují intenzivnější služby, často bojují s dalšími psychosociálními faktory, jako je duševní choroba, zneužívání omamných látek, domácí násilí, bezdomovectví nebo ekonomické stresory, které mají vliv na jejich rizikové chování. Psychosociální problémy mohou mít na HIV pozitivní osoby velmi nepříznivý vliv, kterým se zhoršuje naděje, že se těmto osobám dostane patřičné zdravotní péče a že se jí budou řídit nebo že upraví své rizikové jednání. Je nezbytně nutné začlenit úvahy o těchto věcech do programů prevence pro HIV pozitivní osoby.

Instituce by měly

- 1) zajišťovat nebo mít kontakty na celou řadu služeb různého zaměření, včetně psychosociálních služeb a léčebné péče a
- 2) provádět u HIV pozitivních osob průběžné dotazování a předávat je službám potřebného zaměření.

Na začátku je třeba, aby osoby, které jsou nově diagnostikovány jako nositelé viru HIV, byly zařazeny do zdravotní péče. Pomůže-li se HIV infikovaným osobám začlenit se do systému zdravotní péče tak, aby se jim dostalo léčby kombinovanou antiretrovirovou terapií, může se jejich virová zátěž potlačit až na velmi nízkou úroveň a postup nemoci se může zpomalit. HIV infikované osoby, kterým se dostane zdravotní péče, mohou mít také prospěch z profylaxe oportunních infekcí a budou se řešit i jejich další zdravotní problémy. Podle nedávných údajů z výzkumné studie *Antiretroviral Treatment Access Studies (ARTAS)* byla u nově diagnostikovaných osob resp. u osob, které jinak nebyly ve zdravotní péči, větší pravděpodobnost, že se jim péče dostane tehdy, když se jich ujal tzv. *case manager*, než když byly na péči pouze pasivně odkázány.⁶ V rámci studie ARTAS pomáhali *case manageři* klientům najít poskytovatele a potom jim pomáhali s pojištěním, dopravou, hlídáním dětí a dalšími záležitostmi. Tito *case manageři* aktivně napojují své klienty na primární péči o osoby s HIV/AIDS a pomáhají jim překonávat další bariéry vůči podpůrným službám. Výsledkem činnosti je, že se obvykle do soustavy primární péče v oblasti HIV začleňuje více klientů. V rámci podobného systému zkoušeného v rámci celostátního programu ve státě Minnesota se využívali specialisté na intervence u sexuálně přenosných infekcí k tomu, aby HIV pozitivní mládež ve věku 13–22 let aktivně a úspěšně napojovali na zdravotní péči a další odpovídající služby.⁷ Instituce pomáhající HIV pozitivním osobám začlenit se do soustavy zdravotní péče a zajišťující celou škálu dalších služeb, ať již přímo nebo předáním osoby na specializovaná pracoviště návazné péče, by mohly výrazně přispět ke snižování dopadu HIV na americkou populaci. K významným vedlejším službám pro HIV pozitivní osoby mohou patřit:

- behaviorální intervence k omezení rizikového chování
- opatření k tomu, aby se lépe dodržovaly komplexní léčebné režimy
- opatření proti zneužívání omamných látek
- pomoc v oblasti duševní hygieny a duševního zdraví
- prevence domácího násilí
- poradenství o sociální pomoci a podpoře

- služby v oblasti plánování rodiny
- pomoc v otázkách bydlení

Díky *Ryan White Care Act* se financuje péče a služby v oblasti HIV pro osoby bez zdravotního pojištění, o které nemůže být ani postaráno v rámci jiných programů.⁸ Projekt se snaží napojit HIV pozitivní osoby na péči a další služby cestou poradenství. Pro instituce, které se chtějí zaměřit na preventivní opatření (intervence) u osob žijících s virem HIV, může být problémem „novost“ preventivních aktivit pro tuto cílovou populaci a skutečnost, že efektivita byla hodnocena jen u malého počtu programů. Existuje řada programů pro HIV pozitivní osoby, které zajišťují různé intervence, od méně intenzivních skupinových až po intenzivní individualizované intervence.

