

**FUNKCJONOWANIE SYSTEMU ZAPOBIEGANIA
ZAKAŻENIOM HIV DROGĄ WERTYKALNĄ
(Z MATKI NA DZIECKO) W POLSCE**

ANALIZA DANYCH, WNIOSKI I REKOMENDACJE



dr Edyta Widawska

Konsultacja raportu:

dr n. med. Jacek Gąsiorowski

Michał Henzler

mgr Leokadia Jędrzejewska

Szymon Osowski

dr hab. n. o zdr. Magdalena Rosińska

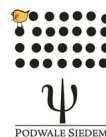
dr n. med. Bartosz Szetela

Recenzja raportu:

dr hab. n. med. Krzysztof Nowosielski

Projekt i skład:

studiochaotyczne.com



Niniejszy raport został opracowany w ramach projektu „Obywatelska analiza skuteczności funkcjonowania systemu zapobiegania zakażeniom wirusem HIV drogą wertykalną (z matki na dziecko)” finansowanego ze środków programu Fundusz Inicjatyw Obywatelskich.

Spis treści

Wstęp	4
Wstęp do raportu „Funkcjonowanie systemu zapobiegania zakażeniom HIV drogą wertykalną (z matki na dziecko) w Polsce. Analiza danych, wnioski i rekomendacje” – dr Adam Bodnar, Rzecznik Praw Obywatelskich, Marek Michalak, Rzecznik Praw Dziecka	8
1. Metodologia badań	10
1.1. Cel badań i problemy badawcze	10
1.2. Dobór próby badawczej i zasięg badań.....	11
1.3. Metoda, techniki i narzędzia badawcze.....	15
2. Skuteczność funkcjonowania systemu zapobiegania zakażeniom wirusem HIV drogą wertykalną – analiza wyników badań	16
2.1. Działania na rzecz zapobiegania zakażeniom wertykalnym prowadzone w placówkach medycznych.....	16
2.1.1. Analiza odpowiedzi odmownych otrzymanych na wniosek o dostęp do informacji publicznej ..	22
2.2. Zapobieganie zakażeniom wertykalnym w opinii lekarzy ginekologów i położnych	25
2.3. Zapobieganie zakażeniom wertykalnym w opinii kobiet	29
Wnioski i rekomendacje.....	36
Aneks.....	40
Załącznik 1. Wykaz wybranych aktów prawnych i dokumentów dotyczących profilaktyki HIV.....	40
Załącznik 2. Kwestionariusz ankiety skierowanej do kobiet, które urodziły dziecko w ciąży ostatniego roku lub są aktualnie w ciąży.....	42
Załącznik 3. Dyspozycje do wywiadu pogłębionego z lekarzami ginekologami pracującymi w poradniach ginekologiczno-położniczych w ramach umów z NFZ.....	47
Załącznik 4. Dyspozycje do wywiadu pogłębionego z położnymi pracującymi w poradniach ginekologiczno-położniczych w ramach umów z NFZ	50
Załącznik 5. Lista osób prowadzących badania	53
Załącznik 6. Wniosek o udostępnienie informacji publicznej (przykład)	54

Wprowadzenie

Niniejszy raport jest swoistą kontynuacją badań poświęconych profilaktyce HIV w Polsce prowadzonych przez Społeczny Komitet ds. AIDS. W raporcie „Profilaktyka zakażeń HIV/AIDS w Polsce w latach 2013-2014” opublikowanym w 2016 oraz monografii „Wybrane aspekty działań profilaktycznych w obszarze HIV/AIDS w Polsce. Studium badawcze”¹ wskazywaliśmy, że jednym z ważnych aspektów działań profilaktycznych są badania w kierunku HIV u kobiet w ciąży. Raport, który oddajemy w Państwa ręce, jest próbą przedstawienia w jaki sposób realizowana jest krajowa polityka publiczna dotycząca zapobiegania zakażeniom HIV drogą wertykalną (z matki na dziecko), a zawarte w nim wnioski oraz rekomendacje mogą posłużyć poprawie sposobu realizacji tych działań profilaktycznych.

W Polsce od 1985 roku do sierpnia 2017 r. o zakażeniu wirusem HIV (*human immunodeficiency virus* – ludzki wirus niedoboru odporności) dowiedziały się 22 164 osoby, na AIDS zachorowało 3 514 osób, zmarło 1 375². Szacuje się jednak, że zgłoszona liczba zgonów jest wielokrotnie niedoszacowana³. Ponadto nie wszystkie zakażenia zostały rozpoznane i liczba osób żyjących z HIV jest większa. Według ostatnich oszacowań na koniec 2015 r. w Polsce żyło około 18 000 osób zakażonych HIV, z czego 15 000 z rozpoznany zakażeniem⁴. Dane te nie uwzględniają jednak emigracji. Z kolei analizy danych Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: NFZ) wskazują, że osób zakażonych HIV korzystających z publicznej opieki zdrowotnej w Polsce może być ok. 9 000 – 12 000 zależnie od przyjętych definicji⁵. Wnioskować więc można, że odsetek nierozpoznanych zakażeń waha się w granicach od 20 do 30%, czyli powyżej średniej europejskiej, która wynosi 15%⁶. Pasuje to nasz kraj w czołówce państw Unii Europejskiej/Europejskiego Obszaru Gospodarczego pod względem liczby osób zakażonych, które nie wiedzą o swojej

1 E. Widawska, *Wybrane aspekty działań profilaktycznych w obszarze HIV/AIDS w Polsce. Studium badawcze*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2016.

2 Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Państwowy Zakład Higieny, http://www.old.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/index.htm, [dostęp: 12.12.2017]

3 K. Szmulik, K. Zakrzewska, M. Niedźwiedzka-Stadnik, M. Rosińska, HIV and AIDS in Poland in 2015. Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce w 2015 roku, „Przegląd Epidemiologiczny” 2017 vol. 71 (3), s. 379-390.

4 M. Rosińska, Ludzie żyjący z HIV i nowe zakażenia. Prezentacja oszacowań i implikacje dla nadzoru epidemiologicznego, IX Zjazd PTN AIDS, Wrocław 22-24.06.2017.

5 B. Więckowska, G. Cholewińska, Mapy Potrzeb Zdrowotnych – prezentacja projektu, Konferencja „HIV na mapie potrzeb zdrowotnych Polski”, Gdynia 24-25.11.2017.

6 A. Pharris, C. Quinten, T. Noori, A.J. Amato-Gauci, A. van Sighem, the ECDC HIV/AIDS Surveillance and Dublin Declaration Monitoring Networks, Estimating HIV incidence and number of undiagnosed individuals living with HIV in the European Union/European Economic Area, 2015, “Euro Surveill”, 2016;21(48):pii=30417. DOI: <http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2016.21.48.30417>.

infekcji⁷, a jak wynika z badań jedynie 8% Polaków wykonało kiedykolwiek test w kierunku HIV⁸.

Aktualnie zakażenia HIV dotyczą głównie osób młodych, w wieku rozrodczym i w 48% zakażeń o znanej drodze transmisji, są związane z kontaktami seksualnymi. Z danych z punktów konsultacyjno-doradczych (PKD) wynika jednak, że ponad 90% wszystkich nowych zakażeń związanych jest z kontaktami seksualnymi. Liczba kobiet zakażonych HIV w Polsce to około 25% całej populacji osób żyjących z HIV (co stanowi ok. 5 500 zgłoszonych przypadków zakażenia). Mając na uwadze szacowaną liczbę osób, które nie wiedzą o swoim zakażeniu, całkowita liczba tych kobiet – potencjalnych matek – może być większa. Jedną z dróg transmisji HIV jest przeniesienie wirusa z matki na dziecko (zakażenie wertykalne). Od 1985 r. do 2016 r. w Polsce zarejestrowano około 220 takich zakażeń⁹, na AIDS zmarło 13 dzieci¹⁰. Według danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego w latach 2012-2016 doszło w Polsce do 19 zakażeń odmatczyńnych¹¹.

Od stycznia do sierpnia 2017 r. doszło do kolejnych dwóch zakażeń wertykalnych. Prawdopodobnie można było ich uniknąć. Odpowiednie prowadzenie ciąży u HIV-seropozytywnej matki pozwala zniwelować ryzyko takiej infekcji niemal całkowicie. Warunkiem jest dwukrotne wykonanie przez kobietę w ciąży testu w kierunku HIV (do 10 tygodnia ciąży oraz pomiędzy 33 a 37 tygodniem) i wdrożenie leczenia przy wyniku dodatnim. Obecnie bowiem szansa na urodzenie zdrowego dziecka przez kobietę zakażoną HIV, która jest świadoma swojego zakażenia i przyjmuje leki, wynosi ponad 98%¹². Warto zatem podejmować działania w celu wyeliminowania tej drogi transmisji HIV.

Według prowadzonych w Polsce analiz jedynie 30–33% kobiet w ciąży wykonuje badania w kierunku HIV¹³ i niewątpliwie ma to związek z liczbą zakażeń wertykalnych w naszym kraju. Warto więc wprowadzać i realizować programy oraz działania profilaktyczne skierowane bezpośrednio do kobiet w ciąży, nie pomijając oczywiście profilaktyki pierwotnej (*primary prevention*) kierowanej do kobiet, potencjalnych matek i mężczyzn, ich partnerów seksualnych, potencjalnych ojców.

W Polsce w ostatnich pięciu latach urodziło się średnio około 370 tys. dzieci rocznie: w 2012 r.

7 E. Widawska, Wybrane aspekty działań profilaktycznych w obszarze HIV/AIDS w Polsce. Studium badawcze, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2016, s. 7-8.

8 Z. Izdebski, Seksualność Polaków 2017, Polpharma, IQS, 2017.

9 <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/zdrowie-matki-i-dziecka/hiv-a-ciaza-i-dziecko/> [dostęp: 12.12.2017].

10 Według danych prof. dr hab. med. Magdaleny Marczyńskiej w: *Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS w 2016 roku*, opracowane przez Krajowe Centrum ds. AIDS, Minister Zdrowia, Warszawa 2017, s. 47.

11 Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Państwowy Zakład Higieny, http://www.wold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/index.htm, [dostęp: 12.12.2017]

12 D. Rogowska-Szadkowska, J. Gąsiorowski, HIV/AIDS dla ginekologów, Krajowe Centrum ds. AIDS, Warszawa 2014.

13 Według analizy własnej prof. dr hab. med. Magdaleny Marczyńskiej w: *Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS w 2013 roku*, opracowane przez Krajowe Centrum ds. AIDS, Minister Zdrowia, Warszawa 2014, s. 60.

było to 386,3 tys. żywych urodzeń, w 2013 r. – 369,6 tys., w 2014 r. – 375,2 tys., w 2015 r. – 369,3 tys., w 2016 r. – 382,3 tys.¹⁴. Wśród nich jest również tych 19., które mają rozpoznane zakażenie wertykalne HIV, przy czym prawie wszystkie przypadki transmisji wynikały z nierozpoznania zakażenia u matki. W ponad 90% przypadków do zakażenia HIV dzieci dochodzi w czasie ciąży, porodu i karmienia piersią¹⁵. Najczęściej do zakażenia odmatczywego dochodzi w okresie okołoporodowym (ok. 70% wszystkich zakażeń). Istnieje także możliwość zakażenia wewnątrzmacicznego (kilka procent) – przez łożysko, a więc po jego wytworzeniu (z reguły po 20 tygodniu ciąży). Natomiast po porodzie najczęstszą drogą transmisji wirusa jest karmienie piersią, w tym przypadku ryzyko zakażenia wynosi średnio 1% na każdy miesiąc karmienia (w przypadku nieprzyjmowania przez matkę leków antyretrowirusowych – ARV). U ludzi dorosłych od momentu zakażenia do wystąpienia pełnoobjawowego AIDS mija zwykle wiele lat (średnio 8-10 lat). U dzieci naturalny przebieg zakażenia jest inny – bardziej dynamiczny i mniej przewidywalny. Największe ryzyko szybkiego wystąpienia zakażeń oportunistycznych stwierdza się u dzieci młodszych i posiadających znaczny niedobór odporności. Ryzyko rozwoju AIDS u dzieci do 6. miesiąca życia wynosi ponad 10%, natomiast między 6. a 24. miesiącem życia zwiększa się o kolejne 5-10%¹⁶. Z tego względu tak istotne jest wczesne zdiagnozowanie zakażenia HIV u dziecka, które pozwala na szybkie rozpoczęcie leczenia antyretrowirusowego (dalej: ARV) i daje szansę na długie życie. Bez rozpoznania w krótkim okresie może dojść do rozwoju AIDS i śmierci. Stwierdzenie zakażenia HIV u ciężarnej wymaga z kolei wdrożenia u niej leczenia ARV, zabezpieczenia okresu porodu oraz właściwej profilaktyki lekowej noworodka.

W przypadku braku wiedzy o zakażeniu HIV u kobiety ryzyko transmisji HIV na dziecko w trakcie ciąży, porodu i karmienia piersią może sięgać nawet 50%. Stąd tak ważne są działania profilaktyczne, w tym badanie w kierunku HIV wszystkich kobiet w ciąży, gdyż warunkiem niezbędnym uniknięcia zakażenia wertykalnego (odmatczywego) jest rozpoznanie zakażenia u matki. W większości krajów europejskich oraz w USA ryzyko zakażenia HIV z zakażonej matki na jej dziecko wynosi obecnie ok. 1%, w Polsce – ok. 20%. Wynika to przede wszystkim z niedostatecznej liczby wykonanych testów w kierunku HIV u ciężarnych¹⁷. W państwach Unii Europejskiej badania w kierunku HIV są wykonywane średnio u 60% kobiet, a w niektórych państwach takich jak: Anglia, Holandia, Francja – nawet u 98%¹⁸. Stąd celem podjętych badań była próba weryfikacji czy i jeśli tak, to w jakim stopniu, kobiety w ciąży korzystają z testów w kierunku HIV.

14 Główny Urząd Statystyczny, Rocznik demograficzny, Warszawa 2017, s. 30.

15 <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/zdrowie-matki-i-dziecka/hiv-a-ciaza-i-dziecko/> [dostęp: 12.12.2017].

16 J. Popielska, Matka i dziecko a HIV, „Aspekty. Dodatek do Biuletynu Krajowego Centrum ds. AIDS. Kontra” Nr 1 (59)/2014, s. 3.

17 J. Popielska, Matka i dziecko a HIV, „Aspekty. Dodatek do Biuletynu Krajowego Centrum ds. AIDS. Kontra” Nr 1 (59)/2014, s. 2.

18 *Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS w 2016 roku*, Krajowe Centrum ds. AIDS, Minister Zdrowia, Warszawa 2017, s. 47.

Zgodnie z polskim prawem każdej kobiecie w ciąży należy zaproponować badanie w kierunku zakażenia HIV. W 2012 r. Minister Zdrowia wydał rozporządzenie (Dz. U.z 2012 r. poz. 1100) w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem. Zgodnie z nim każda kobieta w trakcie ciąży powinna mieć dwukrotnie zalecone badanie w kierunku HIV: pierwszy raz w pierwszym trymestrze (do 10 tygodnia) i drugi raz w trzecim trymestrze ciąży (między 33 a 37 tygodniem ciąży). W przypadku braku zgody kobiety na badanie, powinno być ono proponowane przy każdej kolejnej wizycie¹⁹. Zadaniem osoby sprawującej opiekę nad ciężarną (lekarz specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii, lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii, lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii, położna), poza zleceniem wyżej wymienionych badań, jest zidentyfikowanie czynników ryzyka powikłań przedporodowych i śródporodowych, w tym zakażenie wirusem HIV i HCV. Wszystkie opisane badania są refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w przypadku korzystania z opieki poradni/lekarza posiadających kontrakt z NFZ. Z danych Instytutu Matki i Dziecka wynika, iż w 2012 r. prawie 44% ciąż prowadzono w gabinetach prywatnych, nieposiadających umowy z NFZ²⁰. Oznacza to, że wykonanie zalecanych badań wiązało się z odpłatnością, a więc potencjalnie mogło limitować dostęp do nich.

Próba odpowiedzi na pytania: W jaki sposób profilaktyka zakażeń odmatczyń realizowana jest w Polsce? i Jaki jest odsetek kobiet, które przechodzą w ciąży badania w kierunku zakażenia HIV?, jest głównym celem prowadzonych badań, których rezultaty zostały przedstawione w niniejszym raporcie. Projekt badawczy „Obywatelska analiza skuteczności funkcjonowania systemu zapobiegania zakażeniom wirusem HIV drogą wertykalną (z matki na dziecko)”, który stanowi podstawę raportu oddanego do rąk Czytelników, został zrealizowany dzięki wsparciu finansowemu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w ramach Programu Fundusz Inicjatyw Obywatelskich, przez dwie organizacje pozarządowe zajmujące się działaniami badawczymi, edukacyjnymi i profilaktycznymi w zakresie HIV/AIDS: Społeczny Komitet ds. AIDS z Warszawy oraz Stowarzyszenie na Rzecz Osób Wykluczonych i Zagrożonych Wykluczeniem Społecznym „Podwale Siedem” z Wrocławia.

Pozostajemy z nadzieją, że uzyskane w trakcie ogólnopolskich badań dane i wypracowane na ich podstawie rekomendacje staną się elementem usprawniania działań profilaktycznych prowadzonych w na-

19 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem, Dz.U. 2012 poz. 1100; Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem, Dz.U. 2016 poz. 1132.

20 <http://www.rodzicpoludku.pl/Na-strazy-Waszch-praw> [dostęp: 12.12.2017]

szym kraju, które ukierunkowane są na eliminację zakażeń wertykalnych oraz poszerzenie wiedzy przyszłych rodziców na temat zakażenia HIV. Drugim obszarem będzie wprowadzenie skoordynowanych polityk realizowanych w ramach opieki medycznej, tak by skutecznie realizować Program Polityki Zdrowotnej Ministra Zdrowia „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017–2021”.

Pragniemy w tym miejscu podziękować wszystkim osobom oraz instytucjom, w tym organizacjom pozarządowym (m.in. Fundacji Rodzić po Ludzku), grupom internetowym (m.in. aktywistkom z grupy Dziewuchy Dziewuchom), które współpracowały z nami w trakcie realizacji projektu. Bez ich zaangażowania, pomocy i wsparcia nasze działania nie byłyby możliwe.

