



**Zakażenia  
przenoszone  
drogą płciową  
w Polsce.  
Wybrane aspekty.**



## SPIS TREŚCI

|   |     |
|---|-----|
| Spis treści .....   | 3   |
| Wstęp.....  | 4   |
| 1. Sytuacja epidemiologiczna zakażeń przenoszonych drogą płciową w Polsce, w Europie .....  | 6   |
| 2. Społeczne i behawioralne uwarunkowania chorób przenoszonych drogą płciową.....   | 25  |
| 3. Diagnostyka, rozpoznawanie i leczenie zakażeń przenoszonych drogą płciową. aktualna sytuacja   | 36  |
| 4. Integracja świadczeń w zakresie profilaktyki i leczenia STIs w Polsce – stan faktyczny, potrzeby i kierunki działań .....                        | 47  |
| 5. Zakażenia przenoszone drogą płciową w dobie PrEP: Polska, Europa .....   | 50  |
| 6. Zakażenia przenoszone drogą płciową w populacji MSM .....  | 55  |
| 7. Zakażenia przenoszone drogą płciową w populacji nastolatków .....  | 72  |
| 8. Rozpowszechnienie zakażeń przenoszonych drogą płciową w populacji dawców krwi .....  | 78  |
| 9. Zagadnienie praw pacjenta w kontekście zakażeń przenoszonych drogą płciową .....   | 89  |
| 10. Integracja świadczeń w zakresie diagnostyki i leczenia HIV i zakażeń przenoszonych drogą płciową – najlepsze praktyki krajów europejskich ..... | 98  |
| 11. Analiza sytuacji prawnej, bariery w integracji świadczeń.....   | 127 |
| Wnioski i rekomendacje .....  | 149 |
| Skróty .....  | 152 |

## WSTĘP

Zakażenia przenoszone drogą płciową, niezależnie od faktu, że można im skutecznie zapobiegać, stanowią istotny problem dla zdrowia publicznego. Jest tak nie tylko ze względów zdrowotnych oraz szeregu możliwych komplikacji w tym zakresie, ale też obciążenia, jakie powodują dla systemu ochrony zdrowia, i wysokich kosztów, jakie generują. Niestety zazwyczaj zagadnienie to jest przynajmniej częściowo bagatelizowane przez społeczeństwo, ekspertów w zakresie zdrowia czy nawet decydentów. Tymczasem zakażenia te powodują szkodliwe, często nieodwracalne i kosztowne implikacje, takie jak zagrożenia dla zdrowia prokreacyjnego oraz zdrowia noworodków i niemowląt. Ich obecność staje się dodatkowym czynnikiem zwiększającym ryzyko zakażenia HIV drogą kontaktów seksualnych. Ponieważ wiele z tych zakażeń pozostaje nierozpoznanych (a niektóre z nich, jak np. zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego czy *herpes* genitalny, nie są w ogóle zgłaszane), te z nich, które zazwyczaj objęte są nadzorem epidemiologicznym, takie jak chlamydowe, rzeżączkowe oraz kiła, stanowią jedynie część całego spectrum powodowanych przez ok. 35 patogenów zakażeń przenoszonych drogą płciową. Rozprzestrzenianie się tych zakażeń w sposób pośredni generuje wiele szkód zarówno społecznych, jak i ekonomicznych.

Istnieje wiele czynników mogących powodować poważne przeszkody w profilaktyce tych zakażeń, szczególnie ze względu na ich specyfikę obejmującą seksualność człowieka, która stanowi sferę intymną i jest tematem tabu w wielu kulturach. Osoba dotknięta problemem zakażeń przenoszonych drogą płciową często obawia się dyskryminacji także w placówkach ochrony zdrowia. Zjawisko to wpływa negatywnie na chęć poszukiwania pomocy medycznej, a co za tym idzie, na dostępność świadczeń. Warto podkreślić, że zakażenia przenoszone drogą płciową zaburzają nie tylko zdrowie człowieka, ale także jego ogólnie pojmowany dobrostan. W przypadku, gdy pozostają niezdiagnozowane czy nieleczone, dość banalne zakażenia przenoszone drogą kontaktów seksualnych mogą spowodować szereg komplikacji, w tym długoterminowych problemów zdrowotnych, zaczynając od niepożądanych rezultatów dotyczących ciąży i jej rozwiązania do zakażeń noworodków, infekcji niemowlęcych oraz problemów w zakresie układu sercowo-naczyniowego i nerwowego.

Do przyjętego przez państwa członkowskie ONZ w lipcu 2017 r. wachlarza celów zrównoważonego rozwoju do 2030 r. należą m.in. wysiłki na rzecz zachowań prozdrowotnych, zdrowia oraz promocji pojęcia dobrostanu ogólnego. Żeby zapewnić realizację tego ambitnego planu, Światowa Organizacja Zdrowia wytycza kierunki strategii działań w zakresie zwalczania HIV, wirusowych zapaleń wątroby oraz zakażeń przenoszonych drogą płciową. Wśród priorytetów ogólnych znalazły się m.in. kwestie dotyczące wzmocnienia systemu zdrowotnego za pomocą identyfikacji najlepszych metod w celu osiągnięcia integracji. Te skrojone na miarę interwencje prozdrowotne oraz świadczenia skierowane są do różnych, często narażonych na marginalizację populacji w celu osiągnięcia wysokiej jakości i równości w zdrowiu.

Kluczowym jest dążenie do integracji świadczeń w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia zakażeń przenoszonych drogą płciową ze świadczeniami w zakresie opieki zdrowotnej nad pacjentami zakażonymi HIV. Chodzi o to, by świadczenia takie mogły być, dla

większej ich efektywności, wykonywane dla pacjenta „pod jednym dachem”, w jednej placówce, by nie musiał się on przemieszczać w celu uzyskania porady, diagnostyki i leczenia.

Pierwsze posiedzenie Zespołu roboczego ds. zakażeń przenoszonych drogą płciową przy Krajowym Centrum ds. AIDS odbyło się w lutym 2015 r. i wyprzedziło o kilka lat rozszerzenie wachlarza zadań statutowych Centrum. Kierunek integracji zarówno profilaktyki, jak i świadczeń w zakresie zakażeń przenoszonych drogą płciową i HIV/AIDS był jednak nam i całemu środowisku osób zajmujących się tą tematyką bliski od wielu lat, o czym świadczą chociażby odpowiednie zapisy wcześniejszych edycji *Harmonogramu Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS*.

Celem niniejszego Raportu jest przede wszystkim diagnoza aktualnej sytuacji w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia zakażeń przenoszonych drogą płciową w Polsce. Intencją Krajowego Centrum ds. AIDS było także wypełnienie zobowiązań i realizacja celów przyjętych w procesie implementacji Projektu *Integrate*. Postanowiliśmy w pracy tej wykorzystać doświadczenia zdobyte w realizacji projektu typu *joint action* i przełożyć je na konstruktywne wnioski i rekomendacje dla działań do realizacji w naszym kraju zarówno w najbliższej przyszłości, jak i dalszej perspektywie czasowej. Do udziału w procesie przygotowania niniejszej publikacji zaprosiliśmy ekspertów z różnych dziedzin pokrewnych tematowi zakażeń przenoszonych drogą płciową, których zaangażowanie, wieloletni dorobek naukowy i wysokiej klasy ekspertyza gwarantowały powstanie opracowania na najwyższym poziomie.

Publikacją tą niejako żegnamy się z Projektem *Integrate*, gdyż jego realizacja w krajach Unii Europejskiej dobiega końca. Dziękujemy za możliwość zarówno czerpania z doświadczeń innych krajów, jak i dzielenia się najlepszymi praktykami wypracowanymi w Polsce. Dziękujemy Koordynatorowi Projektu, partnerom z innych krajów oraz Komisji Europejskiej, bez której współfinansowania realizacja Projektu *Integrate* nie byłaby możliwa. Nasze podziękowania kierujemy także do wszystkich osób i departamentów Ministerstwa Zdrowia, których praca przyczyniła się do sprawnej realizacji tego Projektu.

*Anna Marzec-Bogusławska*

*dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS, agendy Ministra Zdrowia*

## 1. SYTUACJA EPIDEMIOLOGICZNA ZAKAŻEŃ PRZENOSZONYCH DROGĄ PŁCIOWĄ W POLSCE, W EUROPIE

### **Streszczenie**

Zakażenia przenoszone drogą płciową (STIs) ze względu na częstość występowania i skutki zdrowotne uznawane są za istotne zagrożenie zdrowia publicznego. W celu monitorowania i zwalczania tych chorób są one objęte nadzorem epidemiologicznym, a niektóre podlegają obowiązkowi leczenia.

W krajach Unii Europejskiej w ciągu ostatniej dekady zaobserwowano trend wzrostowy liczby rozpoznawanych przypadków STIs. Od 2008 do 2018 r. nastąpił ponad trzykrotny wzrost wskaźnika nowych rozpoznań rzeżączki: z 7,85/100 tys. mieszkańców w 2008 r. do 26,42/100 tys. mieszkańców w roku 2018 (dla Polski – 0,86/100 tys. mieszkańców w 2018 r.). Podobnie od 2010 r. nastąpił gwałtowny – ponad 80% – wzrost liczby rejestrowanych przypadków kiły oraz prawie dwukrotny wzrost wskaźnika nowych rozpoznań (z 4,21/100 tys. mieszkańców w 2010 r. do 7,03/100 tys. mieszkańców w 2018 r., a dla Polski 3,76/100 tys. mieszkańców). Najczęściej występującą STI zarówno w Europie, jak i w Polsce są zakażenia *Chlamydia trachomatis*, które występują zwłaszcza w populacji osób młodych w wieku 20–34 lat. Od 2009 r. rejestrowany jest jednak ciągły spadek wskaźnika nowych rozpoznań chlamydii z 189,15 przypadków na 100 tys. mieszkańców wtedy do 145,89/100 tys. mieszkańców w 2018 r. (dla Polski – 0,80/100 tys. mieszkańców).

Najwyższe wskaźniki notuje się w województwie mazowieckim i wielkopolskim. W tych województwach wskaźniki nowych rozpoznań są często nawet kilkakrotnie wyższe niż średni wskaźnik dla Polski. Dla przykładu, w województwie mazowieckim wskaźnik nowych rozpoznań rzeżączki w 2019 r. wynosił 6,08/100 tys. mieszkańców w porównaniu do średniej wartości dla Polski – 1,45. Wskaźnik nowych rozpoznań kiły w tymże roku wynosił 11,88/100 tys. mieszkańców w województwie mazowieckim i 6,29/100 tys. mieszkańców w województwie wielkopolskim, podczas gdy średnia dla Polski w 2019 r. wynosiła 4,25. Wskaźnik nowych rozpoznań chlamydioz w 2019 r. w województwie mazowieckim wynosił 3,92/100 tys. mieszkańców, w województwie wielkopolskim 2,69/100 tys. mieszkańców, a średnia dla Polski wynosiła 1,09. Choć zróżnicowanie wojewódzkie może być spowodowane regionalnymi procedurami dotyczącymi testowania i zgłaszania, to analiza trendów w czasie z większym prawdopodobieństwem ukazuje rzeczywiste zmiany sytuacji epidemiologicznej. Dla rzeżączki na przestrzeni lat 2015–2019 stały wzrost wskaźnika nowych rozpoznań zarejestrowano w województwach: małopolskim, podlaskim i pomorskim, stały spadek wskaźników natomiast zarejestrowano tylko w województwie świętokrzyskim. Dla kiły w tym samym okresie stały wzrost wskaźnika nowych rozpoznań zarejestrowano w województwach: podkarpackim, śląskim i zachodniopomorskim, a stały spadek – w województwach: małopolskim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim. Dla chlamydioz zaś stały wzrost wskaźnika nowych rozpoznań zarejestrowano w województwach: mazowieckim, opolskim, podlaskim, śląskim i wielkopolskim, podczas gdy stały spadek zarejestrowano tylko

w województwie kujawsko-pomorskim. Duże zróżnicowanie wskaźników pomiędzy województwami należy interpretować w kategoriach różnic w efektywności nadzoru epidemiologicznego, w tym jego niekompletności w zakresie zarówno zgłoszeń lekarskich, jak zróżnicowana dostępność do diagnostyki STIs w poszczególnych województwach, a także zgłaszalność rozpoznanych zachorowań. Biorąc jednak pod uwagę rosnące wskaźniki nowych rozpoznanych STIs w Polsce, zwłaszcza w odniesieniu do nowych rozpoznanych kiły, wymagane jest podjęcie działań zarówno profilaktycznych, jak i edukacyjnych w celu zmniejszenia transmisji nowych zakażeń w populacji.

## **WSTĘP**

Do najczęściej występujących chorób przenoszonych drogą płciową (*Sexually Transmitted Diseases* – STD lub *Sexually Transmitted Infections* – STIs) zarówno w Europie, jak i w Polsce zalicza się: kiłę, do której dochodzi w wyniku zakażenia bakterią krętek blady – *Treponema pallidum*; rzeżączkę, która jest wynikiem zakażenia Gram-ujemną bakterią dwóinką rzeżączki – *Neisseria gonorrhoeae*; oraz chlamydiozy przenoszone drogą płciową, wywołane bakterią *Chlamydia trachomatis* (najczęściej serotypem D-K, który powoduje zapalenie dolnych odcinków narządów moczowo-płciowych).

Wszystkie te choroby mają kilka wspólnych cech, m.in:

- te same drogi zakażenia, tj. kontakt seksualny z osobą zakażoną (genitalno-genitalny, genitalno-analny, oralno-genitalny, oralno-analny), gdzie dochodzi do przeniesienia zakażenia poprzez błony śluzowe, oraz drogą wertykalną, tj. z zakażonej matki na dziecko;
- można je skutecznie wyleczyć przy wcześnie wdrożonej antybiotykoterapii, co jednak nie chroni przed ponownym zakażeniem;
- u większości zakażonych osób choroba przebiega bezobjawowo lub skąpoobjawowo, ale na późniejszym etapie rozwoju może prowadzić do trwałych następstw i powikłań zdrowotnych.

Ze względu na tę samą drogę transmisji zakażenia choroby te często ze sobą współwystępują. Biorąc pod uwagę częstość występowania oraz skutki zdrowotne, są one uznawane za istotny problem zdrowia publicznego. Z tego powodu choroby te objęte są obowiązkowym nadzorem sanitarno-epidemiologicznym w większości krajów europejskich, a także obowiązkowe jest leczenie osób zakażonych oraz osób z kontaktu z osobami zakażonymi. Szybkie rozpoznawanie i leczenie zakażeń przenoszonych drogą płciową pozwala na ograniczenie ich szerzenia się w populacji.

## **SYTUACJA EPIDEMIOLOGICZNA CHORÓB PRZENOSZONYCH DROGĄ PŁCIOWĄ W EUROPIE**

### ***Nadzór nad chorobami przenoszonymi drogą płciową w Europie***

Sytuacja epidemiologiczna STIs na poziomie europejskim monitorowana jest przez Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (*European Centre for Disease Prevention and Control* – ECDC) w Sztokholmie. Dane dotyczące nowo rozpoznanych zakażeń przesyłane są przez kraje członkowskie co roku za pomocą systemu TESSy, który służy do zbierania, analizowania i przekazywania informacji na temat chorób zakaźnych w Unii

Europejskiej. Zgłaszanie STIs w większości państw Unii Europejskiej jest obowiązkowe, a raportowanie przypadków powinno odbywać się ze wszystkich jednostek medycznych i/lub laboratoriów [1]. W niektórych państwach, np. w Belgii, Francji i Holandii, wprowadzono system sentinelowy, gdzie informacje o zakażeniach raportowane są tylko przez wybrane ośrodki medyczne, w których prowadzony jest wzmożony nadzór nad podejrzeniami i rozpoznaniem STIs. Z nielicznymi wyjątkami nadzór w krajach UE oparty jest na jednostkowych (dane indywidualne) zgłoszeniach nowych przypadków. Większość krajów w Europie klasyfikację przypadków opiera na stosowanych w Unii Europejskiej ujednoliconych definicjach przypadku stworzonych na potrzeby nadzoru epidemiologicznego. W niektórych krajach definicje są dostosowane do aktualnej sytuacji epidemiologicznej każdej jednostki chorobowej w danym państwie [1]. Dane dotyczące sytuacji epidemiologicznej chorób przenoszonych drogą płciową w krajach europejskich dostępne są na stronie ECDC jako atlas chorób zakaźnych – *Surveillance Atlas of Infectious Diseases* [2].

#### Choroby przenoszone drogą płciową w Europie w latach 1990–2018

Między rokiem 1990–2018 zgłoszono 1 338 523 przypadki rzeżączki. W początkowych latach, tj. od roku 1990 do roku 1998, wskaźnik nowych rozpoznań rzeżączki zmalał z 34,01 do 10,69 przypadków na 100 tys. mieszkańców. W kolejnych latach utrzymywał się na dość zbliżonym poziomie, wykazując okresowe wahania, natomiast od roku 2008 obserwowany jest stały wzrost zarówno liczby przypadków rzeżączki, jak i wskaźnika nowych rozpoznań. Od 2008 do 2018 r. był to ponad trzykrotny wzrost wskaźnika: z 7,85/100 tys. mieszkańców w 2008 r. do 26,42/100 tys. mieszkańców w roku 2018 (Rys. 1).

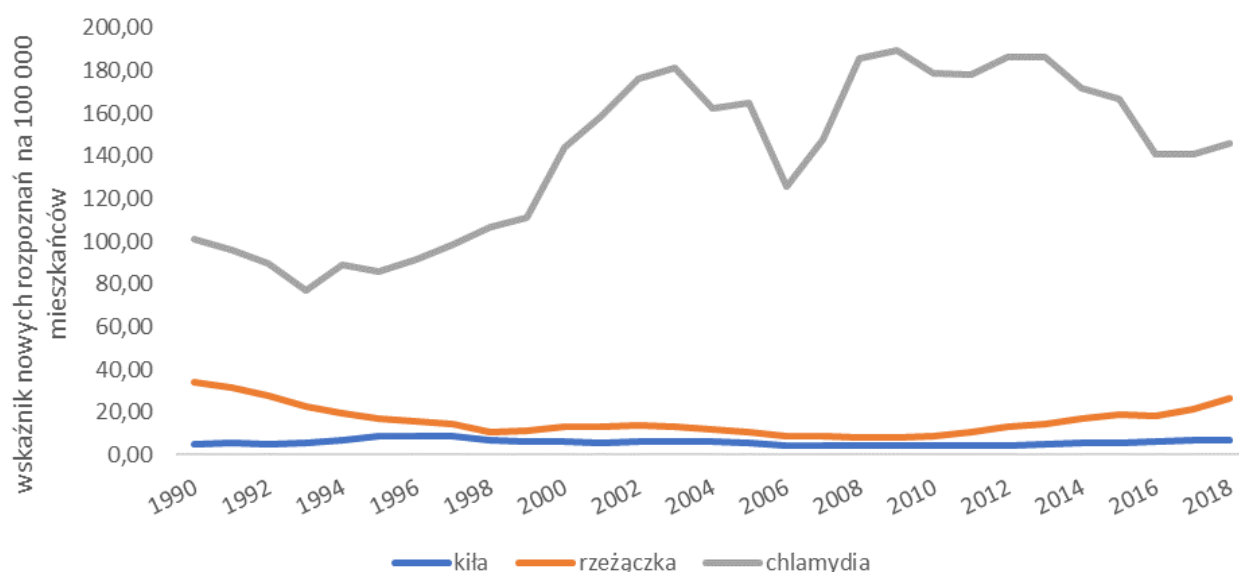
W tym samym okresie zgłoszono 561 639 przypadków kiły w Europie. W początkowych latach wskaźnik nowych rozpoznań wzrastał z 4,98/100 tys. mieszkańców w roku 1990 do 8,87/100 tys. mieszkańców w roku 1996. Następnie do 2010 r. obserwowano spadek wskaźnika nowych rozpoznań w populacji, przy okresowych wahaniami liczby nowych przypadków kiły (okresowe niewielkie wzrosty i spadki liczby nowych rozpoznań). Od roku 2010 nastąpił gwałtowny, bo ponad 80%, wzrost liczby rejestrowanych przypadków kiły oraz prawie dwukrotny wzrost wskaźnika nowych rozpoznań: z 4,21/100 tys. mieszkańców w 2010 r. do 7,03/100 tys. mieszkańców w 2018 r. (Rys. 1). Rozbieżność pomiędzy trendami liczby nowych rozpoznań a trendami wskaźnika nowych rozpoznań obliczonego dla UE wynika z metodyki obliczania wskaźnika, która uwzględnia zmieniającą się liczbę krajów raportujących zakażenia oraz prowadzących nadzór typu sentinel. Dla przykładu, w roku 2000 liczba nowych zakażeń była zgłoszona z 18 krajów, natomiast wskaźnik nowych rozpoznań został wyliczony tylko dla 15 krajów. Aż do 2010 r. różnica między liczbą krajów, z których zgłaszano bezwzględne liczby nowych rozpoznań, a tych, z których podano wskaźnik nowych rozpoznań, wahała się od 4–6 krajów. W ostatnich trzech latach, tj. 2016–2018, różnica między krajami raportującymi liczby nowych przypadków kiły oraz wskaźniki nowych rozpoznań wynosi 3, tj. liczba nowych zakażeń była zgłoszona z 29 krajów, wskaźnik nowych rozpoznań natomiast został wyliczony tylko dla 26 krajów.

Sam wzrost liczby nowych przypadków obserwowany od 2010 r. prawdopodobnie związany jest z gwałtownym wzrostem zakażeń kiłą w populacji mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne między mężczyznami (bez względu na orientację seksualną) – MSM. W roku



2010 liczba zakażeń w Europie wśród MSM wynosiła 5 432 przypadki, natomiast w 2018 r. liczba zakażeń w populacji MSM wzrosła aż do 15 756 nowych infekcji w ciągu roku.

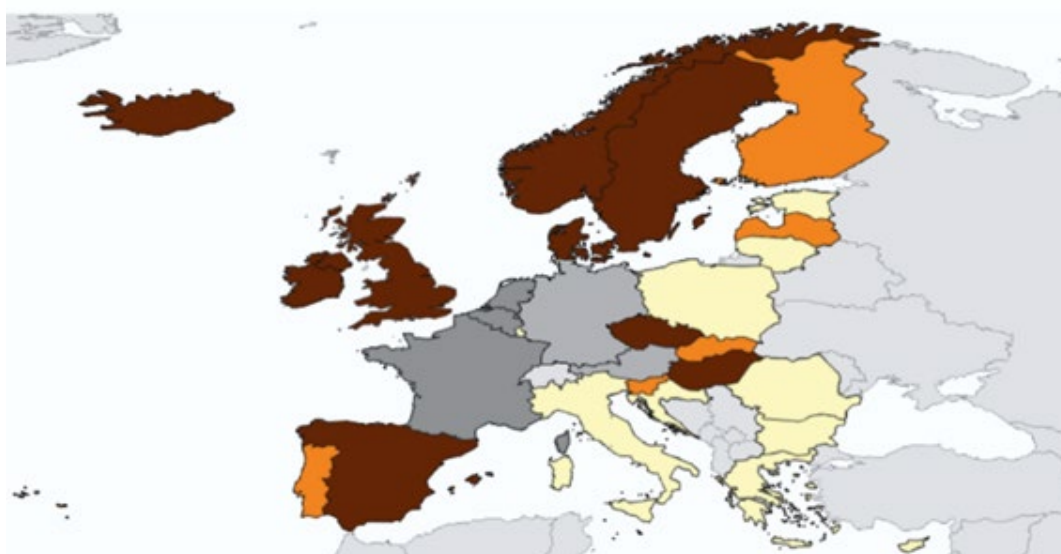
Najczęściej występującą STIs w krajach europejskich jest jednak zakażenie *Chlamydia trachomatis*. Występuje nawet 6 razy częściej niż kiła czy rzeżączka. W ostatnich 30 latach zarejestrowano ok. 6 439 436 przypadków chlamydioz. Największy, ponad dwukrotny wzrost wskaźnika nowych rozpoznań odnotowano między 1993 a 2003 r. (z 77,17/100 tys. mieszkańców do 181,09/100 tys. mieszkańców) oraz między 2006 a 2009 r. – wzrost o ponad 50%. Od 2009 r. rejestrowany jest jednak ciągły spadek wskaźnika nowych rozpoznań z 189,15 przypadków na 100 tys. mieszkańców do 145,89/100 tys. mieszkańców w 2018 r. (Rys. 1).



**Rys. 1. Wskaźnik nowych rozpoznań rzeżączki, kiły i chlamydioz na 100 tys. mieszkańców w latach 1990–2018 w Europie. Źródło: Opracowanie NIZP-PZH na podstawie danych z ECDC**

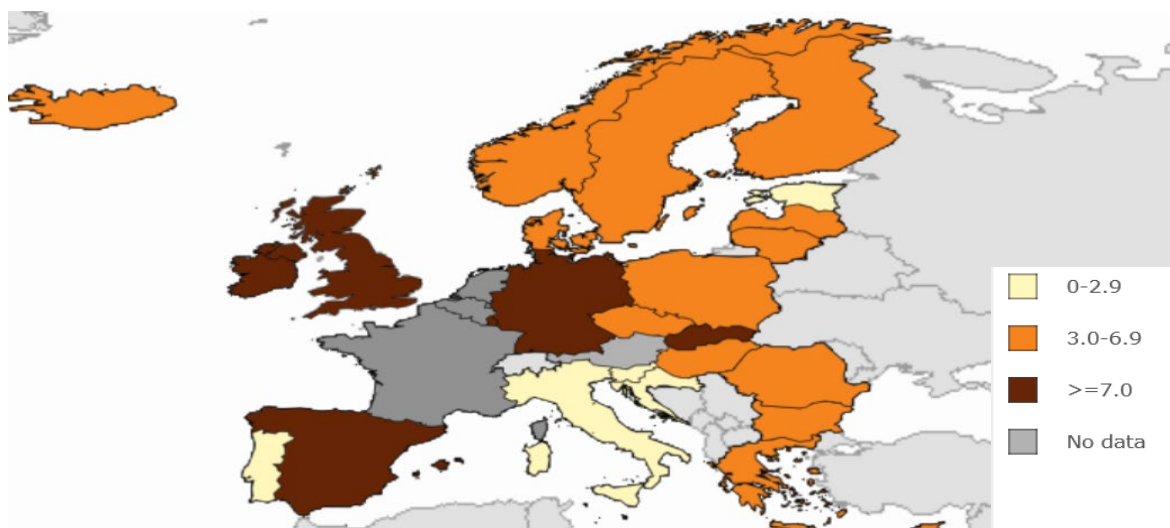
#### Zróźnicowanie wskaźników nowych rozpoznań chorób przenoszonych drogą płciową w Unii Europejskiej w 2018 r.

W 2018 r. potwierdzono zakażenie *Neisseria gonorrhoeae* u 100 673 osób. W porównaniu z rokiem poprzednim zaobserwowano ponad 12% wzrost liczby nowych zakażeń. Najwięcej zakażeń zostało zarejestrowanych w Wielkiej Brytanii (ponad 61% wszystkich zakażeń w UE), co jest wynikiem dużej liczby badań przesiewowych w kierunku STIs prowadzonych w tym kraju. Wskaźnik nowych rozpoznań rzeżączki wynosił 26,42 przypadki na 100 tys. mieszkańców. Największy wskaźnik odnotowano w Wielkiej Brytanii (ponad 93,21), Irlandii (49,79), Danii (38,00), Islandii (29,85), Norwegii (31,33) i Szwecji (26,85). Najniższy wskaźnik (poniżej 1/100 tys. mieszkańców) zarejestrowano w Bułgarii, Chorwacji, Cyprze, Polsce i Rumunii (Rys. 2).



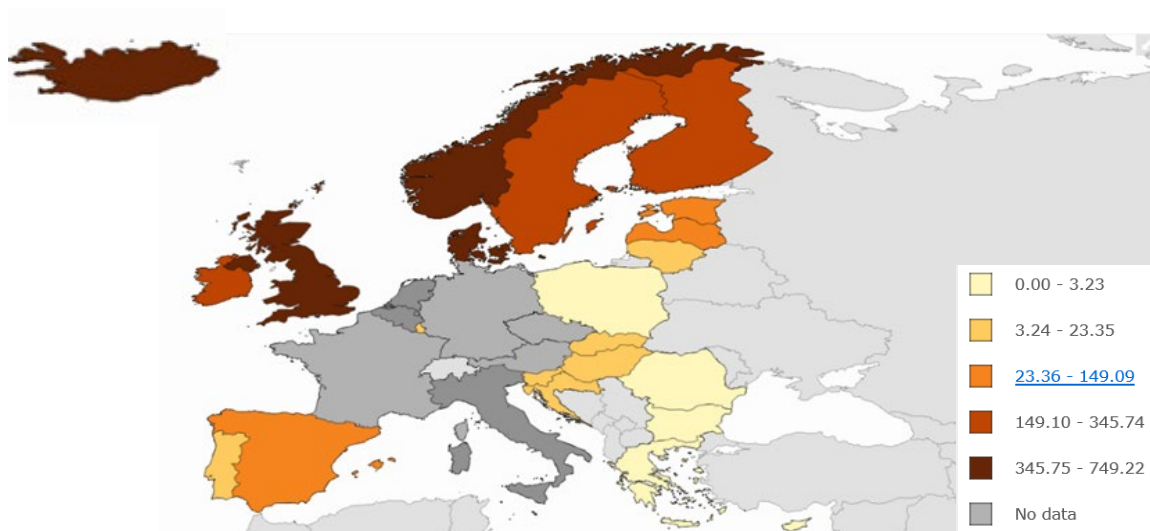
Rys. 2. Wskaźnik nowych rozpoznań rzeżączki na 100 tys. mieszkańców w Europie w 2018 r. Źródło: ECDC, *Surveillance Atlas of Infectious Diseases*

Zakażenie *Treponema pallidum* tym czasem potwierdzono u 33 927 osób. W porównaniu z rokiem poprzednim zaobserwowano niewielki wzrost liczby nowych zakażeń, jedynie o 119 przypadków, wskaźnik nowych rozpoznań kiły zaś utrzymywał się na tym samym poziomie co w roku poprzednim – 7,03/100 tys. mieszkańców. Podobnie jak w przypadku rozpoznań rzeżączki, najwięcej zakażeń krętkiem bladym zostało zarejestrowanych w Wielkiej Brytanii – 8 328 przypadków (12,57/100 tys. mieszkańców) i w Niemczech – 7 328 przypadków (8,85/100 tys. mieszkańców), co stanowiło ponad 46% wszystkich przypadków kiły w Europie. Największy wskaźnik nowych rozpoznań odnotowano na Malcie (17,87), w Luxemburgu (17,11) oraz w Wielkiej Brytanii (12,57) i Hiszpanii (10,34). Najniższy natomiast (poniżej 3/100 tys. mieszkańców) zarejestrowano w Chorwacji, Estonii, Włoszech, Portugalii i Słowenii (Rys. 3). W 2018 r. tylko w 56,8% zgłoszeń podano postać kliniczną kiły. Najczęściej zakażenie rozpoznawano na etapie: kiły wczesnej utajonej (*Early latent syphilis*) – 21,3% przypadków, kiły wczesnej objawowej – pierwotnej (*Primary syphilis*) – 18,8% przypadków, a także kiły wczesnej objawowej – wtórnej (*Secondary syphilis*) – 14,1%.