I když je počet stávajících účinných opatření omezený, byly v rámci nedávné revize zkoumány korelace sexuálního rizika mezi HIV pozitivními osobami.⁹ V tomto dokumentu CDC je podán určitý návod pro instituce, které si vypracovávají programy, a to tak, že jsou uvedeny znalosti o tom, co je či není spojeno se sexuálním rizikem mezi HIV pozitivními osobami. Dále je pravděpodobné (i když ne ověřené), že by se na HIV pozitivní populaci dala adaptovat stávající opatření pro osoby HIV negativní. **Adaptovaná opatření by měla odrážet potřebu, aby HIV pozitivní osoby chránily jak své partnery, tak sebe samé.**

Tento dokument CDC podává stručný přehled opatření o různé intenzitě, od méně intenzivních skupinových intervencí až po nejintenzivnější intervence na snížení rizik u osob s HIV, jakýsi „individuální management prevence“.

Intervence pro HIV pozitivní osoby na skupinové úrovni

Od počátku epidemie AIDS bylo použito mnoho opatření týkajících se HIV pozitivních osob, a to v rámci programů podpůrných skupin nebo strukturovaných skupin, které se zaměřovaly na posílení duševního zdraví, sociální podporu nebo na to, jak se vyrovnávat s rizikovým chováním, nikoli ovšem jak omezit jeho důsledky.^{10–15} V rámci některých z těchto programů byly hodnoceny změny v rizikovém chování a v některých případech se zjistilo, že zaměření na to, jak se s ním vyrovnat, vedlo ke snížení rizikovosti chování.¹⁶ Po roce 1996, kdy se začaly používat nové, úspěšnější léky na léčbu HIV/AIDS, se opatření na snížení rizik u HIV pozitivních osob dostala do centra zájmu výzkumu a programů. Během několika minulých let byly provedeny další studie programů na snížení rizika HIV pro HIV pozitivní osoby, výsledky jsou však k dispozici prozatím pouze ze tří studií.

U všech tří studií se vyhodnocovaly intervence na skupinové úrovni, jejichž účelem je snížit rizikové chování HIV infikovaných osob, a bylo zjištěno, že účastníci, jimž se intervence dostalo, zredukovali své rizikové chování více než ve srovnávací skupině či několika srovnávacích skupinách, a to v minimálně jednom ukazateli.^{3,4,17}

V rámci jedné studie navštěvovaly malé skupinky HIV infikovaných mužů a žen pětihodinovou intervenci vy-

cházející ze sociálně-kognitivní teorie nebo pětihodinovou podpůrnou skupinu pro udržování a podporu zdraví.³ Akce se zaměřovala na strategie na praktikování bezpečného resp. bezpečnějšího sexu, rozvíjení schopností jak se s nákazou vyrovnat, zlepšování rozhodovacích schopností pro sdělení HIV sérostatusu vlastní rodině, přátelům a sexuálním partnerům a rozvíjení schopností dodržovat zásady bezpečnějšího sexu. Ti, kdo se intervence zúčastnili, přiznávali po 6 měsících od jejího skončení méně nechráněných sexuálních styků a častější používání kondomů než účastníci srovnávacích skupin.

V jiné studii byly účastníky HIV pozitivní osoby, které si injekčně aplikovaly drogy a které se přihlásily do metadonového programu.⁴ Po dobu 6 měsíců se účastníci zapojovali do jedné ze dvou intervencí:

1. Srovnávací intervence, kam spadal každodenní metadon, týdenní individuální poradenství v oblasti zneužívání látek, *case management* a 6 sezení zaměřených na omezení rizik spojených s infekcí HIV
2. Intervence za účelem snížení dopadu infekce HIV, kam spadalo vše ze srovnávací intervence (viz bod č. 1) a navíc skupinová psychoterapeutická sezení, a to prováděná dvakrát týdně.

