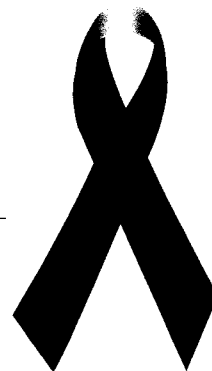


HIV in Bangladesh: **IS TIME RUNNING OUT?**



**Background document for the
dissemination of the
fourth round (2002) of
National HIV and Behavioural Surveillance.**

National AIDS/STD Programme,
Directorate General of Health Services,
Ministry of Health and Family Welfare
Government of the People's Republic of Bangladesh



Dhaka, June 2003



بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ



বাণী

মন্ত্রী

স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়
গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার

সময়ের বিবর্তনে এটা প্রমাণিত যে বিশ্বব্যাপী এইচআইভি/এইডস -এর প্রভাব রয়েছে স্বাস্থ্য, সমাজ, অর্থনীতি, আইন ও রাজনীতিতে। তাই নিঃসন্দেহে এইচআইভি/এইডস মহামারি একটা দেশের উন্নয়নের পথে বাধাস্বরূপ।

বাংলাদেশে এইচআইভি/এইডস -এর সংক্রমণ এখনো আশংকাজনক পর্যায়ে নিচে রয়েছে। তবে আমাদের প্রতিবেশী দুটি দেশেই এর সংক্রমণ প্রায় মহামারীর পর্যায়ে উপনীত হয়েছে। এ কারণে আমরা অত্যন্ত ঝুঁকিপূর্ণ অবস্থানে রয়েছি।

জাতীয় ও আন্তর্জাতিক বিভিন্ন প্রতিবেদন থেকে দেখা যায় যে, এইচআইভি বিস্তারের মূল কারণ ঝুঁকিপূর্ণ আচরণের উল্লেখযোগ্য উপস্থিতি এবং এই আচরণ পরিবর্তনের কার্যকরী ব্যবস্থার অভাব। সুতরাং আমাদেরকে অবশ্যই যুগোপযোগী প্রয়োজনীয় কার্যকরী ব্যবস্থা নিতে হবে যাতে করে ভবিষ্যতে ঝুঁকিপূর্ণ আচরণ পরিবর্তন করা যায়।

বাংলাদেশ সরকার এইডস প্রতিরোধ ও নিয়ন্ত্রণে বদ্ধপরিকর। সরকারের পাশাপাশি বিভিন্ন বেসরকারি সংগঠন এবং সমাজের সকল গণ্যমান্য ব্যক্তিবর্গকে গণসচেতনতা বৃদ্ধির লক্ষ্যে এগিয়ে আসার জন্য আমি আহ্বান জানাচ্ছি।

ডঃ খন্দকার মোশাররফ হোসেন



بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ



বাণী

প্রতিমন্ত্রী

স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়
গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার

এইচআইভি/এইডস বর্তমান বিশ্বের এক মারাত্মক সমস্যা। ইতিমধ্যে এশিয়ার, বিশেষ করে দক্ষিণপূর্ব এশিয়ার কোন কোন দেশে এ রোগ মহামারি আকারে ছড়িয়ে পড়েছে। পার্শ্ববর্তী দেশগুলোর কথা বিবেচনা করলে দেখা যায়, এই রোগ মহামারি আকারে ছড়িয়ে পড়ার জন্য প্রয়োজনীয় প্রেক্ষাপট আমাদের দেশেও বিদ্যমান। অদ্যাবধি প্রাপ্ত জাতীয় এইচআইভি জরিপের কয়েকটি ফলাফল এই ধারণাকে আরো জোরদার করে।

এ রোগের কোন প্রতিষেধক বা নিরাময়যোগ্য কোন চিকিৎসা নেই। তাই মহামারি শুরু হবার আগেই দ্রুত ফলোৎপাদক কার্যকরী পরিকল্পনা গ্রহণ এবং তার যথাযথ বাস্তবায়নের মাধ্যমে এইচআইভি সংক্রমণ বিস্তার সফলতার সাথে প্রতিরোধের সুযোগ রয়েছে।

সমন্বিত প্রচেষ্টার মাধ্যমে বাংলাদেশকে বিশ্বে এইচআইভি/এইডস প্রতিরোধে নিদর্শন হিসাবে প্রতিষ্ঠিত করার জন্য আমি সংশ্লিষ্ট সবাইকে আহ্বান জানাচ্ছি।

মিজানুর রহমান সিন্‌হা



بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ



বাণী

সচিব
স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়
গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার

সারাবিশ্ব আজ এইচআইভি ভাইরাসের সংক্রমণ থেকে মুক্ত হবার পথ খুঁজছে। বাংলাদেশও তার ব্যতিক্রম নয়।

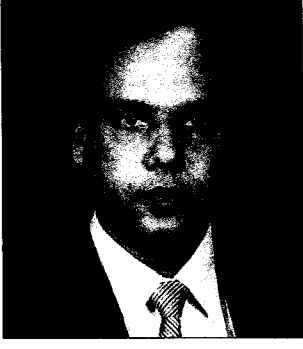
ইউএনএইডস (জুন ২০০২)-এর সূত্র মতে, ২০০১ সনের শেষ নাগাদ পৃথিবীব্যাপী এইচআইভি আক্রান্ত লোকের সংখ্যা ৪ কোটি। ২০০১ সনে এইচআইভি ভাইরাসে আক্রান্ত নতুন লোকের সংখ্যা ৫০ লক্ষ এবং একই সনে এইডস -এর কারণে মৃত্যুবরণ করেছে ৩০ লক্ষ। বাংলাদেশ সরকার, ইউএনএইডস এবং জাতিসংঘের অপরাপর সংশ্লিষ্ট অংশপ্রতিষ্ঠান কর্তৃক পরিচালিত বিশেষজ্ঞ পর্যায়ের সমীক্ষা থেকে দেখা যায় যে, বাংলাদেশে এইচআইভি সংক্রমণের প্রকোপ কম। কিন্তু এইচআইভি/এইডস সম্পর্কে জনগণের বিশেষ করে ঝুঁকিপূর্ণ জনগোষ্ঠীর সচেতনতার খুবই অভাব রয়েছে। এর পাশাপাশি রয়েছে পার্শ্ববর্তী দেশসমূহে এইচআইভি -এর ব্যাপক বিস্তার। ফলে যে কোন সময় এইচআইভি/এইডস আমাদের দেশেও বিপর্যয় ডেকে আনতে পারে।

বাংলাদেশ সরকার এইচআইভি/এইডস প্রতিরোধে প্রতিশ্রুতিবদ্ধ। ইতিমধ্যে জাতীয় এইডস নীতিমালা প্রণীত এবং মন্ত্রিপরিষদ কর্তৃক অনুমোদিত হয়েছে। নিরাপদ রক্ত সঞ্চালন আইন জাতীয় সংসদ কর্তৃক অনুমোদিত হয়েছে। এইডস প্রতিরোধে এনজিও এবং দাতাগোষ্ঠীর সহায়তায় ব্যাপক কার্যক্রম গ্রহণ করা হয়েছে এবং হচ্ছে।

আমরা আশা করি এই জরিপ প্রতিবেদনে উপস্থাপিত তথ্যাবলী বাংলাদেশে এইচআইভি/এইডস প্রতিরোধে কর্মরত সরকারি, বেসরকারি ও অন্যান্য সহযোগী সংস্থাসমূহকে আরও সময় উপযোগী ও সঠিক প্রতিরোধমূলক কর্মপন্থা প্রণয়ন এবং বাস্তবায়নে উৎসাহিত করবে।

২০ ০৭

মুহঃ ফজলুর রহমান



بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ



বাণী

মহাপরিচালক
স্বাস্থ্য অধিদপ্তর
স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়
গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার

বাংলাদেশ যদিও বিগত বছরগুলোতে এইচআইভি/এইডস মহামারি থেকে নিজেদেরকে রক্ষা করতে সমর্থ হয়েছে, তথাপি আমাদের আত্মতৃষ্টির কোন অবকাশ নেই। কারণ চতুর্থ সার্ভিলেন্স-এর তথ্যানুযায়ী ইনজেকশনের মাধ্যমে মাদকদ্রব্য ব্যবহারকারীদের মধ্যে এইচআইভি সংক্রমণের মাত্রা প্রায় মহামারীর কাছাকাছি পৌঁছে গেছে। যদিও অন্যান্য ঝুঁকিপূর্ণ গোষ্ঠীতে এইচআইভির মাত্রা এখনও কম আছে, তথাপি এইচআইভি দ্বারা ক্ষতিগ্রস্ত অন্যান্য দেশের অভিজ্ঞতা থেকে বলা যায় যে, এখনই এই ভাইরাস প্রতিরোধ করতে না পারলে এইচআইভি শুধুমাত্র ইনজেকশনের মাধ্যমে মাদকদ্রব্য ব্যবহারকারী গোষ্ঠীতেই সীমাবদ্ধ থাকবে না। তা আস্তে আস্তে সাধারণ জনগোষ্ঠীতে ছড়িয়ে পড়বে।

এই অবস্থায় সরকার, দাতাগোষ্ঠী, বেসরকারী এবং সামাজিক প্রতিষ্ঠানসমূহকে একযোগে কাজ করতে হবে। আমি আশা করি, চতুর্থ রাউন্ড সার্ভিলেন্সের ফলাফল ভবিষ্যৎ কার্যক্রম-এর ব্যাপারে একটা দিক নির্দেশনা দিবে। দ্রুত কার্যকরী বিভিন্ন কার্যক্রম হাতে নিয়ে সবাইকে একযোগে কাজ করতে হবে, যাতে করে এই ভাইরাসের বিস্তার রোধ করে আমরা আমাদের ভবিষ্যৎ প্রজন্মকে এইচআইভি সংক্রমণের ঝুঁকি থেকে রক্ষা করতে পারি।

প্রফেসর ডাঃ মোঃ মীজানূর রহমান



بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ



বাণী

মহাপরিচালক
পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তর
গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার

ঘাতক-ব্যাধি এইডস বর্তমান বিশ্বের জন্য একটি অভিশাপ। বিশ্বে প্রতিদিনই এই রোগে সংক্রমণের হার বৃদ্ধি পাচ্ছে। বাংলাদেশে এইডসের সংক্রমণ তুলনামূলকভাবে এখনও কম। কিন্তু প্রতিবেশী দেশসমূহে ব্যাপক বিস্তার ঘটছে। এ জন্য আমাদের দেশেও এই ঘাতক ব্যাধি ভয়াবহ আকারে বিস্তারের ঝুঁকি রয়েছে। এই ঝুঁকি থেকে মুক্ত থাকতে হলে এ বিষয়ে জনগণে মধ্যে ব্যাপক সচেতনতা সৃষ্টি করতে হবে। যে সব কারণে এইডসে আক্রান্ত হবার সম্ভাবনা আছে সে সব বিষয়ে জনগণকে সচেতন করে সংযত জীবন-যাপন উদ্বুদ্ধ করতে পারলে এই মরণ-ব্যাধি থেকে আত্মরক্ষা সম্ভব।

আমাদের সৌভাগ্য যে, এই দেশের বেশিরভাগ জনগণের মধ্যে সামাজিক ও ধর্মীয় মূল্যবোধ খুবই প্রবল। এই মূল্যবোধ এইডস বিস্তার রোধে অত্যন্ত সহায়ক। সমাজের সকল স্তরে এই মূল্যবোধ বিস্তারে আমাদের এখনই কার্যকর ভূমিকা নিতে হবে। পাশাপাশি নিরাপদ রক্ত গ্রহণ, প্রতিক্ষেত্রে ইনজেকশনের নতুন সুচ ও সিরিঞ্জ ব্যবহার, এইডস আক্রান্ত হলে গর্ভধারণ না করা ও শিশুকে বুকের দুধ না খাওয়ানো এবং ঝুঁকিপূর্ণ দৈহিক মিলনে কনডম ব্যবহারের জন্য জনগণকে আরও বেশি সচেতন করতে হবে।

আসুন, আমরা সকলে মিলে ঘাতক-ব্যাধি এইডস বিস্তার রোধে এখনই সক্রিয় হই এবং বাংলাদেশের জনগণকে ভয়াবহ পরিণতি থেকে রক্ষা করি।

মোঃ ফজলুর রহমান

এনজিও প্রতিনিধি



বাণী

এইচআইভি/এইডস প্রতিরোধের ক্ষেত্রে বাংলাদেশে NGO-সমাজ প্রথম থেকেই অগ্রণী ভূমিকা পালন করে আসছে। বিভিন্ন ঝুঁকিপূর্ণ গ্রুপের সাথে নিবিড় কার্যক্রমের পাশাপাশি কনডম প্রমোশন এবং যোগাযোগের মাধ্যমে এই ভয়ঙ্কর ব্যাধি সম্পর্কে সঠিক তথ্য প্রচারের জন্য বিভিন্ন NGO-র বেশ কিছু innovative কার্যক্রম রয়েছে। HIV/AIDS Surveillance চতুর্থ রাউন্ডের ফলাফল এই ধরনের NGO-দের জন্য অত্যন্ত মূল্যবান হবে এবং ভবিষ্যতের কার্যপ্রণালী নির্ধারণ করতে সহায়ক হবে।