Rys. 3. Wskaźnik nowych rozpoznań kiły na 100 tys. mieszkańców w Europie w 2018 r. Źródło: ECDC, *Surveillance Atlas of Infectious Diseases*

Największa liczba przypadków zachorowań STIs w Europie jest jednak wynikiem zakażenia bakterią *Chlamydia trachomatis*. W 2018 r. zarejestrowano ok. 406 406 przypadków chlamydioz, a wskaźnik nowych rozpoznań chlamydii wynosił 140,46 przypadków na 100 tys. mieszkańców. Również w tym przypadku zgłoszenia z Wielkiej Brytanii stanowiły prawie 60% wszystkich zgłoszeń (wskaźnik wynosił 365,74/100 tys. mieszkańców), co jest wynikiem badań screeningowych prowadzonych od 2008 r. w populacji osób najbardziej narażonych na ryzyko zakażenia STIs, tj. osób w wieku 15–24 lat. Podobnie wysokie wskaźniki rejestrowane są w innych krajach, w których prowadzone są szeroko zakrojone badania przesiewowe, m.in.: Danii (578,00), Islandii (526,62), Norwegii (501,47), Szwecji (310,50) oraz Finlandii (269,16). Najniższe wskaźniki (poniżej 10 przypadków na 100 tys. mieszkańców) zarejestrowano m.in.: w Słowacji, Litwie, Węgrzech, Luxemburgu, Chorwacji, Portugalii, Bułgarii, Polsce, Cyprze, Grecji i Rumunii (Rys. 4). W porównaniu do roku poprzedzającego w 2018 r. nastąpił niewielki spadek liczby przypadków chlamydii, w granicach 1%, wskaźnik nowych rozpoznań natomiast wzrósł o prawie 4%.



Rys. 4. Wskaźnik nowych rozpoznań chlamydioz na 100 tys. mieszkańców w Europie w 2018 r. Źródło: ECDC, Surveillance Atlas of Infectious Diseases

*Choroby przenoszone drogą płciową w zależności od wieku i płci zakażonych osób oraz prawdopodobnej drogi transmisji zakażenia w Europie w 2018 r.*

Zakażenia *Neisseria gonorrhoeae* częściej rejestrowane są w populacji mężczyzn – 76,4% (40,69 przypadków na 100 tys. mężczyzn). Stosunek zakażeń w grupie mężczyzn do zakażeń w grupie kobiet w 2018 r. wynosił ok. 2:1 (tzn. na 2 zakażonych mężczyzn przypada 1 zakażona kobieta). Niższy współczynnik zarejestrowano m.in.: w Danii, Estonii, Łotwie, Hiszpanii oraz Luxemburgu; najwyższe różnice między liczbą zakażonych mężczyzn a liczbą zakażonych kobiet zarejestrowano w Rumunii – 14:1. W przypadku nowych rozpoznań kiły stosunek zakażonych mężczyzn do zakażonych kobiet wynosił ok. 8:1. Wśród wszystkich przypadków zgłoszonych w Europie zakażenie dotyczyło głównie mężczyzn – 89,5% przypadków. Wskaźnik nowych rozpoznań dla mężczyzn w 2018 r. wynosił 11,97/100 tys. mężczyzn, natomiast dla kobiet tylko 1,52/100 tys. kobiet. Odwrotną sytuację epidemiologiczną obserwuje się w przypadku zakażeń wywołanych przez *Chlamydię trachomatis*, które częściej dotyczą kobiet. W 2018 r. ponad 55% zakażeń rozpoznano w populacji kobiet. Stosunek zakażeń mężczyzn do kobiet wynosił 0,8; wskaźnik rozpoznawalności dla kobiet wynosił 161,17 przypadków na 100 tys. kobiet, a dla mężczyzn 128,43/100 tys. mężczyzn.

Najczęściej zachorowania na rzeżączkę występują wśród osób młodych w wieku 25–34 lat (ponad 37% wszystkich przypadków) oraz w grupie nastolatków i młodych dorosłych, czyli w wieku 15–24 lata (34,5% przypadków). W pozostałych grupach wiekowych, tj. 35–44 lata oraz u osób powyżej 45 r.ż., odsetek zakażeń wynosił odpowiednio 16,8% oraz 11,4%.

Odmienny rozkład liczby nowych rozpoznań w zależności od wieku zakażonych osób obserwowany jest natomiast w przypadku zachorowań na kiłę, gdzie największy odsetek przypadków, prawie 31%, zarejestrowano w populacji po 45 r.ż. oraz podobnie wśród osób w wieku 25–34 lat. Zakażenia wśród osób w wieku 35–44 lat stanowiły 25,1% wszystkich zakażeń, a w najmłodszej grupie wiekowej 15–24 lat odnotowano 12,9% osób zakażonych. W przypadku zakażeń *Chlamydia trachomatis* ponad 66,3% wszystkich zakażeń zarejestrowano

wśród osób najmłodszych, tj. w wieku 15–24 lat. Drugą co do wielkości grupę zakażonych osób stanowiły osoby w wieku 25–34 lat (26,2% przypadków), wśród osób między 35–44 r.ż. zarejestrowano ok. 6,3% przypadków, a zakażenia w najstarszej grupie wiekowej stanowiły mniej niż 1% wszystkich zakażeń.

W przypadku zachorowań na kiłę i rzeżączkę dominującą drogą zakażenia są kontakty seksualne między mężczyznami. Liczba zakażeń drogą heteroseksualną kształtowała się jednak na dość zbliżonym poziomie. W 2018 r. odsetek osób zakażonych *Neisseria gonorrhoeae* wśród osób heteroseksualnych był porównywalny z zakażeniami wśród mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami (MSM), odpowiednio 12,4% u heteroseksualnych mężczyzn i 11,3% u heteroseksualnych kobiet oraz 34,2% u MSM. Wśród zgłoszonych zachorowań na kiłę najliczniejszą grupę stanowili mężczyźni utrzymujący kontakty z mężczyznami – 37,0% oraz heteroseksualni mężczyźni – 7,6%. Dla ponad połowy przypadków nie podano danych na temat drogi zakażenia. W odróżnieniu od kiły i rzeżączki wśród zakażeń bakterią chlamydii najczęściej zakażenia rejestrowane są wśród heteroseksualnych kobiet – 17,5% przypadków oraz heteroseksualnych mężczyzn – 11,0%, zakażenia wśród MSM w 2018 r. zaś stanowiły tylko 3,9% przypadków. Podobnie jak dla kiły aż w ponad 67% zakażeń *Chlamydia trachomatis* nie wskazano prawdopodobnej drogi transmisji.

## **SYTUACJA EPIDEMIOLOGICZNA CHORÓB PRZENOSZONYCH DROGĄ PŁCIOWĄ W POLSCE**

### ***Nadzór nad chorobami przenoszonymi drogą płciową w Polsce***

Zachorowania na STIs, takie jak kiła oraz rzeżączka, zostały objęte w Polsce nadzorem sanitarno-epidemiologicznym na podstawie Dekretu z 1946 r. o zwalczaniu chorób wenerycznych [3]. Nakładał on m.in. obowiązek prowadzenia przez lekarzy rejestru osób z rozpoznaną chorobą weneryczną oraz obowiązek przesyłania do lekarza powiatowego lub miejskiego informacji o źródłach i drogach szerzenia się tych chorób. Dekret ten z późniejszymi nowelizacjami obowiązywał do roku 2002. Następnie aż do 2009 r. obowiązywała Ustawa z 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach [4], która podtrzymała obowiązek nadzoru nad chorobami przenoszonymi drogą płciową. W tym czasie objęto nadzorem również nierzeżączkowe zapalenia cewki moczowej, najczęściej wywoływane przez bakterię *Chlamydia trachomatis*. Od 2009 r. obowiązuje Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi [5], która zapewnia prowadzenie nadzoru nad zakażeniami przenoszonymi drogą płciową oraz obowiązek leczenia osób z rozpoznaniem m.in. kiły i rzeżączki. Zgodnie z ww. ustawą osoby, które miały kontakt seksualny z chorymi na kiłę lub rzeżączkę, „podlegają nadzorowi epidemiologicznemu, badaniu klinicznemu, badaniom diagnostycznym, a także w razie potrzeby, profilaktycznemu stosowaniu leków”.

W roku 2009 w Polsce na potrzeby nadzoru epidemiologicznego wprowadzono definicje przypadków zakażeń przenoszonych drogą płciową, tożsame dla całej Unii Europejskiej [6]. Definicje te w kolejnych latach zostały rozszerzone na potrzeby nadzoru w Polsce, tzn. w definicji przyjętej w Polsce dopuszczono stosowanie kategorii „przypadek możliwy” [7]. Klasyfikacja przypadku opiera się na kryteriach klinicznych, epidemiologicznych oraz laboratoryjnych. W Polsce przyjęto trzy możliwości zaklasyfikowania przypadku zgodnie z definicją: przypadek możliwy – każda osoba, u której lekarz rozpoznał chorobę; przypadek

prawdopodobny – każda osoba spełniająca kryteria kliniczne i epidemiologiczne (udokumentowane powiązanie epidemiologiczne polegające na przeniesieniu zakażenia z człowieka na człowieka, tj. kontakty seksualne lub zakażenie wertykalne) oraz przypadek potwierdzony – każda osoba spełniająca określone definicją kryteria laboratoryjne wymagane do rozpoznania zakażenia.

Zgodnie z art. 20 ustawy o chorobach zakaźnych i zakażeniach z 2001 r. podejrzenie lub rozpoznanie zachorowania na AIDS, kiłę, rzeżączkę, nierzęączkowe zakażenia dolnych odcinków narządów moczowo-płciowych i inne chlamydiozy oraz rzęsistkowicę lekarz lub felczer miał obowiązek zgłosić bezpośrednio właściwemu ze względu na miejsce zachorowania wojewódzkiemu inspektorowi sanitarnemu lub wskazanej przez niego specjalistycznej jednostce właściwej w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową. W związku z tym ostatnim zapisem początkowo nadzór pozostawał w gestii wojewódzkich poradni skórno-wenerologicznych i dopiero w ciągu kilku lat stopniowo był przekazywany do Wojewódzkich Stacji Sanitarно-Epidemiologicznych (WSSE). W ramach zapisów kolejnej ustawy z 2008 r. nadzór został przesunięty na Powiatowe Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne (PSSE). W art. 27 zapisane jest, że: „Lekarz lub felczer, który podejrzewa lub rozpoznaje zakażenie, chorobę zakaźną lub zgon z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, określone na podstawie ust. 9 pkt 1”, ma obowiązek zgłoszenia tego faktu w ciągu 24 godzin od momentu rozpoznania lub powzięcia podejrzenia zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej: 1) państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu właściwemu dla miejsca rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej, lub 2) państwowemu wojewódzkiemu inspektorowi sanitarnemu, lub 3) innym podmiotom właściwym ze względu na rodzaj choroby zakaźnej, zakażenia lub zgonu z powodu choroby zakaźnej. Zgłoszenia od lekarzy przekazywane były do stacji powiatowych, i w późniejszym okresie uwzględniono choroby przenoszone drogą płciową w sprawozdaniach o zachorowaniach na choroby zakaźne, zakażeniach i zatruciach MZ-56 (meldunki dwutygodniowe, kwartalne, roczne) przekazywanych przez PSSE do WSSE i Zakładu Epidemiologii w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładzie Higieny (obecna nazwa: Zakład Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru), które są publikowane na stronie internetowej jako roczny biuletyn *Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce* [8]. Dla rzeżączki zostało to wdrożone od 2013 r., dla chlamydii od 2014 r., a w przypadku kiły dopiero od 2015 r. Prace nad stworzeniem rejestru centralnego obejmującego dane jednostkowe o zachorowaniach na choroby przenoszone drogą płciową rozpoczęły się po wyznaczeniu NIZP-PZH jako krajowej jednostki specjalistycznej właściwej do prowadzenia rejestrów w tym zakresie. Rejestr wprowadzono w roku 2017 dla rzeżączki i w 2019 r. dla kiły na bazie dokumentacji papierowej udostępnianej przez Inspekcję Sanitarną. Przypadki chorób przenoszonych drogą płciową rozpoznane przez lekarza są zgłaszane na formularzu zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania zachorowania na chorobę przenoszoną drogą płciową (ZLK-3), zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 2013 r. [9], a dodatkowo wyniki badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych zgłaszane są przez kierownika laboratorium diagnostycznego na formularzu ZLB-1, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 2014 r. [10]. Od 2020 r. zgłoszenia ZLK i ZLB są rejestrowane w systemie EpiBaza, gdzie integrowane są informacje ze wszystkich zgłoszeń tego samego przypadku. Choroby

przenoszone drogą płciową zgodnie z obowiązującymi regulacjami są rejestrowane w EpiBazie. Jednostkowe zanonimizowane dane na temat chorób STIs w Polsce przesyłane są również na poziom europejski do Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC).

Równolegle do rejestru zakażeń prowadzony jest monitoring zbiorczy liczby leczonych z powodu chorób przenoszonych drogą płciową oparty na rocznych sprawozdaniach MZ-14, rejestrowanych w ramach Ministerstwa Zdrowia za pomocą Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) [11]. Nadzór ten dla STIs został wprowadzony od roku 1985 i w początkowym okresie sprawozdania pochodziły z poradni skórno-wenerologicznych zlokalizowanych na terenie całej Polski, nadzór centralny zaś prowadzony był przez Instytut Wenerologii w Warszawie. Nadzór ten oparty jest na zgłoszeniach zagregowanych, w których nie zgłasza się pojedynczych przypadków, a jedynie ogólną liczbę osób leczonych z powodu chorób wenerycznych w poradniach. Mimo likwidacji poradni dedykowanych tylko chorobom wenerycznym sprawozdawczość dotycząca leczonych z powodu STIs (sprawozdania MZ-14) prowadzona jest do tej pory, dane są publikowane w biuletynach statystycznych dostępnych na stronie CSIOZ [11].

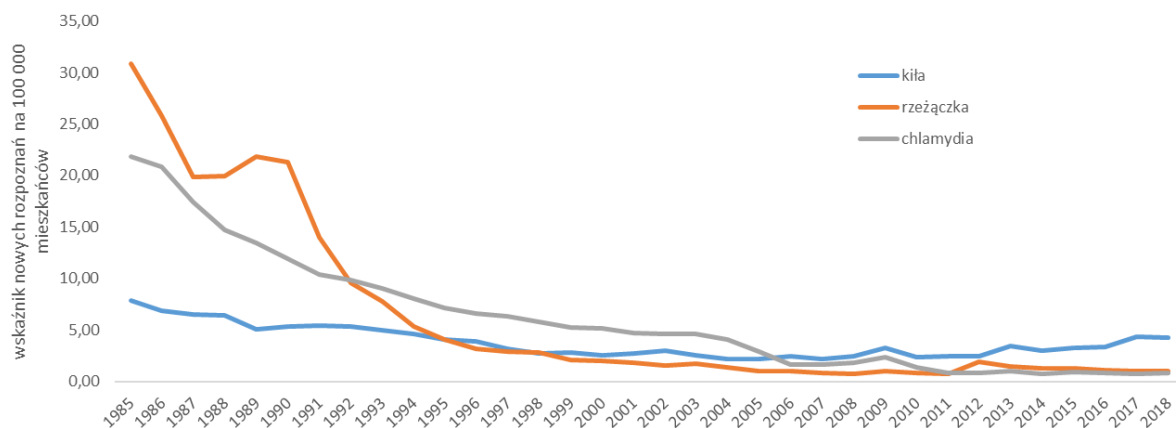
#### *Choroby przenoszone drogą płciową w Polsce w latach 1985–2018*

Na podstawie rocznych sprawozdań na temat liczby pacjentów leczonych w poradniach skórno-wenerologicznych (MZ-14) w Polsce od 1985 r. zarejestrowano 82 991 przypadków rzeżączki. Wskaźnik nowych rozpoznań rzeżączki w początkowych latach wynosił 30,87/100 tys. mieszkańców. Średnia liczba nowych zakażeń w latach 1985–1998 wynosiła 5 218 przypadków na rok, w tym czasie nastąpił jednak bardzo duży spadek liczby nowo rozpoznanych przypadków (z 11 919 przypadków w 1985 r. do 1 096 przypadków w 1998 r.). W latach 1999–2018 średnia liczba nowych zakażeń wynosiła ok. 496 przypadki na rok, a wskaźnik nowych rozpoznań wahał się w granicach 0,75–2,10 przypadków na 100 tys. mieszkańców (Rys. 5).

W tym samym okresie zarejestrowano 49 834 przypadki kiły, wskaźnik nowych rozpoznań w 1985 r. wynosił 7,85/100 tys. mieszkańców. W kolejnych latach aż do roku 2011 systematycznie się zmniejszał, osiągając wartość 2,44/100 tys. mieszkańców w 2012 r. Od tego czasu wartość wskaźnika wzrosła o prawie 70% – wynosząc w 2018 r. 4,23/100 tys. mieszkańców. Średnia liczba zakażeń w latach 1985–1999 kształtowała się na poziomie 1 930 przypadków rocznie, natomiast w latach 2000–2012 liczba ta zmalała do 967, a od 2013 r. do 2018 r., przy ciągłym wzroście liczby zakażeń, średnio rocznie wykrywano 1 385 przypadków (Rys. 5).

Liczba zakażeń *Chlamydia trachomatis* od 1985 r. do 2018 r. wynosiła ok. 81 064 przypadki. W latach 1985–1991 liczba przypadków zmniejszyła się z 8 416 do 4 025 przypadków (wskaźnik nowych rozpoznań zmalał od 21,80 do 10,42/100 tys. mieszkańców). W latach 1992–2005 zarówno liczba przypadków, jak i wskaźnik nowych rozpoznań malały, a od 2006 r. wskaźnik utrzymuje się poniżej 2 rozpoznań na 100 tys. mieszkańców (Rys. 5).



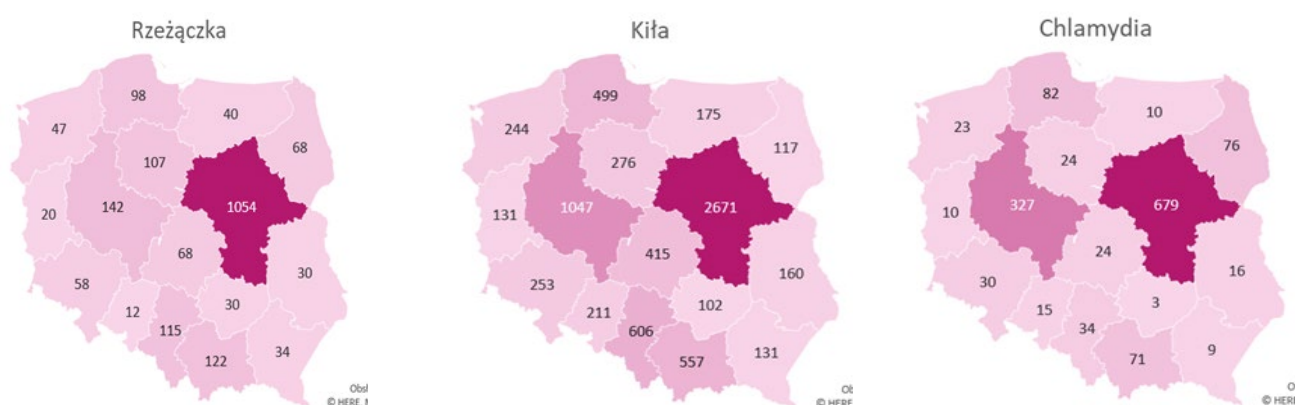


**Rys. 5. Wskaźnik nowych rozpoznanych rzeżączki, kiły i chłamydii na 100 tys. mieszkańców w Polsce, w latach 1985–2018. Źródło: Opracowanie NIZP-PZH na podstawie danych z CSIOZ (MZ-14)**

*Zróźnicowanie wskaźników nowych rozpoznanych chorób przenoszonych drogą płciową pomiędzy województwami w latach 2015–2019*

Między 2015 a 2019 r. najwięcej osób zakażonych *Neisseria gonorrhoeae* zostało zarejestrowanych w województwie mazowieckim – 1 054 przypadki (51,5% wszystkich przypadków rzeżączki); w pozostałych województwach liczba przypadków wahała się od 12 w woj. opolskim do 142 w woj. wielkopolskim (Rys. 6). Zakażenia krętkiem bladym dominują w dwóch województwach: mazowieckim – 2 671 przypadków oraz wielkopolskim – 1 047 przypadków. W pozostałych regionach Polski liczba rozpoznanych kiły wahała się od 102 w woj. świętokrzyskim do 606 w woj. śląskim.

Podobnie jak w przypadku kiły najwięcej zakażeń *Chlamydia trachomatis* rozpoznano w woj. mazowieckim – 679 przypadków oraz wielkopolskim – 327 przypadków. W pozostałych województwach liczba rozpoznanych wahała się między 3 przypadkami w woj. świętokrzyskim a 82 przypadkami w woj. pomorskim (Rys. 6).

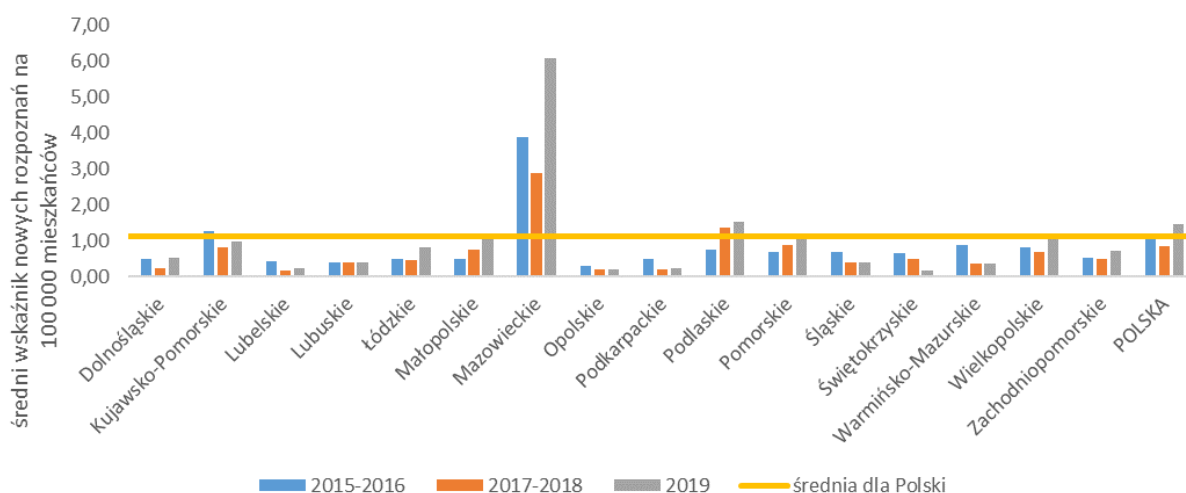


**Rys. 6. Liczba przypadków zakażenia rzeżączką, kiłą i chłamydią w poszczególnych województwach w latach 2015–2019. Źródło: Opracowanie NIZP-PZH na podstawie danych z MZ-56 przesyłanych przez PSSE**

Średni wskaźnik nowych rozpoznanych rzeżączki w latach 2015–2016, 2017–2018 oraz w 2019 r. wynosił odpowiednio 1,09, 0,85 oraz 1,45/100 tys. mieszkańców. W porównaniu

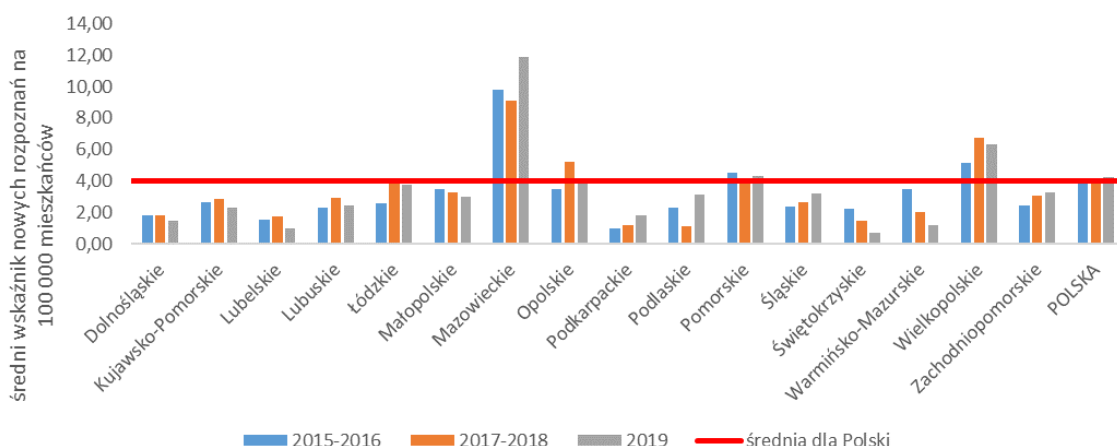


z ogólnym wskaźnikiem dla Polski wyższe zarejestrowano w województwach: mazowieckim, kujawsko-pomorskim (lata 2015–2016) oraz podlaskim (lata 2015–2016; 2019). Stały wzrost wskaźnika zarejestrowano w woj. małopolskim i podlaskim (wzrost ponad dwukrotny w porównaniu z 2015 r.) oraz pomorskim (wzrost o 60%). Natomiast stały spadek wskaźnika nowych rozpoznań zarejestrowano tylko w woj. świętokrzyskim (Rys. 7).



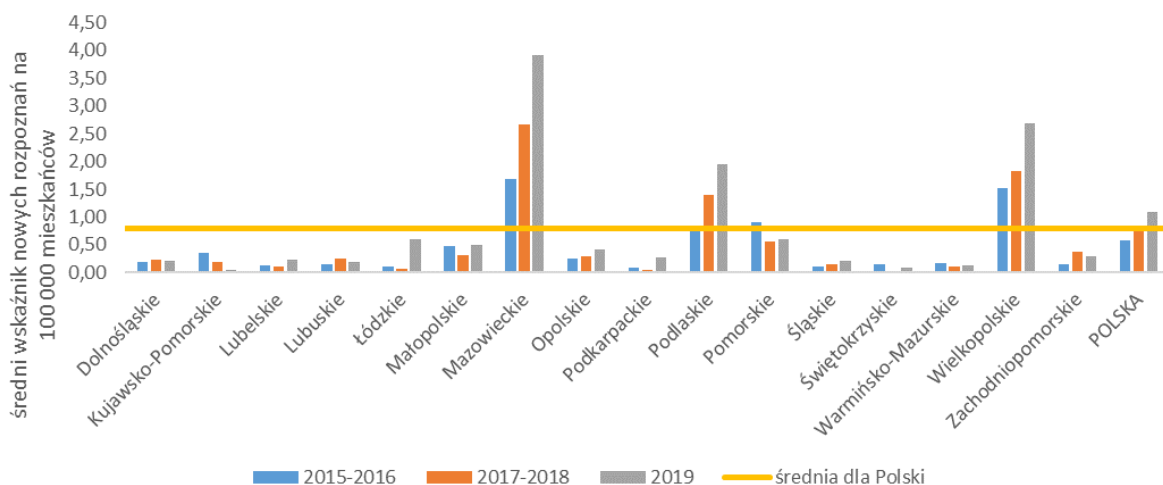
**Rys. 7. Wskaźnik nowych rozpoznań rzeżączki na 100 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach w porównaniu ze średnim wskaźnikiem nowych rozpoznań w Polsce w latach 2015–2019. Źródło: Opracowanie NIZP-PZH na podstawie danych z MZ-56 przesyłanych przez PSSE**

Wskaźniki nowych rozpoznań kiły w latach 2015–2016, 2017–2018 oraz w 2019 r. wynosiły odpowiednio 3,81, 3,95 oraz 4,25/100 tys. mieszkańców. Wyższe wskaźniki w porównaniu z ogólnym dla Polski zarejestrowano w województwach: mazowieckim, wielkopolskim, opolskim (lata 2017–2018) oraz pomorskim (lata 2015–2016). Stały wzrost wskaźnika w latach 2015–2019 zarejestrowano w woj. podkarpackim (wzrost o 86,5%), śląskim (wzrost o 34,9%) oraz zachodniopomorskim (wzrost o 32,2%). Stały spadek tego wskaźnika zarejestrowano w województwach: małopolskim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim (Rys. 8).



**Rys. 8. Wskaźnik nowych rozpoznań kiły na 100 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach w porównaniu ze średnim wskaźnikiem nowych rozpoznań w Polsce w latach 2015–2019. Źródło: Opracowanie NIZP-PZH na podstawie danych z MZ-56 przesyłanych przez PSSE**

Wskaźnik nowych rozpoznań chlamydioz w latach 2015–2019 wzrósł prawie dwukrotnie i w 2019 r. wynosił 1,09 zakażeń na 100 tys. mieszkańców. Najwyższe wskaźniki w porównaniu do średniej dla Polski zarejestrowano w woj. mazowieckim (prawie 4 razy wyższy niż średnia) oraz wielkopolskim (3 razy wyższy) i podlaskim (2 razy wyższy). Stały wzrost wskaźnika nowych rozpoznań w latach 2015–2019 zarejestrowano w woj. mazowieckim, podlaskim, opolskim, śląskim oraz wielkopolskim, a stały spadek – w woj. kujawsko-pomorskim (Rys. 9).



**Rys. 9. Wskaźnik nowych rozpoznań chlamydioz na 100 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach w porównaniu ze średnim wskaźnikiem nowych rozpoznań w Polsce w latach 2015–2019. Źródło: Opracowanie NIZP-PZH na podstawie danych z MZ-56 przesyłanych przez PSSE**

Najprawdopodobniej rozkład liczby nowych rozpoznań nie oddaje zróżnicowania geograficznego sytuacji epidemiologicznej zakażeń pomiędzy województwami. Wpływ na rejestrowaną liczbę rozpoznań może mieć zarówno dostępność i wykonywanie testów w danej populacji, jak też zgłaszalność przypadków przez lekarzy i diagnostów laboratoryjnych.

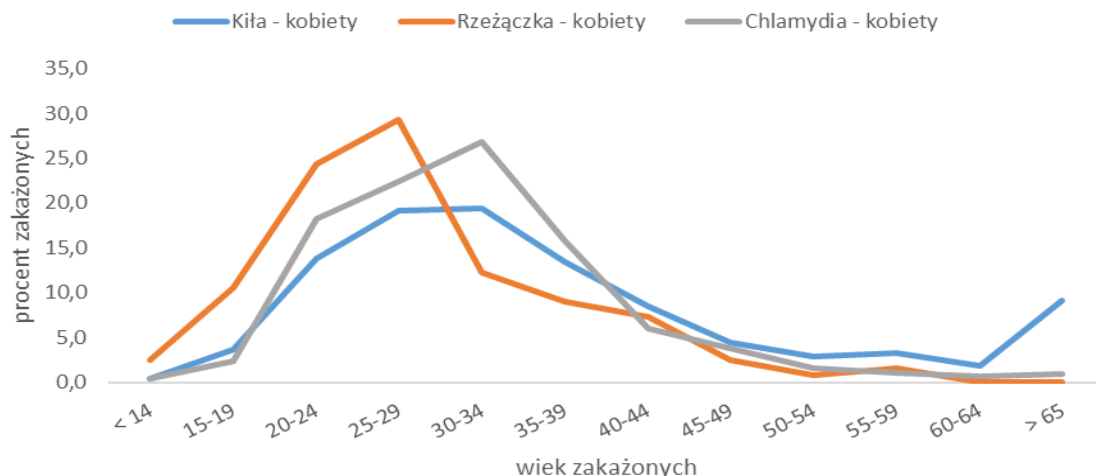
Przedstawione trendy liczb nowych rozpoznań w poszczególnych województwach z czasem mogą być bardziej wiarygodne przy niezmiennym się podejściu do diagnozowania i raportowania tych chorób w danym województwie.