Následně osoby přidělené do intervence ke snížení dopadu HIV infekce uváděly nižší hodnocení závažnosti drogové závislosti a méně praktikovaly vysoce rizikový sex a rizikové drogové chování. Konečně ve studii *Rotheramové-Borusové a spol.* byly HIV pozitivní mládeži poskytnuty 1 nebo 2 různé moduly („Zůstaň zdravý“ – skupina s 12 sezeními a „Chovej se bezpečně“ – skupina s 11 sezeními).¹⁷ Ti, kdo se zúčastnili prvního modulu, měli více problémů, zatímco účastníci druhého modulu měli méně nechráněných sexuálních styků a partnerů, méně HIV negativních sexuálních partnerů a méně užívali drogy.

Dvě z těchto tří efektivních skupinových intervencí jsou cíleny na určité HIV pozitivní populace – na osoby vstupující do metadonového programu⁴ nebo na mládež¹⁷. Instituce, které s těmito populacemi pracují, by si měly dostupné intervenční materiály prostudovat a pokud možno tyto intervence u identifikovaných populací uplatnit. Instituce pracující s populací HIV pozitivních osob by měly zvážit, zda by mohly uplatnit intervenci podle *Kalichmana a spol.* pro osoby, u kterých je intervence na skupinové úrovni vhodnější.³

Další dvě studie se zabývají perspektivními intervencemi pro hemofiliky a jejich partnerky/partnery a muže propuštěné z výkonu trestu.^{18,19} V obou studiích však uspořádání průzkumu nebo hodnocení nestačilo k tomu, aby se dal vyhodnotit vliv intervence na změnu v chování. Instituce, které se zabývají hemofiliky nebo muži, kteří mají být propuštěni z výkonu trestu, by si měly tyto intervence prostudovat a pohovořit si s autory o nejnovějších informacích, které o těchto programech mají.

Intervence pro HIV pozitivní osoby na úrovni jednotlivce

Intervence na úrovni jednotlivce může být vhodná pro ty, kteří se pro intervenci na skupinové úrovni nehodí nebo

v případě, kdy nevede ke snížení rizikového chování. Ze studií, které se zabývaly efektivitou intervencí na individuální úrovni, jsou výsledky smíšené.

Studie, kde byl výsledek nejúspěšnější, ze zaměřila na HIV pozitivní ženy; zde se zjistilo, že se při redukci rizikového chování osvědčují podpora a služby osob ve stejném postavení (peer výchova), včetně komponenty, která se podobá *peer-based case managementu*.²⁰ V této studii byly HIV pozitivní ženy randomizovány pro jednu ze dvou šestiměsíčních intervencí. Ty obsahovaly srovnávací stav, kde byly zajištěny ucelené reprodukční zdravotní služby včetně zdravotní výchovy a poradenství v relevantních tématech, nebo rozšířený stav, který zahrnoval ucelené reprodukční zdravotní služby a služby „peer poradce“ neboli „peera“.

HIV pozitivní „peer poradci“ pracovali se ženami individuálně nebo ve skupinách, aby se podělili o informace o tom, jak správně používat kondom. „Peer“ také poskytoval informace o používání antikoncepčních prostředků. Volitelné podpůrné skupiny se scházely jednou týdně, individuální sezení se konala podle potřeby. Ta byla trojího druhu:

1. Úvodní „zahřívací“ setkání
2. Setkání ve stadiu změny, kdy „peeri“ poskytovali účastníkům rady o specifickém chování v určitém stadiu infekce
3. Další setkání, kdy se „peeri“ zabývali aktuálními potřebami, jako je bydlení nebo opatrování dětí. Tento typ setkání je podobný *peer case managementu*.

Následně výzkumní pracovníci zjistili, že ženy, které absolvovaly rozšířenou intervenci, používaly soustavněji kondom, vnímaly jej jako výhodnější a byly v jeho užívání obratnější. Pracovníci shledávají pro úspěšnost intervence čtyři důvody:

1. Využití HIV pozitivních „peerů“, o kterých ženy při formativním průzkumu uváděly, že je upřednostňují.
2. Úzká spolupráce s *case managery* a komunitními kontaktními centry, a to s ohledem na výrazné neuspokojené potřeby účastnic,
3. Individuální přizpůsobení „preventivního poselství“ vedoucího ke změně chování tak, aby se týkalo rovněž současné motivace, záměrů a charakteristik partnerů.
4. Posílení „intervenčních poselství“ u žen v prostředí primární péče, protože většina byla ve zdravotní péči.