Wstęp do raportu „Funkcjonowanie systemu zapobiegania zakażeniom HIV drogą wertykalną (z matki na dziecko) w Polsce. Analiza danych, wnioski i rekomendacje” – dr Adam Bodnar, Rzecznik Praw Obywatelskich, Marek Michalak, Rzecznik Praw Dziecka

Jednym z najważniejszych problemów podejmowanych przez Rzecznika Praw Obywatelskich i Rzecznika Praw Dziecka są gwarancje prawa do ochrony zdrowia, wynikające z art. 68 Konstytucji RP. Prawo do ochrony zdrowia to nie tylko reakcja na zdarzenia, kiedy zdrowie człowieka jest zagrożone. To także podejmowanie wszelkich działań, które mogą minimalizować ryzyka zdrowotne, a więc dbałość o zdrowie publiczne. Konstytucyjne normy programowe wskazują, że obowiązkiem władz publicznych jest zapewnienie szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom oraz kobietom ciężarnym (art. 68 ust. 3 Konstytucji), a także zwalczanie chorób epidemiologicznych (art. 68 ust. 4 Konstytucji).

Z powyższych względów RPO zwraca uwagę na profilaktykę niektórych chorób, w tym w szczególności HIV/AIDS. W ostatnim czasie nie przykładą się aż tak dużej wagi do zapobiegania HIV/AIDS, co niestety powoduje, że wiele osób zakażonych HIV nie jest w ogóle zdiagnozowanych. Pracownicy jednego z punktów konsultacyjno-diagnostycznych HIV/AIDS wskazywali RPO, że: *„Największym problemem jest profilaktyka. Szkoły ograniczają ją, użeramy się z biurokratycznymi przeszkodami z dostępem do prezerwatyw. Tymczasem częsta zmiana partnerów i wczesne rozpoczynanie życia seksualnego to poważny problem. Wiele osób, które mieszkają poza dużymi miejscowościami, nie dotrze do nas. Szkoły nie informują, gdzie można anonimowo się przebadać.”*

W trosce o pełną realizację prawa dziecka do ochrony życia i zdrowia Rzecznik Praw Dziecka podejmował działania zmierzające do uświadomienia problemu przekazywania przez matkę w trakcie porodu zakażenia wirusem HIV na dziecko. Badania naukowe wskazują, że jeśli w okresie ciąży podejmie się odpowiednią terapię, to można praktycznie całkowicie wyeliminować ryzyko przeniesienia za-

każenia wirusem HIV na dziecko. Aby było to możliwe konieczne jest przeprowadzanie odpowiednich testów w czasie ciąży. RPD wielokrotnie wskazywał Ministrowi Zdrowia, że jedynie 30% matek w ciąży kierowane jest przez lekarza na testy w kierunku HIV, mimo że takie bezpłatne badanie gwarantują jej przepisy prawa. O skuteczniejszą profilaktykę zakażeń wirusem HIV u dzieci RPD zabiegał od 2008 roku. W konsekwencji w 2016 roku apele Rzecznika spotkały się z pozytywną odpowiedzią Ministra Zdrowia. Podzielił on pogląd RPD, że lekarze mogą nie doceniać znaczenia badania w kierunku HIV i że badanie w kierunku wirusa HIV u kobiet w ciąży powinno obowiązkowo być zlecane, gdyż znajduje się ono w standardach opieki okołoporodowej. Minister Zdrowia poinformował RPD o przygotowaniu komunikatu, który będzie przypominał o roli lekarza i położnych w upowszechnianiu ww. badania. Zapewnił, że komunikat zostanie rozpowszechniony również wśród konsultantów krajowych w dziedzinie położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego.

Sytuacja w Polsce wciąż odbiega od standardów europejskich. Musimy dążyć do tego, aby każda kobieta w trakcie ciąży była badana w kierunku HIV. Potrzebne są do tego działania zarówno odpowiednich ministerstw, jak również środowisk lekarskich, położnych oraz naukowych. Podjęcie tematu zakażeń wertykalnych przyczyni się do zwiększenia świadomości społecznej profilaktyki HIV/AIDS.

Mamy nadzieję, że raport przygotowany przez Społeczny Komitet ds. AIDS autorstwa dr Edyty Widawskiej będzie znaczącym krokiem w urzeczywistnieniu tego celu. Szczegółowe wnioski i rekomendacje są w tym zakresie dobrą mapą drogową. Deklarujemy, że stanie się on inspiracją do wspólnych działań i dalszej dobrej współpracy RPO z RPD.

Adam Bodnar
Rzecznik Praw Obywatelskich

Marek Michalak
Rzecznik Praw Dziecka

1. Metodologia badań

1.1. Cel badań i problemy badawcze

Głównym tematem, wokół którego koncentrowała się uwaga zespołu badawczego, była realizacja profilaktyki HIV i zakażeń wertykalnych (odmatczyńnych) w latach 2015 – 2017 w Polsce. Do analiz włączono trzy ostatnie lata ze względu na czas realizacji projektu (04.2017 – 12.2017) i możliwość pozyskania od instytucji publicznych danych zbiorczych za badany okres oraz zebrania opinii kobiet, które w ciągu ostatniego roku (od lipca 2016 do zakończenia badań w październiku 2017) korzystały z opieki medycznej będąc w ciąży. Przedmiotem badań była realizacja działań profilaktycznych w zakresie transmisji HIV z matki na dziecko. Przeprowadzona została w tym obszarze analiza z wykorzystaniem różnych technik pozyskiwania danych.

Celem podjętych badań było zdiagnozowanie i eksploracja działań profilaktycznych realizowanych przez szpitale/placówki medyczne, a także samych lekarzy i położne w zakresie przeciwdziałania zakażeniom wertykalnym oraz wypracowanie, w oparciu o uzyskane wyniki, rekomendacji i wniosków wspomagających oraz optymalizujących proces działań zapobiegających zakażeniom wertykalnym. Podczas badań została podjęta próba zrealizowania ich celu głównego poprzez:

- ocenę stanu realizacji wytycznych dotyczących zlecenia badań kobietom w ciąży, zawartych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (dalej: Rozporządzenie) związanych z profilaktyką zakażeń wertykalnych w podmiotach leczniczych działających w ramach kontraktów z NFZ;
- zebranie wśród kobiet w ciąży oraz kobiet, które urodziły dziecko w ciągu ostatnich 12 miesięcy opinii na temat realizacji działań w zakresie profilaktyki zakażeń wertykalnych;
- zebranie wśród lekarzy ginekologów oraz położnych pracujących w poradniach ginekologiczno-położniowych w ramach umów z NFZ opinii na temat realizacji działań w zakresie profilaktyki zakażeń wertykalnych.

Zespół badawczy dookreślił, iż przyjęte cele będą realizowane przy wykorzystaniu analizy *desk research* (analiza danych zastanych) w obszarze realizacji Rozporządzenia przez szpitale/placówki medyczne (w tym analiza odpowiedzi na pytania dotyczące sposobów realizacji profilaktyki zakażeń wertykalnych skierowane w trybie dostępu do informacji publicznej do poszczególnych instytucji) oraz badań sondażowych (*survey*) przeprowadzonych wśród lekarzy ginekologów, położnych oraz kobiet w ciąży i kobiet, które urodziły dziecko w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

Wychodząc od podstawowego, przyjętego w procesie badawczym założenia, iż efektywne programy profilaktyczne są jednym z kluczowych elementów przeciwdziałania zakażeniom HIV, w tym zakażeniom wertykalnym, określono następujące pytania badawcze: - W jaki sposób w naszym kraju jest realizowana profilaktyka zakażeń wertykalnych HIV w ramach opieki medycznej nad kobietą w ciąży w placówkach medycznych działających w ramach kontraktów z NFZ?

- W jaki sposób profilaktyka zakażeń wertykalnych HIV jest oceniana przez kobiety korzystające z opieki medycznej w trakcie trwania ciąży?
- W jaki sposób profilaktyka zakażeń wertykalnych HIV jest oceniana przez osoby prowadzące ciążę w ramach kontraktów z NFZ?

Na wskazane pytania zespół badawczy poszukiwał odpowiedzi w ramach opracowanej procedury badawczej, która została omówiona w poniższych rozdziałach.

1.2. Dobór próby badawczej i zasięg badań

Działania profilaktyczne dotyczące zakażeń odmatczyńnych były w trakcie badań rozpatrywane w dwóch aspektach. Pierwszym była faktyczna realizacja działań profilaktycznych w latach 2015-2016 przez placówki medyczne, drugim, nie mniej ważnym, ocena tych działań, podejmowanych w odniesieniu do profilaktyki zakażeń wertykalnych, przez kobiety w ciąży i kobiety, które urodziły dziecko w ciągu ostatniego roku oraz przez osoby prowadzące ciążę (lekarze ginekolodzy, położne). Dotarcie do osób faktycznie realizujących zalecenia Rozporządzenia oraz korzystających z tych działań było podyktowane nie tylko zasadą *empowermentu*, ale również pragmatyczną przesłanką związaną z faktem, iż wszelkie działania społeczne podejmowane bez uwzględnienia realizatorów i odbiorców procesu, skazane są na niepowodzenie. Stąd w badaniach wzięto pod uwagę dane uzyskane od podmiotów realizujących Rozporządzenie (placówki medyczne), jak i opinie osób należących do grup będących bezpośrednimi beneficjentami tych działań (kobiety w ciąży) oraz mających z nimi kontakt w trakcie prowadzenia ciąży (lekarze ginekolodzy, położne). Opinie te zostały uwzględnione w całym postępowaniu badawczym i stanowią, obok danych pozyskanych z analiz *desk research* oraz odpowiedzi na zapytania w trybie dostępu do informacji publicznej skierowanych do placówek medycznych, niezwykle istotne źródło informacji.

Przy doborze próby, z uwagi na przedmiot badania oraz jego charakterystykę (m.in. zidentyfikowany obszar badań, krótki czas realizacji) zastosowana została metoda doboru próby do badań o charakterze celowym (*judgmental sampling, purposive sampling*) i losowym (*simple random sampling – SRS*). W ramach prowadzonych badań, aby wziąć w nich udział należało spełnić jedno z trzech kryteriów, czyli być: osobą prowadzącą ciążę, pracującą w poradni ginekologiczno-położniczej w ramach umów z NFZ

(lekarzem ginekologiem, położną); kobietą w ciąży lub kobietą, która urodziła dziecko w ciągu ostatniego roku; placówką medyczną zobowiązaną do realizacji Rozporządzenia w zakresie profilaktyki zakażeń wertykalnych w poradni ginekologiczno-położniczej w ramach kontraktu z NFZ.

Grupą uczestniczącą w badaniach sondażowych ilościowych były kobiety w ciąży lub kobiety, które urodziły dziecko w ciągu ostatniego roku. Badania te były prowadzone z wykorzystaniem różnych dróg dotarcia do ankietowanych. Pierwszy etap badań był realizowany stacjonarnie poprzez bezpośredni kontakt ankieterek z kobietami, które były pacjentkami na oddziałach ginekologiczno-położniczych 20 szpitali na terenie całego kraju. W każdym z 16 miast wojewódzkich (z siedzibą urzędu marszałkowskiego) wybrano szpital wojewódzki z oddziałem ginekologiczno-położniczym lub inny wiodący szpital (np. w przypadku Łodzi było to Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki). W województwach, w których było więcej niż 30 oddziałów ginekologiczno-położniczych (małopolskie, mazowieckie, śląskie, wielkopolskie) wybrano dodatkowo miasta z drugą największą liczbą mieszkańców (Tarnów, Radom, Częstochowa, Kalisz) i tam szpitale z oddziałem ginekologiczno-położniczym. Wszyscy ordynatorzy oddziałów ginekologiczno-położniczych, w wybranych szpitalach, otrzymali pismo z informacją o realizowanych badaniach, wyjaśnieniem ich celu i zakresu działań. W każdym ze szpitali ankietarki rozmawiały z pacjentkami oddziałów ginekologiczno-położniczych i po uzyskaniu ich zgody na udział w badaniach prosiły o wypełnienie kwestionariusza ankiety dotyczącego ich opinii na temat zapobiegania zakażeniom HIV drogą wertykalną. Zakładaliśmy przeprowadzenie ankiet wśród 400 kobiet z terenu całego kraju. Ostatecznie wzięły w nich udział 402 ciężarne. Kwestionariusz ankiety został również umieszczony na stronie internetowej, a informacja o możliwości wzięcia udziału w badaniach była udostępniana wraz z linkiem (kilkakrotnie) na stronach internetowych: Społecznego Komitetu ds. AIDS, fanpage'u Społecznego Komitetu ds. AIDS i Fundacji Rodzić po Ludzku, grupie Dziewuchy Dziewuchom, na forach internetowych poświęconych rodzicielstwu. Link do strony był również wysyłany pocztą elektroniczną do osób z listy e-mailowej Społecznego Komitetu ds. AIDS i osób zaangażowanych w prowadzone badania (m.in. położnych, douli, doktorantek na kierunkach związanych ze zdrowiem publicznym). Przyjęty celowo-losowy dobór próby, mimo, że nie jest w pełni reprezentatywny, pozwala na przeprowadzenie wystarczająco trafnej diagnozy analizowanego zagadnienia. Celem przyjętego doboru próby było bowiem wybranie z populacji takiej grupy osób, które w przestrzeni Internetu w sposób aktywny poszukują informacji na temat rodzicielstwa.

Grupą uczestniczącą w badaniach sondażowych jakościowych były osoby prowadzące ciążę (lekarze ginekolodzy, położne). Zostały one wybrane do udziału w badaniach w sposób celowy, by uzyskać opinie profesjonalistów na temat realizacji Rozporządzenia w obszarze dotyczącym profilaktyki zakażeń wertykalnych. Na podstawie wyników ankiet przeprowadzonych wśród pacjentek oddziałów ginekologiczno-położniczych w szpitalach wytypowaliśmy 5 miast z największą i 5 z najmniejszą liczbą kobiet

przebadanych podczas ciąży w kierunku HIV. W każdym z miast chcieliśmy przeprowadzić dwa wywiady: 1 z lekarzem ginekologiem, 1 z położną – obydwie osoby pracujące w przychodniach ginekologiczno-położniczych w ramach kontraktów z NFZ. Pomimo, że od 2017 roku prawo dopuszcza prowadzenie ciąży fizjologicznych przez położne²¹, nie udało nam się znaleźć ani jednej położnej prowadzącej ciążę, a położne i lekarze, z którymi mieliśmy okazję rozmawiać w trakcie prowadzenia badań mówili, że nie słyszeli jeszcze o położnych prowadzących samodzielnie ciążę fizjologiczną. Lekarzy ginekologów i położnych do badania poszukaliśmy poprzez fora internetowe, znajomości ankieterek (położnych, douli, osób zaangażowanych w profilaktykę HIV, badaczek i doktorantek w zakresie zdrowia publicznego), kontakty Fundacji Rodzic po Ludzku, grupy internetowe np. Dziewuchy Dziewuchom oraz przez kontakty Stowarzyszenia „Podwale Siedem”. Ostatecznie w badaniach z zastosowaniem techniki wywiadu pogłębionego wzięło udział 7 osób – 4 położne i 3 lekarzy ginekologów, gdyż mimo wielu podejmowanych działań lekarze ginekolodzy i położne pracujący w poradniach ginekologiczno-położniczych w ramach kontraktu z NFZ odmawiali udziału w badaniach (podnoszono argument „braku czasu”).

W ramach badań *desk research* (analiza dokumentów zastanych, wtórna analiza danych) podane zostały analizie odpowiedzi uzyskane w drodze dostępu do informacji publicznej (dalej: DIP), które otrzymaliśmy z placówek medycznych. Odpowiednio przygotowane zapytania, odnoszące się do zakresu realizowanych zadań w ramach profilaktyki zakażeń wertykalnych przez poszczególne instytucje publiczne, zostały skierowane do placówek medycznych prowadzących poradnie ginekologiczno-położnicze w ramach kontraktu z NFZ na terenie całego kraju. Ogółem w Polsce funkcjonuje 3119 takich jednostek²². Założyliśmy, iż wnioski wysłane zostaną do 200 placówek, co stanowi około 6,5% wszystkich instytucji tego typu w skali kraju. Do badań wylosowano po 6,5% poradni w każdym z województw (Tabela 1).

21 Zmianę wprowadza zarządzenie nr 125 prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 22 grudnia 2016 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem oraz zmiany niektórych zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, <http://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-1252016dsoz,6547.html> [dostęp: 26.09.2017]

22 <https://zip.nfz.gov.pl/GSL/GSL/PrzychodnieSpecjalistyczne> [dostęp: 25.05.2017]

Tabela 1. Liczba poradni ginekologiczno-położniczych w podziale na województwa

Województwo	Liczba poradni	Liczba poradni, do których wystano wnioski DIP
dolnośląskie	238	15
kujawsko-pomorskie	221	14
lubelskie	116	8
lubuskie	74	5
łódzkie	195	13
małopolskie	242	16
mazowieckie	375	24
opolskie	73	5
podkarpackie	174	11
podlaskie	67	5
pomorskie	163	11
śląskie	484	31
świętokrzyskie	133	8
warmińsko-mazurskie	121	8
wielkopolskie	289	18
zachodniopomorskie	154	10
Suma	3119	202

Źródło: opracowanie własne.

Na drugim etapie doboru próby w każdym z województw wybraliśmy trzy grupy miejscowości (ze względu na liczbę ludności): duże miasto (na prawach powiatu), gmina średnia i gmina mała. Na podstawie stworzonej w oparciu o dane demograficzne listy miejscowości wylosowaliśmy gminy duże, średnie i małe. Po wylosowaniu miejscowości w oparciu o dane pozyskane ze strony internetowej Zintegrowanego Informatora Pacjenta NFZ odszukiwaliśmy dane przychodni ginekologiczno-położniczej (jeśli nie było w danej miejscowości takiej placówki brana była pod uwagę przychodnia znajdująca się

w najbliższej położonym mieście powiatowym – założyliśmy, iż pacjentki tam właśnie będą szukały profesjonalnego wsparcia), do której kierowany był wniosek o udostępnienie informacji publicznej. W sumie wysłano 202 wnioski (w terminie 28-30.08.2017). W ustawowym terminie odpowiedziało 36 instytucji. Wysyłka wniosków do placówek, które nie odpowiedziały na wniosek DIP została powtórzona (w terminie 2-6.10.2017). Po ponownym rozesłaniu wniosków otrzymaliśmy kolejne 26 odpowiedzi. W sumie na zapytania skierowane do 202 placówek odpowiedzi otrzymaliśmy z 62, z czego tylko 54 zawierały dane, o których udostępnienie wnioskowaliśmy.