Wskaźniki nowych rozpoznań chorób przenoszonych drogą płciową według wieku i płci zakażonych osób w latach 2015–2018

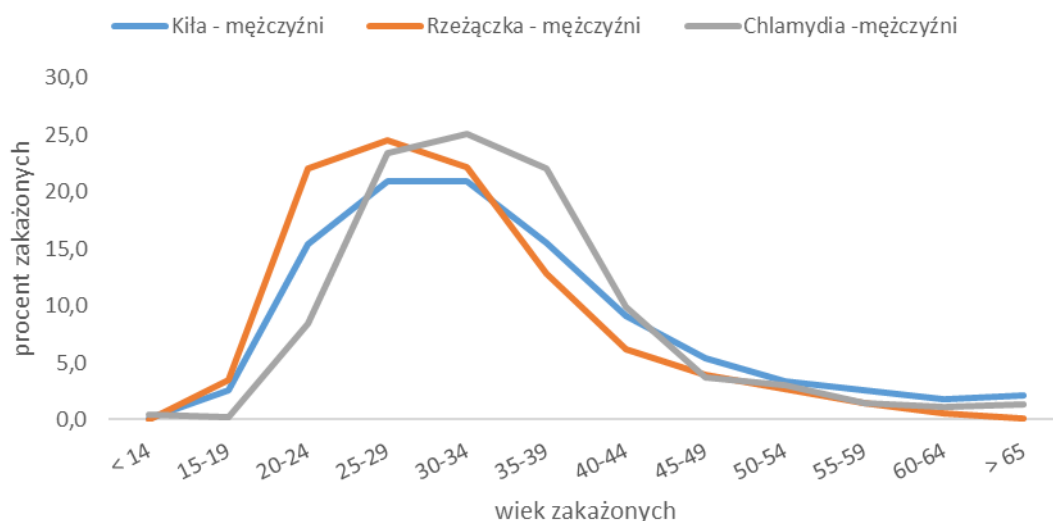
Między rokiem 2015 a 2018 zarejestrowano 123 przypadki rzeżączki wśród kobiet (8,3% wszystkich przypadków) oraz 1 364 zakażeń wśród mężczyzn (91,7%). Stosunek zakażonych mężczyzn do kobiet wynosił aż 11:1. Najwięcej przypadków rzeżączki w latach 2015–2018, prawie 82%, zarejestrowano w populacji mężczyzn w wieku 20–39 lat oraz u prawie 75% kobiet w tej samej grupie wiekowej. Odsetek zakażeń w wieku 15–19 lat wśród kobiet wynosił 10,6% przypadków (Rys. 10; Rys. 11).

W tym samym okresie zarejestrowano 974 przypadki kiły wśród kobiet (16,3% wszystkich przypadków) oraz 4 991 przypadków wśród mężczyzn (83,7%). Stosunek zakażonych mężczyzn do kobiet wynosił 5:1, a średni wskaźnik nowych rozpoznań w zależności od płci wynosił: 1,23 przypadki na 100 tys. kobiet oraz 6,71/100 tys. mężczyzn. Najwięcej osób zakażonych kiłą w latach 2015–2018, prawie 42%, zarejestrowano w populacji mężczyzn w grupie wiekowej 25–34 lata oraz u prawie 39% kobiet w tym samym wieku. Odsetek osób zakażonych w młodszej grupie, tj. 20–24 lata, oraz u osób w wieku 35–39 lat był zbliżony zarówno u kobiet, jak i mężczyzn, odpowiednio w granicach 13% i 15% (Rys. 10; Rys.11).

Wśród zakażeń bakterią chlamydii przeważały kobiety, przypadki zakażeń wśród których w latach 2015–2018 stanowiły 54,4% wszystkich (553 przypadki); zakażenia wśród mężczyzn stanowiły 45,6%. Stosunek zakażeń mężczyzn do kobiet wynosił 0,8:1. Podobnie jak w przypadku pozostałych chorób przenoszonych drogą płciową rozkład zakażeń w poszczególnych grupach wiekowych był zbliżony. Wśród zakażonych kobiet 18,3% zarejestrowano w grupie wiekowej 20–24 lat. Najwięcej zakażeń wśród kobiet, 26,8%, zarejestrowano w grupie w wieku 30–34 lata, a zakażenia w tej grupie wiekowej wśród mężczyzn stanowiły 25,1% (Rys. 10; Rys.11).



**Rys. 10. Procentowy rozkład zakażonych kobiet według wieku w momencie rozpoznania zakażenia w latach 2015–2018. Źródło: Opracowanie NIZP-PZH na podstawie danych z MZ-56 przesyłanych przez PSSE**



**Rys. 11. Procentowy rozkład zakażonych mężczyzn według wieku w momencie rozpoznania zakażenia w latach 2015–2018. Źródło: Opracowanie NIZP-PZH na podstawie danych z MZ-56 przesyłanych przez PSSE**

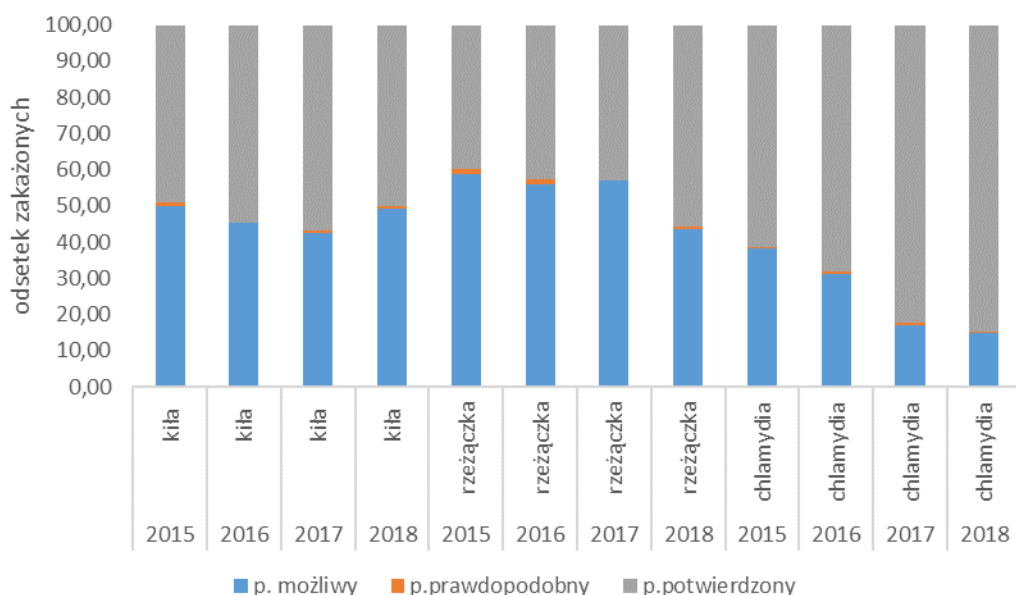
Klasyfikacja przypadków chorób przenoszonych drogą płciową zgodnie z definicją przypadku stosowaną na potrzeby nadzoru epidemiologicznego

Zgodnie z polską definicją przypadku dla chorób przenoszonych drogą płciową rejestrowane są przypadki rozpoznań lekarskich – nawet przy braku informacji o sposobie potwierdzenia laboratoryjnego lub informacji o postawieniu rozpoznania na podstawie tylko objawów klinicznych. W sytuacji braku informacji o potwierdzeniu lub powiązaniu epidemiologicznym przypadek jest klasyfikowany jako możliwy. Brak informacji o potwierdzeniu laboratoryjnym (lub brak potwierdzenia) nie pozwala na bezpośrednie porównania zapadalności na STIs w Polsce do zapadalności w innych krajach, które rejestrują przypadki potwierdzone.

Zgodnie z klasyfikacją przypadku stosowaną na potrzeby nadzoru epidemiologicznego w latach 2015–2018, rzeżączkę sklasyfikowano jako potwierdzoną średnio w 45,3% zgłoszonych przypadków. Niestety liczba zachorowań potwierdzanych metodami laboratoryjnymi zmniejszała się w każdym kolejnym roku; od 2015 do 2018 r. nastąpił spadek aż o 39,6% (Rys. 12).

Wśród wszystkich zachorowań na kiłę, średnio w danym okresie, najwięcej przypadków zarejestrowano jako przypadki potwierdzone – 52,6%. Niestety ponad 46% stanowiły przypadki możliwe, w których w ramach nadzoru prowadzonego przez stacje PSSE pozyskano informacje o rozpoznaniu zakażenia przez lekarza, ale nie uzyskano informacji o wynikach badań laboratoryjnych (średnio dotyczy to 694 przypadków/rok). Od 2016 r. nastąpił również wzrost liczby przypadków możliwych (Rys. 12).

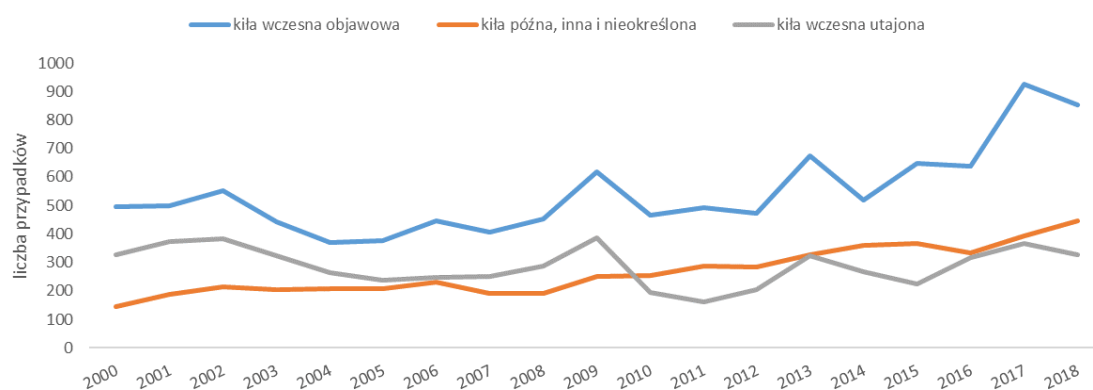
Poprawę diagnostyki w zakresie STIs zanotowano w przypadku zakażeń *Chlamydia trachomatis*, z każdym kolejnym rokiem testami laboratoryjnymi potwierdzanych ich jest coraz więcej. W ostatnich dwóch latach ponad 80% zakażeń rejestrowanych jest jako przypadki potwierdzone (Rys. 12).



**Rys. 12. Rozkład przypadków kiły, rzeżączki i chlamydii zaklasyfikowanych zgodnie z definicją przypadku i rozpoznanych w latach 2015–2018. Źródło: Opracowanie NIZP-PZH na podstawie danych z MZ-56 przesyłanych przez PSSE**

#### Kiła w zależności od postaci klinicznej w momencie rozpoznania zakażenia w latach 2000–2018

Najwięcej przypadków kiły, ponad 52%, w 2018 r. zarejestrowano w stadium klinicznym kiły wczesnej objawowej. Zakażenia na etapie kiły wczesnej utajonej oraz kiły późnej, innej i nieokreślonej stanowiły odpowiednio 20,5% i 27,5% przypadków. W latach 2000–2018 nastąpił wzrost liczby zachorowań głównie w stadium kiły wczesnej objawowej aż o 72,5%. W tym okresie trzykrotnie wzrosła również liczba przypadków kiły zgłaszanych jako kiła późna, inna i nieokreślona (Rys. 13).



**Rys. 13. Liczba przypadków kiły według stadium klinicznego w momencie rozpoznania zakażenia w latach 2000–2018. Źródło: Opracowanie NIZP-PZH na podstawie danych z CSIOZ (MZ-14)**

## WNIOSKI

Podsumowując sytuację zakażeń przenoszonych drogą płciową w Polsce, trzeba stwierdzić, że na przestrzeni ostatnich kilku lat notuje się wzrost zachorowań. Zagadnieniem wymagającym podjęcia działań profilaktycznych są niekorzystne wskaźniki zwłaszcza wśród osób młodych. W przypadku chlamydioz rozpoznano ponad 67,5% wszystkich zakażeń wśród kobiet oraz 56,8% wszystkich zakażeń wśród mężczyzn u osób w wieku 20–34 lat.

Wzrost liczby nowych rozpoznań może wiązać się z intensyfikacją testowania w kierunku STIs. Obserwowany wzrost liczby przypadków kiły, głównie przypadków rozpoznawanych w stadium kiły wczesnej objawowej, wskazuje jednakże bardziej na rozprzestrzenianie się tych infekcji w populacji niż efekt zwiększonego testowania. Biorąc pod uwagę notowany wzrost liczby nowych zakażeń oraz częste współwystępowanie tych chorób, zasadne jest prowadzenie zintegrowanego testowania w kierunku różnych STIs w tym samym czasie.

Rzeżączka i kiła dotyczą częściej populacji mężczyzn, 5:1 w przypadku kiły i 11:1 w przypadku rzeżączki. Wskazuje to najprawdopodobniej na szerzenie się tych chorób w populacji MSM, podobnie jak w pozostałych krajach europejskich. Wymaga to podjęcia działań profilaktycznych w tej populacji, ze szczególnym uwzględnieniem badań okresowych i leczenia zakażeń, w tym objęcia osób z kontaktu z osobami zakażonymi.

Należy podkreślić, że wczesne wykrywanie STIs jest kluczowe dla osób zakażonych w celu objęcia ich leczeniem i ograniczenia rozwoju dalszych powikłań zakażenia, a także dalszej zakaźności.

Duże zróżnicowanie wskaźników pomiędzy województwami należy interpretować w kategoriach różnic w efektywności nadzoru epidemiologicznego. Podobnie na fakt, że wskaźniki w Polsce są dużo poniżej średnich dla krajów Unii Europejskiej, duży wpływ może mieć dostępność diagnostyki z jednej strony, a niekompletność systemu nadzoru z drugiej. Prace badawcze ukierunkowane na te choroby nie wykazują bowiem aż takich różnic [12; 13]. Dodatkowo, niska kompletność informacji o badaniach laboratoryjnych nie pozwala na klasyfikację przypadków jako przypadki potwierdzone, a jedynie możliwe, które na poziomie nadzoru europejskiego nie są uwzględniane w raportach epidemiologicznych. Wskazuje to na

konieczność poprawy i uszczelnienia nadzoru nad chorobami przenoszonymi drogą płciową przez wszystkie jednostki zajmujące się zagadnieniami STIs. Informacje o zachorowaniach na STIs w raportach zbiorczych pozwalały jedynie na analizę podstawowych cech demograficznych. Pełniejsze dane, w tym dane o drodze transmisji, dostępne w elektronicznej bazie danych umożliwią lepsze zrozumienie sytuacji epidemiologicznej.

### REKOMENDACJE

- Wysoki odsetek zachorowań na STIs, zwłaszcza na chlamydiozy, wśród osób młodych, a także obserwowany wzrost liczby przypadków kiły wczesnej objawowej wymagają podjęcia działań profilaktycznych, w tym głównie edukacyjnych, których celem powinno być rzetelne przekazywanie informacji o objawach zakażenia i skutkach nieleczonych STIs, przy czym można by podkreślić rolę Inspekcji Sanitarnej oraz organizacji pozarządowych w działaniach profilaktycznych i edukacyjnych.
- Wykrywanie nowych zakażeń STIs we wczesnym stadium rozwoju jest kluczowe ze względu na objęcie leczeniem osób zakażonych i ograniczenie ryzyka rozwoju dalszych powikłań zdrowotnych oraz transmisji zakażenia w populacji. Zalecane jest więc zwiększenie testowania na STIs, co przyczyni się do wzrostu wykrywania nowych infekcji w populacji, jak również ograniczy ryzyko nowych zakażeń.
- Opracowanie spójnych procedur zgłaszania nowych rozpoznań STIs, przy współudziale różnych przedstawicieli zajmujących się zagadnieniami dotyczącymi tych chorób, np. klinicystów, pracowników stacji sanitarnych, przedstawicieli NIZP-PZH, Ministerstwa Zdrowia czy Krajowego Centrum ds. AIDS, może być kluczowe dla prawidłowego nadzoru nad rozprzestrzenianiem się STIs w Polsce.
- Poprawa w środowisku lekarskim i medycznym komunikacji dotyczącej zarówno badań epidemiologicznych, jak i nadzoru może ulepszyć jakość danych z zakresu epidemiologii STIs, takich jak droga zakażenia, stadium kliniczne czy główne objawy choroby, co pozwoli na prawidłową ocenę sytuacji epidemiologicznej tych chorób oraz prawidłową klasyfikację przypadków zgodnie z wymogami nadzoru europejskiego.

### Bibliografia

- [1] European Centre for Disease Prevention and Control, *Annual epidemiological report for 2017. Surveillance systems overview for 2017*, Stockholm 2018, [online:] [www.ecdc.europa.eu/publications-data/surveillance-systems-overview-2017](http://www.ecdc.europa.eu/publications-data/surveillance-systems-overview-2017).
- [2] ECDC, *Surveillance Atlas for Infectious Diseases*, [online:] [www.atlas.ecdc.europa.eu/public/index.aspx](http://www.atlas.ecdc.europa.eu/public/index.aspx).
- [3] Dekret z dnia 16 kwietnia 1946 r. O zwalczaniu chorób wenerycznych (Dz.U. z 1946 r., nr 18 poz. 119 z późn. zm.).
- [4] Ustawa z dnia 6 września 2001 r. O chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz.U. z 2001 r., nr 126 poz. 1384 z późn. zm.).
- [5] Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. O zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2008 r., nr 234 poz. 1570 z późn. zm.).
- [6] Decyzja Wykonawcza Komisji z dnia 8 sierpnia 2012 r. zmieniająca decyzję 2002/253/WE ustanawiającą definicje przypadku w celu zgłaszania chorób zakaźnych do sieci wspólnotowej na podstawie decyzji nr 2119/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady (notyfikowana jako dokument nr C (2012) 5538) 2012/506/UE.

- [7] Zakład Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru NIZP-PZH, *Definicje przypadków chorób zakaźnych na potrzeby nadzoru epidemiologicznego*, Wersja robocza (6b), luty 2020, [online:] [www.wzwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/inne/Def\\_PL2\\_6b.pdf](http://www.wzwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/inne/Def_PL2_6b.pdf).
- [8] Zakład Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru NIZP-PZH, Meldunki o zachorowaniach na choroby zakaźne, zakażeniach i zatruciach w Polsce (dwutygodniowe, kwartalne, półroczne, roczne) oraz biuletyny roczne *Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce*, lata 2013–2019; [online:] [www.wzwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/index\\_p.html](http://www.wzwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/index_p.html).
- [9] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2013 r. W sprawie zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej (Dz. U. z 2013 r., poz. 848).
- [10] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 marca 2014 r. W sprawie biologicznych czynników chorobotwórczych podlegających zgłoszeniu, wzorów formularzy zgłoszeń dodatknych wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych oraz okoliczności dokonywania zgłoszeń (Dz. U. z 2014 r., poz. 459).
- [11] Ministerstwo Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, [online:] [www.csioz.gov.pl](http://www.csioz.gov.pl).
- [12] The Sialon II Project, *Report on a Bio-behavioural Survey among MSM in 13 European cities*, M. Mirandola, L. Gios, N. Sherriff, I. Toskin, U. Marcus, S. Schink, B. Suligoi, C. Folch, M. Rosińska (red.), Cierre Grafica, 2016.
- [13] M. Czerwinski, M. Niedzwiedzka-Stadnik, A. Zielicka-Hardy, A. Tomusiak, M. Sadkowska-Todys, A. Zielinski, M. Strus, P. Heczko, M. Rosinska, *Genital Chlamydia trachomatis infections in young adults – a school-based bio-behavioural study in urban areas, Poland, 2012 to 2015*, „Eurosurveillance”, t. 23, nr 6, [online:] [www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.6.17-00087](http://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.6.17-00087).



## 2. SPOŁECZNE I BEHAWIORALNE UWARUNKOWANIA CHORÓB PRZENOSZONYCH DROGĄ PŁCIOWĄ

### WSTĘP

Zgodnie ze współczesnym podejściem do zdrowia publicznego ważnym elementem towarzyszącym podejmowanym działaniom interwencyjnym jest ciągły nadzór nad częstością występowania problemów zdrowotnych [1]. Umożliwia to m.in. śledzenie tendencji zmian w czasie, ustalenie obszarów priorytetowych, ocenę skuteczności podejmowanych interwencji oraz identyfikację potencjalnych czynników ryzyka. Według raportów międzynarodowych najczęściej występującą STI jest chłamydioza, która zwykle omawiana jest w specjalistycznych publikacjach, niedocierających do ogółu społeczeństwa, i jest przykładem choroby, o której wiedza w społeczeństwie jest ograniczona niewspółmiernie do realnego zagrożenia. Dane np. ze Stanów Zjednoczonych [2] wskazują na 1,8 mln zakażeń chłamydią w 2018 r. oraz 583 tys. zakażeń rzeżączką, a w publikowanych zestawieniach wskazuje się na trend rosnący od 2014 r. (odpowiednio 19% i 63%). W Polsce opracowania na temat *Chlamydia trachomatis* przeważnie dotyczą grup ludności wyselekcjonowanych ze względu na region, wiek czy sytuację społeczną [3; 4; 5].

Jakość danych epidemiologicznych na temat częstości występowania znacznej części STD w populacji polskiej wydaje się bardzo dobra z racji obowiązku zgłaszania chorób zakaźnych oraz objęcia programami prewencyjnymi znacznej części populacji. Standardowo zbierane dane dotyczą nowych zachorowań w danym roku, z uwzględnieniem płci, wieku, miejsca zamieszkania. W kwestii wieku raporty Głównego Urzędu Statystycznego [6] koncentrują się jednak na osobach w wieku 18–45 lat, traktując grupę wieku 45+ jako jedną kategorię. Mniej wiadomo na temat uwarunkowań społecznych i behawioralnych zakażeń przenoszonych drogą płciową, ponieważ informacji na ten temat nie dostarczają dane zbierane administracyjnie. Sporadycznie pojawiają się opracowania na temat społecznych uwarunkowań wiedzy na temat STIs [7] lub opracowania łączące wpływ statusu społeczno-ekonomicznego i profilu osobowości na same ryzykowne zachowania seksualne, a nie ich konsekwencje [8]. Z tego względu unikatowe znaczenie mogą mieć szeroko zakrojone populacyjne badania ankietowe, w których, z jednej strony, zbierane są dane o przebytych chorobach, a z drugiej, o pozycji społecznej badanej osoby i jej zachowaniach związanych ze zdrowiem.

W prowadzonym przez GUS według międzynarodowych standardów i cyklicznie powtarzanym Europejskim Badaniu Stanu Zdrowia Ludności nie uwzględniono w kwestionariuszu osób dorosłych (EHIS-2 z 2014 r.) pytań na temat STIs. W obszarze zdrowia reprodukcyjnego pojawiły się pytania związane z prewencją nowotworową, stosowaniem metod regulacji urodzeń oraz szczepieniami przeciwko WZW. W obszarze determinantów zdrowia z kolei skoncentrowano się na zachowaniach związanych z odżywianiem, aktywnością fizyczną i stosowaniem substancji psychoaktywnych (głównie nadużywaniem alkoholu). W poniższym badaniu sięgnięto do cyklicznie powtarzanych badań nad seksualnością Polek i Polaków i ich ostatniej edycji z 2017 r. [9]. Kwestionariusz tych badań daje możliwość analizy

zachowań seksualnych, zawiera obszerną część charakteryzującą cechy społeczne respondentów, a co najważniejsze, w obszarze zdrowia zasygnalizowana została tematyka STD.

Celem analiz jest przedstawienie społeczno-demograficznych i behawioralnych uwarunkowań chorób przenoszonych drogą płciową w świetle wyników tych badań.

### **BADANE OSOBY**

Podstawą analiz są wyniki badania ankietowego: Z. Izdebski. *Seksualność Polaków 2017*, które zostało zrealizowane w ramach Ogólnopolskiego Programu Zdrowia Seksualnego w okresie od grudnia 2016 r. do stycznia 2017 r. Zastosowano technikę wywiadu bezpośredniego realizowanego w domach osób wylosowanych do badania. Narzędziem badawczym był kwestionariusz wywiadu zbieranego przez ankietera oraz kwestionariusz ankiety poufnej, wypełnianej samodzielnie przez respondentów. W obu przypadkach były to narzędzia papierowe (PAPI – *Pen & Paper Interview*). Dokładniejszy opis procedury badania znajduje się w cytowanym już raporcie [9].

Zebrano dane dotyczące 2 500 osób, w wieku od 18 do 82 lat, średnia wieku  $40,06 \pm 15,33$  lat. W badanej grupie osoby w wieku poniżej 50 lat, czyli w typowym wieku reprodukcyjnym według kryteriów przyjętych dla kobiet, stanowiły 69,8% ankietowanych, a osoby powyżej 65 r.ż. 5,8%. Charakterystyka badanej grupy znajduje się w tab. 1. Przyjęty schemat losowania gwarantował reprezentatywność próby, o czym świadczy np. porównywalny do danych ogólnopolskich odsetek osób mieszkających w rejonach wiejskich, jak również struktura wykształcenia.

### **ZMIENNE I WSKAŹNIKI**

Kluczową zmienną analizowaną w opracowaniu jest częstość występowania chorób przenoszonych drogą płciową. Pytanie na ten temat zawarte zostało w ankiecie poufnej, w bloku pytań na temat zdrowia. Ankietowani odpowiadali na pytanie „Czy kiedykolwiek był/a Pan/Pani zakażony/a chorobami przenoszonymi drogą płciową (chorobami wenerycznymi)?”, a w przypadku odpowiedzi twierdzącej zakreślali wszystkie choroby z listy, które przechodzili (chłamydia, rzeżączka/tryper, opryszczka narządów płciowych, kiła/syfilis, kłykciny kończyste, HPV, HIV/AIDS, wszawica łonowa). Była też możliwość dopisania innej choroby, poza powyższą listą. Warto podkreślić, że były to informacje deklarowane, niepoparte analizą dokumentacji medycznej, oraz że dane nie dotyczyły nowych zachorowań, ale wywiadu zdrowotnego z perspektywy całego życia.

|                       | Ogółem<br>N=2500 |      | Mężczyźni<br>N=1203 |      | Kobiety<br>N=1297 |       |
|-----------------------|------------------|------|---------------------|------|-------------------|-------|
|                       | N                | %    | N                   | %    | N                 | %     |
| <b>Wiek w latach</b>  |                  |      |                     |      |                   |       |
| 18-19                 | 253              | 10,1 | 132                 | 11,0 | 121               | 9,3   |
| 20-29                 | 498              | 19,9 | 238                 | 19,8 | 260               | 20,0  |
| 30-39                 | 545              | 21,8 | 267                 | 22,2 | 278               | 21,4/ |
| 40-49                 | 450              | 18,0 | 221                 | 18,4 | 229               | 17,7  |
| 50-59                 | 446              | 17,8 | 218                 | 18,1 | 228               | 17,6  |
| 60+                   | 308              | 12,3 | 127                 | 10,6 | 181               | 14,0  |
| <b>Zamieszkanie</b>   |                  |      |                     |      |                   |       |
| Rejony wiejskie       | 965              | 38,6 | 484                 | 40,2 | 481               | 37,1  |
| Miasta do 100 tys.    | 828              | 33,1 | 408                 | 33,9 | 420               | 32,4  |
| Miasta 100-500 tys.   | 413              | 16,5 | 204                 | 17,0 | 209               | 16,1  |
| Miasta pow. 500 tys.  | 294              | 11,8 | 107                 | 8,9  | 187               | 14,4  |
| <b>Wykształcenie</b>  |                  |      |                     |      |                   |       |
| Poniżej średniego     | 979              | 39,2 | 473                 | 39,3 | 506               | 39,0  |
| Średnie i pomaturalne | 849              | 34,0 | 419                 | 34,8 | 430               | 33,2  |
| Licencjat i wyższe    | 672              | 26,9 | 311                 | 25,9 | 361               | 27,8  |

**Tab. 1. Charakterystyka społeczno-demograficzna badanej próby**

Wśród czynników społeczno-demograficznych i behawioralnych mogących mieć związek z narażeniem na choroby przenoszone drogą płciową uwzględniono: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, status przebywania w stałym związku, charakter tego związku, liczbę partnerów seksualnych w życiu, płeć partnerów oraz podejmowanie zachowań korzystnych i niekorzystnych dla zdrowia. Odwołano się też do wybranych opinii na temat relacji w związkach i postrzeganej dopuszczalności pewnych zachowań. Dokładniejszy opis odpowiednich pytań przedstawiono wraz z wynikami.

## **METODY ANALIZ**

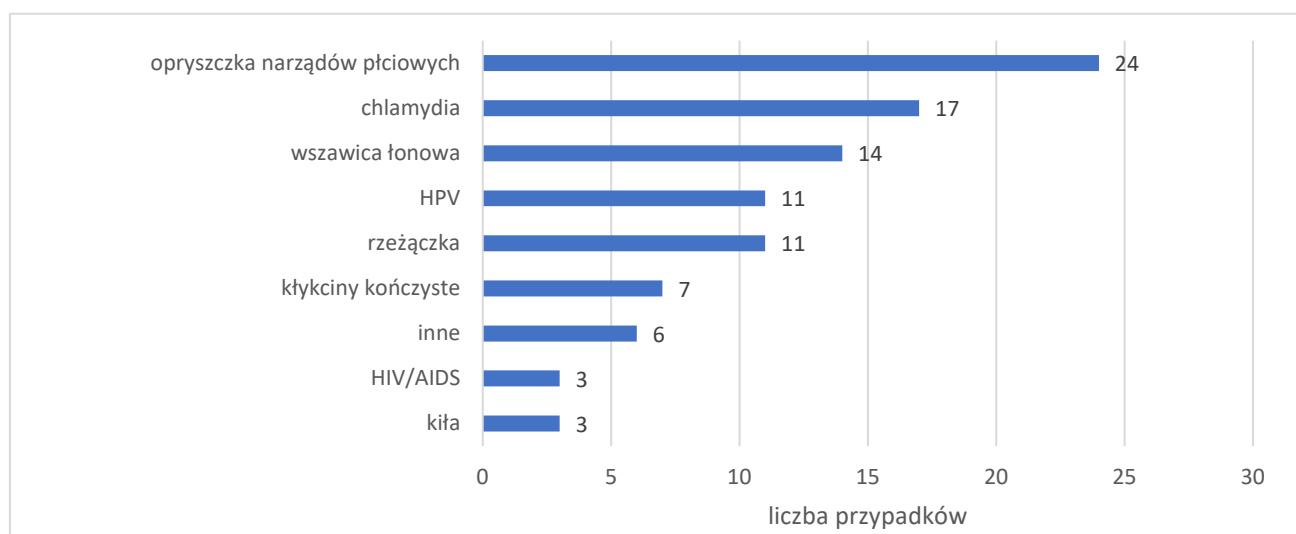
W analizie statystycznej zastosowano proste analizy tablic wielodzielczych (test chi-kwadrat), porównanie wartości średnich testem nieparametrycznym oraz metodę regresji logistycznej. Obliczono wskaźniki ryzyka względnego (*OR – odds ratio*) przebycia kiedykolwiek w życiu zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową wraz z 95% przedziałem ufności (*CI – confidence interval*). Przyjęto umownie, że pierwsza grupa jest kategorią referencyjną, a następnie porównywano zmiany w kolejnych grupach. Taki schemat analiz pozwolił ogólnie ocenić istotność różnic między grupami respondentów oraz zidentyfikować grupy obciążone większym ryzykiem STD.

## **WYNIKI**

### **Ogólna częstość zjawiska**

W badanej grupie 140 osób potwierdziło przebycie zakażenia chorobą przenoszoną drogą płciową, 2 339 udzieliło odpowiedzi negatywnej, a pozostałe 21 osób nie podało informacji na ten temat. Braki danych można interpretować jako brak pewności, problemy z przypomnieniem

sobie lub niechęć do udzielenia odpowiedzi. Można jednak wnioskować, że tego typu problem zdrowotny miało co najmniej jeden raz w życiu 5,6% respondentów.