STI/AIDS Network of Bangladesh (পূর্বতন) National STD/AIDS Network, Bangladesh) HIV/AIDS-এর ক্ষেত্রে কর্মরত ১০৩টি NGO-র একটি বাড়নশীল সংগঠন। ১৯৯৩-এ প্রতিষ্ঠার পর থেকে এই সংগঠনটি STI এবং HIV/AIDS-এর ক্ষেত্রে বিভিন্ন NGO-দের কার্যক্রমকে সহযোগিতা এবং সমন্বয় করার পাশাপাশি সদস্য NGO-দের মধ্যে STI/HIV/AIDS সম্পর্কিত তথ্য প্রবাহ ও তথ্য বিস্তার-এর উন্নতির চেষ্টা করে আসছে। পাশাপাশি Network বাংলাদেশ সরকারের HIV/AIDS সংক্রান্ত বিভিন্ন পদক্ষেপ ও কার্যক্রমকে যথাসম্ভব সহযোগিতা করে আসছে।

National HIV and behavior surveillance-এর এই কাজটি বাংলাদেশের জন্য একটি যুগান্তকারী পদক্ষেপ। এর মাধ্যমে আমরা শুধু HIV/AIDS/STI ক্ষেত্রে আমাদের দেশের পরিস্থিতির একটা সঠিক চিত্র পাই না, এই Surveillance-এ অংশগ্রহণের মাধ্যমে আমরা এমন একটা প্রক্রিয়া আমাদের দেশে স্থাপন করতে পেরেছি, যার মাধ্যমে আমরা বাংলাদেশে এই রোগের অবস্থা সম্পর্কে জানতে পারছি এবং তার পরিপ্রেক্ষিতে সঠিক ব্যবস্থা গ্রহণ করার সুযোগ পাচ্ছি। এই প্রতিক্রিয়াটি যাদের নিরলস চেষ্টায় সম্ভব হয়েছে, সে সকল প্রতিষ্ঠান এবং ব্যক্তিদেরকে Network-এর আন্তরিক অভিনন্দন। Network-এর সঙ্গে সম্পৃক্ত কয়েকটি NGO এই Surveillance সম্পাদন করতে কার্যকরী ভূমিকা পালন করছে। Network ভবিষ্যতে HIV/AIDS ক্ষেত্রে কার্যক্রম গ্রহণ করতে বাংলাদেশ সরকার এবং সকল প্রতিষ্ঠানকে সর্বোত্তমভাবে সহযোগিতা করে যাবে।

চতুর্থ রাউন্ডে Surveillance-এ তথ্যাদি বিস্তার করার এই উদ্যোগকে আন্তরিক সাধুবাদ জানাই।

ডাঃ ইয়াসমিন এইচ, আহমেদ
সহ-সভাপতি, এসটিআই/এইডস নেটওয়ার্ক অফ বাংলাদেশ এবং
ব্যবস্থাপনা পরিচালক, মেরী স্টোপস ক্লিনিক সোসাইটি।

বাণী

আমরা সবাই জানি যে, রক্ত পরীক্ষার মাধ্যমে শরীরে এইচআইভি-র জীবাণু আছে কিনা তা নির্ণয় করা হয়। তবে এ ক্ষেত্রে জোর করে কারো রক্ত পরীক্ষা করা উচিত নয়। এ ছাড়াও এইচআইভি পজিটিভ ব্যক্তির ক্ষেত্রে গোপনীয়তা রক্ষা করা একান্ত জরুরি। কারণ গোপনীয়তা রক্ষা করা না হলে সামাজিকভাবে তার হেয় হওয়ার আশঙ্কা থাকে এবং যার ফলে রোগ গোপন করার কারণে ব্যাপকভাবে সমাজে এই ভাইরাস ছড়িয়ে পড়ার আশঙ্কা থাকে।

আর সবার মতো আমরাও এই দেশের নাগরিক। আমাদেরও সুস্থ এবং ভালোভাবে বেঁচে থাকার অধিকার রয়েছে। এইচআইভি নিয়ে যখন বেঁচে আসতে আমাদের পরিচর্যের প্রয়োজন এবং একই সাথে তাদের আর্থিক কল্যাণ সাধনের জন্য ন্যূনতম স্বাস্থ্যসেবার প্রাপ্য হলে প্রস্তুত করে এনজিও-র পাশাপাশি সরকারের বিভিন্ন কার্যক্রম নিয়ে এগিয়ে আসতে পারি।

এইচআইভি কোন ছেঁয়ালি রোগ নয়। তাই অবহেলা না করে ভালবাসা দিয়ে এইচআইভি-তে আক্রান্ত ব্যক্তিকে বেঁচে থাকার প্রেরণা যোগাতে হবে। আমরাও চাই এইচআইভি/এইডস প্রতিরোধের জন্য কাজ করতে।



ড. ফারুক হোসেন

এইচআইভি সচেতনতা বাড়াইতে গিয়েছে

করুন বাংলাদেশ

পুরুষ প্রতিনিধি, PLWHA

বাণী

বর্তমান বিশ্বে এইচআইভি/এইডস একটি অন্যতম প্রধান সমস্যা। অন্যান্য দেশের মতো বাংলাদেশেও রয়েছে এইচআইভি/এইডস সম্পর্কে ভীতি এবং পজিটিভদের প্রতি অবজ্ঞা, অবহেলা। এইচআইভি/এইডস সম্পর্কে সূচু জ্ঞানের অভাবে পজিটিভদের প্রতি করা হচ্ছে চরম বৈষম্যমূলক আচরণ। কিন্তু সব মানুষের মতো পজিটিভদের অধিকার রক্ষায় এগিয়ে আসার জন্য সরকারি-বেসরকারি প্রতিষ্ঠান এবং সর্বস্তরের জনগণের প্রতি আমি আহ্বান জানাচ্ছি।

একজন পজিটিভই বুঝতে পারে আরেকজন পজিটিভ ব্যক্তির বেদনা। আমরা চাই না আর কোন মানুষ এইচআইভি-তে আক্রান্ত হোক। তাই আসুন আমরা সবাই মিলে এইচআইভি সংক্রমণ প্রতিহত করি। যৌনমিলনের সময় কনডম ব্যবহার, ড্রাগ নেওয়ার সময় এবং চিকিৎসার ক্ষেত্রে একই সুচ জীবাণুমুক্ত না করে বারবার ব্যবহার করা, পরীক্ষিত রক্ত শরীরে ভরণ এইচআইভি সংক্রমণ প্রতিরোধে সাহায্য করে।

একজন এইচআইভি পজিটিভ ব্যক্তি পারে এর সংক্রমণ রোধে সবচেয়ে কার্যকরী ভূমিকা রাখতে। কিন্তু এর জন্য প্রয়োজন সকলের সহযোগিতামূলক মনোভাব। একজন পজিটিভ ব্যক্তি প্রতিনিয়ত শিকার হচ্ছে নানারকম বৈষম্যমূলক আচরণের। সমাজের মানুষের কল্যাণে পজিটিভ পরিচয় দিয়ে চিকিৎসা নিতে গেলে হতে হচ্ছে বঞ্চনার শিকার, সাংবাদিকরা কোন পজিটিভের পরিচয় পেলে নাম ঠিকানা সহ তার ছবি ছাপিয়ে দেয়, এমনকি পরিচয় প্রকাশ পেলে চাকুরি হারাতে হয় একজন পজিটিভকে। সমাজ, আত্মীয়স্বজন- সবাই তাকে দেখে ঘৃণার চোখে। আসুন, আমরা সবাই মিলে পজিটিভদের প্রতি দূর করি এই বৈষম্যমূলক আচরণ এবং ভেঙে দেই এইচআইভি/এইডস সম্পর্কে সব ভুল ধারণা এবং উপহার দেই এইডসমুক্ত পরিবেশ।

আমি আশা করি, এই প্রতিবেদনে প্রকাশিত চতুর্থ জাতীয় এইচআইভি জরিপের ফলাফলের উপর ভিত্তি করে জাতীয়ভাবে প্রণীত প্রতিরোধ ব্যবস্থার মাধ্যমে এইচআইভি-র বিস্তারকে রোধ করা যাবে।

Moh Ali

মোহাম্মদ আলী

আশার আলো সোসাইটি

For many years Bangladesh has been able to escape the HIV/AIDS epidemic that is affecting countries all around us. Now the results of the fourth round of national surveillance indicate that the country has no reason to be complacent. In the central part of the country there is an upsurge of HIV infection among injection drug users. Fortunately, the virus has remained at low prevalence among the other vulnerable groups under surveillance.

The Government of Bangladesh is very concerned about the new information being presented in this report. The experience of other affected countries tells us that early action is essential to stop the spread of HIV from people injecting drugs to other groups and society at-large. It is also the most cost-effective option for a country with limited resources like ours to halt the virus before the economic burden becomes too large to bear.

For this endeavor, a multi-sectoral approach is essential to get positive results. In order to effectively target drug injectors and other vulnerable groups, the combined efforts of many Ministries and Departments other than just the Ministry of Health are necessary. The Narcotics Department obviously will be a key player, but the Ministries of Education, Transportation, Religious Affairs, and many others all have roles to play.

This report also tells us that a further push is required for behaviour change communication in schools, colleges and universities, so that we can protect our children and youth from the risk of HIV infection.

As more people are infected by HIV, the care and support of people with HIV/AIDS will become high priority. It would be wise for Bangladesh to start making suitable preparations for the potential future epidemic now.

Our nation is being confronted by HIV, and we have to respond to safeguard the future. No single agency can be solely responsible, but a collective coordinate response from the Government and donors, and NGOs and community bodies, is called for.



Prof. (Dr.) Md. Mizanur Rahman

Director General Health, and Line Director, HIV/AIDS

Directorate General of Health Services

Ministry of Health and Family Welfare

Government of Bangladesh

Acknowledgements

This document is the result of the combined effort and contribution of many individuals and organizations. Large numbers of people were involved at different stages in the fourth round of national behavioral and serological surveillance on HIV, and must be thanked. Among them, especially notable are the efforts of various policy makers, people from the community, activists, researchers, NGO workers, and academics. The Surveillance Advisory Committee has met regularly to advise on all the activities. Donors have been very supportive, and the UN organizations and the World Bank have played a very active role in supporting and promoting surveillance in Bangladesh.

The National AIDS and STD Programme, Directorate General of Health Services, Ministry of Health and Family Welfare, Government of Bangladesh is the main body responsible for HIV surveillance. The organisations that were involved in conducting the surveillance on behalf of the Government of Bangladesh were Centre for Health and Population Research, ICDDR,B, HIV/AIDS Research and Welfare Center (HARC), and Family Health International (FHI).

FHI/USAID and Government/World Bank/DFID provided funding for surveillance. Technical assistance was actively provided to the behavioral surveillance team by FHI ARO and FHI Bangladesh.

This work was done in collaboration with many partners, NGOs, Government clinics, private organisations, and community groups. They include: APOSH, Bandhu Social Welfare Society, Bandhan Hijra Sangha, CARE Bangladesh, Durjoy Nari Sangha, Family Planning Association of Bangladesh, Gonoshasthya Kendra, Jagroto Jubo Sangha, Karmajibi Kallyan Sangha, MAG Osmani Medical College and Hospital, Marie Stopes Clinic Society, Mukti Mahila Samity, Nari Mukti Sangha, Nari Maitree, Paricharja, PIACT Bangladesh, Prochesta, Rural People Development Sangtha, Save the Children Fund, Australia, Sustha Jibon, The Salvation Army, Voluntary Paribar Kallayan Association and World Vision.

Special thanks should go to Laxmi Acharya, Dave Burrows, Nick Crofts, Don Des Jarlais, Carol Jenkins, Aaron Peak, Elisabeth Pisani, James Ross and Wayne Wiebel for providing supporting information and data for this report.

Finally, the greatest thanks to the many participants who gave their blood, and shared their life stories. We hope this report brings about a positive response towards a brighter future for all communities, and the nation as a whole.

Contributors to this report:

Tobi Saidel, Parvez Sazzad Mallick, Tasnim Azim, Md. Shah Alam, Amala Reddy, Rasheda Khanam, Nancy Fee and Pam Baatsen.