1.3. Metoda, techniki i narzędzia badawcze

Badania przebiegały w oparciu o dwuetapowy model działań. Pierwszy etap był związany z analizą dokumentów zastanych oraz wtórną analizą danych opartą na obowiązujących, kluczowych dla podejmowanej problematyki dokumentach i regulacjach prawnych. Dodatkowo przeanalizowano odpowiedzi uzyskane z placówek medycznych w oparciu o ustawę o dostępie do informacji publicznej. Drugim etapem badań były działania realizowane w oparciu o sondaż diagnostyczny. Ze względu na ich responsywny charakter zebrane dane dotyczyły wiedzy, opinii, potrzeb i oczekiwań kobiet w ciąży oraz kobiet, które urodziły dziecko w ciągu ostatniego roku, na temat profilaktyki zakażeń wertykalnych HIV. Ponadto podjęto próbę uzyskania opinii na ten temat od lekarzy ginekologów sprawujących opiekę nad kobietą w ciąży oraz położnych. W ramach prowadzonych badań sondażowych zrealizowaliśmy badania ankietowe oraz indywidualne wywiady pogłębione. Na tym etapie badań mieliśmy do czynienia z kilkoma grupami respondentów, w związku z czym dla każdej z grup zostały opracowane odrębne narzędzia badawcze (załącznik 2, 3, 4).

Badania właściwe, z wykorzystaniem dostępu do informacji publicznej i badania sondażowe (ankiety, wywiady pogłębione), były każdorazowo poprzedzone badaniami pilotażowymi oraz ich wstępną oceną przez ekspertów/ekspertki pracujących w opiece medycznej (lekarze, położne) oraz działających w organizacjach pozarządowych na rzecz profilaktyki HIV. Pilotaż i ocena ekspercka zostały przeprowadzone w celu naniesienia ewentualnych korekt w opracowanych narzędziach badawczych.

Dwa etapy badań (*desk research* oraz badania sondażowe) zostały zrealizowane w dniach od 1 maja do 30 listopada 2017 r.

2. Funkcjonowanie systemu zapobiegania zakażeniom HIV drogą wertykalną – analiza wyników badań²³

2.1. Działania na rzecz zapobiegania zakażeniom wertykalnym prowadzone w placówkach medycznych²⁴

Zgodnie z polskim prawem każdej kobiecie w ciąży powinien być zalecony przez osobę prowadzącą ciążę test w kierunku HIV, w celu wykrycia ewentualnego zakażenia i wdrożenia leczenia dla zabezpieczenia nowo narodzonego dziecka przed zakażeniem wirusem. W 2012 r. Minister Zdrowia wydał rozporządzenie (Dz. U. z 2012 r. poz. 1100) w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem²⁵. Zgodnie z nim każda kobieta powinna mieć w trakcie ciąży dwukrotnie zalecone badanie w kierunku HIV. Zadaniem osoby sprawującej opiekę nad ciężarną (lekarz specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii, lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii, lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii, położna), poza zaleceniem badań, jest zidentyfikowanie czynników ryzyka powikłań przedporodowych i śródporodowych, w tym zakażenia HIV i HCV. Wszystkie wskazane w rozporządzeniu badania są refundowane przez NFZ w przypadku korzystania z opieki poradni/lekarza posiadających kontrakt z Funduszem. Pomimo wprowadzenia profilaktyki zakażeń odmatczych do regulacji prawnych w dalszym ciągu dochodzi to przenoszenia HIV z matki na dziecko.

W celu weryfikacji czy i na ile standardy dotyczące badania kobiet w ciąży w kierunku zakażenia HIV są realizowane w placówkach posiadających kontrakty z NFZ na świadczenie usług medycznych, wysłaliśmy do 202 poradni ginekologiczno-położniczych na terenie całego kraju wnioski o dostęp do informacji publicznej. We wniosku pytaliśmy o kwestie związane w profilaktyką zakażeń wertykalnych realizowaną przez placówkę finansowaną ze środków publicznych. Na 202 wysłane wnioski odpowiedzi udzieliły 54 podmioty, co stanowi 26,7% (tabela 2.).

23 W tej części raportu wszystkie cytaty zaczerpnięte z materiałów uzyskanych w trakcie badań są ujęte w cudzysłow i wyróżnione w tekście kursywą.

24 Odpowiedzi, które wskazywały na złe praktyki, wynikające często z braku wiedzy merytorycznej w przedmiotowych kwestiach, zostały zaprezentowane w raporcie z zastosowaniem oznaczeń PM-placówka medyczna (PM1, PM2, ...). Pełne nazwy instytucji zostały użyte w przypadku stosowania dobrych praktyk.

25 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem, Dz.U. 2012 poz. 1100.

Tabela 2. Liczba otrzymanych odpowiedzi na wniosek DIP w podziale na województwa

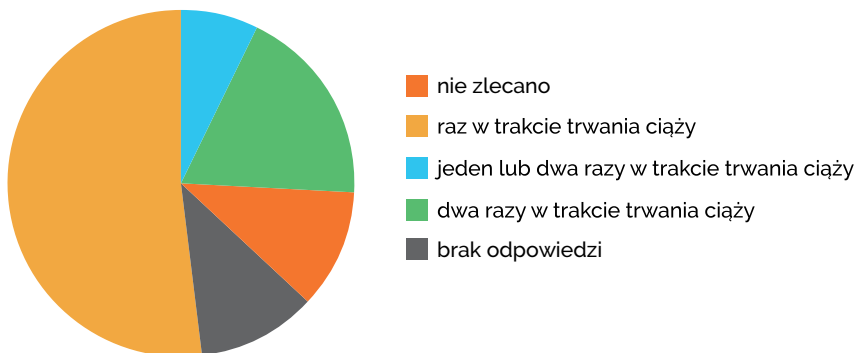
Województwo	Liczba poradni, do których wysłano wnioski DIP	Liczba poradni, które udzieliły odpowiedzi
dolnośląskie	15	1
kujawsko-pomorskie	14	2
lubelskie	8	3
lubuskie	5	2
łódzkie	13	4
małopolskie	16	3
mazowieckie	24	8
opolskie	5	2
podkarpackie	11	7
podlaskie	5	1
pomorskie	11	7
śląskie	31	7
świętokrzyskie	8	2
warmińsko-mazurskie	8	3
wielkopolskie	18	2
zachodniopomorskie	10	0
Suma	202	54

Najwięcej odpowiedzi, w stosunku do liczby wysłanych wniosków, wpłynęło z placówek w województwach podkarpackim i pomorskim (11 wniosków, 7 odpowiedzi). Na 10 wysłanych wniosków do poradni ginekologiczno-położniczych w województwie zachodniopomorskim nie wpłynęła żadna odpowiedź, a w województwach dolnośląskim (15 wniosków, 1 odpowiedź) i wielkopolskim (18 wniosków, 2 odpowiedzi). Z czego wynikać może taka dysproporcja w działaniach placówek medycznych, które realizują świadczenia ginekologiczno-położnicze w ramach kontaktu z NFZ? Może być to związane z brakiem obowiązku sprawozdawczego związanego z realizacją przepisów zawartych w Rozporządzeniu. Jedna

z placówek w odpowiedzi na pytanie dotyczące liczby zleconych badań w kierunku HIV kobietom w ciąży odpowiedziała: „Nie prowadzimy statystyki dotyczącej ilości zleconych badań HIV u ciężarnych” (PM7). Wprowadzenie efektywnie działającego systemu monitorowania wykonywania zaleceń zawartych w Rozporządzeniu może stanowić z jednej strony element zewnętrznej kontroli nad wydatkami publicznymi, z drugiej daje NFZ informację o faktycznej realizacji profilaktyki zakażeń wertykalnych w naszym kraju.

Z danych uzyskanych z poradni wynika, iż średnia liczba pacjentek, przypadających na jednego lekarza ginekologa prowadzącego ciążę, wynosiła w latach 2015-2016 w badanych poradniach 46 kobiet, a ogólna liczba ciąż w badanych placówkach to 8 200 w 2015 roku do 8 600 w roku 2016. Z tyłoma pacjentkami mieli kontakt lekarze prowadzący ciążę. Ile z nich zostało zatem skierowanych na badanie w kierunku HIV dwukrotnie w trakcie trwania ciąży – czyli zgodnie z zaleceniami zawartymi w Rozporządzeniu? Uzyskane wyniki badań przedstawiono na Wykresie 2.

Wykres 2. Ile razy w trakcie ciąży poszczególne pacjentki miały zlecone w poradni badanie w kierunku HIV?, N=54



Źródło: badania własne.

Zgodnie z wytycznymi zawartymi w Rozporządzeniu, jak wcześniej wielokrotnie wskazywaliśmy, badania w kierunku HIV powinny być zalecane ciężarnej dwukrotnie: pierwszy raz do 10 tygodnia ciąży (pierwszy trymestr) i drugi raz między 33 a 37 tygodniem ciąży (trzeci trymestr). Jak widać jedynie 18,5% poradni ginekologiczno-położniczych deklaruje realizację w latach 2015-2016 zalecanych przez Ministra Zdrowia działań profilaktycznych w zakresie zakażeń wertykalnych, informując, iż w placówkach badanie w kierunku zakażenia HIV zlecane jest kobietom dwukrotnie w trakcie trwania ciąży. Pozostałe 81,5% poradni nie wykonuje spoczywających na nich w tym zakresie obowiązków. Uzyskane wyniki są zgodne z danymi opublikowanymi przez Ministra Zdrowia, dotyczącymi roku 2014, w którym test w kierunku HIV wykonano tylko u 14%, a w 2015 r. u 18% kobiet w ciąży²⁶.

26 Program Polityki Zdrowotnej. Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017 – 2021, Minister Zdrowia, Warszawa 2016, s. 51.

Ponadto odpowiedzi z części placówek zawierały stygmatyzujące sformułowania, w których wskazywano, iż ponowne wykonanie badania u kobiety w ciąży jest związane ze szczególną potrzebą, w przypadku, gdy należy ona do „grupy ryzyka”: *„dwa razy w trakcie trwania ciąży w przypadku zwiększonego ryzyka”* (PM51). Może to wskazywać na istniejącą w świadomości pracowników niektórych placówek medycznych błędny stereotyp wiążący zakażenie HIV z określoną grupą osób, a nie z określonym sposobem zachowania. Do kategorii odpowiedzi „wykonanie badania w kierunku zakażenia HIV jeden lub dwa razy w trakcie trwania ciąży” (7,5% odpowiedzi) zostały zakwalifikowane placówki, wskazujące na zlecenie drugiego badania właśnie w przypadku „zwiększonego ryzyka” oraz te poradnie, które odpowiadały *„1 lub 2 razy – w zależności od potrzeb”* (PM33).

Gros placówek odpowiadało, iż zlecają badania w kierunku HIV pacjentkom raz w trakcie trwania ciąży (52%), jednocześnie informując w odpowiedzi na pytanie jakie badania zlecane były w poradni kobietom w ciąży w związku z ciążą przez osoby prowadzące ciążę, iż odbywało się to: *„Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 23/09/2010”* (PM29) lub *„Zgodnie ze Standardami opieki okołoporodowej”* (PM27). Jak widać sama znajomość regulacji prawnej (w tym przypadku uchylonego Rozporządzenia 23/09/2010, nowe, aktualnie obowiązujące i wielokrotnie przywoływane w niniejszym raporcie to Rozporządzenie 20/09/2012) lub rekomendacji towarzystw naukowych nie wpływa ani na sposób, ani na poziom ich praktycznej realizacji.

W przypadku braku odpowiedzi na pytanie dotyczące kwestii zlecenia badań w kierunku HIV ciężarnym pacjentkom (11%) placówki wskazywały, iż nie prowadzą takich statystyk. Świadczyć to może o nieuregulowaniu systemu sprawozdawczości, a co za tym idzie niemożności weryfikacji prowadzonych działań przez NFZ. Może to mieć negatywny skutek w postaci zakażeń wertykalnych, którym można by skutecznie zapobiegać.

Najbardziej jednak niepokojące są dane uzyskane z 11% poradni ginekologiczno-położniczych, które zadeklarowały, iż nie zlecają badań w kierunku HIV swoim pacjentkom w ciąży. Może być to związane z jednej strony z brakiem wiedzy lekarzy prowadzących ciążę o wymogach nałożonych na nich przez Rozporządzenie (obowiązek dwukrotnego w trakcie ciąży zlecenia testu w kierunku HIV pacjentce), z drugiej strony może być związane z dużą liczbą pacjentek przypadających na jednego lekarza. I choć nie może to zapewne stanowić usprawiedliwienia dla niewypełnienia obowiązku, może mieć niebagatelne znaczenie dla praktyki funkcjonowania placówki medycznej, a co za tym idzie dla samych pacjentów. W placówkach, w których zadeklarowano dwukrotne zlecenie ciężarnym badań w kierunku HIV średnia liczba pacjentek przypadająca na jednego lekarza była niższa do średniej dla wszystkich placówek (46 pacjentek przypadających na jednego lekarza), przy dużo wyższym wskaźniku w placówkach, w których nie zlecano badań w kierunku HIV kobietom w ciąży. Mała liczba lekarzy specjalistów również w tym przypadku może mieć wpływ na jakość wypełniania działań profilaktycznych w zakresie zakażeń wertykalnych.

Na problem braku skierowań dla ciężarnych na badania w kierunku HIV zwrócił uwagę w 2016 roku Rzecznik Praw Dziecka, który w wystąpieniu generalnym do Ministra Zdrowia z dnia 1 lipca 2016 roku zauważył, że pomimo możliwości pełnej ochrony dziecka przed zakażeniem odmatczynym w 2015 roku wykryto 4 takie zakażenia oraz zwrócił się do Ministra Zdrowia o „ocenę skuteczności nadzoru konsultantów w dziedzinie położnictwa w stosunku do lekarzy prowadzących opiekę nad kobietą w ciąży oraz informacje o innych działaniach podejmowanych na rzecz zwiększenia liczby kobiet ciężarnych objętych [...] badaniem”²⁷. Rzecznik Praw Dziecka za szczególnie istotne uznał badanie ciężarnych w kierunku HIV pomiędzy 33 a 37 tygodniem ciąży ze względu na fakt, iż do zakażeń wertykalnych najczęściej dochodzi w okresie okołoporodowym, a od wyniku badania zależy decyzja o sposobie zakończenia porodu, żywieniu noworodka oraz kalendarzu szczepień ochronnych.

W odpowiedzi Ministerstwa Zdrowia czytamy: „Przyczyna takiego stanu rzeczy może wynikać zarówno z niechęci lekarzy do kierowania na badania w kierunku HIV, a także niskiej świadomości kobiet o drogach zakażenia wirusem HIV i znaczeniu tego badania dla zdrowia i życia ich nienarodzonego dziecka. Z tego powodu, bardzo ważnym działaniem jest przekonywanie kobiet oraz osób sprawujących nad nią opiekę w czasie ciąży (z wykorzystaniem różnych dróg dotarcia) o znaczeniu wykonania testu w kierunku HIV u ciężarnych. Ministerstwo Zdrowia wspiera prowadzone w tym celu działania edukacyjno-informacyjne inicjowane przez Krajowe Centrum do spraw AIDS. Zarówno w 2013 jak i w 2014 r. objęło patronatem kampanie edukacyjne mające na celu przekonanie kobiet w wieku rozrodczym o potrzebie wykonania testu w kierunku HIV, a lekarzy ginekologów, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarek i położnych do proponowania i kierowania na powyższe badanie wszystkich swoich pacjentek. Informacja o kampanii «Jeden test. Dwa życia. Zrób test dla swojego dziecka» została również zamieszczona na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia. Nie ulega zatem wątpliwości, że działania podnoszące wiedzę personelu medycznego w zakresie zakażeń HIV powinny być wzmocnione i regularnie prowadzone. Priorytetowo również potraktować należy działania przyczyniające się do wzrostu świadomości kobiet o przysługujących im prawach, w tym niezbędnych badaniach diagnostycznych przysługujących im w czasie ciąży oraz dróg zakażenia wirusem HIV i wpływu testu na przyszłe zdrowie i życie jej nienarodzonego dziecka.

Uprzejmie informuję, że problemy związane z właściwą realizacją standardów opieki okołoporodowej przez personel medyczny są przedmiotem prac funkcjonującego w Ministerstwie Zdrowia Zespołu do spraw monitorowania i opracowania rozwiązań na rzecz poprawy opieki okołoporodowej, którego celem jest wypracowanie skutecznych rozwiązań w tym zakresie.

Ponadto informuję, że dane dotyczące wykonywania przez kobiety ciężarne badań z listy zalecanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 roku w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udziale świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą

27 http://brpd.gov.pl/sites/default/files/wyst_2016_07_01_mz.pdf, [dostęp:12.12.2017]

w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2012 r. poz. 1100) aktualnie nie są gromadzone w ramach obowiązkowej statystyki publicznej²⁸ (podkreślenia – E.W.).

Odpowiedź Ministerstwa Zdrowia była dla Rzecznika Praw Dziecka niezadowolająca i 13 września 2016 roku Rzecznik wystosował do Ministerstwa Zdrowia kolejne wystąpienie generalne, w którym zwraca uwagę, że: „Uzasadnienie, że lekarze nie proponują kobietom ciężarnym badań w kierunku HIV z powodu »niechęci«, nie stanowi wyjaśnienia przyczyn zjawiska tak niskiej wykonalności badań.

Jeśli przyczyną niechęci lekarzy, na którą wskazuje Pan Minister jest niedocenianie wagi badania, może wskazywać to na brak należytej troski o zdrowie nienarodzonego dziecka i jego matki.

Innym ważnym zagadnieniem jest efektywność nadzoru specjalistycznego nad postępowaniem lekarzy prowadzących opiekę nad ciężarnymi, w tym metody motywowania ich do proponowania kobietom ww. badania i monitorowanie skali jego wykonywania. Na powyższą kwestię nie uzyskałem odpowiedzi Pana Ministra²⁹ (podkreślenia – E.W.).