V rámci dvou studií intervencí na individuální úrovni pro HIV pozitivní osoby nebyly zjištěny žádné rozdíly v poklesu rizikového chování mezi intervenční skupinou (skupinami) a skupinou srovnávací.^{21,22} Ve studii nebyly ve snižování rizik mezi *peer-based case managementem* a obvyklou péčí zjištěny žádné rozdíly;²² autoři soudí, že možným důvodem je buď příliš malý kontakt mezi *peer case managery* a účastníky, nebo dostupnost rozsáhlých služeb pro HIV pozitivní osoby ve městě, kde byla provedena studie (San Francisco), takže intervence může jen těžko vyvolat mezi účastníky v oblasti rizikového chování nějaký zásadní rozdíl.

Prevention case management

K uspokojení specializovaných potřeb HIV pozitivních

osob s četnějšími zdravotními, sociálními a ekonomickými problémy může být zapotřebí intenzivnější intervence. Intenzivní intervenci, kde se kombinuje individuální snižování rizika HIV s *case managementem* za účelem poskytování intenzivní průběžné podpory, představuje *prevention case management* (PCM).^{23,24} Tato intervence je určena pro osoby, které mají (nebo kde lze čekat, že budou mít) problémy se započítáním nebo pokračováním v chování vedoucím ke snížení nebo zamezení přenosu HIV infekce.²³

Podle směrnic CDC sestává PCM z těchto komponent:

1. Identifikace klientů s největšími potřebami, jejich nábor do programu a zapojení.
2. Dotazování a hodnocení míry rizika chování a psychosociálních potřeb u klienta.
3. Vypracování individuálního plánu, jak omezit rizikové chování u klienta.
4. Realizace několika sezení zaměřených na poradenství v oblasti omezení rizika HIV k udržení bezpečného chování.
5. Koordinace služeb pokud jde o to, jak úspěšně byl klient předán na specializovaná pracoviště, a o potřebu dalších služeb, včetně koordinace s dalšími typy *case managerů* z jiných podpůrných programů.
6. Monitoring a případné přehodnocení klientových potřeb a rizik a pokroku v práci s ním.
7. Propuštění z PCM po dosažení cílů zaměřených na snížení rizik.

Podle směrnic pro PCM jsou také důležité tyto faktory:

1. Nízký počet klientů (12–20), aby se s nimi mohl provádět intenzivní *case management*.
2. Integrované služby a koordinace komunitních a ostatních poskytovatelů služeb.
3. Dobře vypracovaný plán hodnocení.

Cíl

Účelem tohoto materiálu je podnítit zdravotní úřady a komunitní organizace a dát jim návod pro poskytování specializované pomoci HIV pozitivním osobám s vícečetnými a komplexními potřebami v oblasti omezování rizika HIV prostřednictvím PCM.

Postupy

1. Vytipovat potenciální klienty a spolupracovat s komunitními organizacemi, zdravotními úřady, klinikami pro sexuálně přenosné infekce, AIDS centry, klienty a dalšími na tom, aby byli vysoce riziková HIV pozitivní klienti předáváni PCM. Přístup PCM vychází z premisy, že někteří lidé nedokáží přiznat prevenci HIV vysokou prioritu, střetnou-li se s problémy, které považují za důležitější nebo naléhavější. PCM by měl být vyhrazen pro osoby, které jsou ochotny probírat intimní chování v oblasti sexu a užívání drog. Pro nárok na PCM by se mělo stanovit pořadí tak, aby jeho klienty byly osoby s vícečetnými rizikovými faktory,

jako je nedávno získaná sexuálně přenosná choroba, během posledních 3 měsíců několik sexuálních partnerů nebo partnerů sdílejících injekční jehlu, jejichž HIV sérostatus je neznámý nebo negativní, a dále psychosociální situace, které mají na tyto faktory vliv (duševní choroba, zneužívání drog, bezdomovectví nebo násilí).