সারসংক্ষেপ

ঝুঁকিপূর্ণ আচরণ অব্যাহত থাকলে বাংলাদেশে এইচআইভি সংক্রমণ মহামারীর পর্যায়ে যাবে বলে যে আশংকা করা হয়েছিল, তা এখন বাস্তবতায় পরিণত হতে যাচ্ছে। এ বছর চতুর্থ সেরোলজিক্যাল সার্ভিলেন্সের ফলাফলে, কেন্দ্রীয় বাংলাদেশ অঞ্চলে, ইনজেকশনের মাধ্যমে মাদকদ্রব্য ব্যবহারকারীদের মধ্যে এইচআইভি সংক্রমণের হার শতকরা ৪ ভাগ পাওয়া গেছে। এই হার ঝুঁকিপূর্ণ কোনো জনগোষ্ঠীতে এইচআইভি মহামারী সূচক হার, শতকরা ৫ ভাগ থেকে মাত্র একভাগ কম।

অন্যান্য ঝুঁকিপূর্ণ আচরণে অভ্যস্ত জনগোষ্ঠী যেমন, পুরুষ ও মহিলা যৌনকর্মী, হিজড়া, তাদের পুরুষসঙ্গী (রিব্রাচালক, ট্রাকচালক, লঞ্চকর্মী, ছাত্র এবং যৌনবাহিত রোগে আক্রান্ত ব্যক্তি), পুরুষ সমকামী এবং ব্রথেলের বাবুদের (ভালবাসার লোক) মধ্যে সমীক্ষায় এইচআইভি সংক্রমণ খুবই কম পাওয়া যায়, অর্থাৎ শতকরা ১ ভাগেরও কম।

তবে এ সকল জনগোষ্ঠীর মধ্যে এইচআইভি সংক্রমণের নিম্নহার এটা বোঝায় না যে, তাদের ঝুঁকিপূর্ণ আচরণ কমে গিয়েছে। আচরণগত সার্ভিলেন্স থেকে দেখা যায় যে, বিপুল সংখ্যক পুরুষ (রিব্রাচালক, ট্রাকচালক, ছাত্র) অর্ধের বিনিময়ে যৌনকর্ম অব্যাহত রেখেছে, যা এশিয়ার অন্য যে কোনো দেশের তুলনায় বেশি। এদের মধ্যে অধিকাংশই পেশাদার যৌনকর্মীদের সাথে যৌনমিলনে কনডম ব্যবহার করে না। দুঃখজনক হলেও সত্যি, এই অঞ্চলে বাংলাদেশী মহিলা যৌনকর্মীদের মধ্যে কনডম ব্যবহারের হার সবচেয়ে কম। যেসব রিব্রা এবং ট্রাকচালকের মধ্যে জরিপে চালানো হয়েছে তাদের দুই-তৃতীয়াংশ সারাজীবনে একবারও কনডম ব্যবহার করেনি এবং এদের অধিকাংশেরই ধারণা যে তাদের এইচআইভি সংক্রমণের ঝুঁকি নেই।

বর্তমানে ঝুঁকিপূর্ণ আচরণে অভ্যস্ত বিভিন্ন জনগোষ্ঠী এইচআইভি প্রতিরোধমূলক কার্যক্রমের আওতাভুক্ত হয়েছে। লক্ষ্যণীয় যে, এ ধরনের কার্যক্রম ঝুঁকিপূর্ণ আচরণের পরিবর্তন ঘটায়। এটি দেখা গেছে কয়েকটি শহরে এবং ব্রথলে মহিলা যৌনকর্মীদের মধ্যে সিফিলিস সংক্রমণের হার কমে যাওয়ায়। কিন্তু তথ্য অনুযায়ী, এ ধরনের অঞ্চলভিত্তিক কার্যক্রম এখনও অপূর্ণ এবং ঝুঁকিপূর্ণ জনগোষ্ঠীর অনেকেই এখনও এইচআইভি প্রতিরোধ কর্মসূচির বাইরে রয়েছে।

ইনজেকশনের মাধ্যমে মাদকদ্রব্য ব্যবহারকারীদের মধ্যে একই সূচ বহুজনে ব্যবহার করার অভ্যাস এখনও নিয়মিত। তবে আশার কথা হচ্ছে, বাংলাদেশের উত্তর-পশ্চিম অঞ্চলে, যেখানে সূচ বিনিময় কার্যক্রম বর্তমান, ইনজেকশনের মাধ্যমে মাদকদ্রব্য ব্যবহারকারীদের মধ্যে এই ঝুঁকিপূর্ণ আচরণ উল্লেখযোগ্য হারে কম। কর্মসূচির আওতাভুক্ত মাদক ব্যবহারকারীদের এক চতুর্থাংশ একই সূচ বহুজন ব্যবহার করে এবং এইচআইভি-র আক্রান্তের হার সেখানে শূন্য। কিন্তু কেন্দ্রীয় বাংলাদেশে এ চিত্র ভিন্ন। এখানে সূচ বিনিময় কার্যক্রম থাকা সত্ত্বেও ইনজেকশনের মাধ্যমে মাদকদ্রব্য ব্যবহারকারীদের মধ্যে এইচআইভি সংক্রমণের হার প্রায় মহামারী পর্যায়ে। এখানে উল্লেখ্য যে, কর্মসূচির আওতাভুক্ত অর্ধেকেরও বেশি মাদকদ্রব্য গ্রহণকারীদের মধ্যে একই সূচ বহুজনে ব্যবহারের ধারা অব্যাহত রয়েছে এবং এই ধারা কর্মসূচি বহির্ভূত মাদকদ্রব্য গ্রহণকারীদের মধ্যে শতকরা ৭১ ভাগ।

ইনজেকশনের মাধ্যমে মাদকদ্রব্য ব্যবহারের প্রবণতা ক্রমান্বয়ে বাড়ছে। গত ৫ বছরের ফলাফল অনুযায়ী, সকল মাদকদ্রব্য ব্যবহারকারীদের মধ্যে প্রতি বছর, শতকরা ১০ থেকে ২০ ভাগ, প্রথমবারের মত ইনজেকশনের মাধ্যমে মাদকগ্রহণ করা শুরু করেছে। তবে দক্ষিণ-পূর্ব অঞ্চলে এই বৃদ্ধির হার আরও শোচনীয়। এখানে ইনজেকশনের মাধ্যমে মাদকদ্রব্য গ্রহণকারীর মধ্যে শতকরা ৬০ ভাগই গত ২ বছরে প্রথমবারের মত ইনজেকশনের মাধ্যমে মাদক গ্রহণ করা শুরু করেছে। প্রমাণ পাওয়া গেছে যে, মাদকদ্রব্য ব্যবহারকারীরা প্রাথমিক পর্যায়ে ৪-১০ বছর অন্যান্য মাদকদ্রব্য ব্যবহার করার পর ইনজেকশনের মাধ্যমে মাদকদ্রব্য ব্যবহারের দিকে ঝুঁকে পড়ে।

ইনজেকশনের মাধ্যমে মাদকদ্রব্য ব্যবহারকারী জনগোষ্ঠী সমাজ থেকে বিচ্ছিন্ন নয়। সমাজের অন্যান্য জনগোষ্ঠীর সাথে তারা নিয়মিত সম্পর্কযুক্ত। তাদের নিয়মিত যৌনসঙ্গী রয়েছে। অর্ধের বিনিময়ে তারা মহিলা ও পুরুষের সাথে যৌনকর্ম করে এবং রক্ত বিক্রিও করে। এছাড়া বিভিন্ন শহরে তারা যাতায়াত করে এবং ইনজেকশনের মাধ্যমে মাদকদ্রব্য গ্রহণ করে।

বিভিন্ন দেশের অভিজ্ঞতা থেকে জানা যায় যে, প্রাথমিক অবস্থায় ইনজেকশনের মাধ্যমে মাদকদ্রব্য ব্যবহারকারীদের মধ্যে এইচআইভি সংক্রমণের গতি তুলনামূলকভাবে 'কম এবং ধীর' হলেও তা হঠাৎ করে মহামারীর আকার ধারণ করে। বিশেষত যদি ঐ জনগোষ্ঠীতে একই সূচ বহুজনে ব্যবহার করার মত ঝুঁকিপূর্ণ আচরণ অব্যাহত থাকে। সুতরাং, অন্যান্য দেশের এই অভিজ্ঞতার আলোকে প্রাপ্ত তথ্য বাংলাদেশের জন্য সুখকর নয়। বরং, এই উচ্চ ঝুঁকিপূর্ণ আচরণের অব্যাহত ধারা থেকে এটা সুস্পষ্ট যে, বাংলাদেশে এইচআইভি সংক্রমণের হার দীর্ঘদিন শুধুমাত্র ইনজেকশনের মাধ্যমে মাদকদ্রব্য ব্যবহারকারীদের মধ্যেই সীমাবদ্ধ থাকবে না।

অতএব, ঝুঁকিপূর্ণ আচরণের এই ধারা প্রতিহত করা বাংলাদেশের জন্য অত্যন্ত জরুরি। এক্ষেত্রে এইচআইভি সংক্রমণ প্রতিরোধে পৃথিবীর অন্যান্য দেশের অভিজ্ঞতা ও সর্বোৎকৃষ্ট অনুশীলন বাংলাদেশের জন্য শিক্ষণীয়। তাই এইচআইভি সংক্রমণ প্রতিরোধে প্রয়োজনীয় রাজনৈতিক, সামাজিক এবং অর্থনৈতিক অঙ্গীকারের মাধ্যমে দ্রুত কার্যক্রম, বাংলাদেশের জন্য অত্যাবশ্যিক। তবে এটা অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ যে, কর্মসূচির লক্ষ্য ঝুঁকিপূর্ণ আচরণ হ্রাস করার পরিবর্তে যদি ঝুঁকিপূর্ণ আচরণে অভ্যস্ত জনগোষ্ঠীকে দমন করার প্রবণতা হয়, তবে এইচআইভি সংক্রমণ প্রতিরোধ কর্মসূচির ব্যর্থতা অনিবার্য।

Executive Summary

Predictions that HIV would reach epidemic proportions in Bangladesh if the high-risk behaviour continued have come true. This year the fourth round of serological surveillance has detected 4% HIV infection among injection drug users in Central Bangladesh - just short of the 5% mark of a concentrated epidemic.

HIV remains low, less than 1%, among the other vulnerable groups surveyed: men, women and hijras (transgenders) who sell sex, their male clients (truck drivers and their helpers, launch workers and STI patients), men who have sex with men, and babus in brothels.

Unfortunately, the low HIV infection present in these groups is not due to a decrease in risk behaviour among them. The behavioural surveillance found that large numbers of men (including rickshaw pullers, truckers and students) continued to buy sex - a higher percent than anywhere else in Asia. However, the majority of men still did not use condoms in commercial sex encounters, and female sex workers reported the lowest condom usage in the region. The alarming reality is that about two-thirds of the rickshaw pullers and truck drivers surveyed have never used a condom even once in their lives, and very few even realized they are at risk of exposure to HIV.

Many vulnerable people are being reached by HIV prevention interventions, and it seems that this exposure does make a difference in behaviour. This is reflected in the declining syphilis rates among female sex workers in some cities and brothels. But, the data shows that coverage is still inadequate regionally, and the needs of many people at risk are not being addressed.

Needle sharing continues to be routine among injection drug users. The main progress seems to be in the Northwest needle exchange programme - only a quarter of the participating injectors shared needles, and HIV infection remains zero. However, in Central Bangladesh where HIV has reached 4% and is on the rise, within the needle exchange programme over half of those injecting drugs still share needles (versus 71% of those not participating).

Injection drug use is also expanding. In the past five years, every year roughly 10 to 20 percent of the drug users are new injectors. In the Southeast this is even worse - 60% of all injectors started injecting in the last two years. Evidence shows that some of this influx to injection drugs is due to drug users switching to injecting after taking other drugs for four to ten years.

Contrary to the common belief, injection drug users are not isolated. They are linked in with the rest of society - they have regular sex partners, they buy sex from women, as well as other men, they sell blood, and they also move between cities and inject.

Elsewhere, the typical pattern of HIV infection among drug injectors has been 'low and slow', followed by a rapid increase in HIV, especially if there is substantial needle sharing. Thus, the verdict is not good for Bangladesh. Given the high-risk behaviour in the country, HIV will not remain only within the drug injecting community for long.

It is crucial to heed the lessons and the best practices from the rest of the world. Ignoring the increase in HIV among injection drug users has proven to be disastrous. Repressive approaches have turned out to be counterproductive. Instead, harm reduction has been found to be promising in controlling the spread of the virus.

Bangladesh must mobilize the political will to act rapidly and decisively to avert the impending HIV epidemic, or it will be too late.