**Rys. 1. Rodzaje chorób przenoszonych drogą płciową**

Trudno jest w tak małej próbie analizować rodzaje zakażeń. Zdecydowana większość (63 osoby) nie podała rozpoznania, 70 osób podało jedną chorobę, a 7 osób dwie lub więcej. Na rys. 1 podano liczbę zidentyfikowanych przypadków w grupie 77 osób.

#### ***Czynniki społeczno-demograficzne***

W tab. 2 przedstawiono dane na temat występowania kiedykolwiek w życiu chorób przenoszonych drogą płciową w grupach demograficznych.

Nie wykazano istotnych różnic zależnych od płci ( $p=0,432$ ). Ogólna analiza różnic związanych z wiekiem też nie wskazuje na związek istotny statystycznie ( $p=0,102$ ). Porównując jednak kolejne grupy wieku, zauważa się okresowy wzrost raportowanych zakażeń wśród osób po 30 i po 50 r.ż. w porównaniu z odpowiednią młodszą grupą wieku. W tym przypadku znaczenie może mieć kumulacja doświadczeń życiowych i dłuższy okres ekspozycji na sytuacje sprzyjające zakażeniu. Stosunkowo rzadziej choroby przenoszone drogą płciową dotyczyły więc najmłodszej grupy wieku, w której większy odsetek nie przeszedł inicjacji seksualnej.

|                       | % STD | OR    | 95%CI     | p     |
|-----------------------|-------|-------|-----------|-------|
| <b>Płeć</b>           |       |       |           |       |
| Mężczyźni             | 6,0   | Ref . |           |       |
| Kobiety               | 5,3   | 0,87  | 0,62–1,23 | 0,432 |
| <b>Wiek w latach</b>  |       |       |           |       |
| 18–19                 | 2,0   | Ref.  |           |       |
| 20–29                 | 5,0   | 2,60  | 0,98–6,88 | 0,054 |
| 30–39                 | 6,6   | 2,16  | 1,20–3,91 | 0,011 |
| 40–49                 | 5,6   | 1,40  | 0,82–2,38 | 0,214 |
| 50–59                 | 7,0   | 1,63  | 1,03–2,57 | 0,037 |
| 60+                   | 5,9   | 1,24  | 0,73–2,10 | 0,430 |
| <b>Zamieszkanie</b>   |       |       |           |       |
| Rejony wiejskie       | 5,8   | Ref.  |           |       |
| Miasta do 100 tys.    | 5,1   | 0,87  | 0,58–1,32 | 0,520 |
| Miasta 100–500 tys.   | 5,6   | 1,03  | 0,64–1,64 | 0,909 |
| Miasta pow. 500 tys.  | 6,6   | 1,21  | 0,73–2,00 | 0,468 |
| <b>Wykształcenie</b>  |       |       |           |       |
| Poniżej średniego     | 4,4   | Ref.  |           |       |
| Średnie i pomaturalne | 5,5   | 1,24  | 0,81–1,91 | 0,315 |
| Licencjat i wyższe    | 7,6   | 1,60  | 1,12–2,28 | 0,010 |

**Tab. 2. Występowanie chorób przenoszonych drogą płciową wg cech demograficznych**

Związek z miejscem zamieszkania okazał się nieistotny statystycznie ( $p=0,816$ ), jak również nie wykazano zmiany natężenia zjawiska w kolejnych klasach wielkości miejscowości.

Najsilniej różnicującym czynnikiem okazał się **poziom wykształcenia** ( $p=0,022$ ). Najwięcej zakażeń zanotowano wśród osób z wykształceniem wyższym, a najmniej wśród osób z wykształceniem poniżej średniego. Porównując kolejne kategorie wykształcenia w regresji logistycznej, można zauważyć dużą różnicę między kategorią średniego oraz wyższego wykształcenia oraz mniejszą między dwoma pierwszymi grupami edukacyjnymi.

#### ***Status pozostawania w związku i aktywność seksualna***

W kwestionariuszu wywiadu zawarte było pytanie o pozostawanie w związku. Jego konstrukcja pozwoliła na wyróżnienia osób żyjących w pojedynkę (singli), żyjących w związku formalnym (małżeństwie) oraz w związku nieformalnym z opcją wspólnego lub osobnego mieszkania. W tych czterech grupach było odpowiednio: 34,0%, 45,3% 11,9% oraz 8,7% ankietowanych dorosłych Polaków. Zmienna tego typu istotnie koreluje ze stanem cywilnym, wnosząc jednak dodatkowe informacje ważne w badaniach nad seksualnością.

|  | % STD | OR   | 95%CI     | p     |
|--|-------|------|-----------|-------|
| <b>Pozostawanie w związku</b>                        |       |      |           |       |
| Nie jest w związku                                   | 4,5   | Ref. |           |       |
| Jest w związku formalnym                             | 5,7   | 1,28 | 0,85–1,93 | 0,244 |
| Jest w związku nieformalnym i mieszkają razem        | 8,5   | 1,73 | 1,20–2,74 | 0,019 |
| Jest w związku nieformalnym, ale nie mieszkają razem | 5,6   | 0,92 | 0,50–1,70 | 0,793 |
| <b>Poziom potrzeb seksualnych</b>                    |       |      |           |       |
| Nie ma żadnych potrzeb                               | 2,9   | Ref. |           |       |
| Małe potrzeby  | 6,7   | 2,41 | 1,03–5,62 | 0,042 |
| Ani małe, ani duże                                   | 5,2   | 1,18 | 0,72–1,95 | 0,495 |
| Duże potrzeby  | 5,4   | 1,16 | 0,72–1,88 | 0,547 |
| Bardzo duże potrzeby seksualne                       | 11,0  | 2,44 | 1,33–4,47 | 0,004 |
| <b>Liczba partnerów seksualnych w życiu</b>          |       |      |           |       |
| 1  | 4,1   |      |           |       |
| 2–3  | 4,9   | 1,18 | 0,69–2,03 | 0,540 |
| 4–5  | 7,3   | 1,68 | 1,01–2,77 | 0,044 |
| 6+   | 10,6  | 2,13 | 1,47–3,09 | 0,000 |
| <b>Płeć partnerów seksualnych</b>                    |       |      |           |       |
| Tylko osoby przeciwnej płci                          | 6,0   | Ref. |           |       |
| Tej samej i przeciwnej                               | 15,7  | 2,93 | 1,35–6,37 | 0,007 |
| Tylko osoby tej samej płci                           | 17,2  | 1,92 | 0,68–5,42 | 0,220 |

**Tab. 3. Występowanie chorób przenoszonych drogą płciową wg pozostawania w związku i aktywności seksualnej**

Związek statusu pozostawania w związku z występowaniem chorób przenoszonych drogą płciową nie był statystycznie istotny, jednak jest to już wynik graniczny ( $p=0,09$ ). Zarysowała się wyraźna tendencja do częstszego występowania tych chorób wśród osób żyjących w **związku nieformalnym, ale mieszkających ze swoim partnerem lub partnerką**. Porównując kolejne kategorie związków, można zauważyć wzrost ryzyka zakażenia chorobą przenoszoną drogą płciową wśród osób żyjących w związku nieformalnym, ale zamieszkujących z partnerem, w porównaniu do osób żonatych lub zamężnych.

Wykazano też związek między **samooceną potrzeb seksualnych** a wywiadem w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową. Prawie połowa ankietowanych (47,2%) oceniła, że ich potrzeby seksualne nie są ani małe ani duże. W skrajnych grupach znalazło się odpowiednio 9,7% oraz 5,1% respondentów (całkowity brak oraz bardzo duże potrzeby seksualne). Osoby deklarujące obecnie brak potrzeb seksualnych tylko sporadycznie przeszły zakażenie STD, podczas gdy ryzyko zakażenia gwałtownie zwiększa się przy bardzo dużych potrzebach seksualnych nawet w porównaniu do osób deklarujących też względnie duże potrzeby ( $OR=2,44$ ).

Ważnym czynnikiem ryzyka STD okazała się też **deklarowana liczba partnerów lub partnerek seksualnych** w życiu. Mediana liczby partnerów wyniosła w badanej grupie 3, a 8,6% ankietowanych deklarowało 10 lub więcej partnerów. Średnia liczba partnerów wynosiła 5,08 ( $SD=8,77$ ) i była wyraźnie większa w grupie osób, które przeszły zakażenie STD

(9,16±14,05), w porównaniu z osobami nigdy niechorującymi (4,80±8,24) –  $p<0,001$ . W tab. 3 przedstawiono związek między liczbą partnerów seksualnych a ryzykiem STD, kategoryzując respondentów na cztery grupy. Osoby mające jednego oraz 2–3 partnerów w życiu w podobnym (niższym) odsetku raportowały przebycie STD, podczas gdy większa liczba partnerów wiązała się z istotnym wzrostem ryzyka przebycia zakażenia.

Jako ostatni czynnik związany z aktywnością seksualną przedstawiono dane związane z **orientacją seksualną**, wybierając jedno z przewidzianych w kwestionariuszu badania pytań na ten temat. Odpowiedzi na to pytanie udzieliło 2 088 osób aktywnych seksualnie kiedykolwiek w życiu. Większość w tej grupie (96,2%) deklarowała tylko kontakty z osobami przeciwnej płci, 1,2% współżyło tylko z osobami tej samej płci, a pozostałe 2,4% miało kontakty seksualne z osobami różnej płci. Osoby heteroseksualne rzadziej przechodziły zakażenie niż osoby biseksualne lub homoseksualne, a różnica między ostatnimi dwoma grupami nie była statystycznie istotna.

### ***Opinie na temat życia seksualnego i dopuszczalnych zachowań***

Kwestionariusz badania nad seksualnością Polek i Polaków uwzględniał szereg bloków tematycznych zawierających opinie na temat życia seksualnego, relacji w związkach oraz szeregu tematów pokrewnych. Ankietowani odpowiadali w skali Likerta, oceniając, jak bardzo zgadzają się z podanymi stwierdzeniami. W tab. 4 przedstawiono dane na temat związku wyrażanych opinii z przebytymi zakażeniami STD. Analizowano tylko połączone skrajne kategorie reprezentujące zdecydowane stanowisko (bez środkowej kategorii neutralnej). Wybrano osiem stwierdzeń wskazujących na najciekawsze zależności. Wyniki sygnalizują istnienie czynników mogących zwiększać ryzyko bądź chronić przed zakażeniami. Najczęściej notowano przebycie zakażeń wśród osób, które dopuszczały **uprawianie seksu pod wpływem alkoholu i narkotyków** oraz **stosunki seksualne poza stałym związkiem**.

| Stwierdzenie   | Zgadzają się<br>(% STD) |      | OR   | 95%CI     | P     |
|--|-------------------------|------|------|-----------|-------|
|  | Tak                     | Nie  |      |           |       |
| Tylko posiadanie w życiu wielu partnerów pozwala poznać bogactwo doznań seksualnych  | 7,1                     | 5,2  | 1,15 | 1,00–1,32 | 0,050 |
| Nie powinno się podejmować współżycia seksualnego bez głębszego zaangażowania uczuciowego  | 5,3                     | 8,0  | 0,86 | 0,73–1,00 | 0,050 |
| Należy unikać uprawiania seksu pod wpływem alkoholu w sytuacjach, w których zaburza on kontrolę nad własnym zachowaniem              | 4,9                     | 9,9  | 0,79 | 0,69–0,92 | 0,002 |
| Nie powinno się uprawiać seksu po spożyciu narkotyków  | 5,2                     | 10,1 | 0,85 | 0,73–0,99 | 0,038 |
| Nie ma nic złego w uprawianiu seksu analnego   | 7,5                     | 4,7  | 1,20 | 1,05–1,38 | 0,009 |
| Korzystanie z usług seksualnych jest czymś normalnym, to jedna z możliwości zaspokojenia potrzeb seksualnych                         | 7,3                     | 5,3  | 1,17 | 1,02–1,35 | 0,026 |
| Nie powinno się uprawiać seksu poza stałym związkiem, czyli odbywać stosunku seksualnego z inną osobą, niż mąż lub stały partner(ka) | 5,0                     | 10,6 | 0,80 | 0,69–0,93 | 0,003 |
| Będąc w stałym związku, można być jednocześnie w innym długotrwałym związku, mieć romans   | 8,1                     | 4,7  | 1,23 | 1,07–1,41 | 0,004 |

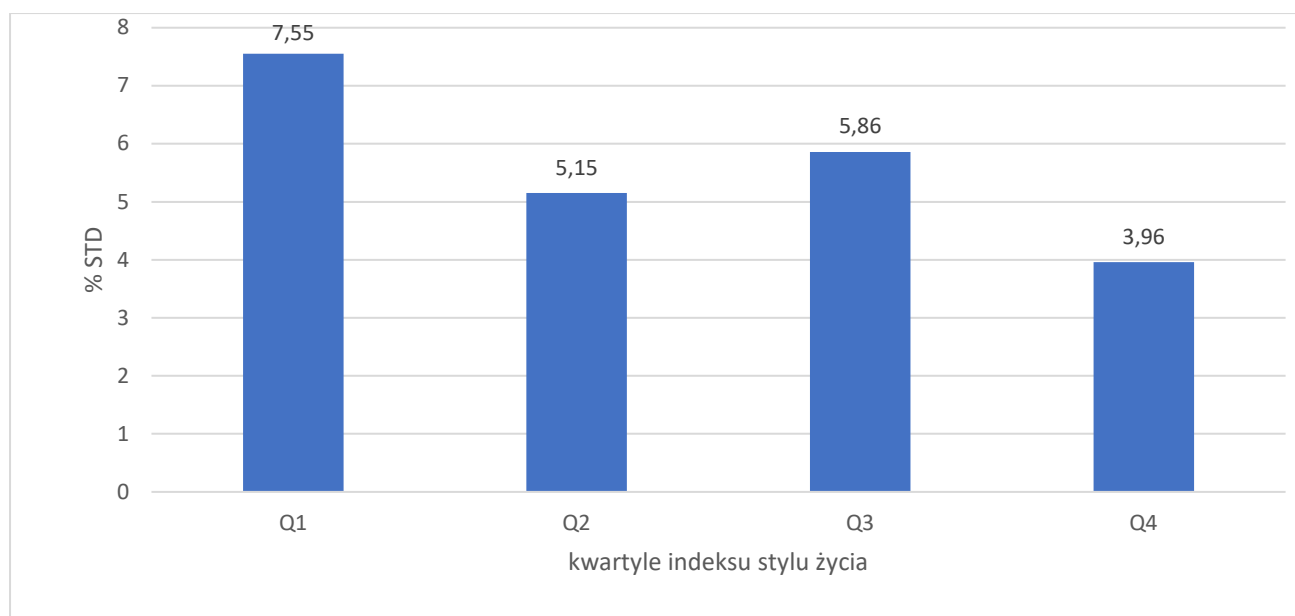
**Tab. 4. Występowanie chorób przenoszonych drogą płciową a wybrane opinie na temat życia seksualnego**

### ***Zachowania korzystne i niekorzystne dla zdrowia***

Kwestionariusz przeprowadzonego w 2017 r. badania nad seksualnością Polek i Polaków pozwolił też na zbadanie związku między podejmowanymi zachowaniami a przebyciem kiedykolwiek w życiu zakażenia chorobą przenoszoną drogą płciową. Poniżej zasygnalizowano jedynie kilka zależności.

Analizując ochronny efekt **prozdrowotnego stylu życia**, posłużono się indeksem zachowań zdrowotnych opisanym we wcześniejszej publikacji [9]. Indeks ten został zbudowany na podstawie pięciu stwierdzeń dotyczących: regularności spożywania posiłków, codziennego spożywania owoców i warzyw, picia rekomendowanej ilości wody, unikania fast-foodów, chipsów i słodczy oraz odpowiedniej higieny snu i odpoczynku. Indeks sumaryczny przyjmował w badanej próbie osób dorosłych wartość 0–20 punktów, ze średnią 12,41 (SD=3,82). Wyższa punktacja oznacza prozdrowotny styl życia. Wykazano, że osoby, które przeszły w życiu zakażenie STD, mają tendencję do rzadszego podejmowania zachowań korzystnych dla zdrowia w porównaniu do osób, które takich chorób nie przechodziły. Odpowiednie średnie wartości indeksu zachowań wynosiły  $11,55 \pm 3,62$  oraz  $12,46 \pm 3,83$ ;  $p=0,009$  w teście nieparametrycznym Manna-Whitney’a. Dzieląc badaną próbę na cztery równe części (kwartyle) według poziomu zachowań prozdrowotnych, wykazano też istotny spadek częstości zakażeń w miarę poprawy stylu życia.





Rys. 2. Występowanie chorób przenoszonych drogą płciową wg poziomu indeksu stylu życia

Związek z zachowaniami antyzdrowotnymi przeanalizowano na przykładzie picia alkoholu, co jest spójne z poprzednimi wynikami na temat związku występowania STD z opiniami na temat dopuszczalności kontaktów seksualnych pod wpływem alkoholu. Uwzględniono pytanie dotyczące **częstości picia alkoholu** oraz **doświadczeń seksualnych pod wpływem dużej dawki alkoholu**. O ile w pierwszym przypadku było to jedno pytanie, o tyle w drugim respondenci zaznaczali, czy mieli każde z podanych doświadczeń.

W badanej grupie dorosłych respondentów zdecydowana większość piła alkohol kilka razy w miesiącu (38,4%) lub kilka razy w roku (31,3%). Do grupy abstynentów zakwalifikowano 12,3% ankietowanych, a 13,4% piło alkohol co najmniej kilka razy w tygodniu (w tym 2,4% codziennie lub prawie codziennie). Porównując pięć kategorii częstości picia alkoholu, nie wykazano istotnego związku z występowaniem STD ( $p=0,142$ ). Tym niemniej odsetki osób, które kiedykolwiek przeszły tego typu zakażenie, wydają się większe w grupie często pijących. Zestawiając ze sobą kolejne kategorie częstości picia w regresji logistycznej, można zauważyć dużą różnicę między kategorią pijących bardzo często (w każdym tygodniu lub codziennie) a umiarkowanie często (w każdym miesiącu). Nie ma natomiast różnicy między osobami określającymi się jako w ogóle niepijące a pijącymi raczej rzadko.

| Stwierdzenie  | % STD | OR   | 95%CI     | p     |
|---|-------|------|-----------|-------|
| <b>Częstość picia</b>   |       |      |           |       |
| w ogóle nie piję alkoholu                                       | 4,3   | Ref. |           |       |
| rzadziej niż raz w roku   | 3,9   | 0,92 | 0,29–2,88 | 0,882 |
| kilka razy w roku   | 5,3   | 1,31 | 0,68–2,52 | 0,417 |
| kilka razy w miesiącu   | 5,5   | 1,26 | 0,78–2,04 | 0,356 |
| kilka razy w tygodniu lub codziennie                            | 8,5   | 1,88 | 1,15–3,07 | 0,012 |
| <b>Doświadczenia z seksem pod wpływem dużej dawki alkoholu*</b> |       |      |           |       |

|   |          |      |           |       |
|---|----------|------|-----------|-------|
| tak, „urwał mi się film”                | 10,7/5,3 | 2,15 | 1,29–3,58 | 0,003 |
| tak, będąc na „rauszu”                  | 7,8/4,6  | 1,75 | 1,24–2,47 | 0,001 |
| tak, ale po bardzo małej dawce alkoholu | 5,9/5,5  | 1,07 | 0,75–1,51 | 0,712 |

\*podano odsetki dla osób mających i niemających takich doświadczeń (kategorie współwystępujące)

**Tab. 5. Występowanie chorób przenoszonych drogą płciową a picie alkoholu**

Podjęmowanie kontaktów seksualnych pod wpływem alkoholu jest stosunkowo częstym zjawiskiem. Do uprawiania seksu po małej dawce alkoholu przyznało się 38,5% respondentów, po większej dawce („na rauszu”) 31,9%, a 7,2% osób oceniło, że „urwał im się wtedy film”. Osoby mające doświadczenia z kontaktami seksualnymi pod wpływem małej dawki alkoholu nie były obarczone zwiększonym ryzykiem zakażenia STD. Ryzyko to wzrastało dopiero przy kojarzeniu seksu z wyraźnym nadużywaniem alkoholu. Można też mówić o efekcie dawki, ponieważ ryzyko wynosiło 2,15 w przypadku bardzo dużej ilości alkoholu powodującej zaburzenia świadomości oraz 1,75 przy mniejszych dawkach, kiedy jednak pojawił się stan upojenia alkoholowego.

### OMÓWIENIE WYNIKÓW

W opracowaniu wykorzystano wyniki badania ankietowego 2500 dorosłych Polaków przeprowadzonego w 2017 r. w reprezentatywnej ogólnopolskiej próbie. W centrum zainteresowania znalazło się 140 ankietowanych (5,6% badanych), którzy kiedykolwiek w życiu mieli stwierdzone zakażenie chorobą przenoszoną drogą płciową. Oceniono ryzyko tego zakażenia, biorąc pod uwagę 22 czynniki społeczne i behawioralne.

Wykazano, że ryzyko zakażenia STD istotnie wzrasta wśród osób:

- z wyższym wykształceniem;
- żyjących w związku nieformalnym, mieszkających razem;
- określających swoje potrzeby seksualne jako bardzo duże;
- mających w życiu większą liczbę partnerów seksualnych;
- nie-heteroseksualnych;
- uznających za normę kontakty seksualne pod wpływem alkoholu i środków odurzających;
- aprobujących związki równoległe i seks poza stałym związkiem;
- rzadziej podejmujących zachowania prozdrowotne;
- często pijących alkohol i uprawiających seks pod wpływem dużych dawek alkoholu.

Przeprowadzone analizy mają szereg ograniczeń wynikających z przekrojowego charakteru badań oraz definicji głównej zmiennej zależnej. STIs są zjawiskiem na tyle niedoszacowanym, że trudno jest uchwycić większą liczbę przypadków w badaniach przekrojowych lub prospektywnych. Trudno też jest na podstawie informacji deklarowanych oceniać częstość występowania poszczególnych STD. Do analizy uwarunkowań (społecznych i behawioralnych) uzasadniony byłby też schemat badania kliniczno-kontrolnego, który jednak nie daje informacji o rozkładzie czynników ryzyka w populacji. Krajowe i zagraniczne opracowania wskazują też na szereg badań ukierunkowanych na wybrane STD oraz wybrane grupy ludności.

W dalszej kolejności warto byłoby rozszerzyć analizy, włączając inne czynniki badane w tym projekcie oraz stosując metody analizy wieloczynnikowej. Szerszej interpretacji i dyskusji w świetle wyników innych autorów (głównie zagranicznych) wymagają powyżej podane główne czynniki potencjalnie warunkujące skłonność do STD. Na pewno czynnikiem wpływającym pośrednio na wnioskowanie jest wiek ankietowanych. Można też próbować porównywać wagę uwarunkowań u obu płci. Wyjaśnienia wymaga nasilenie zakażeń wśród osób z wyższym wykształceniem. Niemniej jednak ogólny obraz potencjalnych czynników ryzyka i ochronnych wydaje się być spójny. Ponadto uzyskane wyniki mają implikacje praktyczne, wskazując na grupy, które powinny być objęte profilaktyką selektywną. Niwelowanie społecznych uwarunkowań STD może uzupełnić tradycyjne podejście do kontroli chorób przenoszonych drogą płciową obejmujące badania przesiewowe, dokładną diagnostykę, leczenie oraz objęcie opieką partnerów osób zakażonych [10].

### **Bibliografia**

- [1] D. Cianciara, *Zdrowie publiczne w Polsce – problemy i wyzwania*, „Studia BAS” 2018, 4(56).
- [2] CDC, [online:] [www.cdc.gov/std/stats18/natoverview.htm](http://www.cdc.gov/std/stats18/natoverview.htm).
- [3] E. Filipp, K.T. Niemiec, B. Kowalska, A. Pawłowska, M. Kwiatkowska, *Zakażenie Chlamydia trachomatis u aktywnych seksualnie nastolatek*, „Ginekologia Polska” 2008, 79(4).
- [4] M. Czerwinski, M. Niedzwiedzka-Stadnik, A. Zielicka-Hardy i in., *Genital Chlamydia trachomatis Infections in Young Adults - A School-Based Bio-Behavioural Study in Urban Areas, Poland, 2012 to 2015*, „Eurosurveillance” 2018, 23(6).
- [5] K. Korzeniewski, *Urogenital Chlamydia trachomatis in the environment of soldiers from the Polish Special Forces*, „Annals of Agricultural and Environmental Medicine” 2019, 26(1).
- [6] GUS, [online:] [www.stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zachorowania-na-niektore-choroby-zakazne,20,1.html](http://www.stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zachorowania-na-niektore-choroby-zakazne,20,1.html).
- [7] R. Kowalczyk, K. Nowosielski, *Impact of social factors and sexual behaviors on the knowledge of sexually transmitted infections among women who have sex with women/women who have sex with women and men*, „International Journal of STD & AIDS” 2019, 30(2).
- [8] Y. Efratii, M. Gola, *Understanding and Predicting Profiles of Compulsive Sexual Behavior Among Adolescents*, „Journal of Behavioral Addictions” 2018, 7(4).
- [9] Z. Izdebski, *Zdrowie i życie seksualne Polek i Polaków w wieku 18–49 lat w 2017 roku. Studium badawcze na tle przemian od 1997 roku*, Warszawa 2020.
- [10] M. Hogben, J. Leichter, *Social Determinants and Sexually Transmitted Disease Disparities*, „Sexually Transmitted Diseases” 2008, 35(12).

### 3. DIAGNOSTYKA, ROZPOZNAWANIE I LECZENIE ZAKAŻEŃ PRZENOSZONYCH DROGĄ PŁCIOWĄ. AKTUALNA SYTUACJA

#### DIAGNOSTYKA, ROZPOZNAWANIE I LECZENIE KIŁY W POLSCE

##### **Diagnostyka kiły w Polsce**

Zgodnie z zaleceniami Międzynarodowej Ligi Przeciwwenerycznej (ang. *International Union Against Sexually Transmitted Infections*) oraz rekomendacjami diagnostyczno-terapeutycznymi Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego diagnostyka kiły opiera się przede wszystkim na badaniach serologicznych krwi [1,2]. Zaleca się, aby postawienie diagnozy oparte było oprócz obrazu klinicznego na stwierdzeniu pozytywnego wyniku co najmniej jednego odczynu niekrętkowego (RPR, VDRL,USR) oraz jednego odczynu krętkowego (TPHA,TPPA). Odczyny niekrętkowe wykorzystywane są do oceny aktywności choroby, a w późniejszym okresie także do oceny odpowiedzi na leczenie. W uzasadnionych klinicznie przypadkach, np. kiła bardzo wczesna lub podejrzenie kiły u noworodka urodzonego przez matkę chorującą na kiłę w czasie ciąży, bezwzględnie konieczne jest wykorzystanie testów krętkowych wykrywających wyłącznie swoiste przeciwciała w klasie IgM [1,2].

W diagnostyce kiły ośrodkowego układu nerwowego (OUN) w Polsce wykorzystuje się również odczyny krętkowe oraz niekrętkowy odczyn VDRL, które wykonywane są w płynie mózgowo-rdzeniowym. Pozostałe odczyny niekrętkowe (RPR,USR) nie zostały walidowane i na tę chwilę nie zaleca się ich do badania płynu mózgowo-rdzeniowego [3].

Diagnostyka kiły OUN w Polsce wymaga hospitalizacji i wykonania nakłucia lędźwiowego. Procedura ta w zależności od regionu realizowana jest w klinicznych oddziałach dermatologicznych (np. Kraków, Warszawa, Łódź) lub w oddziałach chorób zakaźnych [3].

W literaturze przedmiotu w ostatnich latach proponuje się diagnostykę kiły za pomocą metod biologii molekularnej (PCR). Badania naukowe wykazały jednak niewystarczającą czułość i swoistość tej metody do badania krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego. Metoda PCR w uzasadnionych przypadkach może mieć zastosowanie w diagnostyce kiły i okresu (na etapie objawu pierwotnego). Podkreśla się jednak, że aktualnie żaden z testów nie został zaaprobowany przez FDA do diagnostyki molekularnej kiły ze względu na różną metodykę i brak standaryzacji [5]. W Polsce metody biologii molekularnej w diagnostyce kiły mają zastosowanie wyłącznie w badaniach naukowych.

Diagnostykę kiły w Polsce najczęściej przeprowadzają publiczne placówki ochrony zdrowia. Testy wykonuje się bezpłatnie po zbadaniu przez lekarza (badanie podmiotowe i przedmiotowe). Najczęściej badania w kierunku kiły zlecane są przez specjalistów w dziedzinie dermatologii i wenerologii oraz specjalistów chorób zakaźnych pracujących w przyszpitalnych poradniach. Odczyny serologiczne w kierunku kiły wykonywane są w pracowniach lub zakładach mikrobiologii, które stanowią jednostki organizacyjne szpitala (podobnie jak poradnie dermatologiczno-wenerologiczne oraz poradnie chorób zakaźnych).

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w Polsce pozbawiony jest możliwości przeprowadzenia diagnostyki w kierunku kiły. Płatnik nie uwzględnił bowiem możliwości badań serologicznych w tzw. koszyku świadczeń POZ.

Aby pacjent mógł zostać zbadany przez specjalistę chorób zakaźnych i mieć wykonane badanie w kierunku kiły, niezbędne jest skierowanie do poradni chorób zakaźnych od innego lekarza specjalisty (dowolnej specjalności, ale będącego również lekarzem publicznego systemu opieki zdrowotnej) lub lekarza POZ. Nie jest natomiast konieczne skierowanie do wenerologa, ale w Polsce specjalista ten jest równocześnie dermatologiem, a ustawodawca nie wyodrębnił do osobnego kontraktowania poradni wenerologicznych. Pociąga to za sobą duże problemy organizacyjne i skutkuje tym, że w większości przypadków pacjent na etapie rejestracji musi dość szczegółowo zreferować swój problem. Tylko wówczas możliwe będzie przyjęcie go bez skierowania i w szybszym niż dla pacjentów dermatologicznych terminie. Płatnik nie dopuszcza możliwości wykonania badań w kierunku kiły bezpłatnie w przypadku posiadania skierowania na takie badanie od lekarza sektora prywatnego.

W całości, według autorów, opisane powyżej aspekty organizacyjne znacznie utrudniają dostęp do bezpłatnych badań diagnostycznych w kierunku kiły w Polsce.

Z kolei wiele prywatnych laboratoriów diagnostycznych w naszym kraju umożliwia wykonanie badań w kierunku kiły, i to bez uprzedniego skierowania od lekarza. Koszt mieści się w przedziale od 60 do 200 zł. Co istotne, panuje duża dowolność w zakresie proponowanych testów diagnostycznych i nie zawsze zachowane są rekomendacje, aby badanie w kierunku kiły obejmowało co najmniej jeden test niekrętkowy i jeden krętkowy. W praktyce klinicznej powoduje to częste trudności w interpretacji uzyskanych wyników.

W każdym ośrodku diagnostycznym istnieje dowolność dotycząca wykorzystywanych testów niekrętkowych do diagnostyki kiły. Przypuszczalnie wiąże się to z ograniczeniami natury ekonomicznej. W praktyce klinicznej nie ma istotnego znaczenia, jaki test krętkowy zostanie wykorzystany do diagnostyki kiły, bowiem wynik dodatni potwierdza wyłącznie kontakt z krętkiem bladym (niedawny, czyli świeże zakażenie, albo nawet przebyte wiele lat temu). Ponadto te wyniki najczęściej pozostają u pacjentów dodatnie do końca życia nawet po skutecznym leczeniu. Kliniczne znaczenie ma jednak rodzaj wykonywanego testu niekrętkowego. Miano tego odczynu świadczy o aktywności choroby, a sukcesywne jego obniżanie się po leczeniu jest uważane za prawidłową odpowiedź serologiczną na leczenie. Niestety, wyników uzyskanych z zastosowaniem różnych testów niekrętkowych (np. RPR, VDRL, USR) nie da się do siebie porównać. Często sprawia to znaczne problemy kliniczne, gdy pacjent rozpoczyna leczenie w jednym ośrodku, a chce kontynuować je w innym. Dotyczy to także sytuacji, kiedy po wielu latach od zakońzonego leczenia w jednym ośrodku pacjent chce ponownie skontrolować swój status w innym.