2. Zapojit do PCM ty HIV infikované, kteří uvádějí vysoce rizikové chování vzhledem k přenosu viru HIV. Jelikož klienti, kteří PCM potřebují, mají více rizikových faktorů, je k jejich identifikaci, náboru a zapojení do intervenčního programu zapotřebí značných finančních prostředků.
3. PCM by měli provádět profesionální poradci a sociální pracovníci se zkušenostmi s prací s vysoce rizikovými klienty (např. sociální pracovníci s licencií). Počet případů na jednoho *case managera* by měl zůstat nízký (maximálně 20 klientů). Existuje-li na *case management* dostatek finančních prostředků, může *prevention case manager* provádět méně úkolů na poli *case managementu* a více aktivit v oblasti snižování rizik. V takovém případě může být zátěž (tj. počet klientů) *prevention case managera* o něco vyšší.
4. Vypracovat nástroje pro průběžné sledování a hodnocení přizpůsobení cílové populace, včetně některých (popřípadě všech) z těchto tematických okruhů: zdraví, dodržování léčebného schématu, výskyt sexuálně přenosných infekcí, užívání omamných a psychotropních látek včetně alkoholu, průběh výkonu trestu, duševní zdraví, sexuální anamnéza, sociální podpora, schopnost omezit riziko přenosu HIV, překážky vůči bezpečnějšímu chování, silné stránky a schopnosti klienta apod.
5. **Při počátečním sezení je *prevention case manager* povinen předat klientovi k podpisu formulář dobrovolného informovaného souhlasu, který zajistí důvěrný charakter aktivit vztahujících se k PCM.** Komunikace s dalšími poskytovateli nebo specializovanými pracovišti týkající se určitého klienta vyžaduje, aby tento klient poskytl rovněž písemný informovaný souhlas s předáváním příslušných informací. Všechny informace o klientech musí být bezpečně uchovávány v uzamčených skříních a klient o tom musí být informován. Tyto záruky jsou jedním z prvních kroků při budování ovzduší důvěry s klienty a jejich zapojování do procesu PCM.
6. *Prevention case manageri* vypracovávají v součinnosti s jednotlivými klienty plány prevence soustředěné na daného klienta, s měřitelnými výsledky v oblasti chování tak, aby se vysoce rizikové chování zredukovalo a podařilo udržet. Mezi aktivity ke snížení rizika by mělo patřit individualizované sezení na téma omezení rizikového chování, což lze doplnit poradenstvím pro dvojice nebo skupiny. Aktivity ke snížení rizika mají vycházet z teorie a být přizpůsobeny životní situaci dané osoby. Klientům se musí dostat relevantních informací o zvýšeném riziku přenosu viru HIV v situaci, kdy je člověk infikován dalšími sexuálně přenosnými infekcemi. Dále se musí klientům dostat služeb poradenství a odkazování na specializované pracoviště pro

partnery (PCRS), tak aby byli o potenciálním ohrožení virem HIV důvěrně notifikováni jeho partneři.

7. *Prevention case manageři* zajišťují aktivní koordinaci s podpůrnými službami a napojení na ně: jedná se zejména o zdravotní služby, psychologickou péči, léčbu drogové závislosti, léčbu STD, různé sociální služby a další služby v oblasti prevence HIV. Pro předání klienta na tato specializovaná pracoviště je třeba vypracovat standardizovaný postup, včetně evidence, kam byl klient odeslán.
8. *Prevention case manageři* by se měli s klienty pravidelně scházet, aby mohli sledovat a přehodnocovat jejich potřeby a rizika. V pravidelně dohodnutých intervalech by měl *case manager* společně s klientem podle situace revidovat vlastní plán prevence a průvodní aktivity.
9. *Prevention case manageři* by měli stanovit časový rámec pro propuštění klienta z PCM potom, co klient dosáhne svých cílů na poli omezení rizika, nebo tehdy, když se již klient programu nezúčastňuje.
10. V kterékoliv době PCM od klientova zapojení až po jeho propuštění je třeba uvažovat o výhodách, pokud jejich použití schválí příslušný orgán a zdroj finančních prostředků. Ke vhodným pobídkám resp. výhodám mohou patřit průkazky pro dopravu, stravenky a jiné základní potřeby, v některých případech i peníze v hotovosti.
11. Programy prevence mají obsahovat dobře definovaný plán hodnocení efektivity.