Key indicators from the fourth round of serological and behavioural surveillance for HIV in Bangladesh

Indicator	Geographic location	Injection drug users	Heroin smokers	Brothel sex workers	Street sex workers	Hotel sex workers	Rickshaw pullers	Truckers ¹	Students ²	Male sex workers	Hijra	Male having sex with male (MSM)	MSM & male sex workers combined ³	STI patients	Babus (brothel)	Launch workers	
% Syphilis infection (Active) ⁶	Central - A	3.5	3.4	-	8.4	4.9	-	1.0	-	3.2	10.4	0.7	-	-	-	1.5	
	Central - B	-	-	3.9	3.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.6	-	
	Central - C	-	-	9.2	-	-	-	-	-	-	-	-	2.3	-	-	-	
	Central - D	-	-	6.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6.0	-	
	Northwest - A	1.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Northwest - B	2.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Northeast - A	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3.0	0.9	-	-	
	Southeast - A	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.3	-	-	-	
	Southwest - A ⁴	-	-	5.0	4.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Southwest - B	-	-	3.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Southwest - C ⁴	-	-	5.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
% who sold sex in the past week ⁷	Central-A	4.8	-	99.9	99.9	100	NQ	NQ	NQ	95.9	100	NQ	-	-	-	-	
	Northwest-A	1.7	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Northwest-B	2.2	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Northeast -A	-	-		-	-	-	-	-	-	-	-	NQ	-	-	-	-
	Southeast-A	-	-		97.4	-	NQ	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-
	Southeast-D	8.6	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
% who bought sex from female in the past month	Central-A	40.1	-	NQ	NQ	NQ	65.9	67.7	18.2	1.4	NQ	28.2	-	-	-	-	
	Northwest-A	18.5	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Northwest-B	15.6	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Northeast -A	-	-		-	-	-	-	-	-	-	-	34.7	-	-	-	-
	Southeast-A	-	-		NQ	-	61.6	-	-	16.2	-	-	-	-	-	-	-
	Southeast-D	53.6	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Key indicators from the fourth round of serological and behavioural surveillance for HIV in Bangladesh

Indicator	Geographic location	Injection drug users	Heroin smokers	Brothel sex workers	Street sex workers	Hotel sex workers	Rickshaw pullers	Truckers ¹	Students ²	Male sex workers	Hijra	Male having sex with male (MSM)	MSM & male sex workers combined ³	STI patients	Babus (brothel)	Launch workers	
% consistent condom use with regular clients past week	Central-A	NQ	-	1.7	1.6	2.9	NQ	NQ	NQ	9.4	6.3	NQ	-	-	-	-	
	Northwest-A	NQ	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Northwest-B	NQ	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Northeast -A	-	-		-	-	-	-	-	-	-	-	NQ	-	-	-	-
	Southeast-A	-	-		2.1	-	NQ	-	-	1.9	-	-	-	-	-	-	-
Southeast-D	NQ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
% condom use at last commercial sex with female	Central-A	29.3	-	NQ	NQ	NQ	12.2	23.4	35.3	*	NQ	15.8	-	-	-	-	
	Northwest-A	17.2	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Northwest-B	30.8	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Northeast -A	-	-		-	-	-	-	-	-	-	-	12.5	-	-	-	-
	Southeast-A	-	-		NQ	-	15.1	-	-	9.4	-	-	-	-	-	-	-
Southeast-D	17.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
% consistent condom use with female commercial partner past year ¹¹	Central-A	12.7	-	NQ	NQ	NQ	1.2	11.2	30.2	0	NQ	9.2	-	-	-	-	
	Northwest-A	14.6	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Northwest-B	15.4	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Northeast -A	-	-		-	-	-	-	-	-	-	-	3.3	-	-	-	-
	Southeast-A	-	-		NQ	-	1.7	-	-	3.4	-	-	-	-	-	-	-
Southeast-D	8.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
% condom use at last commercial sex with male/hijra ¹²	Central-A	7.8	-	NQ	NQ	NQ	9.8	9.8	*	NQ	NQ	24.9	-	-	-	-	
	Northwest-A	16.7	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Northwest-B	0	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Northeast -A	-	-		-	-	-	-	-	-	-	-	15.5	-	-	-	-
	Southeast-A	-	-		NQ	-	12.2	-	-	NQ	-	-	-	-	-	-	-
Southeast-D	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		

Key indicators from the fourth round of serological and behavioural surveillance for HIV in Bangladesh

Indicator	Geographic location	Injection drug users	Heroin smokers	Brothel sex workers	Street sex workers	Hotel sex workers	Rickshaw pullers	Truckers ¹	Students ²	Male sex workers	Hijra	Male having sex with male (MSM)	MSM & male sex workers combined ³	STI patients	Babus (brothel)	Launch workers	
% share passively in past week	Central-A	65.8	-	NQ	NQ	NQ	NQ	NQ	NQ	NQ	NQ	NQ	-	-	-	-	
	Northwest-A	27.5	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Northwest-B	47.2	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Northeast -A	-	-		-	-	-	-	-	-	-	-	NQ	-	-	-	-
	Southeast-A	-	-		NQ	-	NQ	-	-	NQ	-	-	-	-	-	-	-
	Southeast-D	74.2	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
% share passively or actively last time ¹⁴	Central-A	70.2	-	NQ	NQ	NQ	NQ	NQ	NQ	NQ	NQ	NQ	-	-	-	-	
	Northwest-A	28.5	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Northwest-B	47.2	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Northeast -A	-	-		-	-	-	-	-	-	-	-	NQ	-	-	-	-
	Southeast-A	-	-		NQ	-	NQ	-	-	NQ	-	-	-	-	-	-	-
	Southeast-D	74.2	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

1 This group includes both truck drivers and helpers.

2 This group refers to dormitory-based male college/university students.

3 In some sites males having sex with males and male sex workers could not be differentiated and they were sampled as a single group.

4 For serology, Southwest - A and Southwest - C were sampled together.

5 TPHA positive and RPR reactive at any dilution, i.e., not representative of a recent infection.

6 TPHA positive and RPR reactive at $\geq 1:8$ dilution, i.e., representing a recent/active infection.

7 For IDU the figures refer to last year who sold sex in exchange of money or drugs

8 For male sex workers and hijras, the figures refer to selling sex to males.

9 For female sex worker groups (brothel, street and hotel), the figures refer to last time condom use in vaginal sex only. For male sex workers and hijra, the figures refer to last time condom use in anal sex only.

10 For female sex workers (brothel, street and hotel), the figures refer to consistent condom use in vaginal or anal sex with new clients. For male sex workers and hijra, the figures refer to consistent condom use in anal sex only.

11 For male sex workers and males having sex with males, the figures refer to condom use in the past month.

12 For males having sex with males, the figures refer to condom use with other males only. For the other groups, the figures refer to condom use with males or with hijras.

13 Formal treatment refers to clinics (private or NGO), hospitals or private doctors being mentioned by name as the first choice of treatment for STI.

14 Active sharing refers to passing needles/syringes to someone else after using them, and passive sharing refers to using needles/syringes passed on after use by someone else.

* For these groups, the sample size was too small (n=14 for students and n=5 for male sex workers) to be incorporated.

- Groups not included in the surveillance.

NQ Not questioned.

Is time running out?

Last year it was reported that Bangladesh had thus far been spared from an HIV epidemic, but that given the degree of high-risk behaviour this was not likely to last. This year, the fourth round of HIV surveillance indicates that for the first time HIV is not only present among injection drug users, but also fast approaching the 5% mark in Central Bangladesh, which would put the country into the category of 'concentrated epidemic'.

This is the first crack in the wall that has until now separated Bangladesh from neighbouring countries that are much more seriously affected by the spread of HIV. Stopping an epidemic early among injection drug users can be the decisive factor in preventing much more widespread transmission. This is especially true when they are intricately linked to the non-injecting population, as is the case in Bangladesh.

Preventing epidemics among drug injectors has its biggest impact when it happens BEFORE a heterosexual epidemic takes hold. The opportunity still exists for Bangladesh to avoid an epidemic of tragic proportions if the country acts now. But the window of opportunity is narrowing **...time is running out.**

This report summarizes the data from the fourth surveillance completed earlier this year. It describes the level of HIV infection and of behaviour that increases HIV exposure among different occupational groups, such as men and women who sell sex, men who inject drugs, men who purchase sex (such as rickshaw drivers, launch workers, truck drivers, STI patients and students), and babus in brothels (the boyfriends/regular partners of the sex workers).

The third surveillance report indicated an urgent need to reduce risk behaviour before the virus took hold. But what is the evidence that Bangladesh has managed to put effective prevention programmes in place among vulnerable people? Is there any dent in the risky behaviours that inevitably allow HIV to cause immense damage? This report will address these questions, as well as assess the current situation in light of what has happened in surrounding countries in similar situations.

HIV in Bangladesh: Where is it now?

What is the present HIV situation?

HIV has now established itself among injection drug users in Central Bangladesh

Has Bangladesh prevented the start of an HIV epidemic among those groups at highest risk of exposure to HIV? Not well enough. This year the surveillance system recorded the highest levels of HIV seen yet in any population in Bangladesh among injection drug users in Central Bangladesh (4%). Not only is there evidence that HIV is now present in this population, but it is on the rise.

None of the injectors from the two needle exchange sites surveyed in the Northwest were infected. As there is evidence showing that heroin smokers often inject, in this surveillance round non-injecting heroin smokers were also tested in Central Bangladesh. Fortunately, HIV has not yet penetrated this group.

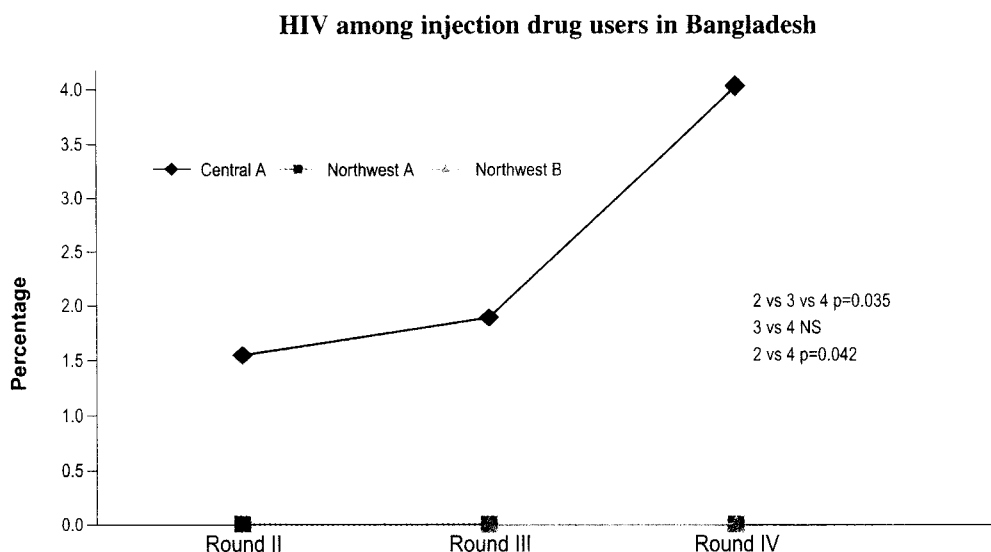


Figure 1: HIV infection is on the rise among injection drug users in Central Bangladesh

Although HIV infection is present, it remained less than 1% among other vulnerable groups under surveillance in different regions, i.e., female sex workers from eight brothels, those cruising the streets of three cities, and those working in hotels in one city, and men who have sex with men, including hijras. No HIV was detected among male sex workers, or among male clients (truckers, launch workers, and STI patients) of female sex workers and 'babus', their boyfriends/regular partners. Overall, among the thousands of people tested in the fourth round of surveillance (a total of 7,877 individuals), 0.3% were found to be HIV positive.

Syphilis is declining among some female sex workers

In this round of surveillance, blood samples were tested to differentiate between the presence of an active syphilis infection and exposure to syphilis in previous years ('non-active syphilis'). Active syphilis rates are a better reflection of current risk behaviour.

The syphilis rates remain high. The highest rates were once again found among female sex workers - 40% of the brothel-based female sex workers at a site in Central Bangladesh had had syphilis sometime earlier in their lives. But fortunately, it appears that intense interventions at many of the brothel sites (but not all of them) are having an effect, since the data show a declining trend in syphilis (Figure 2). Syphilis infections among street-based sex workers in the Central region are also lower this year. Hotel-based sex workers, many of whom are new to the trade, had the lowest syphilis rates among the female sex workers.