W opinii autorów niniejszego opracowania brak standardów co do stosowanych w diagnostyce kiły odczynów serologicznych w poszczególnych laboratoriach istotnie utrudnia opiekę nad pacjentem z kiłą.

Badania pozwalające na wykrywanie przeciwciał w klasie IgM skierowanych przeciwko *Treponema pallidum* są wykorzystywane w Polsce niemal wyłącznie do diagnostyki noworodków urodzonych przez matki chorujące na kiłę podczas ciąży. Obecnie w naszym kraju

można je wykonać w nielicznych ośrodkach, przede wszystkim klinicznych i uniwersyteckich. Rekomenduje się, aby dzieci te były konsultowane wyłącznie w tego typu miejscach [3].

Nie dysponujemy w Polsce centralnymi i kompletnymi danymi dotyczącymi liczby wykonywanych testów serologicznych w kierunku kiły ani informacjami, jaki odsetek z wykonanych testów jest interpretowany jako aktywne zakażenie. Istnieje prawny obowiązek, aby laboratorium zgłaszało do organów nadzoru epidemiologicznego wyłącznie wyniki dodatnie. W przypadku kiły interpretacja takiego postępowania jest utrudniona. Pacjent zgłaszający się do kontroli po leczeniu kiły (np. wyleczony) będzie miał bowiem wynik odczynu krętkowego dodatni (najczęściej do końca życia), co nie świadczy o aktywnym zakażeniu. W pewnej grupie pacjentów, po skutecznym leczeniu, odnotowuje się także dodatni wynik odczynu niekrętkowego (najczęściej w niskim mianie). Nie musi to świadczyć o aktywnym zakażeniu.

Interesujące wyniki badań pochodzących z Pracowni Diagnostyki Chorób Przenoszonych Drogą Płciową przedstawili badacze z dermatologicznego ośrodka poznańskiego. Tylko w tej jednej pracowni na przestrzeni lat 1996–2010 odnotowano istotne zmniejszenie liczby wykonywanych badań w kierunku kiły (z wartości ok. 10 tys. badań rocznie w latach 1996–2000 do ok. 5 000/rok w latach 2008–2010). Co interesujące, wzrostowi uległ w okresie obserwacji odsetek wyników dodatnich w odniesieniu do liczby wykonanych testów (z wartości ok. 10% w latach 1996–2000 do prawie 20% w latach 2008–2010) [6].

To jedyne tak szczegółowe badania, którymi dysponujemy. W opinii autorów zmniejszenie liczby wykonywanych badań związane może być z utrudnieniem dostępu do publicznych placówek ochrony zdrowia oraz niedostatecznym finansowaniem badań serologicznych w kierunku kiły ze środków publicznych.

#### *Badania na kiłę w poradniach chorób zakaźnych*

W poradniach chorób zakaźnych (nie dotyczy poradni dedykowanych wyłącznie pacjentom HIV) przyjmowany jest niewielki odsetek pacjentów z kiłą (średnio ok. 1–2 miesięcznie; badania ankietowe własne autorów). Wynikać to może z konieczności posiadania skierowania od innego specjalisty lub lekarza POZ oraz ze stosunkowo długiego terminu oczekiwania na poradę.

#### *Badania na kiłę w poradniach chorób zakaźnych dedykowanych pacjentom wyłącznie z HIV*

W poradniach nabytych niedoborów odporności regularnie przeprowadzane są badania w kierunku kiły pacjentów pozostających pod opieką ww. poradni w związku z zakażeniem HIV. Zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego badania takie powinny być wykonywane przynajmniej raz na pół roku i zgodnie z wiedzą autorów jest to realizowane. Niewystarczające jest jednak finansowanie wykonywanych badań ze środków publicznych, co może narażać poradnię na problemy ekonomiczne.

#### ***Leczenie kiły w Polsce***

Leczenie kiły w Polsce realizowane jest w większości przez poradnie dermatologiczne (przede wszystkim w ośrodkach klinicznych) oraz poradnie nabytych niedoborów odporności

(poradnie chorób zakaźnych dedykowane wyłącznie pacjentom HIV pozytywnym) oraz w mniejszym stopniu przez poradnie chorób zakaźnych.

Zgodnie z rekomendacjami IUSTIs i PTD lekiem pierwszego wyboru w kile wczesnej jest penicylina benzatynowa w pojedynczej, domięśniowej dawce (2,4 mln j.m.). Udowodniono, że penicylina benzatynowa zapewnia najlepszą odpowiedź kliniczną i serologiczną oraz najmniejsze ryzyko działań niepożądanych (jak np. Zespół Hoigne'a w przypadku penicyliny prokainowej). Należy także zwrócić uwagę na to, że leczenie penicyliną benzatynową wiąże się z najlepszym *compliance* pacjenta, gdyż podawana jest jednorazowo i przez personel medyczny. Nie ma dzięki temu ryzyka pominięcia dawki lub niestosowania się do zaleceń [1; 2; 3].

Od dłuższego czasu penicylina benzatynowa nie jest produkowana w Polsce. Konieczny był zatem import leku z zagranicy za zgodą Ministra Zdrowia, dzięki czemu lek był dostępny w aptekach. Na chwilę przygotowywania tego raportu autorzy wiedzą o ponownych problemach z dostępnością penicyliny benzatynowej.

Leczenie kiły doustną doksycykliną jest zalecane wyłącznie w sytuacji alergii na penicyliny. Leczenie kiły wczesnej wymaga przyjmowania leku przez 14 dni dwa razy dziennie, co wiąże się z poważnym ryzykiem pominięcia dawki i tym samym osłabieniem skuteczności leczenia. Niewyleczenie lub niedoleczenie zakażenia może skutkować konsekwencjami dla pacjenta, ale także zagrożeniem epidemiologicznym dla jego kontaktów seksualnych. Wykazano, że doksycyklina wykazuje mniejszą skuteczność w leczeniu kiły. Antybiotyk ten nie jest w ogóle zalecany do leczenia kiły u pacjentów ze współistniejącym zakażeniem HIV i u kobiet w ciąży [1; 2; 3].

Ze względu na długi okres wylegania kiły w Polsce podejmuje się leczenie osoby z kontaktu z osobą chorą, nawet jeżeli nie prezentuje ona objawów klinicznych zakażenia i ma ujemne wyniki testów serologicznych [4].

#### ***Realizacja zapisów ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu chorób zakaźnych u ludzi w kontekście zakażenia kiłą***

Chorzy na kiłę podlegają obowiązkowemu leczeniu, a osoby mające styczność z osobą chorą (w okresie zakaźności) podlegają badaniu klinicznemu, badaniom diagnostycznym, a w razie potrzeby profilaktycznemu stosowaniu leków (art. 40 ust. 1 i 2 ww. ustawy). Zgodnie z zapisami art. 40 ust. 3 ustawy „świadczenia zdrowotne [...] mogą obejmować również wydawanie leków przez [leczący] podmiot” (Dz.U. 2008, nr 234 poz. 1570 z późn. zm.). W tym miejscu należy zwrócić uwagę, że nie zapewniono odrębnego finansowania na wydawanie leków chorym na kiłę, tak jak to ma miejsce w przypadku zakażonych HIV. Zakup leków z budżetu poradni dermatologicznych i poradni chorób zakaźnych jest zbyt dużym obciążeniem ekonomicznym. Tym samym ten zapis ustawy nie jest prawie w ogóle realizowany.

W praktyce pacjentom chorym na kiłę wystawiana jest recepta na penicylinę benzatynową, którą realizują w ogólnodostępnych aptekach. Lek jest nierefundowany. Pacjenci ponoszą zatem pełną odpłatność, która wynosi średnio 50–70 zł. W opinii autorów poprawę dostępności do leczenia kiły można uzyskać poprzez wprowadzenie refundacji dla penicyliny benzatynowej (odpłatność „B”, jak w przypadku leków przeciwgryźliczych, które pacjent również wykupuje w ogólnodostępnych aptekach).

### **Programy profilaktyczne**

Nie istnieją w Polsce programy profilaktyczne umożliwiające wykonanie badań w kierunku kiły u osób, które chciałyby poznać swój status serologiczny. Płatnik dopuszcza badanie i diagnostykę wyłącznie osób chorych (tj. z klinicznymi objawami zakażenia) oraz osób z kontaktu z osobami chorymi. Podkreślić należy, że kiła może przebiegać bezobjawowo lub skąpoobjawowo. IUSTIs zwraca ponadto uwagę, że na zakażenie chorobami przenoszonymi drogą płciową jest narażony każdy aktywny seksualnie człowiek [1].

### **Podsumowanie oraz rekomendacje**

Liczba zgłaszanych rocznie przypadków kiły plasuje się na poziomie ok. 1 500–2 000 [7]. Modele epidemiologiczne wskazują jednak, że liczba rzeczywistych zakażonych może być nawet 4-krotnie większa.

W opinii autorów niniejszego opracowania zwiększenie wykrywalności zakażeń można osiągnąć poprzez poprawę dostępności do świadczeń z zakresu wenerologii i ich finansowania, np.:

- zapewniając odrębne kontraktowanie i finansowanie poradni wenerologicznych, do których nie będzie konieczne skierowanie od lekarza POZ lub innego specjalisty;
- uwzględniając w wycenie świadczeń badania diagnostyczne w kierunku kiły (jak dotychczas najtańszy odczyn RPR nie ma przypisanego kodu ICD-9);
- wprowadzając odpowiednio finansowane świadczenie zatytułowane „badanie przesiewowe osób bez objawów klinicznych i nie będących z kontaktu z osobami zakażonymi”;
- wprowadzając refundację penicyliny benzatynowej, aby dla pacjentów z kiłą była ona dostępna bezpłatnie w aptekach;
- wprowadzając ogólnopolskie rekomendacje diagnostyczne w kile, aby ujednolicić na terenie całego kraju metody diagnostyczne i wprowadzić laboratoria referencyjne, w których możliwe będzie wykonywanie szczegółowszych badań (np. Anty-*T.pallidum* w klasie IgM).

## **DIAGNOSTYKA, LECZENIE I ROZPOZNAWANIE RZEŻĄCZKI W POLSCE**

### **Diagnostyka rzeżączki w Polsce**

Zgodnie z rekomendacjami IUSTIs diagnostyka rzeżączki powinna odbywać się na podstawie obrazu klinicznego i pobrania materiału do badania mikrobiologicznego. Dopuszczalną metodą diagnostyki jest posiew na odpowiednim podłożu lub badanie metodami biologii molekularnej (PCR), które wykrywa materiał genetyczny *Neisseria gonorrhoeae* w materiale pobranym od pacjenta. Do diagnostyki rzeżączki odbytu i gardła jest zalecana wyłącznie metoda PCR [8].

W Polsce ze względów ekonomicznych preferuje się badanie metodą hodowli. Metoda PCR jawi się jako zbyt kosztowna (ok. 100–150 złotych za badanie) i jej finansowanie nie jest odpowiednio wycenione przez NFZ. Ogranicza to znacznie możliwości diagnostyki rzeżączki odbytu i gardła.



Diagnostykę rzeżączki przeprowadzają zakłady i pracownie mikrobiologii w zakresie publicznej ochrony zdrowia (najczęściej przyszpitalne) oraz prywatne laboratoria diagnostyczne.

Warto zwrócić uwagę, że wyspecjalizowane poradnie dermatologiczno-wenerologiczne w ośrodkach publicznych najczęściej ściśle współpracują z zakładami mikrobiologii w tym samym szpitalu. Dzięki temu materiał jest odpowiednio pobierany, na odpowiednie podłoże i odpowiednio szybko transportowany do pracowni. W prywatnych centrach medycznych, które najczęściej umowy na świadczenie usług z zakresu mikrobiologii mają podpisane z również prywatnymi podmiotami zewnętrznymi, brakuje jasno określonych standardów przede wszystkim w zakresie czasu transportu próbki do laboratorium. Czas ten jest najczęściej znacznie wydłużony, co często prowadzi do wyników fałszywie ujemnych.

Rzeżączka charakteryzuje się gwałtownym obrazem klinicznym (wyciek z cewki moczowej, objawy dyzuryczne, ból przy oddawaniu moczu). Stąd ze względów medycznych i epidemiologicznych porada lekarska i diagnostyka powinny odbyć się w trybie pilnym. Obecnie jest to możliwe jedynie w bardzo nielicznych ośrodkach dermatologicznych, w których możliwe było zorganizowanie poradni/gabinetów wenerologicznych. Mają one możliwość przyjęcia pacjenta „z ulicy” i – dzięki ścisłej współpracy diagnostycznej – wykonania badań i uzyskania wyników w krótkim czasie. W pozostałych przypadkach dostęp do świadczeń jest utrudniony zbyt długą kolejką oczekujących (nawet przypadków pilnych) oraz koniecznością posiadania skierowania od innego lekarza.

Większość pacjentów z objawami rzeżączki zasięga pomocy medycznej lekarza POZ (mężczyźni) i ginekologa (kobiety). Bez wykonywania badań mikrobiologicznych (które nie są w zasięgu możliwości finansowych lekarza POZ) zlecane jest najczęściej leczenie empiryczne (intuicyjne). Koresponduje to z niezwykle niskim odsetkiem przypadków rzeżączki w Polsce (0,8/100 tys. mieszkańców) w porównaniu do innych krajów europejskich (np. w Niemczech 20/100 tys. mieszkańców). Można to podsumować stwierdzeniem: „nie robimy testów, nie ma choroby”.

### **Potwierdzenie skuteczności leczenia**

W Polsce obowiązują zalecenia dotyczące konieczności wykonania ponownego posiewu (lub badania PCR) w okresie od 7–14 dni od zakończenia leczenia rzeżączki u wszystkich pacjentów, nawet tych, u których wszystkie objawy zakażenia ustąpiły [9]. Obowiązek ten nie jest realizowany konsekwentnie. Częściowo wynika to z faktu, że pacjenci nie zgłaszają się na wizytę kontrolną, ale także z ograniczeń finansowych poradni, w których są oni leczeni. Prawie nigdy obowiązek badania kontrolnego po leczeniu nie jest realizowany, jeśli pacjenci leczeni są w poradniach innych niż dermatologiczne i chorób zakaźnych (np. urologiczne, ginekologiczne, podstawowej opieki zdrowotnej).

### **Badania przesiewowe w kierunku rzeżączki**

Szacuje się, że u nawet 95% kobiet zakażenie *Neisseria gonorrhoeae* może przebiegać bezobjawowo. Nie ma obecnie w Polsce programu profilaktycznych badań w kierunku rzeżączki. NFZ nie dopuszcza możliwości wykonania badań u pacjenta bez objawów klinicznych i bez wywiadu kontaktu z osobą chorą, na zasadzie wyłącznie postępowania przesiewowego.

### ***Leczenie rzeżączki w Polsce***

Od kilku lat obserwuje się narastanie oporności szczepów *Neisseria gonorrhoeae* na stosowane antybiotyki (początkowo penicylinę, kolejno fluorochinolony) [10]. Od kilku lat odnotowuje się szczepy odpowiedzialne za rzeżączkę, które charakteryzują się zmniejszoną wrażliwością na cefalosporyny. Z tego powodu Światowa Organizacja Zdrowia nadała wysoki priorytet badaniom nad nowymi lekami do leczenia rzeżączki.

Niezmierznie ważne jest, aby leczenie rzeżączki odbywało się zgodnie z aktualnymi zaleceniami, które powinny być oparte na lokalnych danych na temat wrażliwości szczepów na leki w danym kraju. Wydaje się, że w Polsce wrażliwość szczepów *Neisseria gonorrhoeae* na antybiotyki jest podobna jak w innych krajach europejskich [11]. Stąd Polskie Towarzystwo Dermatologiczne rekomenduje stosowanie zaleceń obowiązujących w krajach zachodnich (zalecenia IUSTIs).

Niepowikłaną rzeżączkę leczy się pojedynczą domięśniową dawką ceftriaksonu (500 mg) oraz azytromycyną w pojedynczej doustnej dawce (2 g). Pacjenci leczeni w poradniach innych niż dermatologiczne i chorób zakaźnych (m.in. urologiczne, ginekologiczne, podstawowej opieki zdrowotnej) rzadko otrzymują ww. schemat terapeutyczny. W obserwacji autorów zalecane są wówczas najczęściej fluorochinolony i syntetyczne penicyliny. Podkreślić w tym miejscu należy, że wrażliwość rzeżączki na te antybiotyki jest niewielka.

### ***Realizacja zapisów ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu chorób zakaźnych u ludzi w kontekście zakażenia rzeżączką***

Analogicznie jak w przypadku kiły, w myśl zapisów ww. ustawy (Dz.U. 2008, nr 234 poz. 1570 z późn. zm.) pacjenci z rzeżączką podlegają obowiązkowemu leczeniu. Badaniu klinicznemu, badaniom diagnostycznym, a w razie potrzeby profilaktycznemu leczeniu podlegają osoby mające styczność z osobą chorą na rzeżączkę. Ustawodawca zwraca także uwagę, że „świadczanie zdrowotne [...] mogą obejmować również wydawanie leków przez [leczący] podmiot”. Znowuż, jak w przypadku kiły, nie zapewniono finansowania leków, które miałyby być wydawane przez poradnie pacjentom chorym na rzeżączkę. Zakup leków z budżetu poradni dermatologicznych i poradni chorób zakaźnych byłby ogromnym obciążeniem ekonomicznym (leki te są dużo droższe niż penicylina benzatynowa). Tym samym ten zapis, podobnie jak w przypadku kiły, w prawie wszystkich ośrodkach nie jest wprowadzany w życie. Całkowite koszty leczenia przenoszone są na pacjenta, który musi zrealizować receptę w ogólnodostępnej aptece. Azytromycyna jest refundowana, ale wyłącznie w zakażeniach *Chlamydia trachomatis*. Przy czym nawet po refundacji koszt 2 g leku jest wysoki i wynosi ok. 40 złotych. Ceftriakson jest wydawany za 100% odpłatnością (koszt ok. 15 złotych). W opinii autorów poprawę sytuacji można osiągnąć poprzez wprowadzenie na azytromycynę i ceftriakson odpłatności „B” (jak to jest w przypadku leków przeciwgruźliczych) dla rozpoznania rzeżączki (wg ICD-10 A54).

### ***Podsumowanie oraz rekomendacje***

Liczba badań wykonywanych w Polsce w kierunku rzeżączki jest niewielka. Wiele zakażeń rzeżączkowych leczy się „intuicyjnie”, bez uprzedniego wykonania badań mikrobiologicznych. Procedury diagnostyczne w poradniach udzielających świadczeń dla

pacjentów z rzeżączką czy jej podejrzeniem nie są adekwatnie wycenione i finansowane przez NFZ, a leki do leczenia rzeżączki nie są w Polsce bezpłatne ani refundowane (pacjent ponosi pełną odpłatność za leki). Dostęp do poradni udzielających świadczeń dla pacjentów z rzeżączką jest utrudniony (wymagane jest skierowanie, obowiązują listy kolejkowe nawet dla przypadków pilnych).

W opinii autorów niniejszego opracowania zwiększenie wykrywalności zakażeń można osiągnąć poprzez poprawę dostępności do świadczeń z zakresu wenerologii i ich finansowania, np.:

- zapewniając odrębne kontraktowanie i finansowanie poradni wenerologicznych, do których nie będzie konieczne skierowanie od lekarza POZ lub innego specjalisty;
- wprowadzając odpowiednio finansowane świadczenie zatytułowane „badanie przesiewowe osób bez objawów klinicznych i nie będących z kontaktu z osobami zakażonymi”;
- poprawiając wycenę procedury U46 wg ICD-9 (tj. DNA *Neisseria gonorrhoeae*);
- wprowadzając bezpłatną azytromycynę i ceftriakson dla pacjentów z rzeżączką.

#### **DIAGNOSTYKA, LECZENIE I ROZPOZNAWANIE ZAKAŻEŃ CHLAMYDIALNYCH PRZENOSZONYCH DROGĄ PŁCIOWĄ W POLSCE**

##### ***Diagnostyka zakażeń chlamydialnych przenoszonych drogą płciową w Polsce***

Zgodnie z zaleceniami IUSTIs diagnostyka zakażeń *Chlamydia trachomatis* w obrębie dróg moczowo-płciowych i odbytu powinna się odbywać wyłącznie metodami biologii molekularnej (PCR) [12]. Przynajmniej jedna pracownia diagnostyczna w każdym większym mieście akademickim wykonuje tego typu badania. Nadal jednak zalecane przez lekarzy i wykonywane są badania serologiczne z krwi wykrywające przeciwciała w klasie IgG i IgM przeciwko *Chlamydia trachomatis*. Badania te nie mają znaczenia diagnostycznego, a na podstawie uzyskanych wyników nie można podejmować decyzji o leczeniu pacjenta. Ich znaczenie kliniczne powinno być ograniczone wyłącznie do badań u noworodków przy podejrzeniu zapalenia płuc lub ucha środkowego o etiologii *Chlamydia trachomatis*.

Diagnostyka zakażeń *Chlamydia trachomatis* w Polsce wykonywana jest niemal wyłącznie w poradniach dermatologiczno-wenerologicznych i poradniach nabytych niedoborów odporności. Podobnie jak przy rzeżączce liczba wykrytych przypadków jest nieproporcjonalnie mniejsza w porównaniu do tej stwierdzanej w krajach ościennych, co świadczy o wykonywaniu niewielkiej liczby badań diagnostycznych.

NFZ w placówkach publicznej ochrony zdrowia niewystarczająco wycenia i finansuje badania molekularne w kierunku zakażeń chlamydialnych. Dodatkowo wiele rejonowych poradni oraz poradni poza większymi ośrodkami nie ma zapewnionego dostępu do takiej diagnostyki. W konsekwencji leczenie zakażeń chlamydialnych podejmowane jest empirycznie (intuicyjnie) i nie jest poparte wynikami badań mikrobiologicznych.

##### ***Badania przesiewowe w kierunku zakażeń chlamydialnych***

90% kobiet i prawie 50% mężczyzn aktywnych seksualnie może przechodzić zakażenie *Chlamydia trachomatis* bezobjawowo lub skąpoobjawowo [13]. NFZ nie umożliwia

w publicznych placówkach ochrony zdrowia badania profilaktycznego lub przesiewowego u pacjentów bez objawów klinicznych lub bez wywiadu kontaktu z osobą zakażoną *Chlamydia trachomatis*. Nielezione zakażenie w przypadku kobiet może skutkować przewlekłym stanem zapalnym miednicy małej, a w konsekwencji bezpłodnością.

### ***Leczenie zakażeń wywołanych przez Chlamydia trachomatis***

Rekomendowanym przez IUSTIs leczeniem zakażeń wywołanych przez *Chlamydia trachomatis* jest azytromycyna w jednorazowej doustnej dawce 1g lub doksycyklina w doustnej dawce 2x100 mg przez 7 dni. Oba leki są refundowane w ww. zakażeniu, ale nie są bezpłatne [13].

Leczenie zakażeń realizowane jest w Polsce w poradniach dermatologiczno-wenerologicznych oraz poradniach nabytych niedoborów odporności. W poradniach urologicznych, ginekologicznych oraz poradniach podstawowej opieki zdrowotnej leczenie, najczęściej doksycyklina, przeprowadza się empirycznie (intuicyjnie) i nie jest ono poprzedzone wynikami badań mikrobiologicznych.

### ***Podsumowanie***

W opinii autorów niniejszego opracowania zwiększenie wykrywalności zakażeń można osiągnąć poprzez poprawę dostępności do świadczeń z zakresu wenerologii i ich finansowania, np.:

- zapewniając odrębne kontraktowanie i finansowanie poradni wenerologicznych, do których nie będzie konieczne skierowanie od lekarza POZ lub innego specjalisty;
- poprawiając wycenę procedury S79 wg ICD-9 (tj. badania DNA *Chlamydia trachomatis*) jako jedynej rekomendowanej obecnie procedury diagnostycznej;
- umożliwiając poprzez wprowadzenie odpowiednio finansowanego świadczenia badanie przesiewowe osób bez objawów klinicznych i nie będących z kontaktu z osobami zakażonymi;
- wprowadzając ogólnopolskie rekomendacje diagnostyczne w zakażeniach chlamydialnych, aby ujednolicić na terenie całego kraju metody diagnostyczne.

## **WNIOSKI**

### ***W zakresie diagnostyki***

Autorzy niniejszego opracowania dostrzegają bezwzględną konieczność ujednolicenia metod diagnostycznych chorób przenoszonych drogą płciową. Obecnie panuje w Polsce duża dowolność w proponowanych pacjentom testach. Co istotne, lekarze praktycy i klinicyści mają znikomy wpływ na to, jakie badania diagnostyczne będą wykonywane w laboratorium, z którym będą musieli współpracować. Nierzadko skutkuje to tym, że laboratoria nie dysponują testami zgodnymi z rekomendacjami diagnostycznymi. Konieczna wydaje się integracja w tym zakresie środowiska diagnostów laboratoryjnych i lekarzy praktyków. Możliwa będzie wówczas wymiana doświadczeń, poglądów, wiedzy, potrzeb oraz wzajemne szkolenie się.

### **W zakresie leczenia**

Konieczne jest ujednolicenie standardów postępowania terapeutycznego w chorobach przenoszonych drogą płciową, aby były one zgodne z aktualną wiedzą medyczną. Możliwe jest to wyłącznie poprzez integrację i szkolenie lekarzy zajmujących się pacjentami z chorobami przenoszonymi drogą płciową lub takich, do których taki pacjent potencjalnie może trafić (dermatolog-wenerolog, specjalista chorób zakaźnych, urolog, ginekolog, specjalista medycyny rodzinnej).

### **W zakresie dostępności do świadczeń finansowanych ze środków publicznych**

Konieczne są działania mające na celu utworzenie odrębnie finansowanych poradni wenerologicznych, zajmujących się wyłącznie pacjentami z chorobami przenoszonymi drogą płciową. Organizacja takich poradni powinna wiązać się z posiadaniem odrębnej od poradni dermatologicznej poczekalni, rejestracji, osobnych gabinetów i odrębnego gabinetu zabiegowego. Udzielanie świadczeń powinno odbywać się na bieżąco i bez skierowania.

Konieczna jest także poprawa wyceny badań diagnostycznych w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową. Jak przedstawiono, w większości przypadków diagnostyka ta opiera się na badaniach molekularnych, których koszt przewyższa koszt badań serologicznych czy biochemicznych.

W celu realizacji zapisów ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu chorób zakaźnych u ludzi leki stosowane w leczeniu chorób przenoszonych drogą płciową powinny być bezpłatne dla pacjenta realizującego receptę w ogólnodostępnej aptece.

### **Bibliografia**

- [1] M. Janier, V. Hegyi, N. Dupin i in., *2014 European guideline on the management of syphilis*, „The Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology” 2014, nr 28.
- [2] A. Wojas-Pelc, M. Pastuszczyk, A.B. Serwin i in., *Kiła. Rekomendacje diagnostyczno-terapeutyczne Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. Część 1: kiła wczesna i późna*, „Przegląd Dermatologiczny” 2018, nr 105.
- [3] A. Wojas-Pelc, M. Pastuszczyk, A.B. Serwin i in., *Kiła. Rekomendacje diagnostyczno-terapeutyczne Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. Część 2: kiła układu nerwowego, kiła u kobiet w ciąży oraz kiła wrodzona*, „Przegląd Dermatologiczny” 2018, nr 105.
- [4] M. Pastuszczyk, A. Wojas-Pelc, *Current standards for diagnosis and treatment of syphilis: selection of some practical issues based on European (IUSTIs) and U.S. (CDC) guidelines*, „Post Dermatol Alergol” 2013, nr 30.
- [5] C. Zhou, X. Zhang, W. Zhang i in., *PCR detection for syphilis diagnosis: Status and prospects*, „Journal of Clinical Laboratory Analysis” 2019, nr 33.
- [6] O. Jakubowicz (doktorant), R. Żaba (promotor), *Analiza wyników badań serologicznych w kierunku kiły oraz wybranych problemów psychologicznych u chorych na kiłę w materiale Kliniki Dermatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu*, rozprawa doktorska, Poznań 2011.
- [7] [Online:] [www.wvold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/index\\_p.html#01](http://www.wvold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/index_p.html#01).
- [8] [Online:] [www.iuSTIs.org/wp-content/uploads/2019/12/Gonorrhoea\\_2012.pdf](http://www.iuSTIs.org/wp-content/uploads/2019/12/Gonorrhoea_2012.pdf).
- [9] A.B. Serwin, S. Majewski, R. Żaba i in., *Diagnostyka i leczenie rzeżączki: komentarz grupy ekspertów Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego*, „Przegląd Dermatologiczny” 2014, nr 101.
- [10] B. Młynarczyk-Bonikowska, A. Majewska, M. Malejczyk i in., *Multiresistant Neisseria gonorrhoeae: a new threat in second decade of XXI century*, „Medical Microbiology and Immunology” 2020, nr 209.

- [11] B. Mlynarczyk-Bonikowska, M. Malejczyk, S. Majewski i in., *Antibiotic resistance and NG-MAST sequence types of Neisseria gonorrhoeae isolates in Poland compared to the world*, „Postępy Dermatologii i Alergologii” 2018, nr 35.
- [12] E. Lanjouw, S. Ouburg, H.J. de Vries i in., *European guideline on the management of Chlamydia trachomatis infections*, „International Journal of STD & AIDS” 2015, nr 27.

#### **4. INTEGRACJA ŚWIADCZEŃ W ZAKRESIE PROFILAKTYKI I LECZENIA STIs W POLSCE – STAN FAKTYCZNY, POTRZEBY I KIERUNKI DZIAŁAŃ**

Od kilkunastu lat obserwuje się w większości krajów europejskich, w tym również w Polsce, znaczący wzrost zapadalności na kiłę, rzeżączkę i chłamydiozę. Liczba nowych przypadków kiły rozpoznawanych w Polsce od kilku lat nosi znamiona epidemii, przy czym niewiele wiadomo na temat jej rzeczywistych rozmiarów, populacji szczególnie dotkniętych i głównych dróg szerzenia się zakażeń. Problem jest bowiem względnie dobrze rozpoznany jedynie w przypadku populacji mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami (MSM) zakażonych HIV, w mniejszym stopniu rozmiary zjawiska znamy w populacji MSM niezakażonych HIV okresowo badających się w kierunku anty-HIV. Zapadalność na kiłę i inne STIs jest zupełnie nieznana wśród MSM, którzy nie badają się w kierunku anty-HIV lub badanie takie wykonują bardzo rzadko, a stanowią oni większość bardzo zróżnicowanej wewnętrznie populacji MSM. Biorąc pod uwagę wysoką zapadalność na STIs w populacji MSM zakażonych HIV, którzy to zwykle zwracają większą uwagę na zagadnienia bezpieczniejszego seksu, można uznać za pewne, że sytuacja w populacji niezakażonych i/lub niebadających się w kierunku anty-HIV MSM jest gorsza.