W odpowiedzi na kolejne wystąpienie generalne Ministerstwo Zdrowia zwróciło uwagę na: „niedocenie wagi tego badania przez lekarzy ginekologów” oraz na niską świadomość „kobiet o drogach zakażenia wirusem HIV. Wśród pacjentek brakuje wiedzy o tym, że każdy bez względu na wiek, płeć, pochodzenie rasowe lub orientację seksualną, jeśli prowadzi życie seksualne lub ma kontakt z zakażoną HIV krwią, może zakażać się wirusem HIV. **W standardach opieki okołoporodowej – wydanych w formie rozporządzenia Ministra Zdrowia, badanie w kierunku wirusa HIV figuruje, jako «zalecane», co oznacza, że obowiązkiem lekarza (lub położnej w przypadku ciąży o przebiegu fizjologicznym) jest skierowanie kobiety ciężarnej na takie badanie.** Pojęcia »zalecane« użyto w regulacjach dlatego, że kobieta ciężarna, tak jak każdy inny pacjent korzystający z praw określonych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody³⁰ (podkreślenia – E.W.). Ministerstwo Zdrowia w swojej odpowiedzi poinformowało również, że przygotowało komunikat przypominający o roli lekarza ginekologa i położnej w informowaniu ciężarnych o zasadności wykonywania badań w kierunku HIV w ciąży oraz do rozesłania komunikatu do wszystkich lekarzy ginekologów za pośrednictwem Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia oraz Konsultantów Krajowych w dziedzinie położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego³¹. Jak jednakże widać z przytoczonych danych zebranych przez nas, a pochodzących z poradni ginekologiczno-położniczych z terenu całego kraju, zapowiadane przez Ministerstwo Zdrowia działania jak na razie nie przyniosły oczekiwanych rezultatów. Dane uzyskane z placówek medycznych są tożsame w odniesieniu do lat 2015 oraz 2016 i wskazują, iż „niechęć lekarzy do kierowania na badania w kierunku HIV” pozostaje na stałym, wysokim poziomie.

28 http://brpd.gov.pl/sites/default/files/zss_422_35_2016_ek_copy.pdf [dostęp: 12.12.2017]

29 http://brpd.gov.pl/sites/default/files/wyst_2016_9_16_mz.pdf [dostęp: 12.12.2017]

30 http://brpd.gov.pl/sites/default/files/odp._na_wystapienie._zss_422_35_2016_ek_mz_hiv.pdf [dostęp: 12.12.2017]

31 Tamże.

Biorąc pod uwagę, że w Polsce leczenie HIV/AIDS jest nieodpłatne dla pacjentów, wczesne wykrycie zakażenia HIV pozwala na zastosowanie leków ARV i skuteczne zapobieżenie zakażeniu wertykalnemu. „W roku 2015, w ramach Programu profilaktyki zakażeń wertykalnych, leczeniem ARV zostało objętych 55 kobiet ciężarnych zakażonych HIV. Odbyło się 38 porodów kobiet zakażonych HIV, doszło do czterech poronień, a 13 kobiet było w ciąży (poród planowany w 2016 r.). Leki antyretrowirusowe otrzymało 38 noworodków”³². Zastosowanie terapii ARV u ciężarnej, a następnie u noworodka jest jednak możliwe jedynie w przypadku wykrycia zakażenia HIV u kobiety – czemu ma służyć wskazane w Rozporządzeniu, dwukrotne badanie w kierunku HIV w trakcie trwania ciąży, które jak pokazują wyniki, jest prowadzone w 18,5% poradni ginekologiczno-położniczych biorących udział w badaniu.

2.1.1. Analiza odpowiedzi odmownych otrzymanych na wniosek o dostęp do informacji publicznej

Oprócz 54 odpowiedzi merytorycznie związanych z prowadzonym badaniem otrzymaliśmy również odpowiedzi od 8 poradni ginekologiczno-położniczych, w których proszono lub wzywano do wskazania interesu publicznego czy też wprost odmawiano udzielenia informacji na podstawie ustawy o dostępie do informacji publicznej.

W odpowiedziach odmownych czytamy m.in.: „Wzywam Wnioskodawcę do:

- 1) wykazania umocowania do działania za Społeczny Komitet ds. AIDS lub w jego imieniu poprzez wykazanie umocowania do jednoosobowej reprezentacji tego podmiotu jako jego organ lub wykazanie dokumentu pełnomocnictwa wystawionego przez ten podmiot zgodnie z zasadami reprezentacji;
- 2) wykazania, że uzyskanie żądanej informacji publicznej o charakterze przetworzonym stwarza realną możliwość wykorzystania uzyskanych danych dla poprawy funkcjonowania organów administracji i lepszej ochrony interesu publicznego” (PM1).

Zgodnie z przepisami zawartymi w ustawie o dostępie do informacji publicznej³³ każdemu przysługuje prawo dostępu do informacji publicznej, bez konieczności wskazywania umocowania prawnego czy wykazania, iż uzyskana informacja może być wykorzystana dla poprawy funkcjonowania organów administracji publicznej. Wątpliwość budzi zatem postępowanie instytucji żądającej, niezgodnie z prawem, przekazania takich informacji od osoby wnioskującej. Inaczej byłoby w sytuacji, w której wniosek dotyczyłby w rzeczywistości informacji publicznych przetworzonych, a podmiot zobowiązany zdecydowałby się na wydanie decyzji odmownej. W takim wypadku mają zastosowanie przepisy kodeksu postępowania admi-

³² Program Polityki Zdrowotnej „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017 – 2021, Minister Zdrowia, Warszawa 2016, s. 39.

³³ Ustawa z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej, Dz.U. 2001 Nr 112 poz. 1198.

nistracyjnego. Jednakże nie zachodzi konieczność przedkładania wskazanych dokumentów w momencie, w którym podmiot zobowiązany ustala czy zachodzi szczególnie istotny interes publiczny.

Inna poradnia ginekologiczno-położnicza wprost odmawia udzielenia odpowiedzi: *„Z uwagi na to, iż wnioskowane przez Panią informacje nie stanowią informacji publicznej, Spółka odmawia ich udostępnienia”* (PM2).

Mamy tu do czynienia z sytuacją arbitralnego rozstrzygnięcia przez placówkę co stanowi, a co nie stanowi informacji publicznej. Tymczasem zakres prawa do informacji został określony w art. 61 ust. 1 Konstytucji RP: „prawo do uzyskania informacji o działalności organów władzy publicznej oraz osób pełniących funkcje publiczne. Prawo to obejmuje również uzyskiwanie informacji o działalności organów samorządu gospodarczego i zawodowego, a także innych osób oraz jednostek organizacyjnych w zakresie, w jakim wykonują one zadania władzy publicznej i gospodarują mieniem komunalnym lub majątkiem Skarbu Państwa”³⁴. Podmioty, które świadczą usługi medyczne finansowane ze środków publicznych, należą właśnie do tej kategorii. Dlatego też za niewłaściwą należy uznać odpowiedź, w której kwestionowany jest podmiotowy charakter obowiązku udostępnienia informacji: *„wg naszej oceny nie jesteśmy podmiotem zobowiązanym do udzielenia zawioskowanej informacji, ponadto wskazujemy też, że mamy uzasadnioną wątpliwość, czy informacja o udzielenie której Państwo wnioskujecie, ma charakter informacji publicznej, a przede wszystkim z przyczyn formalnych nie możemy tego rodzaju informacji Państwu udostępnić”* (PM3).

Również ustawodawca nie pozostawia w tym przypadku wątpliwości, kto jest objęty obowiązkiem informacyjnym. Zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy o dostępie do informacji publicznej do udostępniania informacji publicznej zobowiązane są władze publiczne oraz inne podmioty wykonujące zadania publiczne – tymi podmiotami są placówki medyczne, gdyż wykonują zadania publiczne związane z zapewnieniem opieki zdrowotnej. Jeżeli struktura placówki medycznej nie jest jednolita (gdzie w strukturze jest element niepubliczny), ale placówka ta udziela świadczeń opieki zdrowotnej, na które otrzymuje środki publiczne, to wówczas jest on zobligowany do jawnego działania na podstawie art. 4 ust. 1 pkt 5 ustawy o dostępie do informacji publicznej. Wyrok rozstrzygający w tej kwestii wydał Naczelny Sąd Administracyjny 2 czerwca 2011 r. (I OSK 358/11): *„Sąd zważył, iż niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, mający podpisany z Narodowym Funduszem Zdrowia kontrakt na udzielanie świadczeń zdrowotnych, finansowanych ze środków publicznych, należy do kategorii podmiotów wykonujących działania publiczne, w rozumieniu art. 4 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. z 2001 r. Nr 112, poz. 1198)”*. Uznanie placówki medycznej za podmiot zobowiązany do udostępniania informacji publicznej w świetle art. 61 ust. 1 Konstytucji RP oraz art. 4 ust. 1 ustawy o dostępie do informacji publicznej, oznacza, że spoczywają na nim obowiązki informacyjne. Również inne rozstrzygnięcia sądowe nie pozostawiają wątpliwości w tej kwestii. W wyroku WSA w Bydgoszczy z 11 października 2016 r. (II SAB/Bd 89/16) wskazano, że: *„Bezsporna i zarazem niewątpliwa jest również*

³⁴ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. 1997 nr 78 poz. 483.

okoliczność, że Szpital [...] jako podmiot wykonujący zadania publiczne (udzielanie świadczeń zdrowotnych), jest podmiotem, o którym mowa w art. 4 ust. 1 udip. Tym samym więc jest on objęty obowiązkami wynikającymi z ustawy o dostępie do informacji publicznej, w tym więc obowiązkiem podejmowania na jej podstawie prawem określonych działań w przedmiocie udostępnienia informacji publicznej”.

Niektóre poradnie ginekologiczno-położnicze przygotowały długą odpowiedź odmowną w zamian za udostępnienie informacji publicznej: „W nawiązaniu do Państwa wniosku z dnia 03.10.2017 r. w sprawie udostępnienia informacji publicznej uprzejmie informujemy co następuje.

Niewątpliwie żądana przez Państwa informacja jest informacją publiczną przetworzoną. Przetworzoną informacją publiczną jest informacja opracowana przez podmiot zobowiązany przy użyciu dodatkowych sił i środków, na podstawie posiadanych przez niego danych, w związku z żądaniem wnioskodawcy i na podstawie kryteriów przez niego wskazanych, czyli informacja, która zostanie przygotowana „specjalnie” dla wnioskodawcy wedle wskazanych przez niego kryteriów. Informacja publiczna przetworzona to taka informacja, na którą składa się pewna suma tzw. informacji publicznej prostej, dostępnej bez wykazywania przesłanki interesu publicznego. Ze względu jednak na treść żądania, udostępnienie wnioskodawcy konkretnej informacji publicznej nawet o prostym charakterze, wiązać się może z potrzebą przeprowadzenia odpowiednich analiz, zestawień, wyciągów, usuwania danych chronionych prawem. Powyższe zabiegi czynią takie informacje proste informacją przetworzoną, której udzielenie jest skorelowane z potrzebą istnienia przesłanki interesu publicznego.

Decyzja w przedmiocie udostępnienia przetworzonej informacji publicznej ma charakter niewątpliwie uznaniowy, jednak biorąc pod uwagę wszystkie okoliczności przedstawione przez Państwa w naszej ocenie nie wykazali Państwo w żaden sposób szczególnie istotnego interesu publicznego w żądaniu przedmiotowych informacji – konieczny do wykazania przy informacji publicznej przetworzonej.

W związku z powyższym wzywamy Pana do wykazania szczególnie istotnego interesu publicznego” – podkreślenia oryginalne (PM4).

Przeszkodą, w rozumieniu placówek medycznych, które wprost odmówiły udostępnienia informacji publicznej jest jej przetworzony charakter i konieczność wykazania w związku z tym szczególnie istotnego interesu publicznego. W przesłanym do poradni ginekologiczno-położniczych wniosku zawarta była informacja o celu prowadzonych badań i ich społecznej istotności: „Stowarzyszenie Społeczny Komitet ds. AIDS we współpracy ze Stowarzyszeniem Podwale Siedem prowadzą obecnie ogólnopolskie badanie skuteczności zapobiegania zakażeniom HIV drogą wertykalną (z matki na dziecko). Badanie dofinansowane jest w ramach Funduszu Inicjatyw Obywatelskich, którego operatorem jest Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Głównym celem badania jest poprawa sposobu realizacji polityk publicznych dotyczących zapobiegania zakażeniom wirusem HIV w Polsce. Wyniki posłużą do wypracowania rekomendacji i wniosków wspomagających oraz optymalizujących proces działań zapobiegających zakażeniom HIV i służących przeciwdziałaniu AIDS”. Jednakże w ocenie placówki medycznej PM4 pro-

filaktyka zakażeń wertykalnych HIV nie stanowi istotnego celu społecznego i w związku z tym odmawia ona udzielenia wnioskowanych informacji.

Kolejna placówka medyczna w swojej odpowiedzi wskazała kwotę wraz z numerem konta, na które ma być dokonana wpłata, i jak możemy się domyślać, po jej uiszczeniu uzyskana zostanie informacja publiczna:

„Dzień dobry,

W odpowiedzi na wniosek o udostępnienie informacji publicznej pragnę poinformować, iż informacje, których wydania Państwo się domagają są informacjami przetworzonymi w rozumieniu ustawy o dostępie do informacji publicznej z dnia 6 września 2001r.

W związku z powyższym na podstawie art.15 ust.2 w/w ustawy informujemy, że szacunkowy koszt przetworzenia informacji, o którą Państwo wnioskują wyniesie 745,40 zł. Prosimy o wpłatę tej kwoty na konto [numer konta].

Po zakończeniu prac przedstawimy szczegółowe rozliczenie koniecznego do przetworzenia informacji czasu pracy pracowników i wystawimy ostateczną fakturę za przetworzenie informacji publicznej.

Z poważaniem” (PM6).

Tego rodzaju interpretacja ustawy o dostępie do informacji publicznej ogranicza w zasadniczy sposób możliwość realizacji konstytucyjnego prawa, a także wskazuje na niezrozumienie przez podmioty roli, jaką pełnią świadcząc zadania z zakresu opieki medycznej. Można domniemywać, iż mogą one (nie tylko wspomniane 8 podmiotów, ale również pozostałe 140, które w ogóle nie zareagowały na wniosek złożony w trybie DIP) w podobny, uznaniowy sposób traktować inne regulacje prawne, w tym Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem.

2.2. Zapobieganie zakażeniom wertykalnym w opinii lekarzy ginekologów i położnych

Obowiązek zalecenia pacjentce w ciąży badania w kierunku zakażenia HIV spoczywa na lekarzu/położnej, inaczej mówiąc – na osobie prowadzącej ciążę. Badanie to jest w pełni finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia (w przypadku, gdy lekarz ma podpisany kontrakt z NFZ). Ważnym elementem w tym przypadku jest zalecenie testu HIV również partnerowi ciężarnej pacjentki³⁵. W jaki sposób realizują ten obowiązek lekarze i położne staraliśmy się ustalić w trakcie prowadzonych z nimi wywiadów pogłębionych.

Jak już wcześniej wspomnieliśmy, na tym etapie badań napotkaliśmy wiele trudności, w efek-

35 M. Jankowska, M. Lemańska, Profilaktyka transmisji wertykalnej HIV u ciężarnej, [w:] A. Horban, R. Podlasin, G. Cholewińska i in. (red.), Zasady opieki nad osobami zakażonymi HIV. Zalecenia PTN AIDS 2017, Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS, Warszawa 2017, s. 48-49.

cie przeprowadziliśmy jedynie 7 wywiadów z zaplanowanych 20. Ponownie można tu wskazać na duże obciążenie pracą (duża liczba pacjentek na jednego lekarza), na które powoływali się zarówno lekarze, jak i położne, którzy odmawiali udziału w wywiadach. Dodatkowo w trakcie odmów udzielenia wywiadu pojawiał się wątek stygmatyzujący, kiedy potencjalni respondenci po otrzymaniu informacji o temacie badań odpowiadali odmownie wskazując na to, że jest to „generalnie trudny temat”.

Ostatecznie w badaniach uczestniczyło 7 osób (3 lekarzy i 4 położne) pracujących w poradniach ginekologiczno-położniczych w różnych częściach Polski, których staż pracy wynosił do 2 do 30 lat. Część z badanych prowadzi prywatną praktykę, co daje możliwość dokonania porównania funkcjonowania publicznej i prywatnej placówki medycznej. Żaden z respondentów w trakcie swojej pracy nie prowadził ciąży kobiety, o której wiedział, że jest zakażona HIV.

Badani lekarze deklarują, iż zlecają dwukrotnie w trakcie ciąży badanie w kierunku zakażenia HIV swoim pacjentkom. Sam proces weryfikacji zrealizowania zalecenia przebiega poprzez wpisanie wyniku badania do karty ciąży, co potwierdzają w wywiadach położne.

Ważnym elementem związanym ze zlecaniem badania w kierunku HIV kobiecie w ciąży jest rozmowa okołotestowa prowadzona przed testem, której zakres powinien być dopasowany do wiedzy i potrzeb pacjentki, a także miejsca i przyczyny wykonywania badania³⁶. Jednakże same osoby prowadzące ciąży wskazują, iż (również z braku czasu) w żaden sposób sami nie uzasadniają konieczności wykonania badania w kierunku zakażenia HIV: „*W żaden sposób nie uzasadniam. Są obecnie wprowadzone standardy i pacjentki, które przychodzą i które ja przyjmuję, wiedzą, że tylko takie badania zlecamy, które są konieczne. Nie zdarzyło się, żeby pacjentka pytała się dlaczego, a jeśli pytają, to mówię o tym, że też korzystają z kosmetyczki, fryzjera, jest to też potencjalne źródło zakażenia i żadna nie odmówiła wykonania tych badań*”.

Biorąc jednakże pod uwagę opinie przekazane przez respondentów na temat niskiego poziomu wiedzy pacjentek na temat możliwości zakażenia HIV, warto wprowadzić do procedury diagnostycznej informacje dotyczące zasadności przeprowadzenia badań (m.in. potencjalne drogi zakażenia), ze wskazaniem na jego główny cel, jakim jest profilaktyka zakażenia odmatczywego. „*Myszę, że ogólnie wykonywanie badań, czyli mówienie tym pacjentkom, że te badania są niezbędne z racji bezpieczeństwa ciąży i całego otoczenia, z którym się będzie stykała. To jest główny motor napędzający i trzeba to tłumaczyć, dlaczego te badanie robimy. A i tak pacjentki dowiadują się nie tylko od nas, ale i od siebie, więc po pewnym czasie nie trzeba już tłumaczyć, dlaczego takie, a nie inne badanie. Bo bardzo często same przychodzą już z badaniami, bo wiedzą, że konkretny lekarz zleca wszystkie badania zgodnie z rozporządzeniem, które nota bene jest dostępne online. I mogą sobie przeczytać, które badania się wykonuje. I je zrobić. Czyli trzeba uświadomić dlaczego je robimy. Że dla bezpieczeństwa pacjentki, partnera i dziecka*”.

36 B. Szetela, Ł. Łapiński, M. Zalewska, Zasady testowania w kierunku zakażenia HIV – zalecenia, [w:] A. Horban, R. Podlasin, G. Cholewińska i in. (red.), Zasady opieki nad osobami zakażonymi HIV. Zalecenia PTN AIDS 2017, Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS, Warszawa 2017, s. 15.