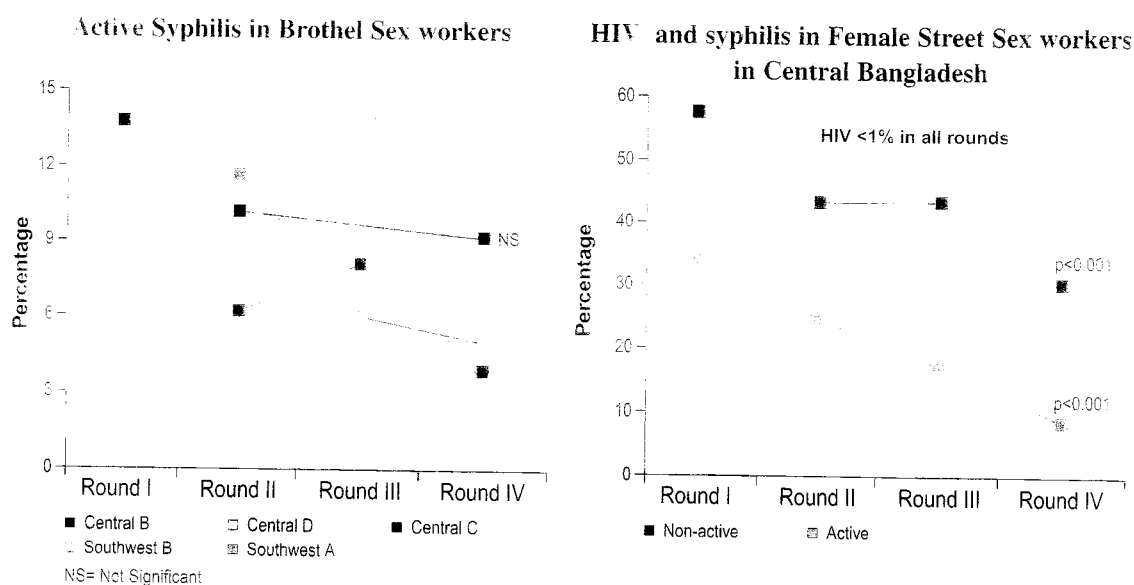


Figure 2: Some interventions seem to be having an effect - syphilis rates are declining among female sex workers in Central Bangladesh

Among the male clients of sex workers, babus had the highest rates of syphilis as might be expected. Among men who have sex with men, there was the most syphilis in the Southeast region. Active syphilis infections were the highest among hijras (10.4%).

Injection drug users in Central Bangladesh had a higher incidence of syphilis, either active or non-active, than injectors in the Northwest. Drug injectors also had very high rates of Hepatitis C (ranging from 59.8 to 79.5 percent).

**Findings from the Fourth Round
Serological Surveillance**

- HIV rates among injection drug users in Central Bangladesh are approaching concentrated epidemic levels.
- No changes are seen in Hepatitis C or syphilis rates among drug injectors over the years.
- HIV in other vulnerable groups remains under 1%.
- Syphilis rates are still high among sex workers, although declining among some groups.
- Active syphilis rates are highest among hijras.

Is Bangladesh ready to prevent an impending epidemic?

Men have not reduced commercial sex

Commercial sex is still very widespread in Bangladesh. As Figure 3 shows, about three-quarters of truck drivers and rickshaw pullers, and 60% of male injection drug users reported sex with female commercial partners in the past year. A significant percentage of these male groups also buy sex from male sex workers. There was no change seen in this behaviour since it was measured previously by the surveillance system.

Men reporting commercial sex in past year

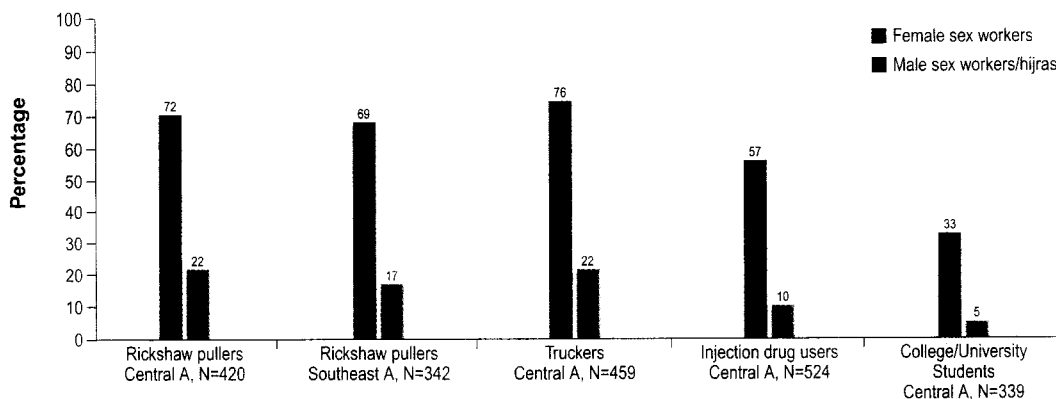


Figure 3: Large numbers of men are still buying sex

Further, it is commonly thought that Bangladesh is a conservative society and that youth are not sexually active, but this belief is not borne out by the behavioural surveillance data. More than a quarter of single young men reported they bought sex from female and/or male sex workers.

Higher levels of commercial sex in Bangladesh than elsewhere in Asia

The experience of neighbouring countries is that high levels of commercial sex pave the way for rapid rises of HIV among sex workers and their clients. The message could not be clearer that a similar situation may be imminent in Bangladesh. This is especially likely since commercial sex appears to be even more common in Bangladesh than elsewhere, at least among some occupational groups (Figure 4). Although, according to surveillance, some groups

A higher percent of men in Bangladesh buy sex than in other countries.

are showing an improvement over the years (see rickshaw pullers in Southeast), about seven out of ten rickshaw pullers and truck drivers in selected sites in Bangladesh reported buying sex in the past year. This is a higher proportion than police in Cambodia or truck drivers in Tamil Nadu, places where HIV is already firmly established in the general population.

Commercial sex in Bangladesh compared with other Asian Countries

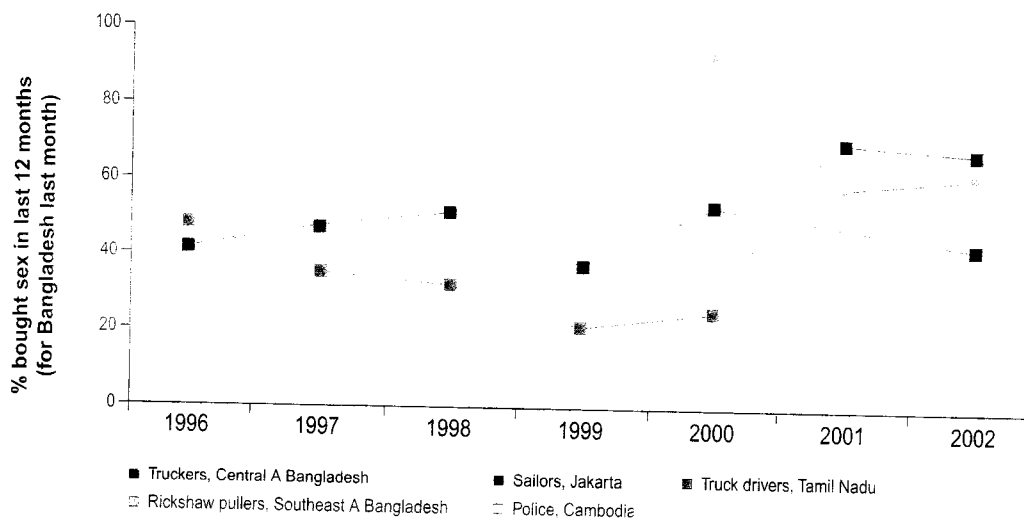


Figure 4: Levels of commercial sex in Bangladesh are higher than in the rest of Asia

Condom use during commercial sex is still distressingly low

Unfortunately, the very high levels of commercial sex go hand in hand with distressingly low levels of condom use (Figure 5). No more than a quarter of the truck drivers reported using a condom the last time they purchased sex. Three quarters of the rickshaw pullers reported purchasing commercial sex, but only two percent said they used condoms every time they did so.

In fact, two-thirds of rickshaw pullers and nearly as many truck drivers reported that they had never in their entire life used a condom. Thus, condom use has NOT become at all common in Bangladesh. This is a strong signal that HIV is not an immediate threat in these men's minds, even though large numbers are having sex with sex workers. Indeed, fewer than one in ten rickshaw pullers and one in a hundred truck drivers even think that they are at high risk of becoming infected with HIV.

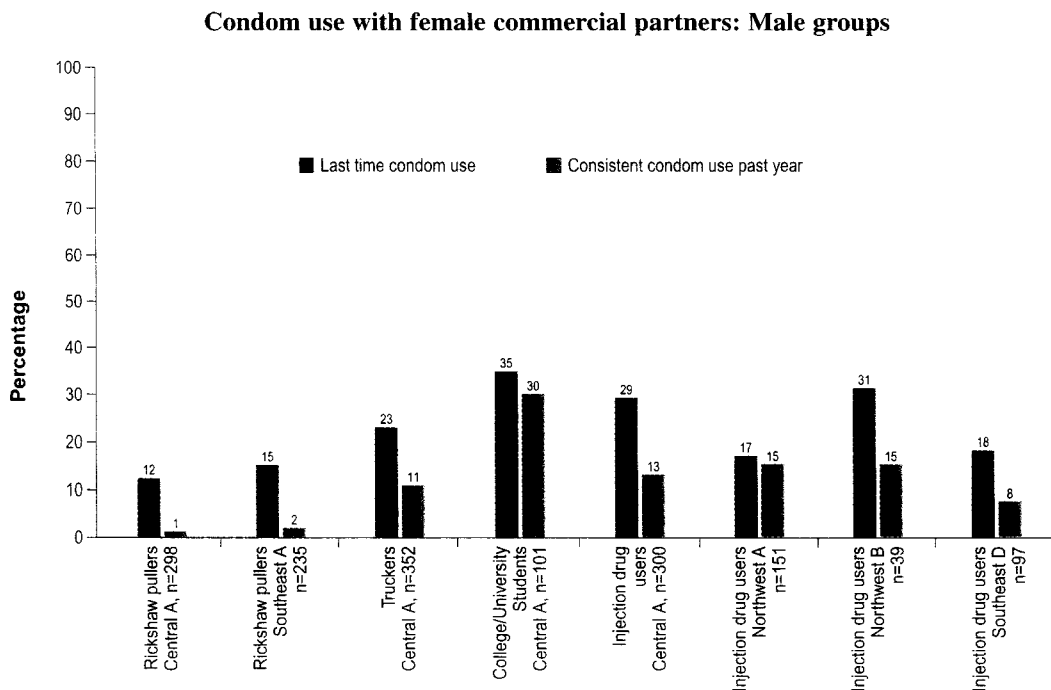


Figure 5: Distressingly low condom use among male client groups

Condom use among female sex workers is the lowest in Asia

There is no other place in Asia where the documented levels of consistent condom use among female sex workers are LOWER than those in Bangladesh, as shown in Figure 6. Other countries in the region have also had low HIV prevalence similar to Bangladesh for many years, but they are now starting to see an increase of HIV among this group, in spite of higher levels of condom use.

Condom use is still not common among people who are the most vulnerable to HIV exposure.

In Indonesia, between 1996 and 2002, consistent condom use among sex workers in red-light areas fluctuated between 12 and 25 percent, and remained around 12% among street based sex workers. Although there was no HIV infection detected in Jakarta until 1999, by 2002 HIV increased to 1.4%.

In Kathmandu, the prevalence of HIV went from under 1% in 1992 to 15.6% by 2001 (New ERA/SACTS/FHI, 2002). During that time, the level of consistent condom use reached only 39.5%. This illustrates how difficult it is to convince people to use condoms, even when rising levels of HIV confront them.

Hopefully, Bangladesh will heed the warning of these examples and be able to avoid the tragic misfortune that has befallen the surrounding countries.

Consistent condom use among sex workers across Asia

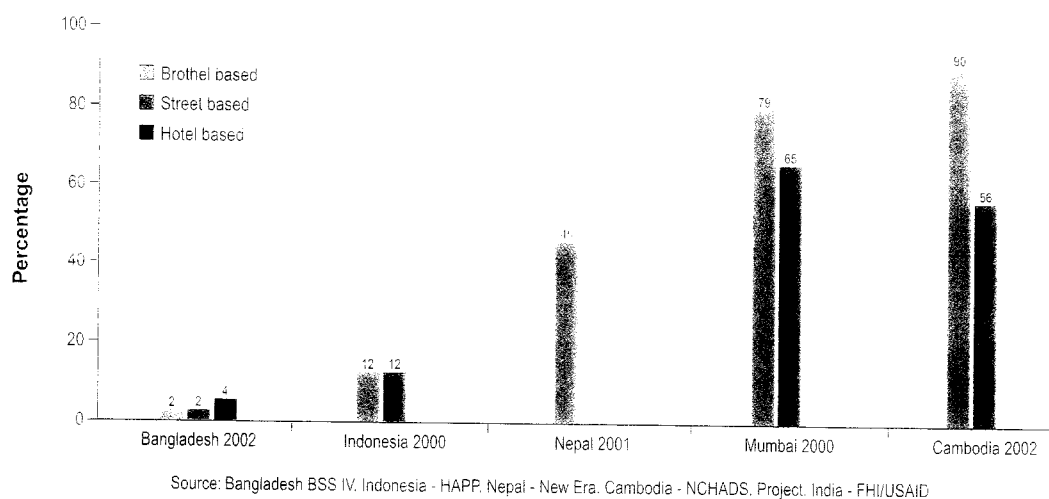


Figure 6: Consistent condom use among female sex workers in Bangladesh is much less than in other countries in the region

How far on the road to 100% coverage are the groups under surveillance?

In low prevalence countries the message is clear that if HIV transmission can be prevented among those people with behaviours that expose them the most to HIV, there is a much better chance of intercepting the virus before it has a chance to establish itself in the population at large. In fact, experience has shown that, 'Once HIV reaches measurable levels among those highly exposed groups, prevention efforts will be playing catch-up with the epidemic and an opportunity to keep HIV prevalence at low levels will be lost' (Brown *et al.*, 2001).