Dodatkowo problem komplikuje fakt, że STIs praktycznie nie są zgłaszane do nadzoru epidemiologicznego z uwagi na anachroniczny system raportowania, który nie zapewnia nawet minimalnej ochrony wrażliwych danych pacjentów. Zniechęca to potencjalnych zainteresowanych do diagnostyki, która i tak jest trudna z uwagi na bariery systemowe w postaci braku doświadczenia lekarzy odnośnie do tematyki STIs, braku technicznych możliwości przeprowadzenia odpowiedniej diagnostyki, braku jej wystarczającego finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a tym samym braku zainteresowania świadczeniodawców jej rozwijaniem.

Z wielu powodów zdarza się, że pacjenci trafiają do lekarzy specjalistów potrafiących i chcących zajmować się STIs niewystarczająco szybko i z utrudnieniami, co skutkuje opóźnieniem terapii, dalszym rozprzestrzenianiem się zakażeń, a także brakiem leczenia osób z kontaktu. Duży negatywny wpływ ma również brak elementarnej nawet wiedzy na temat STIs u większości osób aktywnych seksualnie oraz oceniający i nacechowany ideologicznie stosunek znaczącej części lekarzy zarówno do STIs, jak i MSM.

Wszystkie te czynniki sprawiają, że diagnostyka i leczenie STIs w Polsce jest dla indywidualnego pacjenta prawdziwym wyzwaniem, konsekwencje epidemii kiły zaś będą, w ocenie autora niniejszego opracowania, jednym z istotnych problemów zdrowia publicznego w kolejnych dekadach. Sytuacja taka jest tym bardziej niezrozumiała, że diagnostyka i leczenie wszystkich bakteryjnych STIs jest prosta i tania, są one w pełni wyleczalne, a w większości krajów cywilizowanych w ciągu ostatnich kilkunastu lat wypracowano skuteczne metody profilaktyki, rozpoznawania i leczenia STIs.

W Polsce sprawnie funkcjonuje sieć kilkunastu publicznych poradni profilaktyczno-leczniczych zajmujących się diagnostyką i leczeniem HIV ze środków Ministerstwa Zdrowia oraz Narodowego Funduszu Zdrowia, jak również sieć kilkunastu punktów konsultacyjno-

diagnostycznych wykonujących anonimowe i bezpłatne badania w kierunku anty-HIV finansowane ze środków Ministerstwa Zdrowia oraz wielu lokalnych samorządów. Daje to liczbę kilkudziesięciu placówek w Polsce, na których można by oprzeć diagnostykę i leczenie STIs działające w ramach jednolitego, prostego i taniego systemu. Żaden z elementów tego systemu nie wymaga tworzenia od podstaw, wszystkie jednak działają w oderwaniu od siebie, według różnych klinicznych scenariuszy, bazując często na lokalnie wypracowanych rozwiązaniach. Choć obecnie już diagnozuje się i leczy w tych placówkach zdecydowaną większość STIs rozpoznawanych w Polsce, stanowi to dodatkową działalność placówek, będącą w większości przypadków własną inicjatywą pracujących tam osób, pozbawioną struktury, a tym samym stałego finansowania ze środków publicznych, pozbawioną jednolitych standardów, świadczącą usługi różnej i trudnej do ewaluacji jakości. Można stosunkowo niewielkim nakładem wprowadzić rozwiązania, które każdy punkt konsultacyjno-diagnostyczny i każdą poradnię profilaktyczno-leczącą wyposażą w kadrowe i techniczne możliwości do wykonania podstawowej diagnostyki w kierunku zarówno zakażenia HIV (anty-HIV/p24), jak i HCV (anty-HCV), HBV (anty-HBc), HAV (anty-HAV IgM/IgG), kiły (VDRL, TPHA, FTA, FTA-Abs), rzeżączki (DNA w wymazie z cewki moczowej, odbytu, gardła), chlamydiozy (DNA w wymazie z cewki moczowej, odbytu). Wszystkie poradnie profilaktyczno-lecznicze dysponują już obecnie kadrowymi i technicznymi możliwościami leczenia bakteryjnych STIs w warunkach ambulatoryjnych, często podczas jednej wizyty (dziś rozpoznanie, dziś wyleczenie), jednak system ochrony zdrowia nie jest zainteresowany wykorzystaniem i ustrukturyzowaniem tych możliwości. Ważne jest, aby zgłoszenie się pacjenta na diagnostykę i leczenie STIs pozbawione było konieczności przechodzenia przez skomplikowaną procedurę rejestracji i umawiania terminu wizyty, a czas oczekiwania na nią skrócony był do minimum. Podczas jednej wizyty powinno się mieć możliwość załatwienia maksymalnie wielu spraw, jak: specjalistyczna konsultacja lekarska z badaniem fizykalnym i pobraniem wymazów do badań; porada dotycząca zdrowia seksualnego; pobranie krwi na badania w kierunku wirusowych i bakteryjnych STIs; leczenie, jeśli jest konieczne; kontrolne badania i kontynuacja leczenia, jeśli istnieje taka potrzeba; wdrożenie profilaktyki przedekspozycyjnej (PrEP).

Kluczową kwestią w działaniu poradni diagnostyki i leczenia STIs jest nieoceniacący, przyjazny i otwarty personel, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa i intymności pacjentów, ograniczenie do minimum czasu oczekiwania na przyjęcie i na wyniki (szerokie stosowanie szybkich testów diagnostycznych), szeroka oferta diagnostyczna i terapeutyczna na miejscu (antybiotykoterapia, profilaktyka przedekspozycyjna), a jeśli to niemożliwe, ułatwienie pacjentowi dotarcia do placówki specjalistycznej i pośredniczenie w tym (np. umówienie wizyty). Takie zintegrowane podejście do profilaktyki, diagnostyki i leczenia STIs zalecają wszystkie międzynarodowe towarzystwa naukowe. System taki skutecznie funkcjonuje w wielu krajach. Stosunkowo efektywnie działająca sieć poradni profilaktyczno-leczniczych i punktów konsultacyjno-diagnostycznych, w których możliwe obecnie jest wykonanie testu w kierunku HIV bez skierowania, anonimowo i bezpłatnie, mogłaby stanowić „szkielet” sieci „poradni zdrowia seksualnego” zapewniających kompleksową bezpłatną diagnostykę i leczenie STIs oraz prowadzących PrEP. Warunkiem powodzenia jest opracowanie jednolitych, prostych do realizacji i opartych na racjonalnych przesłankach (częsty brak w polskim systemie ochrony



zdrowia) standardów organizacyjnych, diagnostycznych i terapeutycznych; znalezienie ludzi, którzy chcieliby się tym zajmować, „pasjonatów” (często osoby takie stanowią trzon kadry poradni i PKD); zmotywowanie tych osób (niekoniecznie finansowe, a np. poprzez umożliwienie realizacji własnych pomysłów, pokazanie wizji, efektów możliwych do osiągnięcia). Największym wyzwaniem jest jednak przekonanie publicznego płatnika do finansowania tego typu działalności, która jako związana ze zdrowiem seksualnym postrzegana jest w Polsce często nie poprzez pryzmat *evidence based medicine*, ale ideologii i prywatnej opinii, jaką na temat osób chorujących na zakażenia przenoszone drogą kontaktów seksualnych ma konkretny państwowy czy samorządowy urzędnik decydent.

## 5. ZAKAŻENIA PRZENOSZONE DROGĄ PŁCIOWĄ W DOBIE PREP: POLSKA, EUROPA

### WSTĘP

W 2012 r. Centers for Disease Control (CDC) w USA zarejestrowało farmakologiczną profilaktykę przedekspozycyjną (PrEP) jako kolejną metodę ochrony przed zakażeniem HIV. Bardzo szybko została ona dopuszczona do stosowania w większości krajów na świecie, a w wielu z nich wdrożono programy dające możliwość refundacji PrEP. Wyniki badań klinicznych, a także późniejsza praktyka wskazują, że w populacjach ze skoncentrowaną epidemią PrEP może w krótkim czasie doprowadzić do znaczącego zmniejszenia wskaźników zakażeń HIV. Uzyskanie takiego efektu jest możliwe, zwłaszcza jeśli PrEP stanowi element kompleksowej opieki uwzględniającej m.in. regularne testowanie i leczenie zakażeń przenoszonych drogą płciową, używanie prezerwatyw, kiedy to tylko możliwe, i niezwłoczne rozpoczynanie terapii antyretrowirusowej po rozpoznaniu zakażenia HIV [20; 22].

Epidemii HIV w Europie i w Ameryce Północnej od kilkunastu lat towarzyszy epidemia zakażeń *Chlamydia trachomatis*, dwoinką rzeżączki i krętkiem bladym (nazywane w dalszej części rozdziału zbiorczo STIs jako najczęstsze z kręgu przenoszonych drogą płciową). Dane dla Polski dotyczące zapadalności na STIs są dość ograniczone i w porównaniu z danymi europejskimi są od kilkunastu do kilkudziesięciu razy mniejsze [1–2; 14–16]. Doświadczenia własne z poradni PrEP i HIV, a także wystąpienia konferencyjne wskazują, że liczba nowych zakażeń STIs podawana w oficjalnych raportach Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny może być zaniżona w zależności od rejonu i rodzaju zakażenia nawet stukrotnie. Brak prawidłowego raportowania wynika z trudności diagnostycznych, leczenia jedynie na podstawie zgłaszanych objawów, jak również zrozumiałej niechęci pacjentów i lekarzy do podawania danych osobowych osoby zakażonej w karcie zgłoszenia epidemiologicznego. Zjawiska te są częste w Polsce głównie z powodu braku powszechnie dostępnych poradni zajmujących się diagnozowaniem i terapią STIs, a także niekiedy trudnej współpracy ze stacjami sanitarno-epidemiologicznymi. Poradę wenerologiczną można uzyskać bez większych problemów *de facto* jedynie w dużych miastach wojewódzkich w ramach poradni specjalistycznej refundowanej przez NFZ albo w prywatnych klinikach PrEP lub dermatologicznych. Niestety wycena i organizacja procedur NFZ w zakresie tych porad często nie pozwalają na przeprowadzenie kompleksowej i zgodnej z aktualną wiedzą medyczną diagnostyki i terapii. Niejednokrotnie zmusza to pacjenta albo do hospitalizacji w oddziale dermatologicznym, albo do skorzystania z oferty porad prywatnych.

### WPŁYW PROGRAMÓW PREP NA PODEJMOWANIE RYZYKA I ZAPADALNOŚĆ NA STIS

PrEP polegająca na stosowaniu tenofowiru dizoproksylu w skojarzeniu z emtrycytabiną skutecznie chroni przed zakażeniem HIV. Dane pochodzące z badań klinicznych jak i późniejsze obserwacje kohort wskazują, że ta forma profilaktyki farmakologicznej prawidłowo stosowana zmniejsza ryzyko zakażenia HIV o ponad 98%. Pacjenci decydujący się na stosowanie PrEP

obawiają się przede wszystkim zakażenia HIV, w mniejszym stopniu innych STIs. W przypadku pozostałych STIs obawy dotyczą ewentualnej antybiotykooporności bakterii [1]. Obecnie poza szczepieniami przeciw HBV, HAV i HPV brak jest lekowej profilaktyki przedekspozycyjnej dla innych zakażeń przenoszonych drogą płciową.

PrEP powinna być zatem zalecana pacjentom, którzy mają kontakty seksualne bez prezerwatyw z osobami, które mogą być źródłem zakażenia HIV (najczęściej są to osoby nieświadome swojego zakażenia lub osoby, które dopiero rozpoczęły terapię ARV).

PrEP zawsze powinna być stosowana jako element kompleksowej profilaktyki obejmującej:

- testowanie w kierunku zakażenia HIV co 3 miesiące i niezwłoczne wdrożenie terapii ARV w razie rozpoznania zakażenia;
- testowanie przynajmniej raz na 3 miesiące w kierunku innych STIs i niezwłoczne leczenie pacjenta i osób z kontaktu w razie wykrycia zakażenia;
- używanie prezerwatyw kiedy tylko jest to możliwe dla pacjenta;
- zaszczepienie przeciw HAV, HBV i HPV;
- modyfikacje behawioralne, jeśli tylko są możliwe i akceptowalne przez pacjenta.

Jak wspomniano, PrEP kierowana jest do osób o większym niż populacyjne ryzyku zakażenia HIV. Już w pierwszych badaniach oceniających skuteczność PrEP analizowano, czy jej stosowanie nie przyczynia się do kompensacyjnego zwiększenia ryzyka i zwiększonej zapadalności na STIs. W badaniach IPrEX, PROUD i Ipergay nie wykazano kompensacyjnego zwiększenia ryzyka, a w badaniu IPrEX stwierdzono wręcz wzrost częstości używania prezerwatyw w okresie trwania obserwacji [7; 10; 11]. W późniejszych badaniach kohortowych stwierdzono jednak, że po roku od rozpoczęcia PrEP ok. 40% pacjentów rzadziej używało prezerwatyw. Jednocześnie w większości kohort pacjentów stosujących PrEP stwierdzano wzrost zapadalności na STIs. W niektórych kohortach jakakolwiek STI była rozpoznawana u 50% pacjentów [10]. Zwiększona zapadalność na STIs kojarzona była właśnie ze spadkiem częstości używania prezerwatyw i z podejmowaniem większego ryzyka. Korelacja ta nie zawsze jest jednak prawdziwa i niekoniecznie ma związek przyczynowo-skutkowy.

Wzrost liczby nowych zakażeń obserwowany był już od kilku lat przed pojawieniem się PrEP i nie można go łączyć jedynie z kompensacyjnym zwiększeniem ryzyka w trakcie jej stosowania. Do czynników zaburzających ocenę zapadalności na STIs w tej grupie pacjentów należy przede wszystkim liczba wykonywanych badań przed i po rozpoczęciu PrEP, a używanie substancji psychoaktywnych i zróżnicowane zachowania seksualne pacjentów utrudniają ocenę ewentualnej kompensacji ryzyka [5].

Wytyczne wszystkich znaczących organizacji i stowarzyszeń zalecają wykonywanie badań w kierunku STIs co 3–6 miesięcy. Przed rozpoczęciem PrEP większość osób nie wykonuje regularnie badań w kierunku HIV i innych STIs, zatem późniejsza systematycznie prowadzona diagnostyka w związku z monitorowaniem PrEP przekłada się na ich zwiększoną wykrywalność w tej grupie [21; 23]. Uczestnictwo w programach PrEP umożliwia dostęp do lekarzy, wiedzy, wsparcia i diagnostyki, co w przypadku pozostałej części populacji nie jest tak łatwe [6; 9]. Ostatecznie w badaniu PrEPX z Australii, po uwzględnieniu wszystkich wymienionych wyżej czynników zaburzających, wykazano, że w trakcie stosowania PrEP dochodzi jednak do wzrostu

zapadalności na jakąkolwiek STI (IRR 1,41 [95% CI; 1,29–1,56]) i na chlamydiozę (IRR 1,12 [95% CI; 1,02–1,23]). Badanie potwierdziło również wcześniejsze obserwacje kohortowe dotyczące czynników ryzyka nabycia STI w trakcie stosowania PrEP. Należą do nich młody wiek, duża liczba partnerów i seks grupowy. Osoby z takimi czynnikami ryzyka stanowiły 25% całej grupy badanej i powinny zostać objęte dodatkowym wsparciem medycznym. Używanie lub nieużywanie prezerwatyw nie wiązało się z ryzykiem nabycia STI, co wykazano również w innych kohortach i badaniach [3; 23].

### **STIs A RYZYKO ZAKAŻENIA HIV**

Zakażenia przenoszone drogą płciową, zarówno wywołujące stan zapalny w obrębie narządów płciowych, jak i przebiegające z powstaniem owrzodzeń, są uznanym czynnikiem zwiększającym od 4–8 razy ryzyko transmisji HIV [17–19]. Brak diagnostyki i wczesnego leczenia STIs może prowadzić do obniżenia skuteczności PrEP. Z tego powodu należy umożliwić nieskrępowany dostęp do diagnostyki i leczenia tych zakażeń, zwłaszcza że w większości badań i kohort PrEP zakażenia przenoszone drogą płciową były rozpoznawane u prawie 50% uczestników. Szczególnie niepokojące są bezobjawowe lub skąpoobjawowe zakażenia gardła wywołane przez dwoinkę rzeżączki. Stanowią one główne źródło nowych zakażeń, a dodatkowo w ich przypadku istnieje duże ryzyko nabycia oporności na cefalosporyny [10].

W badaniu Partner2 wykazano brak transmisji zakażenia HIV, jeśli u partnera zakażonego HIV wiremia była niewykrywalna przez przynajmniej 6 miesięcy. Górna granica 95% przedziału ufności wynosiła od 0,23 do 0,57 w zależności od rodzaju ryzyka. Dla seksu analnego bez prezerwatywy w przypadku rozpoznania STI granica ta wynosiła 3,17. Może to wskazywać na większe ryzyko transmisji HIV dla tego rodzaju ekspozycji lub być jedynie wynikiem mniejszej CYFU (*couple-years of follow-up*). Obserwacja ta stanowi kolejny argument za potrzebą pilnego ułatwienia dostępu do refundowanych porad z zakresu STIs.

### **WNIOSKI**

- Zakażenia przenoszone drogą płciową stanowią narastający od wielu lat problem epidemiologiczny zarówno ogólnie w Europie, jak i w Polsce.
- Zakażenia przenoszone drogą płciową dotyczą szczególnie populacji wykluczonych, z utrudnionym dostępem do porad wenerologicznych, mniejszą mobilnością i ograniczonymi środkami finansowymi.
- Profilaktyka przedekspozycyjna HIV musi być prowadzona w skojarzeniu z kompleksową diagnostyką i terapią STIs.
- Refundowane porady PrEP uwzględniające kompleksową diagnostykę i terapię STIs stanowią podstawowy sposób ograniczenia szerzenia się tych zakażeń w populacji.
- Podczas stosowania PrEP nie zawsze dochodzi do kompensacyjnego zwiększenia ryzyka, a niejednokrotnie obserwuje się jego redukcję.
- Zwiększona zapadalność na STIs w trakcie używania PrEP wiąże się przede wszystkim z młodym wiekiem, dużą liczbą partnerów i seksem grupowym, a nie ze spadkiem częstości używania prezerwatyw.

- Istnieje pilna potrzeba zapewnienia dostępu do nieskrępowanej diagnostyki i terapii STIs nie tylko w poradniach wenerologicznych, ale również w poradniach chorób zakaźnych i poradniach HIV.
- Sposób raportowania STIs wymaga pilnej zmiany, tak aby było możliwe raportowanie anonimowe, jak w przypadku HIV.

### **Bibliografia**

- [1] R. Nath, T. Grennan, R. Parry i in., *Knowledge and attitudes of syphilis and syphilis pre-exposure prophylaxis (PrEP) among men who have sex with men in Vancouver, Canada: a qualitative study*, „BMJ Open” 2019, nr 9.
- [2] D. Petsis, J. Min, Y.-S.V. Huang i in., *HIV Testing Among Adolescents With Acute Sexually Transmitted Infections*, „PEDIATRICS” 2020, t. 145, nr 4.
- [3] M.W. Traeger, V.J. Cornelisse, J. Asselin i in., *Association of HIV Preexposure Prophylaxis With Incidence of Sexually Transmitted Infections Among Individuals at High Risk of HIV Infection*, „JAMA” 2019, nr 321(14).
- [4] A. Aguirrebengoa, V. Garcia, R. Sanchez i in., *Risk factors associated with sexually transmitted infections and HIV among adolescents in a reference clinic in Madrid*. PLoS ONE 2020, nr 15(3).
- [5] N.T. Harawa, I.W. Holloway, A. Leibowitz i in., *Serious concerns regarding a meta-analysis of preexposure prophylaxis use and STIs acquisition*, „AIDS” 2017, nr 31(5).
- [6] K. Freeborn, *Does Pre-exposure prophylaxis (PrEP) for HIV prevention in men who have sex with men (MSM) change risk behavior? A systematic review*, „Journal of Clinical Nursing” 2018, nr 27(17-18).
- [7] R.M. Grant, J.R. Lama, P.L. Anderson i in., *Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men*, „The New England Journal of Medicine” 2010, nr 363.
- [8] S.A. Golub, *PrEP STIsigma: Implicit and Explicit Drivers of Disparity*, „Current HIV/AIDS Reports” 2018, nr 15(2).
- [9] K.F. Kamis, G.E. Marx, K.A. Scott i in., *Same-Day HIV Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) Initiation During Drop-in Sexually Transmitted Diseases Clinic Appointments Is a Highly Acceptable, Feasible, and Safe Model that Engages Individuals at Risk for HIV into PrEP Care*, „Open Forum Infectious Diseases” 2019, nr 6(7).
- [10] H.M. Scott, J.D. Klausner, *Sexually transmitted infections and pre-exposure prophylaxis: challenges and opportunities among men who have sex with men in the US*, „AIDS Research and Therapy” 2016, nr 13(5).
- [11] S. McCormack, D.T. Dunn, M. Desai, D.I. Dolling, M. Gafos, R. Gilson i in., *Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic openlabel randomised trial*, „The Lancet” 2015.
- [12] A.Y. Liu, S.E. Cohen, E. Vittinghoff i in., *Pre-exposure prophylaxis for HIV infection integrated with municipal- and community-based sexual health services*, „JAMA Internal Medicine” 2015, nr 176(1).
- [13] A.J. Rodger, V. Cambiano, T. Bruun i in., *Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study*, [online:] [www.dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30418-0](http://www.dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30418-0).
- [14] European Centre for Disease Prevention and Control, *Syphilis*, [w:] ECDC. Annual epidemiological report for 2018, Stockholm 2020.
- [15] ECDC, *Gonorrhoea*, [w:] ECDC. Annual epidemiological report for 2017, Stockholm 2019.
- [16] ECDC, *Chlamydia infection*, [w:] ECDC. Annual epidemiological report for 2017, Stockholm 2019.
- [17] B.A. Koblin, M.J. Husnik, G. Colfax i in., *Risk factors for HIV infection among men who have sex with men*, „AIDS” 2006, nr 20.
- [18] K.T. Bernstein, J.L. Marcus, G. Nieri i in., *Rectal gonorrhea and chlamydia reinfection is associated with increased risk of HIV seroconversion*, „Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes” 2010, nr 53.

- [19] E.C. Beck, M. Birkett, B. Armbruster i in., *A data-driven simulation of HIV spread among young men who have sex with men: role of age and race mixing and STIs*, „Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes” 2015, nr 70.
- [20] J.E. Volk i in., *No New HIV Infections With Increasing Use of HIV Preexposure Prophylaxis in a Clinical Practice Setting*, „Clinical Infectious Diseases” 2015, nr 61(10).
- [21] S.A. Golub i in., *STIs Data From Community-Based PrEP Implementation Suggest Changes to CDC Guidelines*, CROI, Boston 2016.
- [22] A.E. Brown i in., *Fall in new HIV diagnoses among men who have sex with men (MSM) at selected London sexual health clinics since early 2015: testing or treatment or pre-exposure prophylaxis (PrEP)?*, „Eurosurveillance” 2017, nr 22(25).
- [23] S.A. Golub i in., *Partners – Not Condom Use – Drive STIs Rates among PrEP Users in a Community Health Center* (poster), CROI, Boston 2018.

## 6. ZAKAŻENIA PRZENOSZONE DROGĄ PŁCIOWĄ W POPULACJI MSM

### WSTĘP

Różne dane wskazują, że mężczyźni mający co najmniej jedno doświadczenie homoseksualne stanowią ok. 4–35%. Do 14% utrzymuje kontakty biseksualne, a ok. 3–10% deklaruje się jako osoby homoseksualne. MSM to akronim, który określa „mężczyzn mających seks z innymi mężczyznami”. Grupa MSM obejmuje wszystkie orientacje seksualne. To, co definiuje populację MSM, to typ kontaktu seksualnego. Przyjęcie takiego kryterium ma swoje uzasadnienie epidemiologiczne – wprowadzone pierwotnie w latach 90. XX w. W celu trafniejszej analizy zjawiska rozprzestrzeniania się infekcji przenoszonych drogą płciową w odniesieniu do populacji szczególnych [1; 2]. Bardzo ważne w ujmowaniu zjawiska ze względu na częstość podejmowania kontaktów MSM jest także odniesienie się do świadczenia usług seksualnych przez osoby identyfikujące się jako heteroseksualne [3].

Problematyka zagrożeń zdrowia w populacji MSM zasadniczo różni się od tożsamych w populacji ogólnej. Niestety, wiedza na ten temat nadal jest niepełna [1]. Wśród specyficznych problemów zdrowotnych wymienia się m.in. te z obszaru chorób zakaźnych, infekcji przenoszonych drogą płciową, problemów psychicznych oraz uzależnień. Obecność różnic w porównaniu z populacją ogólną nie wynika w swojej istocie z innej niż heteroseksualna orientacja, ale w dużej mierze jest reakcją na postawy, zachowania, najczęściej wartościujące, dyskryminujące czy wykluczające [1; 4].

### MODEL

Zachowanie seksualne, w tym ryzykowne, jest wynikiem działania czynników psychologicznych, społecznych oraz biologicznych. Dodatkowo istotne czynniki modyfikujące, charakterystyczne dla grupy osób nieheteroseksualnych, to etap *coming out*’u, obecność zaburzeń nastroju / lęku, stres mniejszościowy (Rys. 1).



Rys. 1. Wieloczynnikowy model odpowiedzi seksualnej.

## ZDROWIE I PROBLEMY PSYCHICZNE GEJÓW I OSÓB BISEKSUALNYCH

Pomimo licznych ograniczeń metodologicznych (np. problem z reprezentatywnością próby; traktowanie grupy osób nieheteroseksualnych jako jednorodnej; badania oparte głównie na samoopisie za pośrednictwem internetu; zauważalna nadreprezentacja zaburzeń nastroju i objawów lękowych; częstsze sięganie po środki psychoaktywne i podejmowanie zachowań autodestrukcyjnych) pojawia się coraz więcej danych z zakresu kondycji zdrowotnej populacji MSM. Jednym z głównych wniosków płynących z badań jest fakt, że niskie parametry w zakresie zdrowia psychicznego odzwierciedlają najczęściej reakcję adaptacyjną na wielopoziomową homofobię [2; 5; 6].

### **Potrzeby zdrowotne**

Zdrowie psychiczne, fizyczne, seksualne i reprodukcyjne łączy system wzajemnych powiązań. Zakłócenia w jednej sferze wpływają na cały system. Wielomodalne ujęcie jest warunkiem nie tylko trafnej diagnozy, ale przede wszystkim zwiększa szanse na udzielenie skutecznej pomocy. Niewidoczność grupy w systemie skutkuje problemami z dotarciem z rzetelną i adekwatną do potrzeb informacją z zakresu zdrowia seksualnego i infekcji przenoszonych drogą płciową.

### **Nierówne traktowanie w opiece zdrowotnej**

Na nierówność w dostępie do opieki zdrowotnej osób nieheteroseksualnych zwróciła uwagę Światowa Organizacja Zdrowia [11]. W polskim kontekście zagadnienie to jest badane od niedawna. Dane pochodzą z Instytutu Psychologii Polskiej Akademii Nauk [12], raportów takich organizacji, jak Kampania Przeciw Homofobii czy Lambda Warszawa, oraz z biuletynu wydawanego przez Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich [10]. Dane zebrane w tych opracowaniach obrazują dość klarownie nierównowagę traktowania pacjentów oraz ich złą sytuację.



W świetle prowadzonych badań homofobia, stygmatyzacja i dyskryminacja wobec grupy MSM wpływa na:

- negatywny stan zdrowia psychicznego, utrwała nieprawidłowe sposoby radzenia sobie ze stresem (nadużywanie substancji psychoaktywnych, ryzykowne zachowania seksualne i próby samobójcze);
- ograniczony dostęp do wysokiej jakości opieki zdrowotnej;
- zdolność do tworzenia i utrzymywania długotrwałych związków, które np. zmniejszają ryzyko transmisji HIV i innych STIs;
- utrudnienie w otwartym mówieniu o swojej tożsamości seksualnej, przez co zwiększa poziom stresu, ogranicza wsparcie społeczne i negatywnie wpływa na zdrowie [10; 11; 12; 13].

Dla dużej grupy pacjentów nieheteroseksualnych ujawnienie orientacji seksualnej wiąże się z dużym dyskomfortem i ma miejsce, tylko kiedy stanowi konieczność, tj. proces leczenia, lub osoba jest o to wprost pytana. Odrębną kategorią jest ujawnienie relacji – np. poprzez wskazanie osoby bliskiej do kontaktu czy wskazanie statusu relacji w przypadku rodzicielstwa osób nieheteroseksualnych. Dane pochodzące z raportu *Sytuacja społeczna osób LGBT. Raport za lata 2010–2011* wskazują, że 11% osób spotkało się z gorszym traktowaniem podczas korzystania ze świadczeń medycznych. W raporcie na zlecenie RPO 38% z grupy LGBT spotkało się z jawną homofobią, mikroagresją. Z przytaczanego raportu wynika, że negatywne reakcje ujawniały się jako: zaprzeczenie, poniżające, protekcyjne traktowanie, utrudnianie procedur, domyślne badanie w kierunku HIV, a nawet odmowa leczenia. Konsekwencją obawy przed dyskryminacją jest świadome zatajanie orientacji nieheteronormatywnej przez 75,8% pacjentów (*Sytuacja społeczna osób LGBT w Polsce. Raport za lata 2015–2016*).

### **INFЕКCJE PRZENOSZONE DROGĄ PŁCIOWĄ W POPULACJI MSM**

W literaturze przedmiotu istnieje szereg badań i raportów dotyczących grupy MSM w kontekście infekcji przenoszonych drogą płciową. Ważne jest przy tej okazji ponowne podkreślenie faktu, że nie wszyscy mężczyźni należący do grupy MSM to osoby bi- i homoseksualne.

Populacja MSM jest nieproporcjonalnie bardziej narażona na infekcje przenoszone drogą płciową (ang. *sexually transmitted infections*, STIs), w tym HIV [14]. W 2017 r. odnotowano ok. 25 tys. nowych zakażeń HIV, z czego 40% występowało w grupie MSM [15]. Ponad połowę przypadków zachorowań na rzeżączkę i kiłę oraz prawie wszystkie przypadki ziarnicy wenerycznej pachwin (*lymphogranuloma venerum*, LGV) przypisuje się grupie MSM [16]. STIs często pozostają bezobjawowe, stąd niewykrywane i nieleczone. W konsekwencji mogą prowadzić do rozwoju poważnych następstw zdrowotnych i służyć jako aktywny rezerwuuar transmisji choroby [17].

W Holandii dane dotyczące nadzoru nad zakażeniami STIs/HIV wykazują odmienny trend w odniesieniu do nowych zakażeń: liczba nowych transmisji HIV spadła z biegiem lat, jednak nadal utrzymuje się wysoki odsetek dodatnich wyników badań w kierunku innych STIs w grupie MSM konsultowanych w Centrach Zdrowia Seksualnego, co wskazuje na utrzymywanie się zachowań wysokiego ryzyka [18]. Podkreśla się udział w ryzyku transmisji

STIs/HIV takich czynników, jak stosowanie prezerwatyw i liczba partnerów seksualnych [14], jednak wydaje się, że jest ona uzależniona od pewnej złożoności zachowań seksualnych [19]. Opisywano również strategie stosowane w niektórych podgrupach MSM mające na celu redukcję ryzyka transmisji HIV, jak „serosortowanie” (ang. *serosorting*) – kontakty seksualne z partnerami o tym samym statusie HIV oraz „strategiczne pozycjonowanie” (ang. *strategic positioning*) – niepodejmowanie receptywnego kontaktu seksualnego z partnerami żyjącymi z HIV [20].

Wykazano wysoką skuteczność stosowania PrEP (ang. *Pre-exposure prophylaxis*) jako profilaktyki w grupach MSM wysokiego ryzyka w celu zapobieżenia transmisji HIV [21]. Co warto podkreślić: strategie te nie chronią przed innymi STIs.