Ważnym jest tu także element edukacyjny i wskazanie, iż w przypadku wyniku pozytywnego możliwe jest nie tylko rozpoczęcie leczenia samej kobiety, ale także uniknięcie zakażenia nowo narodzonego dziecka: *„Przed wszystkim duża informacja, że w przypadku kiedy pacjentka jest HIV pozytywna możemy leczyć dziecko, jakie to ma znaczenie dla dziecka. I jeżeli nie chce tego zrobić dla siebie, to przynajmniej niech zrobi to dla dziecka”*.

Uczestnicy wywiadów wskazują również, że często przyczyną niewykonania badania jest większa koncentracja na przeszłości, niż na przyszłości: *„No mam na myśli takie sytuacje, że pacjentka nie ma wielu partnerów, ma jednego partnera, wierzy, że są wierni sobie, więc generalnie według swojej wiedzy, jaką posiada na ten temat sama weryfikuje, czy można się było gdziekolwiek i kiedykolwiek zarazić, czy nie. I sama podejmuje i stawia diagnozę, że nie. Więc nie będzie robić badania”*. Drugą główną przyczyną nierealizowania zleconych przez osobę prowadzącą badań jest niski poziom wiedzy na temat potencjalnych dróg zakażenia HIV, połączony ze strachem przed społeczną stygmatyzacją: *„Przed wszystkim niezrozumienie, informacja, że HIV jest przenoszone przede wszystkim przez drogę płciową, czyli fakt, że pacjentki uważają, że zarzucamy im, że są niewierni w związkach, że zarzucamy im, że nieprawidłowo, że tak powiem, funkcjonują. Uważają, że skoro one żyją wiernie, to ich partner musi być również im wierny”*.

Pojawiający się w wywiadach temat partnera ciężarnej pacjentki jest również akcentowany przez Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS, które zaleca zlecenie testu w kierunku HIV również jemu. W czasie prowadzonych badań respondenci nie wskazywali na wykonanie tego zalecenia. Pytanie o zlecenie badań partnerom kobiet w ciąży spotykało się ze zdziwieniem, a jeden z badanych wprost odpowiedział, iż nie ma takich zaleceń. Mamy tu do czynienia z wyłączną odpowiedzialnością kobiety-przyszłej matki za ciążę. Pomijanie partnera i jego odpowiedzialności za stan zdrowia dziecka jest tu symptomatyczne.

Informowanie pacjentek w ciąży na temat konieczności wykonania badania w kierunku HIV jest niezwykle istotne na co wskazują w swoich wypowiedziach sami respondenci: *„Myślę, że warto by mówić o HIV w ogóle i HIV u ciężarnych. Myślę, że broszury, ulotki byłyby pomocne, ale nie mamy takich rzeczy. W ogóle one są, tylko powinny być też bardziej dostępne, tak jak firmy farmaceutyczne do nas dzwonią i pytają się czy mogą przesłać ulotki, ale są też różnego rodzaju gadzety dla kobiet ciężarnych. Na przykład teczka, do której ona sobie wkłada kartę ciąży i tam ma ulotki, więc można by nawiązać kontakt z firmami i po prostu wrzucać tam ulotkę o HIV, o profilaktyce, o badaniach. To najprostszy sposób dotarcia. Bo w gabinetach każdy z nas ma mnóstwo obowiązków i nie zawsze mamy czas, żeby powiedzieć wszystko na temat profilaktyki. Skupiamy się na najważniejszych rzeczach. Czasami pacjentki doczytują z Internetu, ale najczęściej nie doczytują”*. Stąd niezwykle ważne zdaje się w tym wątku edukacyjno-informacyjnym skoordynowanie działań osób mających bezpośredni kontakt z kobietami w ciąży: lekarzy pierwszego kontaktu, lekarzy ginekologów i położnych.

Działania edukacyjne winny być w naszej ocenie kierowane również do personelu medycznego, którego postawa wobec problematyki HIV/AIDS jest naznaczona stereotypami, co wynikać może z niskiego poziomu wiedzy w przedmiotowej kwestii. Można w tym przypadku skorzystać z już opraco-

wanych treści. Jak czytamy w jednym z pism wystosowanych przez Ministerstwo Zdrowia do Rzecznika Praw Dziecka tematyka zakażeń wertykalnych HIV została podjęta również przez Krajowe Centrum ds. AIDS (dalej: KC) – Agendę Ministerstwa Zdrowia. W 2014 roku KC we współpracy z Fundacją Rodzić po Ludzku prowadziło kampanię edukacyjną „Jeden test. Dwa życia”, skierowaną do kobiet w wieku prokreacyjnym, które nie odnosiły do siebie ryzyka zakażenia HIV oraz do lekarzy niechętnie kierujących swoje pacjentki na badania w kierunku HIV³⁷. W jej ramach przygotowano stronę internetową z dwiema podstronami: jedną dla kobiet i jedną dla lekarzy oraz pracowników medycznych. W zakładce dla kobiet, poza informacjami ogólnymi dotyczącymi HIV, epidemiologii i zakażeń wertykalnych przygotowano ulotkę, kalendarz ścienny, kolorowanekę dla dziecka oraz konkurs wiedzy na temat HIV/AIDS. Uruchomiono telefon zaufania oraz internetową poradnię w zakresie HIV/AIDS. Na podstronie dla lekarzy i pracowników medycznych przygotowano kursy edukacyjne dla lekarzy ginekologów, lekarzy rodzinnych oraz pielęgniarek i położnych, przygotowano broszury oraz zebrano specjalistyczną literaturę dotyczącą zapobiegania zakażeniom wertykalnym. W jednej z zakładek zebrano również możliwe przyczyny odmowy ciąży przy zaleceniu badania w kierunku HIV wraz z krótkim komentarzem na temat tego, jak zapobiec takiej sytuacji:

„Pacjentka się waha, co robić?

Kobieta może czasem wyrażać niechęć, niezdecydowanie lub nawet odmówić zrobienia testu na HIV. W takiej sytuacji zadaniem lekarza jest przekonanie kobiety do celowości wykonania tego badania.

Pacjentka może odmówić wykonania testu z różnych powodów:

- Pacjentka traktuje zalecenie wykonania testu na HIV jako wyraz oceny jej sytuacji osobistej lub obrazę - należy przekonać przyszlą mamę, że w obecnych czasach nie istnieją już grupy ryzyka, ale ryzykowne zachowania. Kontakty seksualne niezabezpieczone prezerwatywą mogą stanowić ryzykowne zachowania.*
- Pacjentka uważa, że ryzyko zakażenia HIV jej nie dotyczy, ponieważ jest w monogamicznym związku - może mieć rację, ale wykonanie testu na HIV jest jedynym sposobem, aby mieć pewność. Badanie jest standardowym elementem kompleksowej opieki nad ciężarną. Wynik testu świadczy o statusie serologicznym tylko tej osoby, która go zrobiła.*
- Pacjentka martwi się o poufność wyniku - wszyscy pracownicy medyczni, którzy w związku z wykonywaną pracą uzyskali informację o wyniku pacjentki, są zobowiązani do zachowania tajemnicy zawodowej. Osoba zakażona o swoim statusie serologicznym musi poinformować jedynie partnera seksualnego.*
- Pacjentka wykonała test na HIV w przeszłości i otrzymała negatywny wynik - w tej sytuacji tylko aktualny wynik testu jest przydatny.*
- Pacjentka nie rozumie zagrożenia, jakie wiąże się z zakażeniem, nie zna możliwości terapii antyretrowirusowej (ARV) i profilaktyki zakażeń wertykalnych - kobieta w ciąży, która wie o zakażeniu HIV, znajduje się*

37 <http://www.aids.gov.pl/kampanie/1test.zzycia/okampanii.html> [dostęp: 10.07.2017].

pod opieką lekarza chorób zakaźnych i ginekologa, ma szansę urodzić zdrowe dziecko.

• Pacjentka boi się igieł i pobrań krwi – aby zminimalizować liczbę nakłuć można zlecić test z tej samej próbki, z której wykonane będą inne badania.

• Pacjentka martwi się kosztem wykonania testu w kierunku HIV – wykonanie testu w czasie ciąży jest bezpłatne, jeśli kobieta korzysta z opieki medycznej finansowanej przez NFZ³⁸.

Zacytowane powyżej rozwiązania stanowią swoisty katalog odpowiedzi na pytanie kobiety w ciąży: „Po co mam dwa razy w trakcie ciąży zrobić test w kierunku HIV?”.

Na obydwu podstronach kampanii „Jeden test. Dwa Życia” (dla kobiet i pracowników opieki zdrowotnej) znaleźć można również informację o zaleceniu wykonania badań w kierunku HIV przez partnerów kobiet spodziewających się dziecka.

2.3. Zapobieganie zakażeniom wertykalnym w opinii kobiet

Biorąc pod uwagę tematykę prowadzonych badań niezwykle ważne były dla nas opinie samych kobiet w ciąży na temat profilaktyki zakażeń wertykalnych. Prowadzone badania miały dwutorowy charakter.

Część ankiet przeprowadzono w bezpośrednim kontakcie z pacjentkami przebywającymi na oddziałach ginekologiczno-położniczych w 20 szpitalach na terenie całego kraju. Badania miały na celu nie tylko pozyskanie danych do pogłębionych analiz, ale także wyłonienie miejsc do badań jakościowych (wywiady z osobami prowadzącymi ciężę – co zostało wcześniej opisane w rozdziale metodologicznym). W trakcie tych działań, podobnie jak w przypadku prowadzenia wywiadów pogłębionych, napotkaliśmy na trudności z dotarciem do respondentek. Mimo wcześniejszego poinformowania ordynatorów oddziałów ginekologiczno-położniczych o prowadzonych badaniach część ankieterek miała problem z ich przeprowadzeniem (brak zgody dyrektora szpitala, brak zgody ordynatora). Tak opisuje przebieg spotkania z personelem medycznym jedna z ankieterek: *„Oddziałowa powiedziała, że powinnam mieć zgodę dyrekcji. Odparłam, że wydaje mi się, że zgodę powinny wyrazić przede wszystkim pacjentki. Na co oddziałowa stwierdziła, że procedura jest taka, że najpierw zgodę wyraża dyrekcja, potem ordynator, a na końcu pacjentki. Nie mogą same podjąć takiej decyzji. Poza tym temat jest «kontrowersyjny»”. Przyjęliśmy, że takie działanie personelu medycznego jest podyktowane dobrze rozumianym dobrem pacjentek (m.in. dbałością o ich bezpieczeństwo) i ponawialiśmy swoje działania w celu uzyskania zgody: dyrektora szpitala i ordynatora oddziału, na przeprowadzenie ankietowania wśród pacjentek. Uzyskane zgody ze strony „władz” szpitala nie zwalniały nas z obowiązku każdorazowego pytania pacjentki czy wyraża zgodę na udział w badaniach.*

Ostatecznie w tej części sondażu wzięły udział 402 kobiety. Największą grupę stanowiły kobie-

38 <http://www.aids.gov.pl/kampanie/1test.zycia/strefadlalekarzy/pacjentkasiewahacorobic.html> [dostęp: 10.07.2017]

ty w wieku 30 i więcej lat (50%) i w wieku 24-29 lat (39%), z wykształceniem wyższym (68%) i średnim (28%), mieszkanki wsi (27%) i miast od 51 do 250 tys. mieszkańców (25%). Dla większości badanych była to ciąża druga (36%) lub pierwsza (28%).

Drugą drogą dotarcia do kobiet w ciąży oraz tych, które urodziły dziecko w przeciągu ostatniego roku był Internet. W tych badaniach prowadzonych za pomocą ankiety on-line wzięło udział 987 kobiet w wieku w wieku 30 i więcej lat (56%) i w wieku 24-29 lat (41%), z wykształceniem wyższym (90%) i średnim (9%), mieszkanki dużych miast – powyżej 500 tys. mieszkańców (37%) i miast od 51 do 250 tys. mieszkańców (21%). Dla większości badanych była to ciąża druga (55%) lub pierwsza (21%).

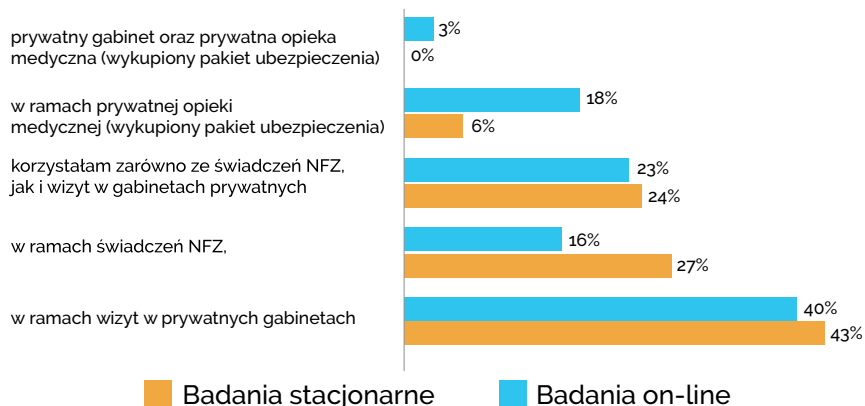
Powtórzenie badań ankietowych prowadzonych stacjonarnie, w kontakcie z kobietą w ciąży, w wersji on-line miało na celu minimalizację tendencyjności uzyskanych wyników oraz zwiększenie liczby respondentek. Dane społeczno-demograficzne badanych są zbliżone (z wyjątkiem miejsce zamieszkania). Dalsza analiza uzyskanych wyników zostanie zaprezentowana zbiorczo dla dwóch grup badanych (gdyż wyniki dla respondentek samodzielnie wypełniających ankietę przez Internet i tych ankietowanych w szpitalach są tożsame), chyba, że dla którejś z omawianych kwestii wystąpiły znaczące różnice³⁹ (pierwotna analiza danych prowadzona była oddzielnie dla obu grup).

Zdecydowana większość ankietowanych (99%) wskazała, iż podczas ciąży znajdowały się pod opieką lekarza ginekologa, bądź to w ramach wizyt w prywatnych gabinetach (43% S, 40% I), bądź w ramach świadczeń NFZ (27% S, 16% I). Część respondentek (24% S, 23% I) wskazała, że podczas ciąży korzystała zarówno z opieki medycznej w ramach publicznej ochrony zdrowia, jak i z wizyt w placówkach prywatnych. Najmniej liczną grupę wśród pacjentek wypełniających ankietę w kontakcie z badaczką stanowiły osoby, które podczas ciąży znajdowały się pod opieką placówek, w których miały wykupiony dodatkowy pakiet ubezpieczenia (wykupione prywatnie bądź przez pracodawcę). W przypadku badań internetowych kobiety korzystające z dodatkowego pakietu ubezpieczenia stanowiły trzecią co do liczebności grupę, a odsetek odpowiedzi był trzykrotnie większy w porównaniu do kobiet wypełniających ankietę w szpitalach (18% I, 6% S). Uzyskane wyniki mogą być związane z nadreprezentacją kobiet z dużych miast wśród respondentek on-line.

³⁹ Dane dotyczące wyników badań prowadzonych stacjonarnie są opatrzone symbolem „S”, dane dotyczące wyników badań prowadzonych on-line są opatrzone symbolem „I”.

Wykres 3. Miejsce realizacji opieki położniczej wśród ankietowanych, N=1389

Źródło: badania własne.

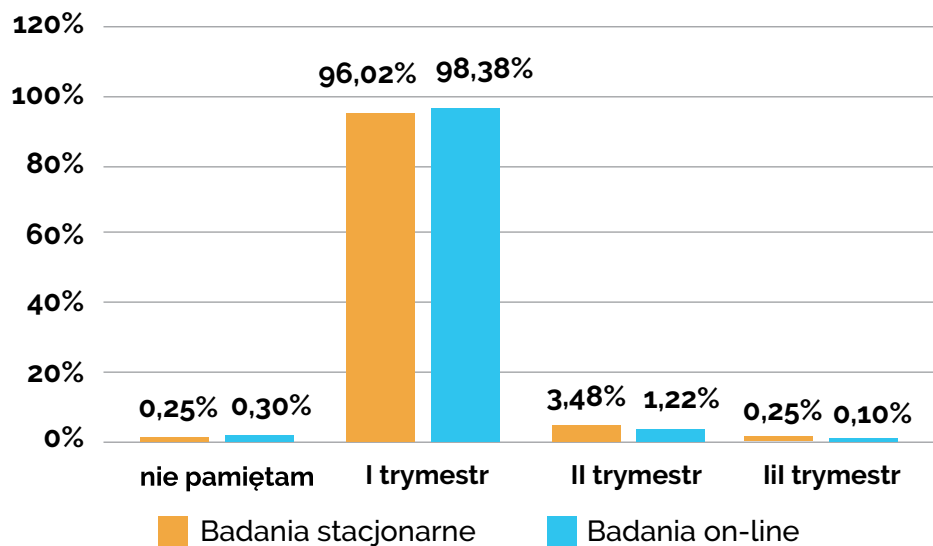


Wyniki te potwierdzają cytowane we wstępie dane Instytutu Matki i Dziecka z roku 2012, które wskazują na duży odsetek ciąż prowadzonych w gabinetach prywatnych, nieposiadających umów z NFZ. Oznacza to, iż kobiety, które korzystają z prywatnej służby zdrowia ponoszą koszt nie tylko samych wizyt, ale także wszystkich zleconych przez lekarza prowadzącego ciążę badań. Może to w niekorzystny sposób wpływać na ich wykonywanie będąc swoistym elementem ograniczającym. Jak wskazuje jedna z ankietowanych: „Lekarze, którzy przyjmują w ramach kontraktu z NFZ uważają, że badanie na obecność HIV jest jedynie badaniem zalecanym i trudno uzyskać skierowanie na takie badanie bezpłatnie w ciąży od lekarza w przychodni”.