Spolupráce s partnery a integrace do stávajících služeb

1. Klienti mohou být vytipováni a odkázáni na PCM různým způsobem, například prostřednictvím institucí provádějících testování na HIV. Nejvhodnější jsou pro programy PCM ty instituce, které již poskytují určité služby HIV infikovaným osobám (například v situaci, kde jsou dostupné četné služby týkající se HIV, například zdravotní a lékárenské služby a služby psychosociální podpory), nebo CBOs, jež jsou s těmito službami úzce provázány, takže jsou velmi dobře přístupné. Klienti, kterým je PCM doporučeno, ale přitom na něj nemají nárok, musí být odkázáni na jiné odpovídající služby.
2. V některých situacích PCM se může stát, že klienti již mají *case managera*.

Směrnice PCM stanoví dva standardy, kterými je třeba se ve všech správních oblastech řídit:

- a) Musí existovat explicitní protokol pro strukturalizaci vztahů k poskytovatelům *case managementu* a musí v něm být rozvedeno, jak se klienti převádějí resp. sdílejí.
- b) Nesmí docházet k duplikaci *case managementu* u HIV pozitivních osob.

V praxi to znamená, že správní obvody by měly spolupracovat na koordinaci služeb mezi vícero programy. Mají povoleno probírat s klienty typy méně rizikového chování, ale často nemají dostatek času ani vzdělání v behaviorální teorii, aby ji mohly provádět efektivně.

PCM je první a prioritní aktivitou na poli prevence HIV, kterou se dá snížit přenos viru HIV. Integrace těchto dvou služeb je ovlivněna tím, jaké služby jsou v komunitě k dispozici a jaké požadavky jednotlivé programy mají.

Co je třeba vzít v souvislosti s programy v úvahu

1. Potřeby pro omezení rizika jsou u různých osob a v různém čase různé. Instituce pracující s HIV infikovanými klienty by se při pomoci klientům měly vyhýbat uniformnímu přístupu „univerzální velikosti, která padne každému“, nýbrž by své úsilí na poli PCM měly cílit individuálně a v prvé řadě na ty, u nichž je potřeba prevence největší (například na osoby, u kterých je nejvyšší pravděpodobnost, že infekci virem HIV přenesou na své sexuální partnery nebo partnery v užívání drog).
2. Intervence nejsou ještě propracovány do té míry, kde by existoval nějaký jednoduchý vzorec pro to, jak klienta zařadit do jedné určité intervence. Ale přitom, jak jsou finanční zdroje omezené, by se instituce měly zaměřovat na ty nejefektivnější intervence pro klienty, kteří jsou z hlediska přenosu viru nejvíce ohroženi.