Zachowania związane z wysokim ryzykiem obejmują stosowanie substancji psychoaktywnych podczas i w kontekście aktywności seksualnej (*chemsex*) oraz seks grupowy. Wydłużenie czasu trwania kontaktów seksualnych spowodowane zachowaniami typu *chemsex* wyraźnie zwiększa urazowość błony śluzowej, co dodatkowo ułatwia przenoszenie STIs [22]. Badania przeprowadzone w Wielkiej Brytanii wskazywały na związek między *chemsex* a podejmowaniem częstszych kontaktów analnych bez użycia prezerwatywy oraz kontaktów z licznymi partnerami o nieznanym lub niezgodnym statusie HIV [22; 23]. Częstość podejmowania kontaktów seksualnych bez użycia prezerwatywy oraz zgłaszanie STIs/HIV w grupie MSM znacznie spadały od lat 80. do połowy lat 90., jednak od tego czasu zarówno w USA, jak i innych wysoko uprzemysłowionych krajach ponownie udokumentowano wzrost liczby zachorowań na kiłę (pierwotną, wtórną, kiłę wczesną utajoną) i rzeżączkę oraz zakażeń chłamydiami, jak też wyższy odsetek podejmowania zachowań wysokiego ryzyka [24].

Czynniki, które prowadzą do transmisji STIs/HIV, są złożone, obejmują sieć wzajemnie powiązanych elementów na poziomie indywidualnym (np. grupa etniczna, genetyka, klasa społeczna, edukacja, używanie substancji psychoaktywnych), społeczności (np. sieć powiązań społecznych i seksualnych, przemoc i wiktymizacja, wsparcie społeczności lokalnej, jej normy) oraz na poziomie ogólnospołecznym (np. homofobia, rasizm, bieda, polityka i stanowione prawa) [25].

### **HIV/AIDS**

Zakażenie HIV jako przewlekłe i potencjalnie śmiertelne wpływa na stan somatyczny, ale także psychiczny osób z nim żyjących. W przeszłości osoby żyjące z HIV/AIDS były nawykowo kojarzone jako należące do grupy mężczyzn nieheteroseksualnych oraz osób zażywających narkotyki drogą dożylną. Piętno społeczne manifestowane lękiem oraz jawną czy ukrytą dyskryminacją jest jednym z czynników, który wpływa na efektywność i proces leczenia HIV/AIDS. Upředzenia towarzyszące osobom żyjącym z HIV powodują, że ukrywają one tę informację nawet przed najbliższym otoczeniem, obawiając się wykluczenia.

Grupa MSM jest nieproporcjonalnie bardziej narażona na transmisję HIV oraz innych STIs [26; 27]. W latach 2004–2013 zaobserwowano 33% wzrost liczby diagnoz HIV wśród MSM w Unii Europejskiej/Europejskim Obszarze Gospodarczym.

Wyższą częstość transmisji HIV obserwowaną w grupie MSM tłumaczy się zwiększonym ryzykiem transmisji drogą kontaktu analnego, wyższą liczbą partnerów seksualnych oraz

większą siecią kontaktów seksualnych między niektórymi grupami MSM, jak również pozostawianiem w ostrej lub pierwotnej fazie zakażenia HIV, co również odgrywa znaczącą rolę [28; 29]. Ciekawych danych dostarczyło badanie MSM Internet Survey (EMIS) (n=174 209): 30% respondentów zgłosiło co najmniej jeden epizod kontaktu analnego bez użycia prezerwatywy z partnerem o nieznanym lub odmiennym statusie serologicznym HIV w ciągu ostatnich 12 miesięcy [30], a ponad 13% w ciągu ostatniego roku podejmowało kontakt analny bez użycia prezerwatywy z powodu jej niedostępności [31]. Kwestią podnoszoną przez uczestników EMIS była stygmatyzująca atmosfera społeczna, która wiąże się z większym stopniem zinternalizowanej homofobii i tym samym podejmowaniem ryzykownych zachowań seksualnych oraz z niższą liczbą wykonywanych testów na obecność HIV [32]. Brak wykonywania testów na obecność HIV doprowadza do nieznajomości własnego statusu serologicznego i tym samym opóźnia ewentualne rozpoczęcie leczenia. W 2013 r. ponad 35% przypadków HIV zgłoszonych wśród MSM zostało zdiagnozowanych późno i wymagało wprowadzenia leczenia ( $CD4 < 350 / mm^3$ ), podczas gdy prawie 20% przypadków HIV wśród MSM zdiagnozowano w zaawansowanym stadium choroby ( $CD4 < 200 / mm^3$ ) [27].

W USA szacuje się, że w 2010 r. u 47 500 osób rozpoznano nową transmisję HIV [33]. Spośród nich 26% to młodzież lub młodzi dorośli w wieku 13–24 lata [33]. Grupa młodych MSM (YMSM), szczególnie afroamerykańskich YMSM, jest najbardziej zagrożona transmisją. W 2011 r. wśród dorastających mężczyzn w wieku 13–19 lat ok. 93% wszystkich zdiagnozowanych transmisji HIV dotyczyło kontaktów seksualnych między mężczyznami [34]. W latach 2008–2011 grupa YMSM w wieku 13–24 lat miała największy procentowy wzrost (26%) w nowo diagnozowanych transmisjach HIV [35]. W 2011 r. wśród wszystkich YMSM w wieku 13–24 lat z transmisją HIV ok. 58% stanowili Afroamerykanie, 20% to Latynosi [35].

Przyczyny rozbieżności w transmisji HIV są zróżnicowane i niezbyt dobrze poznane. Rozbieżności te nie wydają się odzwierciedlać indywidualnych różnic rasowych lub etnicznych w zachowaniach związanych z ryzykiem [36]. Możliwe czynniki wyjaśniające te różnice mogą obejmować: niewystarczającą edukację i interwencję w zakresie zapobiegania HIV, ograniczoną świadomość infekcji, niską percepcję ryzyka (w dobie leczenia postrzeganie HIV jako mniej niebezpiecznego, lekceważenie zagrożenia i profilaktyki), stosowanie alkoholu i nielegalnych substancji psychoaktywnych, poczucie odrzucenia i izolacji. Rozbieżności między MSM odzwierciedlają trendy obserwowane w populacji ogólnej, przy nieproporcjonalnym występowaniu STIs wśród mniejszości rasowych i latynoskich MSM, MSM o niższym statusie społeczno-ekonomicznym i młodych MSM (YMSM). Wg danych z USA afroamerykańscy MSM są bardziej narażeni na HIV niż jakakolwiek inna grupa w USA. W 2018 r. afroamerykańscy geje i osoby biseksualne stanowili 26% ogólnej liczby nowych diagnoz transmisji HIV i 37% nowych diagnoz wśród wszystkich mężczyzn homo- i biseksualnych w USA i na obszarach zależnych [37]. Latynosi MSM w 2017 r. stanowili 20% nowych zdiagnozowanych z HIV w USA i na obszarach zależnych. Rozpoznanie HIV w tej grupie mężczyzn wzrosło w ostatnich latach.

Stygmatyzacja, homofobia i dyskryminacja narażają MSM wszystkich ras / grup etnicznych na ryzyko problemów zdrowotnych, fizycznych i psychicznych oraz wpływają na dostępność diagnostyki i leczenia. Zwrócono uwagę na kilka czynników specyficznych dla poszczególnych grup etnicznych, m.in. starszy wiek partnerów latynoskich mężczyzn bi-

i homoseksualnych, niewielki odsetek latynoskich osób bi- i homoseksualnych stosujących PrEP, czynniki społeczno-ekonomiczne utrudniające poddanie się testom na obecność HIV i opiece medycznej (w tym obawa przed ujawnieniem statusu imigracyjnego), opóźnienie wprowadzenia adekwatnego leczenia antyretrowirusowego, brak dostępnej edukacji w zakresie profilaktyki STIs/HIV [37].

### **Kiła**

Od 2010 r. odsetek zakażeń kiłą w UE/EOG znacznie wzrósł [16]. Wzrost ten w głównej mierze wynikał z przypadków zgłaszanych wśród mężczyzn, szczególnie w grupie MSM. W latach 2007–2017 spośród raportowanych dróg transmisji kiły (58% wszystkich przypadków) infekcje wśród MSM stanowiły większość (62%) w porównaniu do heteroseksualnych mężczyzn (23%) i heteroseksualnych kobiet (15%). W 2017 r. zgłoszono 77% przypadków wśród MSM, 15% wśród heteroseksualnych mężczyzn i 8% wśród heteroseksualnych kobiet [38]. W 2017 r. odsetek MSM, u których zdiagnozowano kiłę, wzrastał wraz z wiekiem: z 53% wśród osób w wieku 15–19 lat do 82% wśród osób w wieku 35–44 lat i osób w wieku 45 lat lub wyżej. Spośród krajów, które zgłosiły dane dotyczące drogi transmisji w latach 2007–2017, odnotowano gwałtowny wzrost liczby przypadków kiły zgłoszonych wśród MSM, szczególnie od 2013 r. [38]. Podobne tendencje wzrostowe nowych rozpoznań kiły wśród MSM obserwuje się zarówno w USA, jak i Kanadzie. Grupa MSM stanowiła 64,3% całej populacji zgłoszonych przypadków kiły pierwotnej i wtórnej w 2018 r. W populacji mężczyzn 77,6% przypadków zgłoszono w grupie MSM (dane z informacji dotyczącej płci partnerów seksualnych) [39; 40]. Wzrost zakażenia kiłą wśród MSM wiązano z wysokim odsetkiem kontaktów seksualnych bez użycia prezerwatywy, serosortowaniem wśród MSM żyjących z HIV, ogólnym wzrostem liczby partnerów seksualnych wśród MSM HIV- i wpływem PrEP na kompensację ryzyka. Wykorzystanie serwisów społecznościowych lub aplikacji na urządzeniach mobilnych służących znalezieniu partnerów seksualnych było wymieniane wśród decydujących czynników wzrostu liczby nowych zachorowań wśród MSM.

Wskaźniki koinfekcji HIV są również określane jako wysokie w tej grupie, szczególnie wśród osób z powtarzającym się zakażeniem kiły, i osiągają w niektórych miastach poziom do 86% [41; 42]. W badaniu Malek i in. w 2009 i 2013 r. wyszło, że MSM żyjący z HIV mają podwyższone ryzyko zakażenia kiłą w porównaniu do MSM HIV- lub o nieznanym statusie serologicznym [43]. Wśród czynników zwiększających ryzyko zakażenia kiłą w tej grupie osób wymieniano wiek, stosunki seksualne bez użycia prezerwatywy, pochodzenie etniczne, używanie narkotyków lub alkoholu, większą liczbę męskich partnerów seksualnych, angażowanie się w seks oralny lub analny, zakażenie HPV i korzystanie z mediów społecznościowych w celu poszukiwaniu partnerów [44; 45; 46]. Badania populacji MSM wykazały wysoki odsetek bezobjawowych przypadków kiły [47; 48; 49]. Migranci i uchodźcy są ważną grupą ryzyka w odniesieniu do kiły. W niektórych populacjach badanych, takich jak Romowie, stwierdzano dodatkowe czynniki ryzyka, np. wyższy odsetek pracowników seksualnych (>30%) [50]. Więcej przypadków kiły opisano u migrantów płci męskiej [50; 51; 52], którzy nigdy nie byli żonaci, z niskim poziomem wykształcenia [50]. Liczba przypadków reinfekcji kiłą rośnie [53], a roczny wzrost waha się między 1,7% a 31% [54; 55]. Nawracające

infekcje kiły występują częściej w niektórych grupach ryzyka, m.in. MSM [55]. Zwiększone ryzyko reinfekcji występuje również w osób żyjących z HIV [54; 55]. W jednym badaniu z amerykańskiego miasta Baltimore powtarzające się infekcje kiły zgłoszono w 20% przypadków MSM [41]. Liczba nawracających zakażeń kiłą na osobę wahała się od jednego do więcej niż czterech [54; 55]. Mediana czasu między dwoma ostatnimi rozpoznaniem kiły wynosiła ok. 18 miesięcy [41]. Jedno badanie wykazało, że 5,9% MSM miało powtarzające się pierwotne lub wtórne zakażenie kiłą w ciągu 2 lat od pierwszego zakażenia; czynnikami związanymi z powtarzającym się zakażeniem kiły były: zakażenie HIV i posiadanie w ostatnim czasie  $\geq 10$  partnerów seksualnych [56]. Ze względu na ryzyko powtórного zakażenia dane te sugerują, że działania zapobiegawcze powinny obejmować dalsze badania serologiczne. Wyniki analiz sugerują niską świadomość ryzyka kiły, która powoduje nie tylko wzrost trendów nowych rozpoznania kiły, ale także wysoki odsetek ko- i reinfekcji. Ograniczenie używania prezerwatyw jest częściowo spowodowane wzrostem zachowań seroadaptacyjnych wśród MSM i być może coraz większym poleganiu na PrEP w redukcji transmisji HIV.

### **Rzeżączka i chlamydia**

Zakażenie dwoinką rzeżączki w grupie MSM wiąże się z podobnymi czynnikami ryzyka, w tym kontaktami seksualnymi z wieloma anonimowymi partnerami i nadużywaniem substancji, szczególnie krystalicznej metamfetaminy. Wskaźniki rzeżączkowego zapalenia odbytu rosną wśród MSM z zakażeniem HIV, co podkreśla znaczenie uzyskania dokładnej, aktualnej historii seksualnej. Inseptywny seks oralny wiązano z nabywaniem rzeżączki cewki moczowej; częstość występowania rzeżączki i chlamydii gardła wynosi odpowiednio 7,3% i 2,3% [57]. W wielośrodkowym badaniu częstość występowania rzeżączki i chlamydii w odbytnicy wśród MSM wynosiła odpowiednio 5,4% i 8,9% [58]. Zakażenia rzeżączkowe i zakażenia chlamydiami, zwłaszcza te nawracające, były związane ze zwiększonym ryzykiem serokonwersji HIV wśród MSM [59; 60]. MSM z nowo zdiagnozowanym zakażeniem HIV częściej niż MSM HIV- otrzymują diagnozę bezobjawowej rzeżączki (25,9% w porównaniu z 10,9%,  $p < 0,001$ ) i chlamydii (18,5% vs 7,8%,  $p < 0,001$ ) [61]. Dlatego badanie przesiewowe rzeżączki i chlamydii w MSM może być opłacalną interwencją w niektórych warunkach miejskich [62]. Odsetek izolatów dwoinki rzeżączki z cewki moczowej zebranych od MSM w ramach *Gonococcal Isolate Surveillance Project* (GISP) wzrósł z 21,5% do 38,1% w latach 2006–2015. GISP wykazał, że izolaty gonokokowe od MSM częściej wykazują oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe niż izolaty pochodzące od mężczyzn współżyjących z kobietami [63].

W latach 2009–2015 odsetek MSM, u których uzyskano dodatni wynik testu na rzeżączkę odbytnicy oraz jamy ustnej i gardła w Centrach Zdrowia Seksualnego, wzrósł odpowiednio o 73,4% i 12,6%. Szacowane wskaźniki rzeżączki wśród MSM wzrosły o 151% w latach 2010–2015 w jurysdykcjach uczestniczących w sieci nadzoru STD. Dane pochodzące z *National HIV Behavioral Surveillance* pokazują, że badania na rzeżączkę wśród MSM wzrosły o 23,1% między 2011 a 2014 r. [64].

W jednym z badań wskazywano na znaczny wzrost w czasie odsetka przypadków diagnozowanej rzeżączki w grupie MSM o nieznanym statusie serologicznym [65]. Wzrost

rozpoznać rzeżączki zaobserwowano zarówno w przypadku MSM żyjących z HIV, jak i HIV-, przy czym roczna częstość występowania rzeżączki była sześciokrotnie większa w przypadku osób żyjących z HIV niż wśród mężczyzn HIV- [66].

Mediana wieku MSM z rzeżączką w większości krajów europejskich wynosiła ok. 30–32 lat, a większość badanych była rasy kaukaskiej (86–88%) [67]. Warto podkreślić, że od końca lat 90. nie zgłaszano wybuchów rzeżączki wśród MSM, trendy zachorowań nie mają również tendencji wzrostowej. Wśród osób ze zdiagnozowaną rzeżączką odsetek MSM pozostaje jednak nadal znaczący, podobnie jak odsetek osób jednocześnie żyjących z HIV, chociaż niższy niż w przypadku kiły.

### ***Wirusowe zapalenie wątroby (WZW)***

Szacuje się, że częstość rozpoznania wirusowego zapalenia wątroby (WZW) typu B wśród europejskich MSM waha się od 1–10%, jednocześnie większość krajów zgłasza tendencję spadkową rozpoznania, co można przypisać programowi szczepień [68]. Pomimo optymistycznych danych w ostatnich latach wystąpił nagły wzrost zachorowań na WZW typu A w grupie MSM w kilku krajach europejskich, jak i wzrost liczby diagnoz WZW typu C wśród MSM żyjących z HIV [67; 69; 70].

U 1/3 osób żyjących z HIV występuje koinfekcja HCV [71]. Może przyczyniać się do tego kilka czynników: interakcje biologiczne dwóch wirusów, współistniejące STIs, ryzyko behawioralne, takie jak uszkodzenie śluzówki oraz ekspozycja na krew podczas stosunków seksualnych i zjawisko serosortowania. Badacze zwracają uwagę na obecność HCV we krwi podczas zachowań wysokiego ryzyka jako pierwotną drogę transmisji wirusa [72; 73]. Ładunek wirusa HCV jest większy w nasieniu i krwi przy obecności HIV, a to może zwiększać prawdopodobieństwo transmisji [74]. W jednym przeglądzie systematycznym i metaanalizie łączna częstość występowania WZW typu C wśród MSM żyjących z HIV wynosiła 8,1%, a częstość czynnej postaci choroby wywołanej przez HCV wynosiła 5,3–7,3%. Częstość występowania WZW C wśród osób używających narkotyki drogą iniekcji dożylną i osób nieprzyjmujących narkotyków w grupie MSM żyjących z HIV wyniosła odpowiednio 40,0% i 6,7%. Niewielka, ale rosnąca częstość występowania WZW C wśród MSM żyjących z HIV sugeruje trudności w kontrolowaniu HCV wśród MSM HIV+ [75].

### ***Lymphogranuloma venereum (LGV)***

Ogniska LGV wśród MSM zgłaszano w wielu krajach UE/EOG, głównie w dużych miastach. Wśród LGV odsetek MSM jest znaczący (prawie 100%), a także najwyższy odsetek koinfekcji HIV w porównaniu z kiłą i rzeżączką. Dotknięci chorobą mężczyźni często zgłaszali przebycie podróży zagranicznych i posiadanie wielu partnerów seksualnych [67]. Znacznie wyższy w porównaniu z kiłą i rzeżączką poziom koinfekcji HIV (od 35% do 100%) prawdopodobnie uwidacznia się szczególnie u podgrup MSM praktykujących aktywność seksualną o wysokim ryzyku lub stosujących serosortowanie [67]. MSM z LGV są starsi niż MSM z rozpoznaniem kiły, mediana wieku w chwili rozpoznania wynosiła ok. 40 lat lub więcej. Wśród chorych na LGV częste są wysokie poziomy współistniejących rzeżączki (5–27%) i kiły (5–21%). Wskaźniki koinfekcji HCV wahały się między 10–15%, zaś częstości koinfekcji HBV były znacznie niższe: 1–11% [67].

## **HPV**

Wirus brodawczaka ludzkiego (HPV) jest powszechną infekcją przenoszoną drogą płciową. W grupie MSM istnieje podwyższone ryzyko klinicznych następstw zakażenia HPV, w tym śródnabłonkowej neoplazji odbytu, raka odbytu i brodawek narządów płciowych i odbytu. Od końca 2011 r. w USA rutynowe stosowanie szczepionki przeciw HPV zalecono mężczyznom w wieku 11–12 lat, ze szczepieniem uzupełniającym w wieku 21 lat; ten limit wieku został niedawno przedłużony do 26 lat. Od końca 2011 r. zaleca się szczepienie do 26 r.ż. w przypadku MSM i osób z niedoborami odporności (w tym żyjących z HIV). Analiza danych z 27 klinik uczestniczących w projekcie badawczym wykazała znaczny spadek częstości występowania brodawek odbytu w latach 2010–2016 wśród MSM we wszystkich grupach wiekowych [76]. Chociaż niektóre z obserwowanych spadków mogą być spowodowane szczepieniem przeciw HPV, to zmiana rodzaju pacjentów lub praktyki klinicznej (zmniejszenie liczby badań fizykalnych skutkujące mniejszą liczbą diagnozowanych brodawek odbytowopłciowych) mogą częściowo tłumaczyć te wyniki.

### ***Czynniki związane ze wzrostem rozpoznania STIs wśród MSM***

Analizując przyczyny zwiększonej zachorowalności czy rozpoznawalności STIs w grupie MSM, należy wziąć pod uwagę wiele wzajemnie oddziałujących na siebie czynników. Jednym z nich może być obserwowany z czasem wzrost odsetka mężczyzn zgłaszających zachowania seksualne wysokiego ryzyka z przypadkowym partnerem, podobnie jak odsetek mężczyzn żyjących z HIV uprawiających kontakty analne bez użycia prezerwatywy [77; 78]. Wprowadzenie ART od 1996 r. i tym samym zmniejszenie zachorowalności i umieralności z powodu HIV/AIDS wywołało pewien optymizm, który mógł przyczynić się do wzrostu zachowań ryzykownych, jednak na poziomie populacji mało prawdopodobne jest, aby w pełni tłumaczyło to wzrost wspomnianych zachowań. Również dostępność internetu, mediów społecznościowych oraz aplikacji randkowych przyczyniła się do rozwoju społecznościowych i seksualnych sieci, tym samym pozyskiwanie nowego partnera seksualnego stało się łatwiejsze. Ułatwiło również stosowanie innych strategii redukcji ryzyka, np. serosortowania. Zauważalna jest rola możliwości szybkiego przemieszczania się (np. tanie linie lotnicze) między miastami europejskimi, co mogło przyczynić się do rozwoju transmisji STIs. Kolejnym czynnikiem ryzyka jest rekreacyjne używanie narkotyków powiązane z kontaktami seksualnymi [79]. Sugerowano, że seks oralny jest najbardziej prawdopodobną drogą przenoszenia kiły wśród MSM w Wielkiej Brytanii [80].

Szereg czynników psychospołecznych może przyczyniać się do angażowania w zachowania wysokiego ryzyka, np. zmniejszanie postrzegania zagrożenia transmisją HIV. W jednym z badań opisano, że użycie prezerwatywy było postrzegane w kategoriach bariery intymności, zaufania i spontaniczności. Możliwe konsekwencje ich utraty zastąpiono zatem konsekwencjami transmisji HIV [81]. Stany psychiczne, jak depresja i niska samoocena, często w połączeniu z używkami, prowadziły do dalszego podejmowania ryzyka i utraty kontroli nad strategiami jego redukcji [81]. Wiele czynników, którym przypisuje się rolę w rosnącej tendencji do rozpoznawania transmisji HIV w grupie MSM (zwiększona transmisja, wcześniejsze wykrywanie i zgłaszanie nowych transmisji, większa liczba i dostępność urządzeń

do testowania, współwystępowanie innych STIs), jest trudnych do odróżnienia; dodatkowo doniesienia o nowo zdiagnozowanych transmisjach HIV często nie odróżniają niedawno nabytych od długotrwałych zakażeń. Niełatwo również o odpowiedź na pytanie, czy obecne ogniska takich STIs, jak kiła, ułatwiły transmisję HIV, czy może STIs zostały nabyte przez MSM wcześniej żyjących z HIV [82]. Prawdopodobne czynniki związane z epidemiami i wzrostem STIs wśród MSM (na podstawie [83]):

- Ryzykowne zachowania seksualne (zwiększony udział kontaktów analnych bez użycia prezerwatywy, zwiększone wskaźniki wymiany partnerów, zwiększenie zjawiska serosortowania).
- Czynniki społeczno-demograficzne (zwiększenie populacji MSM żyjących z HIV, zwiększenie przeżycia MSM stosujących cART, niższy status socjoekonomiczny, niższy stopień edukacji, wiek).
- Determinanty ryzykownych zachowań seksualnych, jak: stosowanie rekreacyjnych narkotyków, zdrowie psychiczne (depresja, niska samoocena), rodzaj partnera seksualnego (przypadkowy partner, stały partner), pozaseksualne potrzeby (zaufanie, towarzysztwo, przywiązanie, związek emocjonalny, bycie kochanym).
- Czynniki zakaźne (odporność na leki, synergia epidemiologiczna, okres zakaźności, interakcje biologiczne między STIs, w tym HIV).
- Środowisko społeczno-kulturowe, np. internet, środowisko seksu publicznego (rejsy wycieczkowe, sauny, darkroomy, seksturystyka, seks komercyjny, seks transakcyjny – TS).
- Zmieniające się środowisko kulturowe, które ułatwia zachowania seksualne wysokiego ryzyka (dyskryminacja i homofobia; optymizm wobec cART; barebacking, czyli intencjonalne kontakty analne bez użycia prezerwatywy).
- Środowisko biomedyczne (brak powiadomienia partnera, różnice w jakości seksualnej opieki zdrowotnej, dostępność leczenia).

### **ŚWIADCZENIE PŁATNYCH USŁUG SEKSUALNYCH**

Obejmuje szeroki zakres osób, które świadczą usługi seksualne (ang. *sex workers*, SW) w celu uzyskania dochodów lub innych dóbr, w tym żywności, narkotyków, lekarstw i schronienia. Czynniki wpływające na wzrost transmisji HIV oraz innych STIs wśród wymienionej populacji zawarte są w tab. 1.



| Czynniki społeczno-ekonomiczne  | Czynniki ryzyka seksualnego  |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stygmatyzacja, ubóstwo, brak dostępu do opieki zdrowotnej i usług społecznych, bezdomność, bezrobocie, problemy ze zdrowiem psychicznym, przemoc, wykorzystywanie emocjonalne / fizyczne / seksualne, używanie narkotyków.</li> <li>2. Niektóre osoby transpłciowe mogą zwracać się w kierunku TS z powodu dyskryminacji i braku możliwości ekonomicznych celem generowania dochodu (zapłata czynszu, leków, hormonów i operacji związanych z korektą płci).</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ekonomiczne (większa ilość pieniędzy proponowana za seks bez użycia prezerwatywy).</li> <li>2. Typ partnera (rzadsze użycie prezerwatyw ze stałymi klientami niż z klientami jednorazowymi, jeszcze rzadsze z bliskimi partnerami).</li> <li>3. Dynamika siły (nierówna siła w relacjach z klientami może utrudniać negocjowanie użycia prezerwatywy).</li> <li>4. Inne czynniki ryzyka (wielu partnerów seksualnych wysokiego ryzyka, większa ilość pieniędzy za seks z partnerami, o których wiadomo, że żyją z HIV).</li> </ol> |

**Tab. 1. Czynniki ryzyka transmisji STIs w grupie SW**

W Europie najwyższy odsetek diagnoz HIV występuje u osób nieheteroseksualnych i innych mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami (MSM), przy czym seks między mężczyznami stanowi 40% wszystkich nowych diagnoz HIV w 2016 r. [15]. Częstość występowania HIV jest szczególnie wysoka wśród mężczyzn, którzy oferują płatne usługi seksualne [84]. Sprzedaż i kupowanie usług seksualnych, zwane zbiorowo seksem transakcyjnym (ang. *transactional sex*, TS), jest ogólnie definiowane jako handel seksem celem uzyskania dóbr materialnych, takich jak pieniądze, narkotyki lub schronienie. Obejmuje to nieformalny handel wymienny przez osoby, których pierwotny dochód nie pochodzi z TS [85; 86; 87]. Pośród MSM badania wskazują, że w krajach postindustrialnych w ostatnim roku 4,5–7,0% sprzedało [86; 88; 89; 90], a 6,0–17,1% zapłaciło za seks z innym mężczyzną [86; 88; 90].

Przegląd literatury obejmujący 66 badań i prawie 32 tys. mężczyzn wykazał, że MSM, którzy sprzedają usługi seksualne, są nieproporcjonalnie bardziej dotknięci ryzykiem transmisji HIV, z ponad 20-krotnym wzrostem występowania transmisji HIV w stosunku do ogólnej populacji mężczyzn. W Europie dziewięć małych badań wykazało, że wskaźnik rozpowszechnienia HIV wyniósł 12,2% wśród MSM sprzedających seks [84]. W innym przekrojowym, nierandomizowanym badaniu obserwacyjnym MSM (n=161000) 12,2% angażowało się w TS. Częstsza sprzedaż usług seksualnych była niezależnie związana z wyższym prawdopodobieństwem zgłaszania diagnozy HIV, STIs o etiologii bakteryjnej w ciągu ostatnich 12 miesięcy, używaniem heroiny, cracku lub narkotyków w formie iniekcji dożylnych oraz benzodiazepin. Częste korzystanie z TS wiązało się z większym prawdopodobieństwem stosowania benzodiazepin [91]. Wskaźnik diagnozy HIV wśród mężczyzn sprzedających seks wynoszący 16,5% jest nieco wyższy niż stwierdzony we wcześniejszych badaniach europejskich [84], co wskazuje na możliwy wzrost HIV w tej podgrupie. Przez innych autorów podkreślane jest spożywanie legalnych i nielegalnych substancji jako mechanizm stosowany przez MSM do ogólnego radzenia sobie ze stresem psychospołecznym [92], a przyjmowanie benzodiazepin może być stosowane w szczególności

w celu radzenia sobie z wycofaniem społecznym i lękiem. Możliwe, że handel usługami seksualnymi, niezależnie od kierunku płatności, podnosi poziom stresu emocjonalnego mężczyzn, z którym radzą sobie, przyjmując benzodiazepiny [91].

W innym badaniu obserwacyjnym męskich pracowników seksualnych (ang. *male sex workers*, MSW) (n=212), żeńskich pracowników seksualnych (ang. *female sexual workers*, FSW) (n=801) i MSM (n=2703), którzy w okresie badania objęci byli opieką medyczną w klinice zdrowia seksualnego, MSW byli bardziej narażeni na transmisję STIs i HIV: w ponad 40% testów STIs i HIV u MSW zdiagnozowano nową transmisję. U MSW zdiagnozowano nową STIs (w tym HIV) podczas konsultacji 6,5 razy częściej niż u FSW (95% -CI: 4,5–9,4) i 4,0 razy częściej niż u MSM (95% -CI: 3,0–5,3). MSW byli bardziej narażeni na ryzyko nawet po skorygowaniu różnic behawioralnych i demograficznych między trzema grupami, co sugeruje, że uprawianie TS jest samo w sobie czynnikiem ryzyka i konkretne interwencje muszą być ukierunkowane na mężczyzn świadczących usługi seksualne [93]. Kontakty seksualne MSW we wspomnianym badaniu nie ograniczały się do mężczyzn ani męskich klientów. MSW zgłaszali również kontakty seksualne z kobietami i innymi osobami świadczącymi TS, co czyni ich potencjalną populacją pomostową transmisji STIs i HIV. Jak wskazują autorzy badania, w internetowych serwisach płatnych usług towarzyskich aspekty bezpiecznego seksu (tj. właściwe stosowanie prezerwatyw i lubrykantów) często nie są negocjowane [94]. Interwencje kierowane do FSW i MSM nie dotrą do populacji MSW, ponieważ zwykle nie identyfikują się oni jako pracownicy świadczący usługi seksualne ani jako osoby homoseksualne lub biseksualne.