Pojawia się tutaj również zgłaszana przez lekarzy i położne wątpliwość dotycząca kalkulacji, jaką wykonuje pacjentka licząca koszt wykonania badań zleconych przez osobę prowadzącą ciążę. Skutkować to może niewykonaniem badań, które kobieta w ciąży uzna za „niepotrzebne”, w omawianym przypadku mogą to być badania w kierunku zakażenia HIV. Stąd postulowane przez badane zniesienie odpłatności za badania w kierunku zakażenia HIV u ciężarnych: „Myślę, że chętniej kobiety wykonywałyby takie badania gdyby były one bezpłatne. A jeśli komuś brakuje pieniędzy to może zrezygnować z tego badania wychodząc z założenia, że jest wierny małżonkowi/partnerowi i nie potrzebuje się w tym kierunku badać”. Kwestia bezpłatności badań w kierunku HIV, również w przypadku korzystania z prywatnej opieki medycznej podczas ciąży, wielokrotnie pojawiła się w komentarzach do prowadzonych badań: „Badania powinny być darmowe – nie dość, że człowiek musi korzystać z prywatnego ginekologa (bo państwowych albo w danej miejscowości w ogóle nie ma, albo są kiepscy), to jeszcze za badania musi płacić. Laborantki powinny wykonywać dane badania, a nie o nich zapominać, powinny też być bardziej dyskretne (czyli 1 osoba w gabinecie na raz, a nie 2 i głośne stwierdzenia laborantek typu „pani przyszła HIV odebrać” – i to w dużym mieście, to co mają powiedzieć ludzie na prowincji, gdzie każdy każdego zna. Poza tym nie jestem zwolenniczką zachęcania do częstych badań – to jedynie sugeruje, że można go łatwo złapać w szpitalu czy na pobraniu krwi, bo gdzie indziej, skoro innej okazji nie było?”.

Pierwszy kontakt z lekarzem w trakcie ciąży zdecydowana większość pacjentek (96% S, 98% I) miała już w pierwszym trymestrze ciąży.

Wykres 4. Pierwsza wizyta u lekarza w trakcie ciąży, N=1389



Źródło: badania własne.

Wizyta w pierwszym trymestrze ciąży wiąże się z wykonaniem badań zalecanych w Rozporządzeniu, w tym pierwszego badania w kierunku HIV. Można zatem domniemywać, iż respondenci będą miały zalecone przez osobę prowadzącą ich ciążę badania przesiewowe w kierunku zakażenia HIV i badanie wykonają, co jest najlepszą formą działań profilaktycznych zakażeń odmatczyń.

Z danych uzyskanych od ankietowanych kobiet w obu typach badań wynika, iż 91% z nich otrzymało od lekarza zlecenie na badanie w kierunku zakażenia HIV. Część pacjentek nie wykonało jednak zaleconego przez lekarza prowadzącego ich ciążę badania (16 osób S, 16 osób I – razem 32 osoby). Przyczyny, które podały w uzasadnieniu są zbieżne z tymi, na które wskazywali lekarze i położne w wywiadach, czyli podjęcie decyzji w oparciu o niepełną wiedzę na temat zakażeń HIV, a co za tym idzie na temat zakażeń wertykalnych oraz koncentracja na przeszłości zamiast na przyszłości. Jedna z respondentek w komentarzu do badań napisała: *„Jeśli ktoś ma podejrzenia że mógł zostać zarażony HIV to niech takie badanie robi. Jeśli ktoś ma jednego partnera i brak możliwości by też w inny sposób się zarazić HIV to jest to zwyczajne zdarzenie by każdej kobiecie zlecać to badanie”*

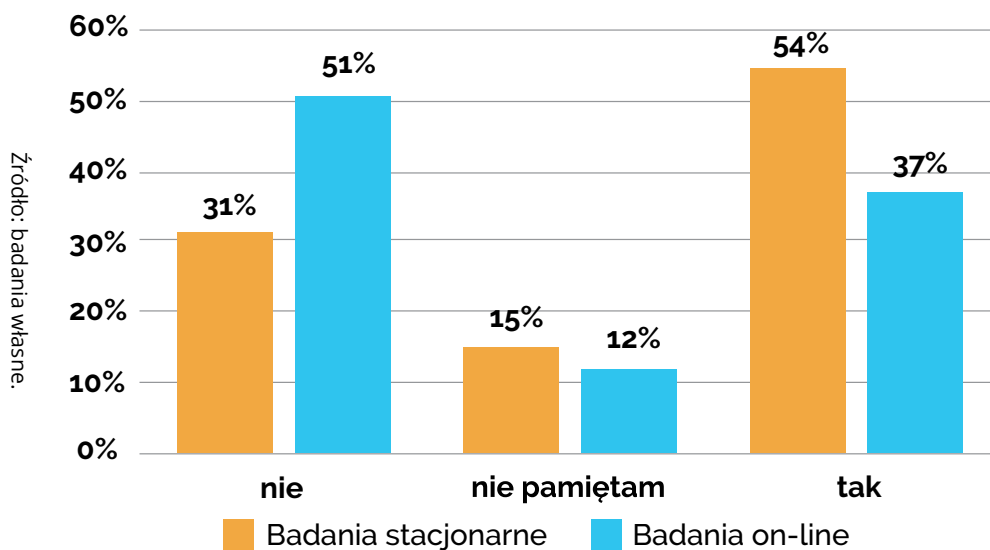
Respondentki najczęściej uzasadniały niewykonanie badania w kierunku zakażenia HIV „brakiem takiej potrzeby”. Jak piszą same ankietowane: *„Uważałam, że badanie w kierunku HIV nie było potrzebne”*. Pozostałe wskazywane przyczyny to: brak środków finansowych na wykonanie badania oraz brak czasu.

Jedna z respondentek, która nie wykonała zleconych badań w kierunku HIV, odniosła się do kwestii anonimowości badań: *„Zaskoczył mnie absurd wymagania skierowania na badanie w kierunku HIV i to, że wyniki miały być przesłane do mojego lekarza, a nie wydane mi bezpośrednio”*. Argument braku ano-

nimowości podnosili również w swoich wypowiedziach eksperci (lekarze i położne) wskazując, iż może być to jeden z czynników wpływających na brak zgody pacjentki na wykonanie badania w kierunku zakażenia HIV. Dodatkowo pojawia się tu społeczny stygmat, wciąż jeszcze funkcjonujący w naszym społeczeństwie, a wyrażony przez jedną z respondentek w komentarzu do badań: „O co z tym AIDS chodzi? Nie jesteśmy patologią!”. Szeroka edukacja, oparta na danych i faktach może być antidotum na tego typu sposób myślenia.

W świetle uzyskanych wyników tym ważniejsze jawi się uzasadnienie i wskazanie celowości wykonania omawianego badania. W przypadku tego rodzaju badań, o czym również mówili eksperci w wywiadach, podanie medycznych podstaw dla ich zlecenia może w sposób istotny wpłynąć na decyzję ciężarnej. Może to wzmocnić motywację kobiety do wykonania badań. Z uśrednienia zebranych danych wynika, iż w opinii pacjentek znaczna część lekarzy nie udziela im takich informacji (31% S, 51% I).

Wykres 5. Czy osoba prowadząca ciążę przekazała informacje o zasadności badania w kierunku zakażenia HIV? N=1264



Lekarze prowadzący ciążę nie widzą konieczności wskazania celowości badań w kierunku HIV, co wiąże się nie tylko z kwestią skuteczności podejmowanych działań profilaktycznych, ale również jest bezpośrednio powiązane z prawami pacjenta, w tym prawem do informacji. Same ankietowane widzą potrzebę uzyskania informacji na temat zleconego badania: „Według mnie należy w komunikatach i zleceniach badań oddzielać kwestie zakażeń od niebezpiecznych zachowań seksualnych, bo to tylko jedna z przyczyn zakażeń, a na kobiety działa oceniająco, a przez to odstrasza. Celem powinno być samo badanie, bez względu na to jak kto

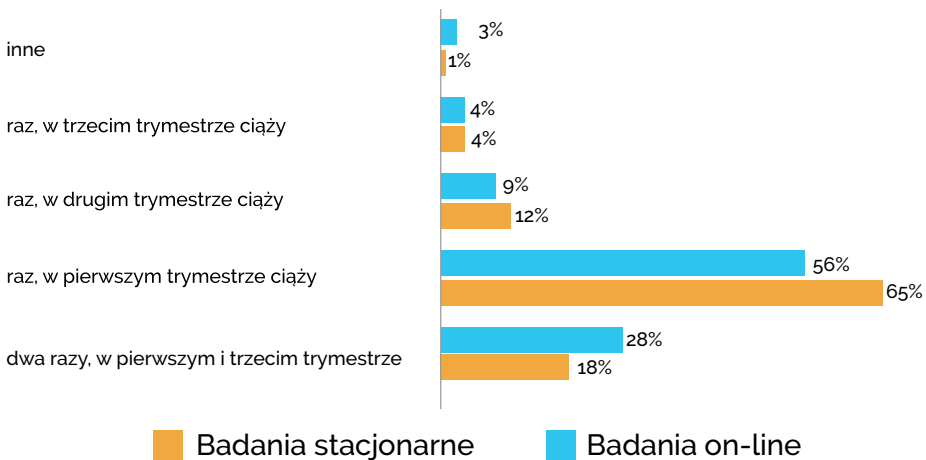
się ewentualnie zaraził, oraz dobro dziecka, świadomość jak płód może się zarazić od matki”. Osoba prowadząca ciążę może skutecznie przekonać pacjenta do wykonania danej procedury medycznej, gdy sama ma ugruntowane przekonanie o jego zasadności. Stąd ważne by lekarze i położne potrafili w sposób jasny i kompetentny przekazać kobiecie w ciąży informacje na temat celu badania w kierunku zakażenia HIV. Jednakże jak wskazują same pacjentki około połowa osób prowadzących ciążę nie przekazuje im tych informacji.

Niepokój budzi również wskazanie przez 8% pacjentek, w obu typach badań, braku zalecenia przez lekarza prowadzącego ciążę badań w kierunku HIV (pozostały 1% ankietowanych nie pamięta czy miały zalecone takie badanie). W tej grupie znajdują się zarówno pacjentki, które realizowały wizyty lekarskie w związku z ciążą w ramach świadczeń NFZ, jak i te, które korzystały z opieki w ramach wizyt prywatnych.

Podsumowując uzyskane wyniki widzimy, że 9,5% kobiet nie wykonało w ogóle badania w kierunku zakażenia HIV w trakcie ciąży (zarówno pacjentki, którym nie zalecono takich badań, jak i te, które domówiły ich wykonania).

Przyjrzyjmy się teraz dokładniej grupie, która wykonała badanie w kierunku zakażenia HIV. W zdecydowanej większości ankietowane wykonały test jedynie raz w trakcie ciąży, w pierwszym trymestrze.

Wykres 6. Ile razy w trakcie ciąży wykonane było badanie w kierunku zakażenia HIV? N=1257



Źródło: badania własne.

Jedynie 18% kobiet ankietowanych w szpitalach wskazało, iż w trakcie ciąży wykonało badanie w kierunku zakażenia HIV dwukrotnie – zgodnie z zaleceniami zawartymi w Rozporządzeniu, w pierwszym i trzecim trymestrze. Wśród respondentek wypełniających ankietę on-line odsetek ten był większy i wynosił 28%. Wyniki te znacząco odbiegają od standardów europejskich i mogą mieć znaczenie dla występowania zakażeń odmatczyń w Polsce. Dane są zbieżne z danymi pozyskanymi z poradni ginekologiczno-położniczych, w których liczba zleconych dwukrotnie badań w kierunku zakażenia HIV ciężar-

nym wynosi 18,5%. Jak wskazuje jedna z uczestniczek badań ankietowych: *„Większość ginekologów nie zleca tego badania. W pierwszej ciąży zleciłam je sobie sama (zgodnie ze standardami opieki okołoporodowej). Mam wrażenie, że problem jest lekceważony przez kobiety, które nie mają wiedzy nt. konieczności podawania leków skutecznie zmniejszających ryzyko transmisji zakażenia od seropozytywnej matki. Ginekolodzy z kolei, zdaje się, nie zlecają z obawy przed tym, że pacjentka (zwykle w prywatnym gabinecie) poczuje się niewłaściwie potraktowana”.*

Ważną kwestią podnoszoną, jak już wcześniej wspomniano, przez Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS, jest zalecenie przez lekarza prowadzącego ciążę badania w kierunku HIV partnerowi kobiety w ciąży. W przypadku ankietowanych zalecenie takie otrzymało 8% partnerów pacjentek ankietowanych w szpitalach i 3% partnerów kobiet wypełniających ankietę on-line. Tak niski odsetek wskazywać może na nieuwzględnianie partnera w całym procesie ciąży i swoiste odłączenie go od działań profilaktyki wertykalnej. Stoi to w sprzeczności z zaleceniami Ministerstwa Zdrowia i polityki profilaktyki HIV w Polsce.

To na co warto zwrócić szczególną uwagę w ramach prowadzonej analizy, to opinie badanych na temat czynników, które mają decydujący wpływ na podjęcie decyzji o wykonaniu badań w kierunku zakażenia HIV. Jedynie 6 respondentek, na 1389, wyraziło opinię, iż nie powinno się zachęcać kobiet w ciąży do wykonywania badań w kierunku zakażenia HIV. Zdecydowana większość ankietowanych (99,6%) widzi zasadność takich działań i za kluczowe dla skuteczności profilaktyki wskazuje zlecenie przez osobę prowadzącą ciążę takich badań (95% wszystkich odpowiedzi). Drugim co do liczby wskazań źródłem skutecznego wpływu na ciążarną, w celu wykonania przez nią badań w ramach profilaktyki wertykalnych zakażeń HIV, jest w opinii badanych szeroko zakrojona akcja informacyjna (73% wskazań) prowadzona w mediach (51% wskazań), w tym tych, które poświęcone są problematyce rodzicielstwa (31% wskazań). Szkoły rodzenia to w opinii badanych miejsce, w którym powinny być upowszechniane informacje na temat zakażeń odmatczyńnych oraz powinna być prowadzona kampania informacyjna w zakresie skutecznej profilaktyki zakażeń (65% wskazań). W jednym z komentarzy respondentka dzieli się swoim doświadczeniem w tym zakresie: *„O zakażeniach drogą wertykalną bardzo mało się mówi. Jestem położną i w zeszłym roku w ramach jednego z projektów Fundacji organizowałam 3 spotkania właśnie z zakresu tej tematyki w 3 różnych miastach. Zainteresowania zero. Strasznie to przykre. Taki temat musi być jednym z kilku innych w trakcie jakiejś większej imprezy, organizowanie czegoś dla ciążarnych tylko na ten temat może okazać się kłapą, bo się boją, bo myślą, że to ich nie dotyczy. Duży nacisk kładziemy na to w szkole rodzenia i może tam właśnie dobrze byłoby się pojawiać by o tym mówić. Wtedy jest gwarancja, że odbiorcy będą ;)”.*

Realizacja profilaktyki zakażeń wertykalnych analizowana przez pryzmat wypowiedzi ankietowanych kobiet wskazuje z jednej strony na znaczenie i odpowiedzialność osób prowadzących ciążę za efektywność procesu zapobiegania zakażeniom odmatczyńnych. W przypadku zlecenia badań w kierunku zakażenia HIV zdecydowana większość respondentek (97,5%) stosuje się do zaleceń lekarza i wykonuje badanie (nawet w przypadku pełnej odpłatności za jego wykonanie). Jeśli dodamy do tej liczby kobiety,

które odpowiedziały, iż przeszkodą w wykonaniu testu była bariera finansowa (1% badanych) widzimy, że już samo zalecenie badania przez osobę prowadzącą ciążę stanowi czynnik kluczowy dla efektywnej realizacji zapobiegania zakażeniom wertykalnym. Z drugiej strony pojawia się problem dostępu dla kobiet w ciąży do opieki położniczej. Dotyczy on zarówno możliwości korzystania z usług placówek medycznych finansowanych przez NFZ, jak i wykonywania zalecanych badań (w omawianym przypadku – dwukrotnie w trakcie ciąży badanie w kierunku HIV). Bez zapewnienia wystarczających środków finansowych ze środków publicznych na realizację programu profilaktyki wertykalnych zakażeń HIV skuteczne ich wyeliminowanie będzie niezmiernie trudne, jeśli nie niemożliwe.

Wnioski i rekomendacje

Na stronie Międzynarodowej Organizacji Zdrowia (WHO) brak jest danych dotyczących profilaktyki zakażeń wertykalnych HIV w Polsce w roku 2016⁴⁰. Z danych Ministerstwa Zdrowia wynika jednak, że leczenie antyretrowirusowe jest prowadzone i objęte są nim wszystkie kobiety ciężarne świadome zakażenia HIV. „Wobec niezaprzeczalnego faktu, że profilaktyka zakażenia wertykalnego HIV zmniejsza ryzyko zakażenia z 25-30 do < 1% należy zapewnić ją każdej ciężarnej zakażonej HIV. Według UNAIDS, UNICEF i WHO liczba kobiet ciężarnych otrzymujących cART na świecie wzrasta, a liczba zakażeń wertykalnych zdecydowanie spada”⁴¹. By jednak móc zastosować terapię kobieta musi być świadoma swojego stanu zdrowia, a do tego niezbędne jest wykonanie badania w kierunku HIV.

Jak wynika z przeprowadzonych badań jedynie około 20% kobiet wykonuje dwukrotnie w podczas ciąży badanie w kierunku zakażenia HIV. Wynika to przede wszystkim z niezalecenia takich badań przez osoby prowadzące ciążę, mimo spoczywającego na nich obowiązku. Sytuacja ta może wynikać z braku systemu monitorowania przez Ministerstwo Zdrowia wykonywania badań wskazanych w Rozporządzeniu w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem. Na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia brak informacji o obowiązku zlecenia takich badań przez osobę prowadzącą ciążę, znaleźć można natomiast wyraźnie podkreślone wezwanie skierowane do kobiet: „Jeśli jesteś w ciąży – poproś swojego lekarza-położnika, żeby zlecił ci badanie w kierunku zakażenia HIV”⁴².

40 <http://apps.who.int/gho/data/node.main.627?lang=en> [dostęp: 20.12.2017]

41 M. Jankowska, M. Lemańska, Profilaktyka transmisji wertykalnej HIV u ciężarnej, [w:] A. Horban, R. Podlasin, G. Cholewińska i in. (red.), Zasady opieki nad osobami zakażonymi HIV. Zalecenia PTN AIDS 2017, Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS, Warszawa 2017, s. 49.

42 <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/hiv-i-aids/hiv-a-ciaza-i-dziecko/> [dostęp: 20.12.2017]

Jeśli „poproszony lekarz-położnik” zleci ciężarnej pacjentce badanie powinien wyjaśnić jej celowość tego zalecenia oraz poinformować, iż dodatni (reaktywny) wynik badania przesiewowego nie zawsze świadczy o zakażeniu HIV. Do czynników mogących negatywnie wpływać na wynik testu (zwiększać ryzyko wystąpienia wyników fałszywie dodatnich) należy m.in. ciąża⁴³. Z analizy danych wynika, że lekarze w połowie badanych przypadków nie uzasadniają konieczności wykonania testu w kierunku HIV, co potwierdzili sami zainteresowani w trakcie wywiadów pogłębianych. Brak informacji o celowości badania oraz o tym, iż nawet przy dodatnim wyniku testów wprowadzenie leczenia ARV u ciężarnej i osiągnięcie niewykrywalnej wirerii HIV co najmniej w trzecim trymestrze ciąży, a szczególnie w okresie porodu, ogranicza ryzyko transmisji do poziomu od 0 do <0,5%⁴⁴ może mieć istotne znaczenie dla kobiety, która jest w ciąży.