Literatura

1. Centers for Disease Control and Prevention. (2003). Advancing HIV Prevention: New Strategies for a Changing Epidemic – United States, 2003. *MMWR*, 52, 329–332.
2. Centers for Disease Control and Prevention. (2002). Update: AIDS – United States, 2000. *MMWR*, 51, 592–5.
3. Kalichman SC, Rompa D, Cage M, DiFonzo K, Simpson D, Austin J, Buckles J, Kyomugisha F, Benotsch E, Pinkerton S, Graham J. (2001). Effectiveness of an intervention to reduce HIV transmission risks in HIV-positive people. *American Journal of Preventive Medicine*, 21(2):84–92.
4. Margolin A, Avants SK, Warburton LA, Hawkins A, Shi J. (2003). A randomized clinical trial of a manual-guided risk reduction intervention for HIV-positive injection drug users. *Health Psychology*, 22(2):223–8.
5. Marks G, Burris S, Peterman TA. (1999). Reducing sexual transmission of HIV from those who know they are infected: The need for personal and collective responsibility. *AIDS*, 13, 297–306.
6. Gardner L, Metsch L, Loughlin A, Mahoney P, Del Rio C, Strathdee S, Gaul Z, Greenberg AE, Holmberg S, for the ARTAS Study Group (July 2003). *Initial results of the Antiretroviral Treatment Access Studies (ARTAS): Efficacy of the case management trial*. Presentation at the 2003 National HIV Prevention Conference, Atlanta, GA.
7. Remafedi G. (1998). The University of Minnesota Youth and AIDS Projects' Adolescent Early Intervention Program: A model to link HIV-seropositive youth with care. *Journal of Adolescent Health*, 23, 115–121.
8. Parham D, Conviser R. (2002). A brief history of the Ryan White CARE Act in the USA and its implications for other countries. *AIDS Care*, 14 (suppl 1), S3–S6.
9. Crepaz N, Marks G. (2002). Towards an understanding of sexual risk behavior in people living with HIV: a review of social, psychological, and medical findings. *AIDS*, 16, 135–149.

10. Blanch J, Rousaud A, Hautzinger M, Martinez E, Peri J, Andres S, Cirera E, Gatell J, Gasto C. I (2002). Assessment of the efficacy of a cognitive-behavioural group psychotherapy programme for HIV-infected patients referred to a consultation-liaison psychiatry department. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 77-84.
11. Coates TJ, McKusick L, Kuno R, Stites DP. (1989). Stress reduction training changed number of sexual partners but not immune function in men with HIV. *American Journal of Public Health*, 79, 885-887.
12. Lechner SC, Antoni M H, Lydston D, LaPerriere A, Ishii M, Devieux J, Stanley H, Ironson G, Schneiderman N, Brondolo E, Tobin JN, Weiss S. (2003). Cognitive behavioral interventions improve quality of life in women with AIDS. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 253-261.
13. Perry S, Fishman B, Jacobsberg L, Young J, Frances A. (1991). Effectiveness of psychoeducational interventions in reducing emotional distress after human immunodeficiency virus antibody testing. *Archives of General Psychiatry*, 48, 143- 147.
14. Rotheram-Borus MJ, Murphy DA, Wight RG, Lee MB, Lightfoot M, Swendeman D, Birnbaum JM, Wright W. (2001). Improving the quality of life among young people living with HIV. *Evaluation and Program Planning*, 24, 227-237.
15. Rotheram-Borus MJ, Lee MB, Gwadz M, Draimin B. (2001). An intervention for parents with AIDS and their adolescent children. *American Journal of Public Health*, 91, 1294-1302.
16. Kelly JA, Murphy DA, Bahr G R, Kalichman SC, Morgan MG, Stevenson Y, Koob JJ, Brasfield TL, Bernstein BM. (1993). Outcome of cognitive-behavioral and support group brief therapies for depressed, HIV-infected persons. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1679-1686.
17. Rotheram-Borus MJ, Lee MB, Murphy DA, Futterman D, Duan N, Birnbaum JM, Lightfoot M. (2001). Efficacy of a preventive intervention for youths living with HIV. *American Journal of Public Health*, 91, 400-405.
18. Parsons JT, Huszti HC, Crudder SO, Rich L, Mendoza J. (2000). Maintenance of safer sexual behaviors: Evaluation of a theory-based intervention for HIV seropositive men with haemophilia and their female partners. *Haemophilia*, 6, 181-190.
19. Grinstead O, Zack B, Faigles B. (2001). Reducing postre-release risk behavior among HIV seropositive prison inmates: The health promotion program. *AIDS Education and Prevention*, 13, 109-119.
20. Fogarty LA, Heilig CM, Armstrong K, Cabral R, Galavotti C, Gielen AC, Green BM. (2001). Long-term effectiveness of a peer-based intervention to promote condom and contraceptive use among HIV-positive and at-risk women. *Public Health Reports*, 116, 103-119.
21. Patterson TL, Shaw WS, Semple SJ. (2003). Reducing the sexual risk behaviors of HIV+ individuals: Outcome of a randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 25, 137-145.
22. Sorensen JL, Dilley J, London J, Okin RL, Delucchi KL , Phibbs CS. (2003). Case management for substance abusers with HIV/AIDS: A randomized controlled trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29, 133-150.
23. Purcell DW, DeGroff AS, Wolitski R J. (1998). HIV prevention case management: Current practice and future directions. *Health & Social Work*, 23:282-9.