Some of the more vulnerable groups in Bangladesh are male and female sex workers who sell sex to multiple clients, men who have multiple male sex partners, and injecting drug users who share needles and injection equipment. Many of these people at risk who are within the surveillance system say they have participated in, or been reached by an intervention programme, and that this exposure has been increasing over time.

Six out of ten men who have sex with men in Central Bangladesh and nine out of ten in Northeast Bangladesh, and at least eight out of ten brothel-based sex workers nationwide, said they had participated in NGO-run intervention activities in the past year, as shown in Figure 7. To the extent that this reporting is accurate, it is an indication that there has been some progress in the expansion of interventions.

***Once HIV goes up...
prevention becomes
much harder.***

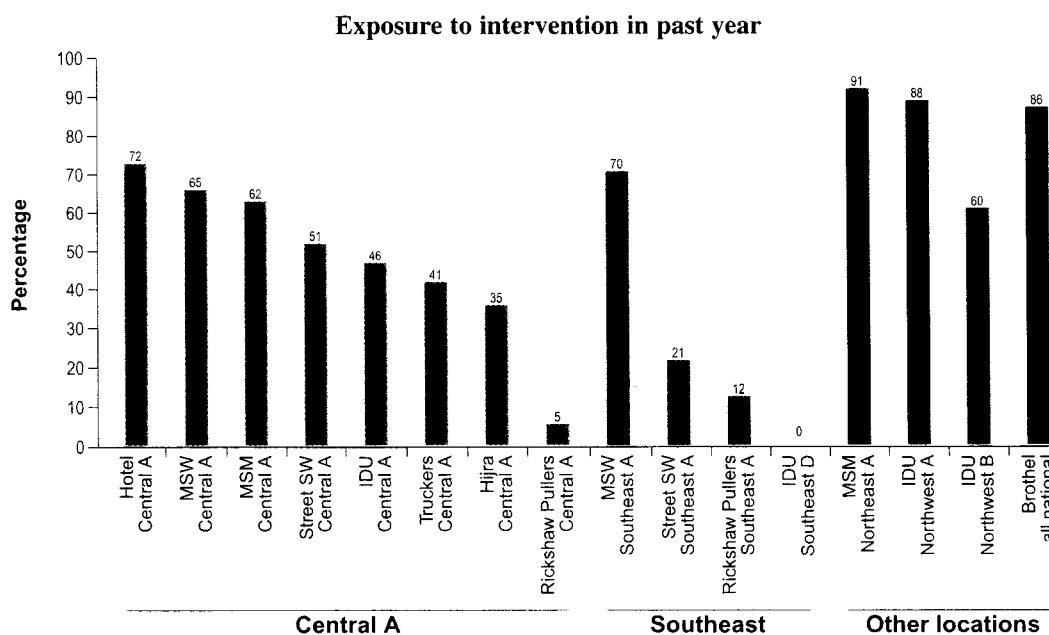


Figure 7: Wherever measured by surveillance, a great variation in intervention coverage was found, both regionally and by group

However, this information must be interpreted with caution. Firstly, the same NGOs whose coverage is being measured are sometimes involved in identifying respondents for the behavioural surveillance system, although great efforts are made to recruit respondents independently.

Secondly, surveillance tends to be done in the cities where interventions are taking place, because otherwise, access to the populations in question would be more difficult. Therefore, only limited portions of the country are reflected in the surveillance data. The total sizes of specific populations vulnerable to HIV can only be guessed at currently.

Even without these caveats, it is evident that coverage by interventions of injection drug users, street based sex workers, hijras and male clients of sex workers is not yet adequate.

Focus on Injection drug use

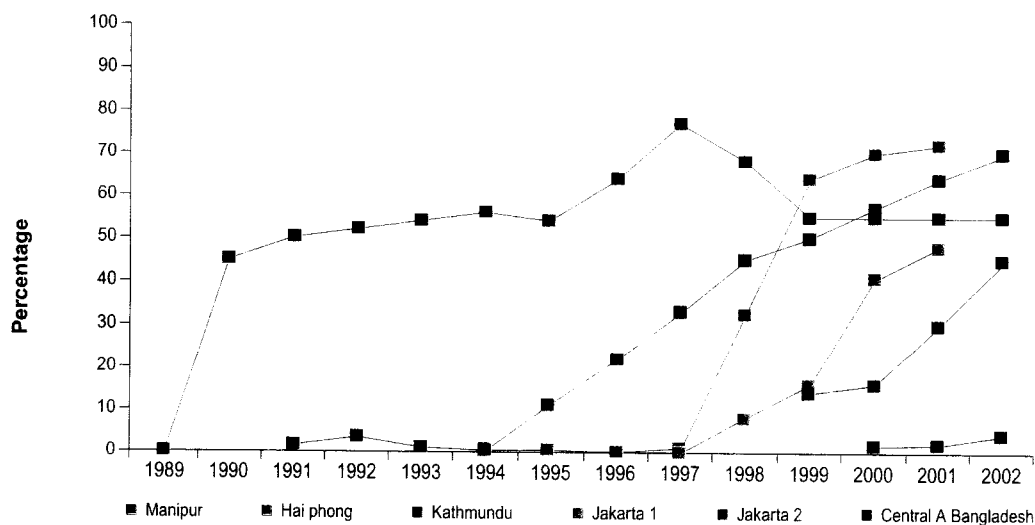
Imminent threat of an HIV epidemic among injection drug users: What is the evidence for this?

Has a rapid burst of HIV started in Bangladesh among injection drug users?

Given the high levels of needle sharing, the high-risk behaviours and the high levels of blood-borne diseases like Hepatitis C among injection drug users, it is difficult to explain why the HIV epidemic among injectors did not ignite long before now. But based on experience, there is no reason to think that Bangladesh will be spared from a rapid spread of HIV among injectors, and eventually among other groups. Typically, the pattern of HIV seen time and again in other countries among injection drug using populations is 'low and slow', until there is a sudden rapid burst of infection, especially where there is substantial needle sharing (Figure 8).

The increase in HIV among drug injectors may be the first crack in the wall separating Bangladesh from HIV epidemics in neighbouring countries.

HIV prevalence among injection drug users in Asia



Source: Manipur SACS, India, NIHE, Vietnam, New Era/FHI/USAID, Nepal, Jakarta, GOB, Bangladesh

Figure 8: The typical pattern of HIV among injection drug users is 'low and slow', followed by a rapid burst of infection

It should be noted that the HIV surveillance data in Bangladesh come from injectors who are participating in needle exchange programs (where the documented levels of sharing are less), so it is not hard to imagine that HIV levels are higher among those beyond the reach of needle exchange.

Needle sharing is still routine in Bangladesh

Despite the presence of a large NGO offering needle exchange services, and fairly high coverage through programmes in Central and Northwest Bangladesh (46 to 88 percent, Figure 7), drug injectors still routinely share needles.

As seen in Figure 9, two out of three injection drug users reported receptive needle sharing (i.e., receiving a shared needle to inject drugs) in the past week in Central Bangladesh. The proportion that shared among injectors participating in the needle exchange program was quite a bit less according to the behavioural surveillance (58% of those participating as opposed to 71% among those not participating). Still, it is clear that the proportion of drug users potentially being exposed to HIV each week through injecting is VERY HIGH.

In the Southeast, where there is no intervention, three out of four injection drug users reported receptive sharing in the past week, which is similar to those not participating in needle exchange programs in Central Bangladesh.

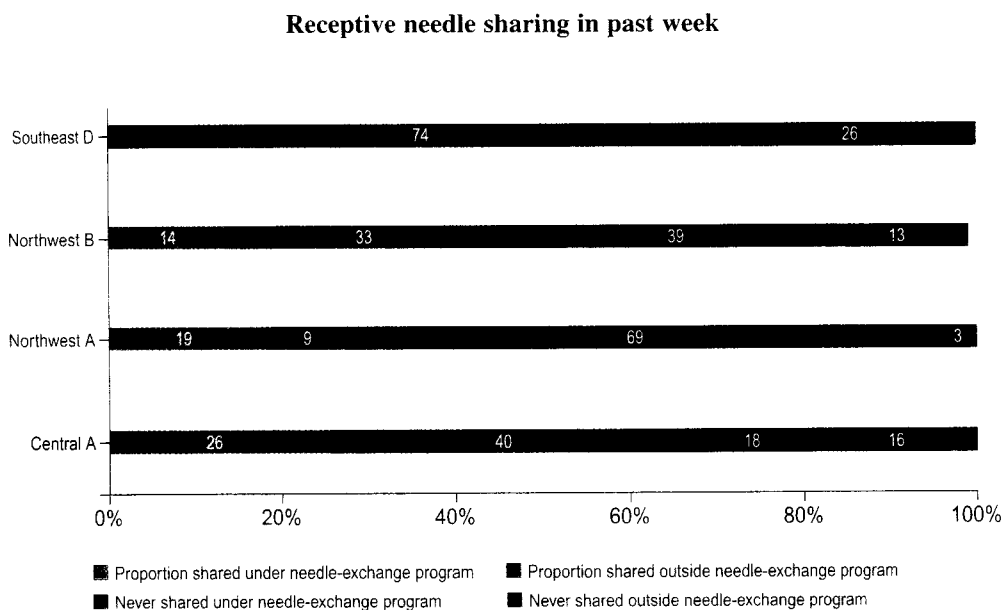


Figure 9: Needle sharing is still routine, but less common among drug injectors participating in needle exchange programs

In Northwest Bangladesh, where there is a very active needle exchange program, the situation is better. Only one quarter of drug injectors reported receptive sharing in the past week, and the prevalence of HIV in this site is still zero.

Most of the drug users surveyed in the Northwest region report being injected by professional injectors. In the past, professional injectors used the same needle for several days, injecting

many people with it (Reid & Costigan, 2002). In recent years, interventions have worked with professional injectors, providing enough clean needles so that they can use a new one for each injection. This seems to be an effective 'form' of needle exchange, and instead of relying on all drug injectors using clean needles, only a handful of professional injectors need to be trained.

Evidence of expanding drug use

Injection drug use has steadily gained in popularity in Bangladesh, since the introduction of Buprenorphine in the 1990's, and drug treatment centers have reported increases in the rate of injecting among their clients (Reid & Costigan, 2002).

Perhaps for the moment the success of the intervention in the Northwest has prevented the invasion of HIV into the community there. However, there is evidence that injection drug use is expanding elsewhere in Bangladesh. The National Assessment of the Situation and Response to Opioid/Opiate Use in Bangladesh found drug injectors in nearly all of the twenty-four districts surveyed (Panda et al., 2002). In contrast, only four of those districts had harm reduction services available for drug injectors.

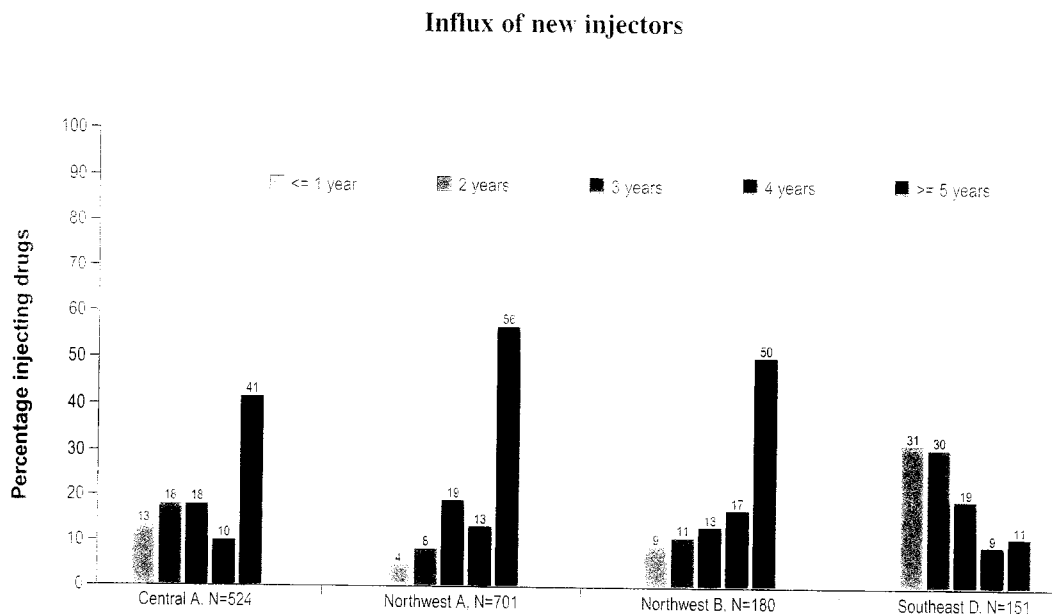


Figure 10: Every year more people start injecting drugs

Figure 10 paints a picture of a constant influx of new injectors. Each year for the past five years, roughly 10 to 20 percent of drug users started injecting. In the southeast of the country, where injection drug use is a newer phenomenon, the high influx is worrisome - 60% of all people who are injecting drugs started doing so just in the last two years.