Wprowadzenie proponowanych poniżej rozwiązań, będących wynikiem przeprowadzonych badań i analiz, może skutecznie przyczynić się do całkowitego wyeliminowania zakażeń wertykalnych w naszym kraju:

– **wprowadzenie w ramach obowiązkowej statystyki publicznej gromadzenia danych dotyczących zlecenia przez osoby prowadzące ciążę kobietom w ciąży badań** z listy zalecanych w Rozporządzeniu w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem, ze szczególnym uwzględnieniem badań **w kierunku HIV**, które winny być zlecane dwukrotnie w trakcie ciąży (do 10 tygodnia ciąży oraz pomiędzy 33 a 37 tygodniem) – w tym kontekście z nadzieją należy przyjąć wpisanie do Harmonogramu realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowany na lata 2017-2021 (dalej: Harmonogram)⁴⁵ w Obszarze I - Zapobieganie zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa (profilaktyka pierwszorzędowa), celu ogólnym: 2. Zapewnienie odpowiedniego dostępu do informacji, edukacji i usług w zakresie profilaktyki HIV/AIDS; celu szczegółowym: b) usprawnienie opieki nad kobietami w wieku prokreacyjnym i w ciąży, **zadania 5)** Monitorowanie przez uprawnione podmioty realizowania obowiązku proponowania wykonania testu w kierunku zakażenia HIV przez lekarzy ginekologów, w tym zbieranie i analiza informacji dotyczących liczby wykonanych testów przez kobiety w ciąży w placówkach medycznych;

43 B. Szetela, Ł. Łapiński, M. Zalewska, *Zasady testowania w kierunku zakażenia HIV – zalecenia*, [w:] A. Horban, R. Podlasin, G. Cholewińska i in. (red.), *Zasady opieki nad osobami zakażonymi HIV. Zalecenia PTN AIDS 2017*, Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS, Warszawa 2017, s. 15.

44 M. Jankowska, M. Lemańska, *Profilaktyka transmisji wertykalnej HIV u ciężarnej*, [w:] A. Horban, R. Podlasin, G. Cholewińska i in. (red.), *Zasady opieki nad osobami zakażonymi HIV. Zalecenia PTN AIDS 2017*, Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS, Warszawa 2017, s. 50.

45 Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowany na lata 2017-2021, uchwała nr 156/2016 Rady Ministrów z dnia 13 grudnia 2016 r. wraz z załącznikami.

- **pełne finansowanie ze środków publicznych dwukrotnego badania w kierunku HIV dla kobiet w ciąży** (bezpłatność badań bez względu na to czy pacjentka korzysta z publicznej, czy prywatnej opieki medycznej – wypracowanie mechanizmu zapewnienia bezpłatnych badań i jego wdrożenie);
- **zalecanie przez osoby prowadzące ciążę badań w kierunku HIV partnerom kobiet w ciąży i informowanie, iż może on wykonać test anonimowo, bezpłatnie i bez skierowania** w jednym z Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych znajdujących się na terenie całego kraju, działanie takie wprost wiąże się z podejściem ukierunkowanym na szerokie testowanie populacji i wdrażanie strategii „testuj i lecz” („*test and treat*”) – i w przypadku tej rekomendacji ważny zapis znalazł się w Harmonogramie w Obszarze I - Zapobieganie zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa (profilaktyka pierwszorzędowa), celu ogólnym: 2. Zapewnienie odpowiedniego dostępu do informacji, edukacji i usług w zakresie profilaktyki HIV/AIDS; celu szczegółowym: b) usprawnienie opieki nad kobietami w wieku prokreacyjnym i w ciąży, **zadanie 3)** Promowanie wśród kobiet w wieku prokreacyjnym i w ciąży oraz wśród ich partnerów informacji o możliwości wykonania testu w kierunku zakażenia HIV oraz innych chorób przenoszonych drogą płciową;
- **wprowadzenie obowiązkowych i cyklicznych szkoleń dla osób prowadzących ciążę na temat profilaktyki zakażeń wertykalnych oraz działań ukierunkowanych na promowanie testowania wśród kobiet w ciąży oraz ich partnerów**, co ma również przeciwdziałać stereotypizacji problematyki HIV/AIDS widocznej w trakcie prowadzonych badań – również ten element ma szansę na realizację znajdując swoje odzwierciedlenie w Harmonogramie w Obszarze I - Zapobieganie zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa (profilaktyka pierwszorzędowa), celu ogólnym: 2. Zapewnienie odpowiedniego dostępu do informacji, edukacji i usług w zakresie profilaktyki HIV/AIDS; celu szczegółowym: b) usprawnienie opieki nad kobietami w wieku prokreacyjnym i w ciąży, **w zadaniach 1)** Promowanie wśród lekarzy ginekologów oraz położnych informacji o obowiązku zaproponowania wykonania testu w kierunku zakażenia HIV kobietom w ciąży; **2)** Szkolenia dla lekarzy ginekologów położników i położnych w zakresie specjalistycznej opieki podczas ciąży, porodu i połogu nad kobietą ciężarną HIV (+);
- **przygotowanie informacji dla osób prowadzących ciążę dotyczących badań profilaktycznych wykonywanych w trakcie ciąży w celu zapobiegania zakażeniom wertykalnym oraz tego, w jaki sposób zalecać ciężarnym pacjentkom takie badania i o ważności wskazania ich celu** (życie i zdrowie dziecka) lub/i upowszechnianie materiałów już istniejących np. broszur opracowanych przez Dorotę Rogowską-Szadkowską i Jacka Gąsiorowskiego z myślą o różnych grupach odbiorców (pielęgniarki i położne, lekarze rodzinni, ginekolodzy) dostępnych na stronie kampanii edukacyjnej „Jeden test. Dwa życia. Zrób test na HIV. Dla siebie i swojego dziecka” <https://aids.gov.pl/kampanie/1test.zycia/index.html>;
- **wprowadzenie dodatkowego warunku przy wypłacie jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się dziecka** (tzw. becikowego), jakim byłoby wskazanie w zaświadczeniu lekarskim, które potwierdza, że matka dziecka była podczas ciąży pod opieką lekarską i opieka zaczęła się nie później niż od 10 tygodnia

ciąży (będącym obecnie integralną częścią wniosku o świadczenie), iż **wykonała wszystkie zalecane w Rozporządzeniu badania** lub nie było wskazań do wykonania części z nich;

- **wprowadzenie obowiązku dokumentacji odmów wykonania zalecanych badań;**

- **upowszechnianie informacji na temat profilaktyki zakażeń wertykalnych i jej efektywności** między innymi we współpracy z czasopismami rodzicielskimi i firmami, które kierują swoje produkty do kobiet w ciąży – i w tym przypadku również Harmonogram zawiera podobne działania w Obszarze I - Zapobieganie zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa (profilaktyka pierwszorzędowa), celu ogólnym: 2. Zapewnienie odpowiedniego dostępu do informacji, edukacji i usług w zakresie profilaktyki HIV/AIDS; celu szczegółowym: b) usprawnienie opieki nad kobietami w wieku prokreacyjnym i w ciąży, **zadanie 4)** Opracowanie i dystrybucja materiałów informacyjno-edukacyjnych dotyczących zagadnień HIV/AIDS oraz innych chorób przenoszonych drogą płciową przeznaczonych dla kobiet i ich partnerów;

- **intensyfikacja działań mających na celu informowanie i promocję obowiązujących Standardów przez Ministerstwo Zdrowia we współpracy z nadzorem specjalistycznym i towarzystwami naukowymi;**

- **upowszechnianie już istniejących stron internetowych zawierających merytoryczne informacje na temat profilaktyki zakażeń odmatczyńnych**, jak np. wspomniana wcześniej strona zainicjowanej w 2014 roku kampanii edukacyjnej „Jeden test. Dwa Życia”, którą można znaleźć (nie bez problemu) na stronie inicjatora akcji – Krajowego Centrum ds. AIDS, agendy Ministra Zdrowia w zakładce „Kampanie”.

Pozostajemy z nadzieją, że przygotowane wnioski i rekomendacje wpłyną pozytywnie na efektywność systemu profilaktyki zakażeń wirusem HIV drogą wertykalną w Polsce, a życzenia powodzenia, składane na nasze ręce przez kobiety biorące udział w badaniach ankietowych, się spełnią.

Aneks

Załącznik 1.

Wykaz wybranych aktów prawnych i dokumentów dotyczących profilaktyki HIV

- Cele rozwoju zawarte w Deklaracji Milenijnej Narodów Zjednoczonych przyjętej przez ONZ podczas 55. Sesji Zgromadzenia Ogólnego ONZ. ONZ, Nowy Jork 2000.
- Deklaracja Unii Europejskiej *Jednym słowem: Przywództwo. Dotrzymanie obietnicy zatrzymania pandemii HIV/AIDS*. UE, Bruksela 2008.
- Deklaracja Wileńska w zakresie działań mających na celu wzmocnienie odpowiadania na epidemię HIV/AIDS w Unii Europejskiej i Krajach sąsiadujących. UE, Wilno 2004.
- Deklaracja z Bremy *Odpowiedzialność i partnerstwo – razem przeciw HIV/AIDS*. UE, Brema 2007.
- Deklaracja zobowiązań w sprawie HIV/AIDS *Globalny kryzys – globalne działania*. ONZ, Nowy Jork 2001.
- Dublińska deklaracja współpracy w walce z HIV/AIDS w Europie i Azji Centralnej. WHO, UE, Dublin 2004.
- European Action Plan for HIV/AIDS 2012–2015. WHO, Copenhagen 2011.
- Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowany na lata 2017–2021, uchwała nr 156/2016 Rady Ministrów z dnia 13 grudnia 2016 r. wraz z załącznikami.
- Komunikat Komisji dla Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów Zwalczanie HIV/AIDS w Unii Europejskiej i krajach sąsiednich w latach 2009–2013. UE, Bruksela 2009.
- Deklaracja Pekńska zatwierdzona na IV Światowej Konferencji w sprawie Kobiet (ONZ, Pekin 1995) oraz późniejsze inicjatywy i działania mające na celu wdrażanie Deklaracji Pekńskiej i Platformy Działania przyjętych podczas 23. Sesji Specjalnej Zgromadzenia Ogólnego ONZ. ONZ, Nowy Jork 2000.
- Program Działań z Międzynarodowej Konferencji Ludności i Rozwoju. ONZ, Kair 1994.
- Program Polityki Zdrowotnej „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017 – 2021, Minister Zdrowia, Warszawa 2016.
- Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 20 listopada 2008 r. w sprawie wczesnego wykrywania i wczesnego leczenia HIV/AIDS. UE, Bruksela 2008.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem,

Dz.U. 2012 poz. 1100.

- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS (Dz. U. z 2011 r. Nr 44, poz. 227).
- Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS w 2013 roku, opracowane przez Krajowe Centrum ds. AIDS, Minister Zdrowia, Warszawa 2014.
- Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS w 2014 roku, opracowane przez Krajowe Centrum ds. AIDS, Minister Zdrowia, Warszawa 2015.
- Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS w 2016 roku, Krajowe Centrum ds. AIDS, Minister Zdrowia, Warszawa 2017.
- Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. 1985 nr 12 poz. 49)
- Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r., poz. 947 ze zm.).
- WHO HIV/AIDS Strategy 2011–2015, Updated to 2020..
- Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2010 r. w sprawie Krajowego Centrum ds. AIDS (Dz. Urz. MZ z 2010 r. Nr 8, poz. 49).

Załącznik 2.

Kwestionariusz ankiety skierowanej do kobiet, które urodziły dziecko w ciągu ostatniego roku lub są aktualnie w ciąży

KWESTIONARIUSZ ANKIETY DLA KOBIET, KTÓRE URODZIŁY DZIECKO W CIĄGU OSTATNIEGO ROKU LUB SĄ AKTUALNIE W CIĄŻY

Prosimy o udział w ogólnopolskim badaniu opinii prowadzonym przez Społeczny Komitet ds. AIDS we współpracy ze Stowarzyszeniem Podwale Siedem. Badanie dofinansowane jest przez Fundusz Inicjatyw Obywatelskich. Celem badania jest ocena działań dotyczących zapobiegania zakażeniom HIV w Polsce drogą wertykalną (z matki na dziecko) i przygotowanie rekomendacji w tym zakresie.

Wyniki badań posłużą do wypracowania rekomendacji dotyczących działań profilaktycznych oraz oferty kierowanej do kobiet w tym zakresie. W związku z tym Pani głos jest szczególnie ważny. **Zapraszamy do wzięcia udziału w badaniu wszystkie kobiety, które urodziły dziecko w ciągu ostatniego roku (od lipca 2016 roku) lub są aktualnie w ciąży.** Prosimy o wypełnienie poniższej ankiety w oparciu o Pani doświadczenia. Ankieta jest anonimowa i zawiera 26 pytań. Jej wypełnienie zajmuje kilka minut.

Prosimy o udzielenie odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte w kwestionariuszu. Aby udzielić odpowiedzi na pytanie należy zaznaczyć jedną odpowiedź (chyba, że w pytaniu podana jest inna możliwość) lub wpisać ją w wyznaczone miejsce.

1. Pierwszą wizytę u lekarza w trakcie ciąży odbyła Pani:

- a) w I trymestrze (od pierwszego dnia ostatniej miesiączki do 13 tygodnia ciąży)
- b) w II trymestrze (od 14 do 26 tygodnia ciąży)
- c) w III trymestrze (od 27 tygodnia ciąży do czasu porodu)
- d) nie pamiętam

2. Wizyty związane z Pani ciążą były realizowane:

- a) w ramach świadczeń Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ)
- b) w ramach wizyt w prywatnych gabinetach (lekarskich, położniczych)
- c) w ramach prywatnej opieki medycznej (wykupiony pakiet ubezpieczenia)
- d) korzystałam zarówno ze świadczeń w ramach NFZ, jak i wizyt w gabinetach prywatnych
- e) inna odpowiedź (jaka?) -

3. Wizyty związane z Pani ciążą były realizowane (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe odpowiedzi):

- a) u lekarza ginekologa
- b) u lekarza pierwszego kontaktu
- c) u lekarzy specjalistów (np. kardiolog, okulista, endokrynolog)
- d) u położnej
- e) inna odpowiedź (jaka?) -

4. Kto prowadził Pani ciążę? (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe odpowiedzi)

- a) lekarz ginekolog
- b) położna
- c) nie korzystałam z pomocy lekarza/położnej w trakcie trwania ciąży (proszę przejść do pytania 6)
- d) inna odpowiedź (jaka?) -

5. Na ilu wizytach kontrolnych w trakcie ciąży była Pani u osoby, która ciążę prowadziła?

- a) 1-3
- b) 4-6
- c) 7 i więcej

6. Czy osoba prowadząca ciążę zalecała Pani wykonanie badań związanych z ciążą?

- a) tak
- b) nie

7. Czy wykonała Pani wszystkie badania zalecone przez osobę prowadzącą ciążę?

- a) tak (proszę przejść do pytania 10)
- b) nie
- c) nie pamiętam (proszę przejść do pytania 10)

8. Jakich zleconych badań Pani nie wykonała?

- a) USG
- b) morfologia
- c) badanie moczu
- d) badanie w kierunku HIV
- e) wizyta u stomatologa
- f) inne (jakie?).....

9. Dlaczego nie wykonała Pani zleconych badań?

- a) nie miałam czasu
- b) uważałam, że nie są potrzebne
- c) nie miałam pieniędzy na ich wykonanie
- d) inne (jakie?).....

10. Czy wśród badań zleconych przez osobę prowadzącą ciążę było badanie w kierunku HIV?

- a) tak
- b) nie (proszę przejść do pytania 12)
- c) nie pamiętam (proszę przejść do pytania 12)

11. Jeśli tak, to czy osoba prowadząca ciążę przekazała Pani informacje o zasadności tego badania?

- a) tak
- b) nie
- c) nie pamiętam

12. Czy w trakcie trwania ciąży wykonała Pani badanie w kierunku HIV?

- a) tak (proszę przejść do pytania 14)
- b) nie

13. Jeśli nie, to dlaczego nie wykonała Pani tego badania? (po udzieleniu odpowiedzi proszę przejść do pytania 16)

- a) uważałam, że mnie to nie dotyczy
- b) nie miałam czasu by się tym zająć
- c) nie wiedziałam, że należy wykonać takie badanie
- d) nie wiedziałam gdzie mam je wykonać
- e) nie miałam pieniędzy by je wykonać
- f) wstydziłam się
- g) inne (jakie?).....

14. Jeśli tak, to ile razy w trakcie ciąży wykonała Pani badanie w kierunku HIV?

- a) raz, w pierwszym trymestrze ciąży
- b) raz, w drugim trymestrze ciąży
- c) raz, w trzecim trymestrze ciąży
- d) dwa razy, w pierwszym i trzecim trymestrze ciąży
- e) inne (jakie?).....

15. Co skłoniło Panią do wykonania badania w kierunku HIV? (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe odpowiedzi)

- a) zlecenie badania przez osobę prowadzącą ciążę
- b) sugestia ze strony innych lekarzy (lekarz pierwszego kontaktu, lekarze specjaliści), z którymi miałam kontakt w trakcie ciąży
- c) informacje od innych kobiet w ciąży
- d) informacje z mediów i/lub publikacji poświęconych ciąży
- e) troska o zdrowie dziecka

- f) moje dotychczasowe zachowania seksualne
- g) informacje uzyskane w szkole rodzenia
- h) inna odpowiedź (jaka?).....

16. Czy osoba prowadząca ciążę rekomendowała wykonanie badania w kierunku HIV Pani partnerowi?

- a) tak
- b) nie (proszę przejść do pytania 18)
- c) nie wiem (proszę przejść do pytania 18)

17. Jeśli tak, to czy partner wykonał badanie?

- a) tak
- b) nie
- c) nie wiem

18. Czy Pani zdaniem powinno się zachęcać kobiety w ciąży do wykonywania badania w kierunku HIV?

- a) tak
- b) nie
- c) trudno powiedzieć

19. W jaki sposób według Pani można skutecznie zachęcić kobiety w ciąży do wykonywania badania w kierunku HIV? (proszę zaznaczyć CZTERY najważniejsze według Pani odpowiedzi):

- a) osoby prowadzące ciążę powinny zlecać takie badania
- b) lekarze pierwszego kontaktu powinni zlecać takie badania
- c) powinno się o tym mówić w szkołach rodzenia
- d) powinna być prowadzona akcja informacyjna w mediach
- e) powinny być umieszczane informacje w czasopiśmie dotyczących rodzicielstwa
- f) powinny być dostępne materiały informacyjne przed gabinetami lekarskimi i zabiegowymi
- g) powinna być prowadzona akcja informacyjna w środkach komunikacji miejskiej
- h) powinno się mówić o zdrowiu dziecka i profilaktyce zakażenia wertykalnego (z matki na dziecko)
- i) inne (jakie?).....