Prameny

- CDC. HIV prevence case management: Guidance. (1997). <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/hivpcmg.htm>
- CDC. HIV prevence case management: Literature review and current practice. (1997). <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/pcml/pcml-toc.htm>
- Interventions developed by Mary Jane Rotheram-Borus, Ph.D. and her research team at UCLA. <http://chipts.ucla.edu>
- San Francisco Department of Public Health. (2000). *HIV prevention case management: Standards and guidelines for the delivery of services in San Francisco*. Available from: Project Director, Prevention Case Management Standardization and Evaluation Project, AIDS Office, San Francisco Department of Public Health, 25 Van Ness Ave. Suite 500, San Francisco, CA 94102, (415) 554-9031.
- CDC. Technical Assistance Guidelines for CDC's HIV Prevention Program Performance Indicators. <http://www.cdc.gov/hiv/dhap.htm>
- UCSF, AIDS Policy Research Center, Prevence with Positives Resources <http://ari.ucsf.edu/policy/pwp.htm>





Dům světla ČSAP v Praze - Karlíně (pohled z ulice)



Dům světla ČSAP v Praze - Karlíně (pohled z atria)



*Česká společnost AIDS pomoc
je činná i v oblasti prevence HIV/AIDS*



*Do preventivních aktivit
je zapojeno i několik osob žijících s HIV/AIDS*



*Světový den boje proti AIDS 2003 na Václavském
náměstí – bubeníci přitahovali pozornost kolemjdoucích*



*Ve stánku ČSAP bylo možno získat preventivní materiály
a další informace*

*Na akci Světlo pro AIDS
se podíleli dobrovolníci
občanského sdružení
STUD Brno*

*Účastníci brněnské akce
vytvořili ze svíček
symbol červené stužky*



*„Šalina“ byla již tradičním atributem brněnské akce
Světlo pro AIDS konané dne 18. května 2003*



*Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu
(SPRSV) organizovala v r. 2003
sbírkovou akci Červená stužka*



*Nová mobilní ambulance OS Rozkoš bez rizika je určena pro Zimbabwe jako příspěvek České republiky
k boji proti AIDS na nejpostiženějším kontinentě*

Ročenka Národního programu HIV/AIDS v České republice

2003–2004



Vydal Státní zdravotní ústav v Praze,
Centrum epidemiologie a mikrobiologie,
Pracoviště manažera Národního programu HIV/AIDS
a Styčná kancelář UNAIDS pro ČR
v roce 2004 z dotace Ministerstva zdravotnictví ČR
na řešení problematiky HIV/AIDS

redakce: MUDr. Jaroslav Jedlička, CSc.
MUDr. Daniela Kondrová
Blanka Chmelová



Vytiskla tiskárna BCS s.r.o., provozovna Chrást 59, 289 14 Poříčany, tel.: 602 931 812, tel./fax: 321 695 410.
Zlom a grafická úprava Eva Říhová, tel.: 220 806 159 nebo 737 534 818, e-mail: evariha@volny.cz

Náklad: 500 výtisků, neprodejné
ISBN: 80-7071-235-X

Další výtisky a zařazení do adresáře odběratelů lze vyžádat na adrese:

Státní zdravotní ústav
CEM – PMNP

Šrobárova 48, 100 42 Praha 10

tel.: 267 082 650, 267 082 475, e-mail: jaroslav.jedlicka@szu.cz