Switching to injecting

Part of the influx to injection drugs results from people switching from other forms of drug use. The NASROB study indicates that 87% of injection drug users used to smoke heroin. However, there is time to prevent the change, since there is evidence from the behavioural surveillance (Figure 11) that people do not start using injection rather they use other drugs from 4 to 10 years before making the switch (faster in the Southeast).

Once people switch to injecting, infection with HIV can be extremely swift if it is already present in the community. Anecdotal evidence points to the likelihood that heroin smokers also inject from time to time when they are unable to obtain their drug of choice. This must be prevented at all costs if Bangladesh is to avoid widespread HIV infection among drug users.

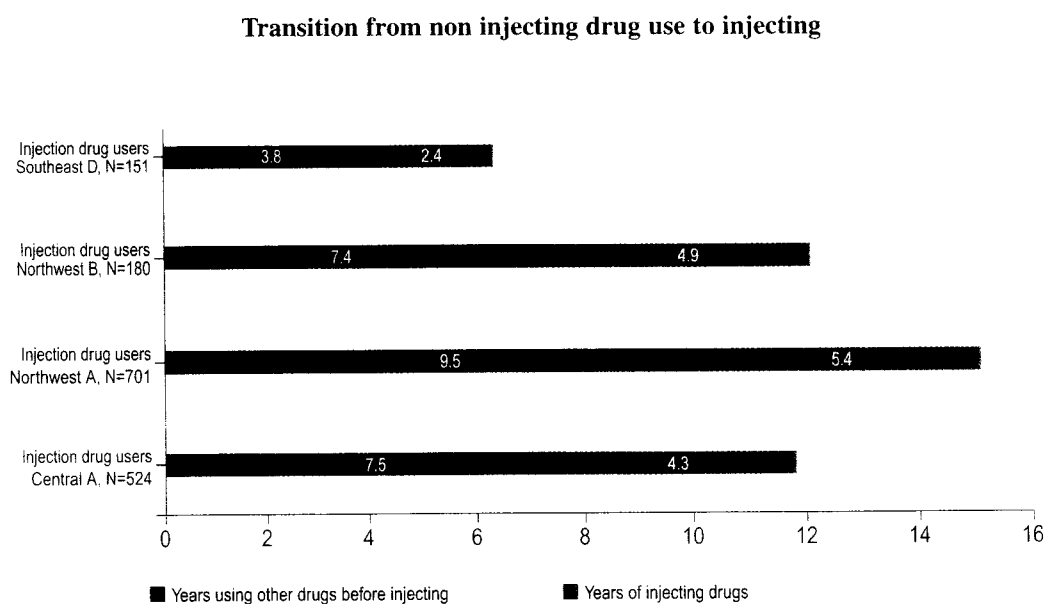


Figure 11: Transition to injection drug use can happen after several years of using other drugs

Injection drug users are not an isolated population

Since drug injectors are the first population in Bangladesh to be affected by the HIV epidemic, it is important to PAY ATTENTION to the fact that they are not an isolated population. It is often said that they will only infect themselves and fellow injectors with HIV, or at most, their regular sexual partners such as wives or girlfriends. However, the data presented in Figure 12 show that in Central Bangladesh where HIV infection is now present among injection drug users, they are more likely to have had a female commercial partner than a 'steady' partner in the past year (57% purchased sex from women last year). If the rate of HIV rises among injectors, they will be very

likely to pass the virus along to their female commercial partners. In addition, 10% of male injectors in Central Bangladesh have sex with other men, including male sex workers.

An epidemic among injection drug users may “seed” an epidemic among sex workers and their clients.

It is already known that the daily client turnover of female sex workers in the Central region is among the highest in Asia. Hotel-based sex workers average as many as 44 clients per week, and nearly one in five report having clients who inject drugs. Therefore, it is not realistic to assume that HIV will remain for long only among the injection drug users. In fact, an epidemic among them may very well ‘seed’ an epidemic among sex workers and their clients, which can spread into a large-scale epidemic among the general population.

Points of contact between injection drug users and others

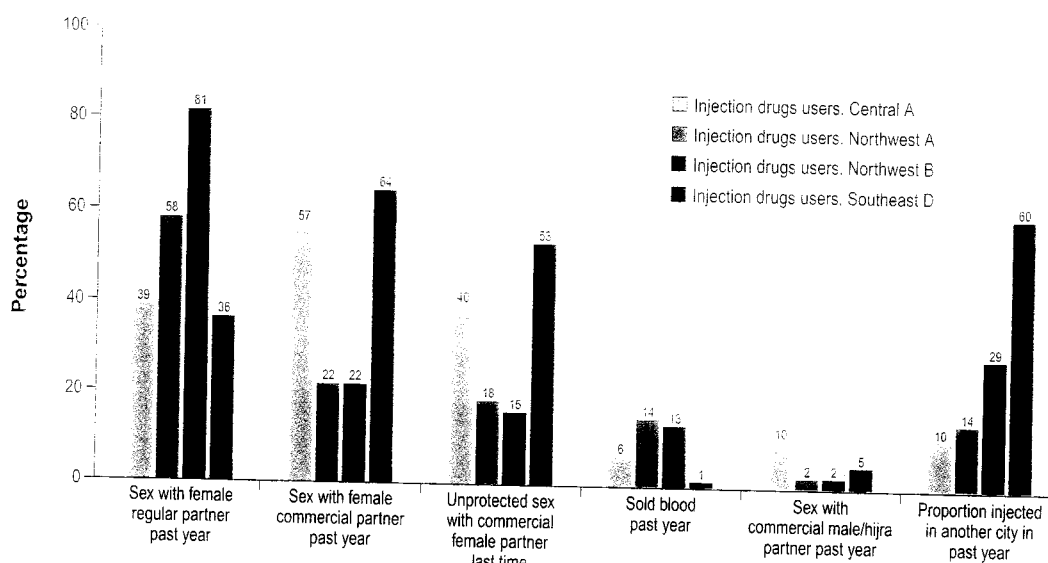


Figure 12: HIV infection can spread from drug injectors to others through various routes

Furthermore, drug injectors are in motion. A large proportion of those in the Southeast travelled within the past year to or from Central Bangladesh and injected there. This is not a population that is isolated, nor will HIV be isolated once it infiltrates this community.

Methodology

The methodology used for the surveillance was essentially the same as in previous rounds, except that it was further refined in terms of behavioral questions asked, and in the reporting of syphilis as both active and non-active infections.

Lessons from other countries

How does HIV in Bangladesh compare with surrounding countries?

Lesson One: A tale of injecting drug use in three cities

When the prevalence of HIV remains low for many years, there is a temptation to believe that it will always stay that way. However, in city after city experience has shown that this is not the case, at least with injection drug users (Figure 13). Since the new evidence shows that HIV has been introduced among injectors in the Central region, and they have high levels of needle sharing, it stands to reason that if enough of them share enough needles, it will spread soon.

HIV infection in three cities in Asia

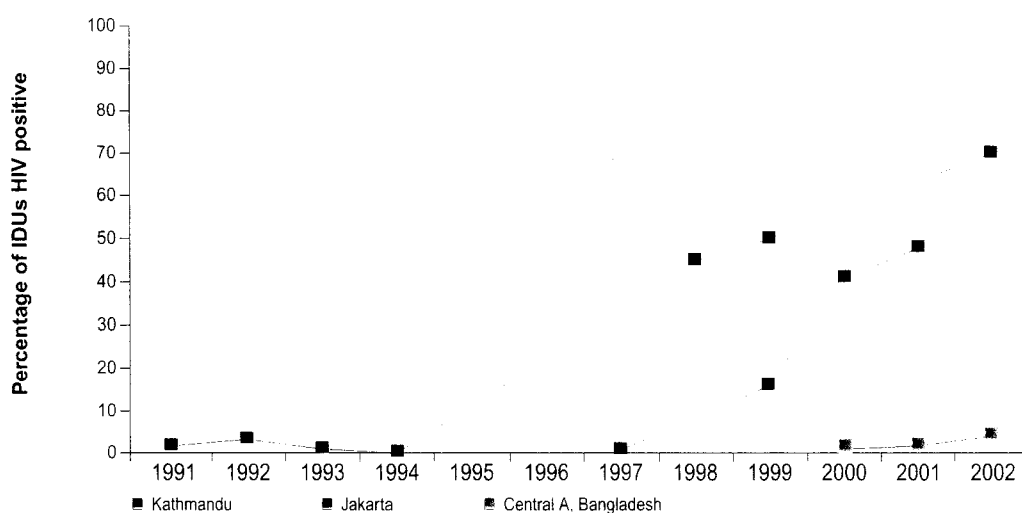


Figure 13: The experience of other countries indicates that HIV among drug injectors in Bangladesh may shoot up in the near future

The size of the sharing networks is critical to HIV transmission among drug injectors. If sharing is confined to small groups, then rapid/epidemic transmission will not occur. There is not yet good information about sharing networks in Bangladesh. We do know however, that in Central Bangladesh at least the mean size of the sharing groups at last injection was approximately the same as what was reported in Kathmandu and Jakarta (Table 2). These are both cities where HIV has risen rapidly in recent years.

Table 2: The size of sharing networks in Bangladesh is comparable to those in Kathmandu and Jakarta - places where HIV has increased rapidly

City/Country	Receptive sharing In the past week (%)	Mean size of the sharing group at last injection	Level of Diffusion among sharing networks	Coverage by harm reduction program (%)	How HIV prevalence was measured?	HIV prevalence by 2002 (%)
Kathmandu Nepal	46	2.3	High	~10%	NGO-based until 1995	68
Jakarta Indonesia	86	2.8	Unknown	Minimal	Major drug treatment hospital	48
Central-A Bangladesh	66	2.1	Unknown	46%	NGO-based until the present	4

In Kathmandu, injection drug users were initially thought to share injecting equipment in relatively small and isolated networks, but since the mid-1990s an explosive increase in HIV infection occurred in injectors throughout the country (Reid & Costigan, 2002). More recent ethnographic research has shown that most injection drug users in Kathmandu switch injecting groups, frequently injecting in their own group in the morning, but then moving on to another group in the evening (Center for Research on Environment).

Based on the limited data that is available in Bangladesh, it is not safe to assume that sharing networks are not as diffuse as in Kathmandu. We know that a lot of sharing often takes place through shooting galleries, hit doctors, and dealer's works (where needles and syringes are lent to successive customers of a dealer). This is something to watch carefully in parts of the country where professional injectors are common.

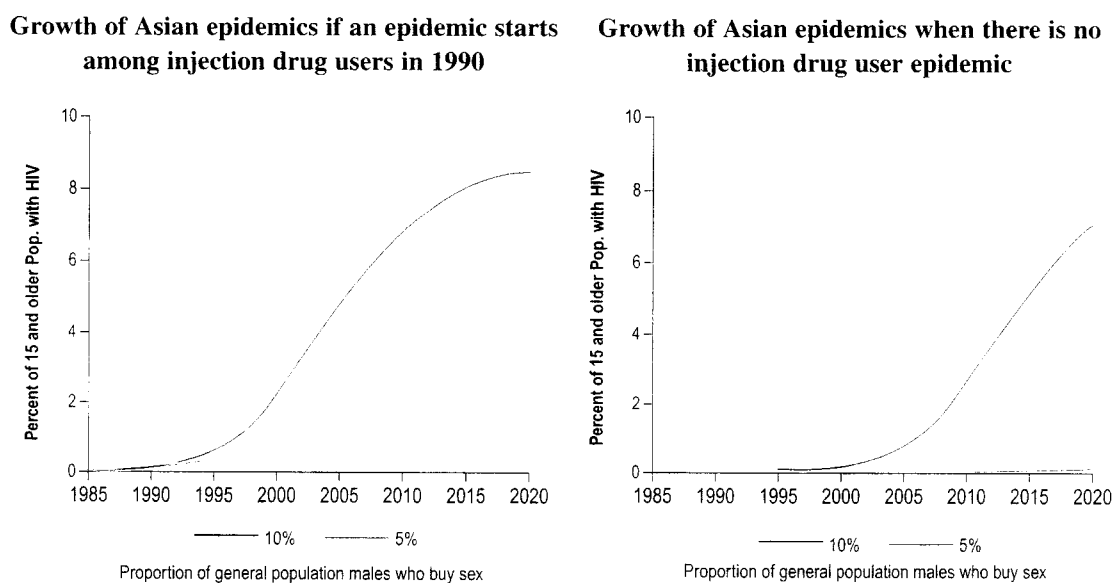
In Nepal, the Lifesaving and Life-giving Society (LALS) programmes documented success in risk reduction among injection drug users, and low and stable HIV infection of under 2% among them (Peak et al., 1995). Nepal thought it had the situation under control, which may have led to some degree of complacency. Between 1994 and 1998, nobody was watching. Then, in a police crackdown in late 1997, 114 drug injectors were arrested and tested. Ninety-four of them were HIV positive. Surveillance data since that time has documented HIV levels of up to 68% (Gurubacharya RL, et al 1998, New ERA/SACTS/FHI 2003, New ERA/SACTS/FHI 2002).