20. Czy przed czerwcem 2016 roku wykonywała Pani badania w kierunku HIV?

- a) tak
- b) nie

21. Prosimy wpisać poniżej uwagi i spostrzeżenia na temat działań dotyczących zapobiegania zakażeniom HIV w Polsce drogą wertykalną (z matki na dziecko), którymi chciałaby się Pani podzielić, a nie zostały poruszone w ankiecie.

.....
.....
Metryczka:

1. Wiek

- a) 16–18 lat
- b) 19–23 lat
- c) 24–29 lat
- d) 30 lat i więcej

2. Proszę podać datę porodu lub planowaną datę porodu:

3. Wykształcenie

- a) podstawowe
- b) gimnazjalne
- c) średnie (w tym niepełne)
- d) wyższe zawodowe (w tym niepełne)
- e) wyższe magisterskie (w tym niepełne)

4. Miejsce zamieszkania

- a) wieś
- b) miasto do 50 tys. mieszkańców
- c) miasto od 51 do 250 tys. mieszkańców
- d) miasto od 251 do 500 tys. mieszkańców
- e) miasto powyżej 500 tys. mieszkańców

5. Proszę podać liczbę dzieci:

Dziękujemy za współpracę i wypełnienie ankiety.

Załącznik 3.

Dyspozycje do wywiadu pogłębionego z lekarzami ginekologami pracującymi w poradniach ginekologiczno-położniczych w ramach umów z NFZ

DYSPOZYCJE DO WYWIADU POGŁĘBIONEGO Z LEKARZAMI GINEKOLOGAMI PROWADZĄCYMI CIĄŻĘ pracującymi w poradniach ginekologiczno-położniczych w ramach umów z NFZ

Osoba prowadząca monitoring:.....

Nazwa placówki ochrony zdrowia:

Miejscowość:

Województwo:

Data przeprowadzenia wywiadu:

Instrukcja – wprowadzenie

Prosimy o udział w ogólnopolskim badaniu opinii prowadzonym przez Społeczny Komitet ds. AIDS we współpracy ze Stowarzyszeniem Podwale Siedem. Badanie dofinansowane jest przez Fundusz Inicjatyw Obywatelskich. Celem badania jest ocena działań dotyczących zapobiegania zakażeniom HIV w Polsce drogą wertykalną (z matki na dziecko) i przygotowanie rekomendacji w tym zakresie.

Wyniki badań posłużą do wypracowania rekomendacji dotyczących działań profilaktycznych oraz oferty kierowanej do kobiet w tym zakresie. W związku z tym Pana/i głos jest szczególnie ważny.

Podczas wywiadu będą zadawane pytania, które dotyczą różnych kwestii związanych z profilaktyką zakażeń HIV drogą wertykalną, ze szczególnym uwzględnieniem działań kierowanych do kobiet w ciąży.

Ile ciąż prowadzi Pan/Pani średnio w ciągu roku?

Ile ciąż prowadził/a Pan/Pani w roku 2015 i w roku 2016 (dane w uśrednieniu na poszczególne lata)?

Ile wynosi średnia liczba wizyt przypadająca na jedną pacjentkę w trakcie trwania jej ciąży?

Jakie badania związane z ciążą najczęściej zleca Pan/Pani pacjentkom w ciąży? (Ważne! Zgodnie z wykazem zawartym w części II Załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad

noworodkiem z dnia 20 września 2012 r. zalecany zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania zawiera m.in. następujące badania: grupa krwi i Rh; przeciwciała odpornościowe; morfologia krwi; badanie ogólne moczu; badanie cytologiczne; badanie czystości pochwy; badanie stężenia glukozy we krwi na czczo; VDRL; badanie stomatologiczne, uwzględniające ocenę stanu zdrowia jamy ustnej, określenie potrzeb profilaktyczno-leczniczych i ustalenie planu leczenia; badanie HIV i HCV; badanie w kierunku toksoplazmozy i różyczki).

Czy zleca Pan/Pani wszystkim pacjentkom w ciąży badanie w kierunku HIV?

5a. Jeśli nie zleca Pan/Pani wszystkim pacjentkom w ciąży takiego badania, jaka jest tego przyczyna?

5b. Jeśli nie zleca Pan/Pani wszystkim pacjentkom w ciąży takiego badania proszę podać w przybliżeniu jaki procent pacjentek miało zlecone badanie w kierunku HIV w roku 2015 i w 2016.

W jaki sposób uzasadnia Pan/Pani swoim pacjentkom w ciąży konieczność wykonania badania w kierunku HIV? Proszę podać to uzasadnienie. (Ważne! Jeśli nie zleca takich badań pytamy o to jakie uzasadnienie mógłby/mogłaby podać gdyby zlecał/a.)

Ile razy w ciągu trwania ciąży zleca Pan/Pani badanie w kierunku HIV swoim pacjentkom?

W którym tygodniu trwania ciąży Pana/Pani pacjentka otrzymuje zlecenie/zlecenia wykonania badania w kierunku HIV? (Ważne! Zgonie z wykazem zawartym w części II Załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem z dnia 20 września 2012 r. badania takie powinny być zlecone: pierwszy raz do 10 tygodnia ciąży i drugi raz między 33 a 37 tygodniem ciąży).

Czy Pan/Pani weryfikuje czy pacjentka wykonała zlecone przez Pana/Panią badanie w kierunku HIV? Jeśli tak – w jaki sposób prowadzona jest weryfikacja? Jeśli nie – prosimy o uzasadnienie.

Jakie działania Pan/Pani podejmuje jeśli pacjentka w ciąży nie wykonuje zleconych badań?

Czy rekomenduje Pan/Pani wykonanie badania w kierunku HIV partnerowi pacjentki w ciąży? Proszę uzasadnić odpowiedź.

Czy w ramach prowadzonej praktyki prowadził/a Pan/Pani ciążę kobiet HIV+?

Czy uczestniczył/a Pan/Pani w szkoleniach/kursach dotyczących opieki nad seropozytywną kobietą w ciąży? Jeśli nie – czy chce w takim szkoleniu/kursie uczestniczyć?

Jakie w Pana/Pani opinii mogą być przyczyny niewykonywania przez kobiety w ciąży w trakcie ciąży badań w kierunku HIV?

Jakie działania w Pana/Pani opinii sprzyjają/mogą sprzyjać wykonywaniu przez kobiety w ciąży badań w kierunku HIV?

Czy w Pana/Pani opinii występuje różnica w liczbie zleconych badań w kierunku HIV kobietom w ciąży

w ramach wizyt realizowanych w ramach świadczeń NFZ i w gabinetach prywatnych? Proszę uzasadnić odpowiedź.

Jakie zna Pan/Pani dobre praktyki w funkcjonowaniu instytucji ochrony zdrowia w ramach prowadzenia działań profilaktycznych dotyczących zakażeń wertykalnych HIV, które warto wdrożyć?

Dodatkowe uwagi i spostrzeżenia na temat związany z profilaktyką zakażeń wertykalnych HIV, którymi chciałby/aby się Pan/i podzielić, a nie zostały poruszone w trakcie wywiadu.

METRYCZKA

1. Płeć:.....
2. Wiek:.....
3. Liczba lat pracy w praktyce ginekologiczno-położniczej:.....
4. Czy prowadzi Pan/Pani prywatną praktykę bez umowy z NFZ?.....

DZIĘKUJĘ ZA AKTYWNY I KREATYWNY UDZIAŁ W BADANIU

Załącznik 4.

Dyspozycje do wywiadu pogłębionego z położnymi pracującymi w poradniach ginekologiczno-położniczych w ramach umów z NFZ

DYSPOZYCJE DO WYWIADU POGŁĘBIONEGO Z POŁOŻNYMI pracującymi w poradniach ginekologiczno-położniczych w ramach umów z NFZ

Osoba prowadząca monitoring:.....

Nazwa placówki ochrony zdrowia:

Miejscowość:

Województwo:

Data przeprowadzenia wywiadu:

Instrukcja – wprowadzenie

Prosimy o udział w ogólnopolskim badaniu opinii prowadzonym przez Społeczny Komitet ds. AIDS we współpracy ze Stowarzyszeniem Podwałe Siedem. Badanie dofinansowane jest przez Fundusz Inicjatyw Obywatelskich. Celem badania jest ocena działań dotyczących zapobiegania zakażeniom HIV w Polsce drogą wertykalną (z matki na dziecko) i przygotowanie rekomendacji w tym zakresie.

Wyniki badań posłużą do wypracowania rekomendacji dotyczących działań profilaktycznych oraz oferty kierowanej do kobiet w tym zakresie. W związku z tym Pana/i głos jest szczególnie ważny.

Podczas wywiadu będą zadawane pytania, które dotyczą różnych kwestii związanych z profilaktyką zakażeń HIV drogą wertykalną, ze szczególnym uwzględnieniem działań kierowanych do kobiet w ciąży.

1. Z iloma ciężarnymi pacjentkami współpracuje Pani/Pan średnio w ciągu roku?
2. Ile wynosi średnia liczba wizyt przypadająca na jedną pacjentkę w trakcie trwania jej ciąży?
3. Jakie badania związane z ciążą najczęściej zlecane są kobietom w ciąży, z którymi Pani/Pan pracuje? (Ważne! Zgodnie z wykazem zawartym w części II Załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożu oraz opieki nad noworodkiem z dnia 20 września 2012 r. zalecany zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych,

wykonywanych u kobiet w okresie ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania zawiera m.in. następujące badania: grupa krwi i Rh; przeciwciała odpornościowe; morfologia krwi; badanie ogólne moczu; badanie cytologiczne; badanie czystości pochwy; badanie stężenia glukozy we krwi na czczo; VDRL; badanie stomatologiczne, uwzględniające ocenę stanu zdrowia jamy ustnej, określenie potrzeb profilaktyczno-leczniczych i ustalenie planu leczenia; badanie HIV i HCV; badanie w kierunku toksoplazmozy i różyczki).

4. Czy wszystkim pacjentkom w ciąży, z którymi Pani/Pan pracuje zlecane są badanie w kierunku HIV?

4a. Jeśli badania w kierunku HIV nie są zlecane wszystkim pacjentkom w ciąży, jaka jest tego przyczyna?

5. W jaki sposób uzasadniana jest Pacjentkom w ciąży, z którymi Pani/Pan pracuje konieczność wykonania badania w kierunku HIV? Proszę podać to uzasadnienie. Jak Pani myśli, w jaki sposób powinna być uzasadniana konieczność tego badania?

(Ważne! Jeśli nie zleca takich badań pytamy o to jakie uzasadnienie mógłby/mogłaby podać gdyby zlecał/a.)

6. Ile razy w ciągu trwania ciąży zlecane jest pacjentom, z którymi Pani/Pan pracuje badanie w kierunku HIV swoim pacjentkom?

7. W którym tygodniu trwania ciąży Pana/Pani pacjentka otrzymuje zlecenie/zlecenia wykonania badania w kierunku HIV? (Ważne! Zgonie z wykazem zawartym w części II Załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem z dnia 20 września 2012 r. badania takie powinny być zlecone: pierwszy raz do 10 tygodnia ciąży i drugi raz między 33 a 37 tygodniem ciąży).

8. Czy Pan/Pani weryfikuje czy pacjentka wykonała zlecane badanie w kierunku HIV? Jeśli tak – w jaki sposób prowadzona jest weryfikacja? Jeśli nie – prosimy o uzasadnienie.

9. Jakie działania Pan/Pani podejmuje jeśli pacjentka w ciąży nie wykonuje zleconych badań?

10. Czy rekomenduje Pan/Pani wykonanie badania w kierunku HIV partnerowi pacjentki w ciąży? Proszę uzasadnić odpowiedź.

11. Czy w ramach prowadzonej praktyki prowadził/a Pan/Pani ciążę kobiet HIV+?

12. Czy uczestniczył/a Pan/Pani w szkoleniach/kursach dotyczących opieki nad seropozytywną kobietą w ciąży? Jeśli nie – czy chce w takim szkoleniu/kursie uczestniczyć?

13. Jakie w Pana/Pani opinii mogą być przyczyny niewykonywania przez kobiety w ciąży w trakcie ciąży badań w kierunku HIV?

14. Jakie działania w Pana/Pani opinii sprzyjają/mogą sprzyjać wykonywaniu przez kobiety w ciąży badań w kierunku HIV?

15. Czy w Pana/Pani opinii występuje różnica w liczbie zleconych badań w kierunku HIV kobietom w ciąży w ramach wizyt realizowanych w ramach świadczeń NFZ i w gabinetach prywatnych? Proszę uzasadnić odpowiedź.

16. Jakie zna Pan/Pani dobre praktyki w funkcjonowaniu instytucji ochrony zdrowia w ramach prowadzenia działań profilaktycznych dotyczących zakażeń wertykalnych HIV, które warto wdrożyć?

17. Dodatkowe uwagi i spostrzeżenia na temat związane z profilaktyką zakażeń wertykalnych HIV, którymi chciałby/aby się Pan/i podzielić, a nie zostały poruszone w trakcie wywiadu.

METRYCZKA

1. Płeć:.....

2. Wiek:.....

3. Liczba lat pracy w praktyce ginekologiczno-położniczej:.....

4. Czy prowadzi Pan/Pani prywatną praktykę bez umowy z NFZ?.....

DZIĘKUJĘ ZA AKTYWNY I KREATYWNY UDZIAŁ W BADANIU

Załącznik 5.

Lista osób prowadzących badania

Małgorzata Bielewicz	Wrocław
Anna Burda	Tarnów
Joanna Dec-Pietrowska	Zielona Góra
Emilia Harasim	Białystok
Marta Heinze	Opole
Anna Jabłkowska	Poznań
Bożena Konecka-Szydełko	Rzeszów
Justyna Krawczyk	dzielnica społeczna; Kraków
Kinga Kulik	Lublin
Ivka Macioszek	Dziewuchy Dziewuchom; Toruń
Małgorzata Meszczyńska	Kalisz
Barbara Michalska	Łódź
Alicja Miller	Olsztyn
Agata Mularczyk	Szczecin
Miriam Nowak	Katowice
Natalia Olobry	studentka położnictwa; Warszawa
Luiza Pianka	Gdańsk
Karolina Walkiewicz	Warszawa
Edyta Widawska	Częstochowa
Katarzyna Ziętek	Radom

Załącznik 6.

Wniosek o udostępnienie informacji publicznej (przykład)

Wniosek o dostęp do informacji publicznej – dotyczy Poradni Ginekologiczno-Położniczej

Stowarzyszenie Społeczny Komitet ds. AIDS we współpracy ze Stowarzyszeniem Podwale Siem prowadzą obecnie ogólnopolskie badanie skuteczności zapobiegania zakażeniom HIV drogą wertykalną (z matki na dziecko). Badanie dofinansowane jest w ramach Funduszu Inicjatyw Obywatelskich, którego operatorem jest Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Głównym celem badania jest poprawa sposobu realizacji polityk publicznych dotyczących zapobiegania zakażeniom wirusem HIV w Polsce. Wyniki posłużą do wypracowania rekomendacji i wniosków wspomagających oraz optymalizujących proces działań zapobiegających zakażeniom HIV i służących przeciwdziałaniu AIDS.

Integralną część podjętych badań, dotyczących profilaktyki zakażeń wertykalnych, stanowi pozyskanie informacji od placówek świadczących usługi lecznicze kobietom w ciąży w ramach umów podpisanych z NFZ (poradnie ginekologiczno-położnicze, poradnie K).

W związku z powyższym na podstawie art. 61 Konstytucji RP oraz art. 2 ust. 1 ustawy o dostępie do informacji publicznej z dnia 6 września 2001 r. (Dz.U. 2001, nr 112, poz. 1198), wnosimy o udostępnienie informacji publicznej w poniżej nakreślonym zakresie.

1. Ile ciąż było prowadzonych w Państwa poradni w roku 2015 i w roku 2016 (dane w podziale na poszczególne lata)?
2. Jaka była średnia liczba pacjentek przypadająca na jednego lekarza prowadzącego ciążę w Państwa poradni w roku 2015 i w roku 2016 (dane w podziale na poszczególne lata)?
3. Jakie badania zlecane były w Państwa poradni kobietom w ciąży w związku z ciążą przez osoby prowadzące ciążę w roku 2015 i w roku 2016 (dane w podziale na poszczególne lata)?
4. Ile badań zleconych kobietom w ciąży w związku z ciążą przez osoby prowadzące ciążę zostało wykonanych w Państwa poradni w roku 2015 i w roku 2016 (dane w podziale na poszczególne lata i poszczególne badania)?
5. Ile badań w kierunku HIV zostało zleconych w Państwa poradni pacjentkom w ciąży w roku 2015 i w roku 2016 (dane w podziale na poszczególne lata)?
6. Ile razy w trakcie ciąży poszczególne pacjentki miały zleczone w Państwa poradni badanie w kierunku

ku HIV w roku 2015 i w roku 2016 (dane w podziale na poszczególne lata)?

7. Ile badań w kierunku HIV zostało wykonanych w Państwa poradni kobietom w ciąży w roku 2015 i w roku 2016 (dane w podziale na poszczególne lata)?

Odpowiedzi na pytania prosimy wysłać w formie mejlowej na adres: karolina.walkiewicz@skaid.org lub pocztą na adres siedziby Społecznego Komitetu ds. AIDS (ul. Chmielna 4/11, 00-020 Warszawa).

Przypominamy, że zgodnie z Art. 13 ust. 1 Ustawy o dostępie do informacji publicznej udostępnianie informacji publicznej na wniosek następuje bez zbędnej zwłoki, nie później jednak niż w terminie 14 dni od dnia złożenia wniosku, z zastrzeżeniem ust. 2 i art. 15 ust. 2.

W razie pytań prosimy o kontakt z Karoliną Walkiewicz: tel. [numer telefonu], karolina.walkiewicz@skaid.org

Z poważaniem,

Zespół Społecznego Komitetu ds. AIDS