By their own estimation, the LALS programmes thought they were covering 30 to 50 percent of those injecting drugs in Kathmandu. In retrospect, that was not true. More recent estimates indicate that HIV/AIDS services are not reaching the overwhelming majority of injection drug users in Kathmandu, and that harm reduction and outreach services are reaching fewer than 10% of them, with less than 3% being provided with drug rehabilitation (Reid & Costigan, 2002).

Lesson Two: HIV epidemics among injection drug users impact broader epidemics

In most Asian countries, sex work transactions have been the dominant source of sexual transmission of HIV. However, injection drug users can also play a big role in accelerating sexual transmission. Preventing an epidemic of HIV among people injecting drugs can buy several years of critical time for implementing risk reduction strategies among sex workers and their clients, thus providing an opportunity to prevent a larger epidemic from happening.

Figure 14 illustrates the growth of general population epidemics in settings with or without an HIV epidemic among injection drug users, when between 5 and 10 percent of the men in the general population buy sex. The scenario in the graph on the right, in the absence of an epidemic among injection drug users, assumes that the virus is transmitted through commercial sex transactions, and then by the clients of sex workers infecting their regular partners. As shown, if 5% of men visit sex workers each year, the epidemic in the larger population can stay at very low levels for many years. However, if as many as 10% of men visit sex workers, the epidemic is accelerated, and HIV reaches levels of about 7% after 25-30 years. In contrast, as seen in the



Source: Tim Brown, East-West Center

Figure 14: The presence of an HIV epidemic among injection drug users makes a huge difference over time in the total number of people infected.

graph on the left, introducing an epidemic among drug injectors into the mix can kick-start the larger epidemic much earlier and pushes it to higher levels, leading to a far greater number of sexually transmitted infections.

The message is clear. There will be far fewer infections in the next 20 years in Bangladesh if HIV can be kept low among injection drug users. The biggest impact comes when the spread among drug injectors is stopped BEFORE a heterosexual epidemic starts. Although the true proportion of men buying sex in Bangladesh is unknown, in the behavioural surveillance around 75% of rickshaw drivers and truck drivers, and approximately 30% of male students reported buying sex in the past year. Hence, Bangladesh stands to gain the most by preventing a larger epidemic among injection drug users NOW!

What are the lessons to learn from other countries?

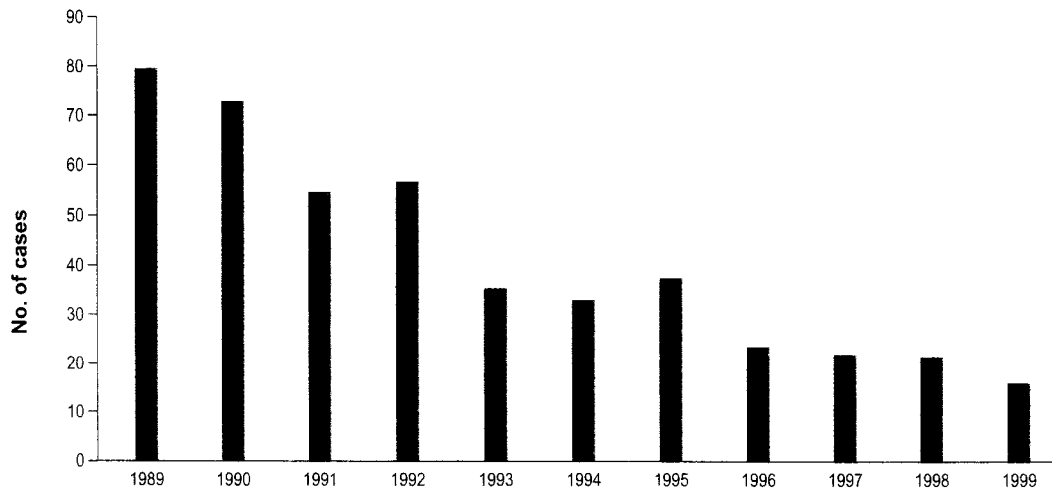
- 1. Never stop looking for an epidemic among injection drug users. Complacency and lack of continuous monitoring contributed to the spread of HIV in Kathmandu.**
- 2. The size of the needle sharing networks is important, and must be explored.**
- 3. Once HIV is present in the community of drug injectors, nothing short of comprehensive interventions to minimize or eliminate needle sharing can prevent an explosive epidemic.**

Lesson Three: The success of needle and syringe exchange in Australia

There has been considerable progress in other countries in preventing the spread of HIV and other blood borne viral infections since needle and syringe exchange programmes for drug injectors were first introduced in 1987. Bangladesh would do well to learn from Australia's success story, which has earned worldwide recognition, besides gaining government and community support (WPRO, STD/HIV/AIDS Surveillance Report, 2000).

Australia has avoided large-scale HIV epidemics by reducing HIV among injectors through the use of harm reduction interventions, including needle and syringe accessibility and substitution programmes, such as methadone maintenance for opiate-dependent users. HIV case reporting among injection drug users has gone down steadily as shown in Figure 15, confirming the impact of harm reduction.

Reported HIV infections among injecting drug users in Australia, 1989-1999



Source: Ministry of Health, Australia, 1999

Figure 15: Effective needle and syringe exchange in Australia has led to a decline in HIV among injection drug users (1989-1999)

Needle and syringe programmes also constitute important points of contact for drug injectors to access necessary information, education and referral to drug treatment services.

Averting an impending Epidemic

Possible solutions for Bangladesh

This latest annual HIV surveillance in Bangladesh presents us with some startling news:

- The HIV epidemic is starting in Bangladesh - the increase in HIV among injection drug users since last year is more than 100%. HIV infection among drug injectors is now close to the critical 5% marking a concentrated epidemic.
- In spite of programmes interventions, those most vulnerable to HIV infection display amongst the highest risk behaviour seen in Asia, and risk perception is still extremely low among them.
- Prevention interventions do decrease risk behaviour significantly, but behaviour changes like condom use are happening much too slowly, and needle sharing remains unacceptably high among drug injectors.

The most critical message for action from the surveillance data is that:

Bangladesh must immediately make it high priority to scale up interventions massively and stop the further spread of HIV among drug injectors and other vulnerable people.

How should Bangladesh respond to these messages coming out of the surveillance data, and use the lessons learnt from other countries? Some recommendations follow:

- Good quality programme interventions must be expanded to reach larger numbers of vulnerable people. Although this year more people who inject drugs report exposure to interventions than last year, there is evidence of expanding injection drug use.
- Interventions must go beyond 'raising awareness' and stress interactive behaviour change communication that is effective in developing the knowledge and skills necessary for vulnerable people to analyse situations and HIV risk. People must be able to successfully communicate about and negotiate safe sex behaviour like condom use, and the use of clean needles and syringes for injections.
- It is obvious that the effectiveness of condoms in HIV prevention needs further stress and publicity, as most men surveyed have never even used a condom. People must become more comfortable about routine condom use, and condoms and lubricants should be freely available at more outlets.

-
- HIV will reach epidemic proportions in Bangladesh if the spread of infection is not averted among injection drug users. Evidence from the rest of the world shows clearly that reducing the harm from drug injecting can limit HIV, and that repressive approaches have adverse effects.

Therefore, there is an urgent need for an effective and expanded harm reduction and treatment programme for injection drug users. This should include:

- user-friendly and accessible services for needle exchange, clinical services, drug addiction treatment, and drug substitution, etc.;
- a supportive environment for working with drug injectors;
- productive linkages with police and drug agencies, and relevant others;
- expansion of outreach programmes geographically;
- community-based and community-action approaches;
- inclusion of heroin smokers in interventions; and
- innovative programs to improve coverage, and facilitate access to services.

Far from being an isolated population, injectors are intimately connected with others. Therefore, as long as HIV prevention through safe behaviour is not the norm, the rest of society is at risk from the virus. ***Time is running out for Bangladesh.***

Literature Cited

Brown, T., Franklin, B., MacNeil, J., & Mills, S. (2001). *Effective Prevention Strategies in Low Prevalence Settings*. Family Health International, UNAIDS, USAID.

Caldwell, B., Pieris, I., Barkat-e-Khuda, Caldwell J., & Caldwell, P. (1999). Sexual regimes and sexual networking: the risk of an HIV/AIDS epidemic in Bangladesh. *Social Science and Medicine*, 48, 1103-1116.

Center for Research on Environment, H. a. P. A. C. A situation assessment of intravenous drug users in Kathmandu Valley: A focused ethnographic study. Kathmandu: CREHPA, FHI.

Gurubacharya RL., et al (1998). Prevalence of HIV amongst IVD abusers in KTM. 12th World AIDS Conference.

New ERA/SACTS/FHI (2003) Behavioral & sero prevalence survey of IDU in Pokhara Valley.

New ERA/SACTS/FHI (2002) Behavioral & sero prevalence survey of IDU in Kathmandu Valley.

Panda, S., Mallick, P. S., Karim, M. A., Sharifuzzaman, M., Ahmed, T., & Baatsen, P. (2002). *National Assessment of Situation and Responses to Opioid/Opiate use in Bangladesh (NASROB)*. Dhaka: FHI/CARE/HASAB.

Peak A, R. S., Maharjan SH, Jolley D, & Crofts N. (1995). Declining risk for HIV among injecting drug users in Kathmandu, Nepal: the impact of a harm reduction program. *AIDS* 9 (9): 1067-1070.

Reid, G., & Costigan, G. (2002). *Revisiting "the Hidden Epidemic" - a situation assessment of drug use in Asia in the context of HIV/AIDS*. Melbourne: The Centre for Harm Reduction, The Burnet Institute.

WPRO. *STD/HIV/AIDS Surveillance Report*, 2000. Issue No. 16, Page 7.

**Table 3: Sampled groups included in serological and behavioural surveillance
1998-1999, 1999-2000, 2000-2001 and 2002**

Sampled groups in surveillance, 1998-1999, 1999-2000, 2000-2001 and 2002													
Group		Geographical location		1998-1999		1999-2000		2000-2001		2002			
				Serology	Behaviour	Serology	Behaviour	Serology	Behaviour	Serology	Behaviour		
IDUs	In-treatment	Central	A	✓		✓		✓					
	Out of treatment*	Central	A		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Northwest		A			✓	✓	✓	✓	✓	✓			
		B						✓		✓	✓		
Southeast		D								✓			
Heroin Smokers		Central	A							✓			
Sex workers	Males	Central	A			✓	✓	✓	✓	✓	✓		
		Southeast	A								✓		
	Females	Brothel	All Brothels			✓		✓		✓		✓	
			Central	B	✓		✓		✓		✓		
				C			✓				✓		
				D					✓		✓		
				E	✓								
				Southwest	A			✓		✓		✓	
			B						✓		✓		
			C				✓		✓		✓		
			Hotel	Central	A							✓	✓
			Street	Central	A	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
		B									✓		
		Southwest		A							✓		
		Southeast		A				✓		✓		✓	
		Hijras	Central	A				✓		✓	✓	✓	

Sampled groups in surveillance, 1998-1999, 1999-2000, 2000-2001 and 2002										
Group	Geographical location		1998-1999		1999-2000		2000-2001		2002	
			Serology	Behaviour	Serology	Behaviour	Serology	Behaviour	Serology	Behaviour
Male having sex with male (MSM)	Central	A			✓		✓	✓	✓	✓
	Northeast	A								✓
MSM and male sex workers combined	Central	A	✓	✓	✓					
	Central	C							✓	
	Southeast	A							✓	
	Northeast	A					✓		✓	
Babus (Brothel)	Central	B							✓	
	Central	D							✓	
Truckers	Central	A	✓	✓			✓	✓	✓	✓
	Southwest	B					✓			
Rickshaw pullers	Central	A						✓		✓
	Southeast	A				✓	✓	✓		✓
	Southwest	B					✓			
Dormitory based male college/ university students	Central	A								✓
STI patients	Central	A	✓		✓					
	Northeast	A	✓				✓		✓	
	Southeast	A	✓		✓		✓			
	Northwest	A	✓		✓		✓			
		C			✓		✓			
Dock workers	Southeast	A					✓			
	Southwest	C					✓			
Launch workers	Central	A							✓	

* In serology, IDUs out of treatment include those who were under needle exchange programme (NEP)



This publication was made possible through support provided by the Office of Population, Nutrition and Health, Bureau for Bangladesh, U.S. Agency for International Development, under the terms of Award No. HRN-A-00-97-00017-00 to Family Health International, and ICDDR,B with grant from Government of Bangladesh (GOB)/International Development Agency (IDA)/Department for International Development UK (DFID) credit number 34441 BD. The opinions expressed herein are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of Family Health International or the U.S. Agency for International Development.