#### PODSTAWOWE WNIOSKI

- Dyskryminacja, a w konsekwencji wykluczenie osób nieheteroseksualnych, czy szerzej MSM, może być jedną z istotniejszych przyczyn podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych.
- W populacji MSM częstsze są zakażenia STIs, w tym HIV, a także problemy ze zdrowiem psychicznym, uzależnienia, nadużywanie substancji psychoaktywnych i in.
- Do krytycznych dla populacji czynników zwiększających ryzyko STIs, w tym HIV, wpływających na generalne obniżenie kondycji zdrowotnej, należy reakcja na wykluczenie społeczne, marginalizację i stygmatyzację (stres mniejszościowy).
- Zauważalna jest obecność stygmy/homofobii ze strony pracowników służby zdrowia. Reakcją na wykluczenie/homofobię jest niemożność uzyskania precyzyjnych danych o populacji, a w konsekwencji uzyskania przez grupę najwyższego możliwego poziomu opieki medycznej.

#### **Bibliografia**

- [1] R. Kowalczyk, R.J. Tritt, Z. Lew-Starowicz (red.), *LGB. Zdrowie psychiczne i seksualne*, Warszawa 2016.
- [2] R. Kowalczyk, M. Rodzinka, M. Krzystanek (red.), *Zdrowie LGBT. Przewodnik dla kadry medycznej*, Warszawa 2016.
- [3] R. Kowalczyk, M. Leśniak (red.), *Prostytucja. Studium zjawiska*, Kraków 2013.

- [4] A. Stola, R. Kowalczyk, *Kontakty seksualne pod wpływem substancji psychoaktywnych w grupie MSM – analiza zjawiska*, [w:] A. Moniuszko-Malinowska, *Zagrożenia cywilizacyjne XXI wieku*, Warszawa 2020.
- [5] M. King, J. Semlyen, S. See Tai, H. Killaspy, D. Osborn, D. Popelyuk i in., *A Systematic Review of Mental Disorder, Suicide, and Deliberate Self Harm in Lesbian, Gay and Bisexual People*, „BMC Psychiatry” 2008, nr 18.
- [6] M. Pompili, D. Lester, A. Forte, M.A. Seretti, D. Erbuto, D.A. Lamis i in., *Bisexuality and Suicide: A Systematic Review of the Current Literature*, „The Journal of Sexual Medicine” 2014, nr 11(8).
- [7] C. Pierce, *Offensive mechanisms*, [w:] F. Barbour, *In the Black Seventies*, Boston 1970.
- [8] A. Schore, *Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder*, „Australian and New Zealand Journal of Psychiatry” 2002, nr 36.
- [9] I.H. Meyer, M.E. Northridge, *The health of sexual minorities: Public health perspectives on lesbian, gay, bisexual and transgender populations*, New York 2007.
- [10] S. Trociuk (red.), *Równe traktowanie pacjentów – osoby nieheteroseksualne w opiece zdrowotnej. Analiza i zalecenia*, Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich nr 7, Warszawa 2014.
- [11] World Health Organization, *Improving the health and well-being of lesbian, gay, bisexual and transgender persons*, 2013, [online:] [www.ghwatch.org/sites/www.ghwatch.org/files/B133-6\\_LGBT.pdf](http://www.ghwatch.org/sites/www.ghwatch.org/files/B133-6_LGBT.pdf).
- [12] J. Mizielińska, M. Abramowicz, A. Stasińska, *Rodziny z wyboru w Polsce. Życie rodzinne osób nieheteroseksualnych*, Warszawa 2014.
- [13] I. McNally, N. Adams, *Psychosexual issues*, [w:] C. Neal, D. Davies (red.), *Issues in therapy with lesbian, gay, bisexual and transgender clients*, Buckingham, Philadelphia 2001.
- [14] WHO, *Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people: recommendations for a public health approach*, 2011.
- [15] European Centre for Disease Prevention and Control, *HIV/AIDS surveillance in Europa 2018 (2017 data)*, Stockholm 2018.
- [16] ECDC, *Annual epidemiological report for 2016*, Stockholm 2018.
- [17] S. Dudareva-Vizule, K. Haar, A. Sailer, H. Wisplinghoff, F. Wisplinghoff, U. Marcus, *Prevalence of pharyngeal and rectal chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae infections among men who have sex with men in Germany*, „Sexually Transmitted Infections (STI)” 2014, nr 90(1).
- [18] M. Visser, F. van Aar, E.L.M. Op de Coul i in., *Sexually transmitted infections in the Netherlands in 2017*, Bilthoven 2018.
- [19] S.A. Vasilenko, C.E. Rice, J.G. Rosenberger, *Patterns of sexual behavior and sexually transmitted infections in young men who have sex with men*, „Sexually Transmitted Diseases” 2018, nr 45.
- [20] F. Dubois-Arber, A. Jeannin, S. Locicero, B. Hugues, *Risk reduction practices in men who have sex with men in Switzerland: serosorting, strategic positioning, and withdrawal before ejaculation*, „Archives of Sexual Behavior” 2012, nr 41.
- [21] E. Hoornenborg, D.S. Krakower, M. Prins, K.H. Mayer, *Pre-exposure prophylaxis for MSM and transgender persons in early adopting countries*, „AIDS” 2017, nr 31.
- [22] E.L. Pufall, M. Kall, M. Shahmanesh, A. Nardone, R. Gilson, V. Delpech i in., *Sexualized drug use ('chemsex') and high-risk sexual behaviours in HIV-positive men who have sex with men*, „HIV Medicine” 2018, nr 19.
- [23] J. Sewell, A. Miltz, F.C. Lampe, V. Cambiano, A. Speakman, A. Phillips i in., *Poly drug use, chemsex drug use, and associations with sexual risk behaviour in HIV-negative men who have sex with men attending sexual health clinics*, „The International Journal of Drug Policy” 2017, nr 43.
- [24] CDC, *2015 Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines*, [online:] [www.cdc.gov/std/tg2015/default.htm](http://www.cdc.gov/std/tg2015/default.htm).
- [25] S.O. Aral, N.S. Padian, K.K. Holmes, *Advances in multilevel approaches to understanding the epidemiology and prevention of sexually transmitted infections and HIV: an overview*, „The Journal of Infectious Diseases” 2005, nr 191(1).
- [26] ECDC, *Sexually transmitted infections in Europe, 2012*, Stockholm 2014.
- [27] ECDC/WHO Regional Office for Europe, *HIV Surveillance in Europe 2013*, Stockholm 2014.

- [28] C. Beyrer, S.D. Baral, F. van Griensven, S.M. Goodreau, S. Chariyalertsak, A.L. Wirtz i in., *Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men*, „The Lancet” 2012, nr 28.
- [29] F. Lewis, G.J. Hughes, A. Rambaut, A. Pozniak, A.J. Leigh Brown, *Episodic sexual transmission of HIV revealed by molecular phylodynamics*, „PloS medicine” 2008, nr 18.
- [30] U. Marcus, A.J. Schmidt, R. Berg, M. Breveglieri, P. Fernández-Dávila, L. Ferrer i in., *Differences in association between HIV testing and risk taking among men having sex with men (MSM) across Europe. Results of the European MSM Internet Survey (EMIS)*, 19th International AIDS Conference, Abstract no. TUPE492.
- [31] The EMIS Network, *EMIS 2010: The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey: Findings from 38 countries*, Stockholm 2013.
- [32] M.W. Ross, R.C. Berg, A.J. Schmidt, H.J. Hospers, M. Breveglieri, M. Furegato i in., *Internalised homonegativity predicts HIV- associated risk behavior in European men who have sex with men in a 38-country cross-sectional study: some public health implications of homophobia*, „BMJ Open” 2013, nr 3(2).
- [33] CDC, *Estimated HIV incidence among adults and adolescents in the United States, 2007–2010*, „HIV Surveillance Supplemental Report” 2012, nr 17(4), [online:] [www.cdc.gov/hiv/pdf/statistics\\_hssr\\_vol\\_17\\_no\\_4.pdf](http://www.cdc.gov/hiv/pdf/statistics_hssr_vol_17_no_4.pdf).
- [34] CDC, *HIV surveillance in adolescents and young adults*, 2012, [online:] [www.cdc.gov/hiv/library/slideSets/index.html](http://www.cdc.gov/hiv/library/slideSets/index.html).
- [35] CDC, *HIV surveillance in men who have sex with men (MSM)*, 2012, [online:] [www.cdc.gov/hiv/library/slideSets/index.html](http://www.cdc.gov/hiv/library/slideSets/index.html).
- [36] G. Millett, F. Flores, J.L. Peterson, R. Bakeman, *Explaining disparities in HIV infection among black and white men who have sex with men: a meta-analysis of HIV risk behaviors*, „AIDS” 2007, nr 21.
- [37] CDC, *HIV Surveillance Report*, 2018 (Preliminary), nr 30, [online:] [www.cdc.gov/hiv/library/reports/hiv-surveillance.html](http://www.cdc.gov/hiv/library/reports/hiv-surveillance.html).
- [38] ECDC, *Syphilis and congenital syphilis in Europe – A review of epidemiological trends (2007–2018) and options for response*, Stockholm 2019.
- [39] R. Lang, R. Read, H.B. Krentz, S. Ramazani, M. Peng, J. Gratrix i in., *Increasing incidence of syphilis among patients engaged in HIV care in Alberta, Canada: a retrospective clinic-based cohort study*, „BMC Infectious Diseases” 2018, nr 13.
- [40] M. Patton, J.R. Su, R. Nelson, H. Weinstock, *Primary and secondary syphilis in men-United States, 2005–2013*, „Morbidity and Mortality Weekly Report” 2014, nr 63(18).
- [41] CDC, *Notes from the field: repeat syphilis infection and HIV coinfection among men who have sex with men – Baltimore, Maryland, 2010–2011*, „Morbidity and Mortality Weekly Report” 2013, nr 62(32).
- [42] M.J. Chen, R.P. Kohn, S.S. Philip, S. Scheer, K.T. Bernstein, *Recent trend in HIV co-infection among persons diagnosed with early syphilis, gonorrhea, and chlamydia in San Francisco, 2007–2011*, „Sexually Transmitted Diseases” 2014, nr 41.
- [43] R. Malek, H. Mitchell, M. Furegato, I. Simms, H. Mohammed, A. Nardone i in., *Contribution of transmission in HIV-positive men who have sex with men to evolving epidemics of sexually transmitted infections in England: An analysis using multiple data sources, 2009–2013*, „Eurosurveillance” 2015, nr 20(15).
- [44] R. Lang, R. Read, H.B. Krentz, S. Ramazani, M. Peng, J. Gratrix i in., *Increasing incidence of syphilis among patients engaged in HIV care in Alberta, Canada: a retrospective clinic-based cohort study*, „BMC Infectious Diseases” 2018, nr 13.
- [45] R.S. Remis, J. Liu, M.R. Loutfy, W. Tharao, A. Rebbapragada, S. Huibner i in., *Prevalence of Sexually Transmitted Viral and Bacterial Infections in HIV-Positive and HIV-Negative Men Who Have Sex with Men in Toronto*, „PLOS ONE” 2016, nr 11(7).
- [46] J.G. Castro, M.L. Alcaide, *High Rates of STIs in HIV-Infected Patients Attending an STIs Clinic*, „Southern Medical Journal” 2016, nr 109(1).
- [47] C.M. González-Domenech, I.A. Martín-Portugués, E. Clavijo-Frutos, M. Márquez-Solero, J. Santos-González, R. Palacios-Muñoz, *Syphilis and human immunodeficiency virus infection: An*

*endemic infection in men who have sex with men*, „Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica” 2015, nr 33(1).

- [48] E. Farfour, S. Dimi, C. Majerholc, E. Fourn, T. Sene, M.B. Chaida i in., *Increase in sexually transmitted infections in a cohort of outpatient HIV-positive men who have sex with men in the Parisian region*, „Médecine et Maladies Infectieuses” 2017, nr 47(7).
- [49] W. Fuchs, A. Kreuter, M. Hellmich, A. Potthoff, J. Swoboda, N.H. Brockmeyer i in., *Asymptomatic anal sexually transmitted infections in HIV-positive men attending anal cancer screening*, „British Journal of Dermatology” 2016, nr 174(4).
- [50] M. Bjekić, H. Vlajinac, S. Šipetić-Grujičić, *Characteristics of gonorrhea and syphilis cases among the Roma ethnic group in Belgrade, Serbia*, „The Brazilian Journal of Infectious Diseases” 2016, nr 20(4).
- [51] J. Soler-González, J. Real, J. Farré, C. Serna, I. Cruz, C. Ruiz i in., *Comparative analysis of serological tests performed in immigrants in the Lleida health area*, „Atención primaria : clínica e investigación” 2013, nr 45(2).
- [52] N.S. Delcor, B.T. Maruri, I.C. Guiu, H.O. Essadik, A.S. Arandes, J.G. Prat i in., *Imported infectious diseases in immigrants living at shelter centres or temporary assisted houses in Barcelona (Spain)*, „Tropical Medicine & International Health” 2013, nr 18.
- [53] A. Hazra, T. Menza, K. Mayer, K. Levine, C. Grasso, *Frequent syphilis infections among men screened at a large boston community health center, 2005–2015*, „Sexually Transmitted Diseases” 2018, nr 45.
- [54] J. Holderman, D. DiOrio, J. Arno, *Repeat syphilis infections, 2008–2015, Marion County, Indianapolis, Indiana*, „Sexually Transmitted Diseases” 2016, nr 43(10).
- [55] I. Tabidze, E. Morgan, *Repeat syphilis infection in Chicago, 2000–2014–need for alternative strategies for disease control*, „Sexually Transmitted Diseases” 2016, nr 43(10).
- [56] S.E. Cohen, R.A. Chew Ng, K.A. Katz, K. Bernstein, M. Samuel, P. Kerndt i in., *Repeat syphilis among men who have sex with men in California, 2002–2006: implications for syphilis elimination efforts*, „American Journal of Public Health” 2012, nr 102.
- [57] J. Park, J.L. Marcus, M. Pandori, A. Snell, S. Philip, K. Bernstein, *Sentinel surveillance for pharyngeal chlamydia and gonorrhea among men who have sex with men–San Francisco, 2010*, „Sexually Transmitted Diseases” 2012, nr 39.
- [58] CDC, *Clinic-based testing for rectal and pharyngeal Neisseria gonorrhoeae and Chlamydia trachomatis infections by community-based organizations–five cities, United States, 2007*, „Morbidity and Mortality Weekly Report” 2009, nr 58.
- [59] K.T. Bernstein, J.L. Marcus, G. Nieri, S. Philip, J. Klausner, *Rectal gonorrhea and chlamydia reinfection is associated with increased risk of HIV seroconversion*, „Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes” 2010, nr 53.
- [60] P. Pathela, S.L. Braunstein, S. Blank, J. Schillinger, *HIV incidence among men with and those without sexually transmitted rectal infections: estimates from matching against an HIV case registry*, „Clinical Infectious Diseases” 2013, nr 57.
- [61] K.C. Scott, S. Philip, K. Ahrens, Ch. Kent, J. Klausner, *High prevalence of gonococcal and chlamydial infection in men who have sex with men with newly diagnosed HIV infection – an opportunity for same-day presumptive treatment*, „The Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes” 2008, nr 48.
- [62] H.W. Chesson, K.T. Bernstein, T.L. Gift, J. Marcus, S. Pipkin, Ch. Kent, *The cost-effectiveness of screening men who have sex with men for rectal chlamydial and gonococcal infection to prevent HIV Infection*, „Sexually Transmitted Diseases” 2013, nr 40.
- [63] R.D. Kirkcaldy, A. Harvey, J.R. Papp, C. Del Rio, O. Soge, K. Holmes i in., *Neisseria gonorrhoeae antimicrobial susceptibility surveillance – the Gonococcal Isolate Surveillance Project, 27 sites, United States, 2014*, „MMWR Surveillance Summaries” 2016, nr 65(7).
- [64] E. Weston, R. Kirkcaldy, M. Stenger, E. Llata, B. Hoots, E. Torrone, *Narrative Review: Assessment of Neisseria gonorrhoeae Infections Among Men Who Have Sex With Men in National and Sentinel Surveillance Systems in the United States*, „Sexually Transmitted Diseases” 2018, nr 45(4).

- [65] T. Berglund, T. Asikainen, S. Grutzmeier, A.K. Ruden, B. Wretling, E. Sandstrom, *The epidemiology of gonorrhea among men who have sex with men in Stockholm, Sweden, 1990–2004*, „Sexually Transmitted Diseases” 2007, nr 34(3).
- [66] K.A. Fenton, C.H. Mercer, A.M. Johnson, C.L. Byron, S. McManus, B. Erens i in., *Reported sexually transmitted disease clinic attendance and sexually transmitted infections in Britain: prevalence, risk factors, and proportionate population burden*, „The Journal of Infectious Diseases” 2005, nr 191(1).
- [67] ECDC, *STIs and HIV prevention in men who have sex with men in Europe*, Stockholm 2013.
- [68] G. Rimseliene, O. Nilsen, H. Klovstad, H. Blystad, P. Aavitsland, *Epidemiology of acute and chronic hepatitis B virus infection in Norway, 1992–2009*, „BMC Infectious Diseases” 2011, nr 11.
- [69] M.M. Dabrowska, K. Nazzal, A. Wiercinska-Drapalo, *Hepatitis A and hepatitis A virus/HIV coinfection in men who have sex with men, Warsaw, Poland, September 2008 to September 2009*, „Eurosurveillance” 2011, nr 16(34).
- [70] L. Gambotti, D. Batisse, N. Colin-de-Verdiere, E. Delaroque-Astagneau, J.C. Desenclos, S. Dominguez i in., *Acute hepatitis C infection in HIV positive men who have sex with men in Paris, France, 2001–2004*, „Eurosurveillance” 2005, nr 10(5).
- [71] E.A. Operskalski, A. Kovacs, *HIV/HCV co-infection: pathogenesis, clinical complications, treatment, and new therapeutic technologies*, „Current HIV/AIDS Reports” 2011, nr 8.
- [72] T.J.W. van de Laar, G.V. Matthews, M. Prins, M. Danta, *Acute hepatitis C in HIV-infected men who have sex with men: an emerging sexually transmitted infection*. „AIDS” 2010, nr 24.
- [73] A.T. Urbanus, T.J. van de Laar, I.G. Stolte, J. Schinkel, T. Heijman, R. Coutinho i in., *Hepatitis C virus infections among HIV-infected men who have sex with men: an expanding epidemic*, „AIDS” 2009, nr 23.
- [74] A. Briat, E. Dulioust, J. Galimand, H. Fontaine, M.L. Chaix, H. Letur-Konirsch i in., *Hepatitis C virus in the semen of men coinfecting with HIV-1: prevalence and origin*, „AIDS” 2005, nr 19.
- [75] A. Jordan, D. Perlman, J. Neurer, D. Smith, D. Des Jarlais, H. Hagan, *Prevalence of Hepatitis C Virus Infection Among HIV+ Men Who Have Sex With Men: A Systematic Review and Meta-Analysis*, „International Journal of STD & AIDS” 2017, nr 28(2).
- [76] L.M. Mann, E. Llata, E.W. Flagg, J. Hong, L. Asbel, J.C. Henderson i in., *Trends in the Prevalence of Anogenital Warts Among Patients at Sexually Transmitted Disease Clinics-Sexually Transmitted Disease Surveillance Network, United States, 2010–2016*, „The Journal of Infectious Diseases” 2019, nr 219(9).
- [77] J. Elford, G. Bolding, M. Davis, L. Sherr, G. Hart, *Trends in sexual behaviour among London homosexual men 1998–2003: implications for HIV prevention and sexual health promotion*, „Sexually Transmitted Infections (STI)” 2004, nr 80(6).
- [78] K.L. Hess, N. Crepaz, C. Rose, D. Purcell, G. Paz-Bailey, *Trends in sexual behavior among Men who have Sex with Men (MSM) in high-income countries, 1990–2013: a systematic review*, „AIDS and Behavior” 2017, nr 21(10).
- [79] J. Fox, P.J. White, N. Macdonald, J. Weber, M. McClure, S. Fidler i in., *Reductions in HIV transmission risk behavior following diagnosis of primary HIV infection: A cohort of high-risk men who have sex with men*, „HIV Medicine” 2009, nr 10(7).
- [80] L. Doherty, K.A. Fenton, J. Jones, T.C. Paine, S.P. Higgins, D. Williams i in., *Syphilis: Old problem, new strategy*, „British Medical Journal” 2002, nr 325(7356).
- [81] G. Elam, N. Macdonald, F.C. Hickson, J. Imrie, R. Power, C.A. McGarrigle i in., *Risky sexual behaviour in context: qualitative results from an investigation into risk factors for seroconversion among gay men who test for HIV*, „Sexually Transmitted Infections (STI)” 2008, nr 84(6).
- [82] S. Cowan, *Syphilis in Denmark-Outbreak among MSM in Copenhagen, 2003–2004*, „Eurosurveillance” 2004, nr 9(12).
- [83] K.A. Fenton, J. Imrie, *Increasing rates of sexually transmitted diseases in homosexual men in Western Europe and the United States: why?*, „Infectious Disease Clinics of North America” 2005, nr 19(2).

- [84] C.E. Oldenburg, A.G. Perez-Brumer, S.L. Reisner, J. Mattie, T. Bärnighausen, K. Mayer i in., *Global burden of HIV among men who engage in transactional sex: a systematic review and meta-analysis*, „PLOS ONE” 2014, nr 9(7).
- [85] C.S. Estcourt, C. Marks, R. Rohrsheim, A.M. Johnson, B. Donovan, A. Mindel, *HIV, sexually transmitted infections, and risk behaviours in male commercial sex workers in Sydney*, „Sexually Transmitted Infections (STI)” 2000, nr 76(4).
- [86] K.T. Bond, I.S. Yoon, S.T. Houang, M.J. Downing Jr, C. Grov, S. Hirshfield, *Transactional sex, substance use, and sexual risk: comparing pay direction for an internet-based US sample of men who have sex with men*, „Sexuality Research and Social Policy” 2019, nr 16(3).
- [87] V. Minichiello, R. Marino, J. Browne, M. Jamieson, K. Peterson, B. Reuter i in., *Commercial sex between men: a prospective diary-based study*, „The Journal of Sex Research” 2000, nr 37(2).
- [88] R.C. Berg, A.J. Schmidt, P. Weatherburn, *The Emis Network. Transactional sex: supply and demand among European men who have sex with men (MSM) in the context of local laws*, „International Journal of Sexual Health” 2015, nr 27(3).
- [89] L.M. Nerlander, K.L. Hess, C. Sionean, C. Rose, A. Thorson, D. Broz i in., *Exchange sex and HIV infection among men who have sex with men: 20 US cities, 2011*, „AIDS and Behavior” 2017, nr 21.
- [90] G. Prestage, F. Jin, B. Bavinton, M. Hurley, *Sex workers and their clients among Australian gay and bisexual men*, „AIDS and Behavior” 2014, nr 18(7).
- [91] R.C. Berg, P. Weatherburn, U. Marcus, A. Schmidt, *Links between transactional sex and HIV/STIs-risk and substance use among a large sample of European men who have sex with men*, „BMC Infectious Diseases” 2019, nr 19.
- [92] M.D. Smith, D.W. Seal, *Sexual behavior, mental health, substance use, and HIV risk among agency-based male escorts in a small U.S. City*, „International Journal of Sexual Health” 2008, nr 19(4).
- [93] A. Verhaegh-Haasnoot, N.H. Dukers-Muijters, C.J. Hoebe, *High burden of STIs and HIV in male sex workers working as internet escorts for men in an observational study: a hidden key population compared with female sex workers and other men who have sex with men*, „BMC Infectious Diseases” 2015, nr 15.
- [94] M.J. Downing Jr., *Internet advertisements for public sexual encounters among men who have sex with men: are safe behaviors communicated?*, „American Journal of Men’s Health” 2011, nr 5(5).



## 7. ZAKAŻENIA PRZENOSZONE DROGĄ PŁCIOWĄ W POPULACJI NASTOLATKÓW

### **Streszczenie**

Problem zakażeń przenoszonych drogą płciową wśród nastolatków wydaje się w Polsce zupełnie niedoszacowany. Skąpe dane epidemiologiczne dowodzą jednak obniżania się wieku inicjacji seksualnej oraz tego, że pierwszy kontakt seksualny jest najczęściej nieprzemyślany, odbywa się pod wpływem impulsu i środków psychoaktywnych oraz – co bardzo istotne – zwykle jest seksem bez zabezpieczenia. Poziom wiedzy nastolatków w przedmiocie zakażeń przenoszonych drogą płciową i antykoncepcji jest mierny. W niniejszym rozdziale autorzy przedstawiają aktualne dane dotyczące wiedzy młodzieży na temat STIs oraz częstości STIs w tej grupie wiekowej. Podjęty zostaje także temat wykorzystywania seksualnego młodocianych, przybierającego coraz częściej formę tzw. prostytutki aspiracyjnej. Szczegółowemu wglądowi zostaje poddany najważniejszy w opinii autorów parametr seksualności, jakim jest wiek inicjacji seksualnej. Autorzy stoją na stanowisku, że tylko dobrej jakości edukacja seksualna, która nie powinna być utożsamiana z działaniami demoralizującymi, jest w stanie poprawić sytuację zarówno w zakresie zwiększenia wieku inicjacji seksualnej, bardziej świadomego podejmowania kontaktów seksualnych oraz odpowiedzialności za siebie i partnera, jak też w przedmiocie wiedzy z zakresu STIs oraz zapobieganiu im. Konieczne są także rozwiązania systemowe, które spowodują poprawę dostępności do badań diagnostycznych w kierunku STIs oraz wsparcia psychologicznego dla zakażonych nastolatków.

Dane epidemiologiczne z 2014 r. wykazały, że średni wiek inicjacji seksualnej w Polsce wynosił 14 lat i był istotnie późniejszy u dziewcząt (14,4 r.ż.) niż u chłopców (13,6 r.ż.). Połowa spośród ankietowanej młodzieży rozpoczęła współżycie seksualne w wieku 15 lat, a aż co trzeci chłopiec i co czwarta dziewczynka zadeklarowały odbycie pierwszego stosunku w wieku 13 lat i poniżej. Na przestrzeni ostatnich lat istotnie obniża się wiek inicjacji seksualnej oraz zwiększa się odsetek młodzieży podejmującej stosunki seksualne w wieku 13 lat i poniżej [1].

Jak dowodzą dane z piśmiennictwa, seks nastolatków, w związku z niedostatecznym poziomem dojrzałości fizycznej i psychicznej, stwarza znacznie większe niż u osób dorosłych ryzyko niechcianej ciąży i zakażeń przenoszonych drogą kontaktów seksualnych. Co interesujące, ryzyko to jest tym większe, im wcześniejsza jest inicjacja seksualna. Szacuje się, że nawet 50% polskich nastolatków podejmuje tzw. ryzykowne zachowania rozumiane jako seks bez zabezpieczenia, w tym przede wszystkim bez stosowania prezerwatywy. Co bardziej niepokojące, na przestrzeni lat odsetek ten wydaje się znacznie wzrastać [1].

Z obserwacji Grupy Edukatorów Seksualnych Ponton wyłania się także niebywale niski poziom wiedzy nastolatków na tematy związane z seksualnością człowieka, zdrowiem reprodukcyjnym czy stosowaniem antykoncepcji. Wśród młodzieży pokutuje przeświadczenie, że seks analny czy oralny to nie seks, bo nie traci się w wyniku niego dziewictwa i nie można zajść w ciążę. Dla większości młodych ludzi podstawowym problemem wynikającym z kontaktu seksualnego jest niechciana ciąża. Osoby te nie biorą pod uwagę ryzyka zakażeń przenoszonych



drogą płciową, które jak w przypadku zakażenia HIV, mogą mieć istotny wpływ na całe ich dalsze życie. Przypuszczalnie z tego powodu aż ok. 1/3 nastolatków jest przeświadczona, że w wyniku seksu analnego czy oralnego nie można się zakazić chorobami przenoszonymi drogą płciową. Podkreśla się także, że młodzież wybiera często nieskuteczne metody antykoncepcji, jak np. stosunek przerywany czy metody naturalne. Niebezpieczniejsze jednak jest to, że te metody antykoncepcji często są utożsamiane z metodami zapobiegania zakażeniom przenoszonym drogą płciową. W badaniach epidemiologicznych wykazano bowiem, że niemal 1/4 polskich nastolatków twierdzi, że przed chorobami wenerycznymi chronią pigułki antykoncepcyjne [2].

Niski poziom wiedzy na temat seksualności człowieka, zdrowia reprodukcyjnego, ale także zakażeń przenoszonych drogą płciową kontrastuje z obserwacjami, że młodzież nie ma większych problemów z nawiązywaniem intymnych kontaktów. Przyczynia się do tego postępująca globalizacja, a przede wszystkim częstsze i sprawniejsze korzystanie z mediów społecznościowych oraz różnego rodzaju aplikacji randkowych.

Interesującym, aczkolwiek nieco pobocznym wątkiem niniejszego opracowania, jest źródło wiedzy na temat zakażeń przenoszonych drogą płciową i ogólnie seksualności wśród młodzieży. Badania ankietowe wykazały, że większość nastolatków czerpie informacje z internetu, a wzorcem obrazu relacji seksualnej jest film pornograficzny. Młodzież przyznaje także, że realizowany w szkołach program przedmiotu „Wychowanie do życia w rodzinie” nie współgra z rzeczywistością, a podczas zajęć nastolatki nie uzyskują odpowiedzi na nurtujące je pytania [1].

W Polsce choroby przenoszone drogą płciową wśród młodzieży są tematem tabu. Rodzice nie dopuszczają do świadomości, aby ich nastoletnie dzieci utrzymywały kontakty seksualne. Brak odpowiedniej edukacji seksualnej oraz uwarunkowania społeczno-obyczajowe powodują, że seks odbierany jest jako coś złego i nienaturalnego. W konsekwencji choroby, które mogą być skutkiem seksu, są uważane za wstydlive. Może to prowadzić do opóźnienia konsultacji lekarskiej, a tym samym rozpoczęcia odpowiedniego leczenia.

Nawet u osób dorosłych przebycie zakażenia przenieszonego drogą kontaktów seksualnych skutkuje problemami w relacjach partnerskich i rodzinnych, rzutując na funkcjonowanie społeczne. Stąd nie sposób wyobrazić sobie, jak choroba weneryczna może wpłynąć na życie nastolatka, u którego dopiero kształtują się więzi społeczne, budowane są relacje partnerskie oraz świadomość prozdrowotna. Epizod taki może skutkować poważnymi problemami natury psychicznej [3; 4].

Istotnym, ale zupełnie niezbadanym pod względem socjologicznym i statystycznym jest problem wykorzystywania małoletnich (nastolatków) w prostytucji. Zagadnienie to wydaje się być szczególnie ważne w kontekście innych niż HIV chorób przenoszonych drogą kontaktów seksualnych. Skąpe dane epidemiologiczne sugerują, że małoletni wykorzystywani w prostytucji stosują najczęściej metody zapobiegania ciąży i prezerwatywę. To ostatnie zabezpieczenie najczęściej nie jest z kolei wykorzystywane w przypadkach kontaktu oralnego, który, co wykazano, wiąże się z niskim/niewielkim ryzykiem zakażenia HIV. Seks oralny bez zabezpieczenia niesie natomiast istotne ryzyko kiły, rzeżączki i zakażenia HPV [5].

Liczne opracowania dotyczące przyczyn wykorzystywania małoletnich w prostytucji wskazują biedę jako główny powód wnikania się tej grupy w komercyjne usługi seksualne. Na przestrzeni ostatnich lat coraz częściej postuluje się jednak znaczenie czynników kulturowych. Liberalizacja w zakresie seksualności skutkująca pokazywaniem ciała w środkach masowego przekazu jako towaru oraz promowanie postawy konsumpcyjnej (przywiązywanie wagi do posiadania przedmiotów określonej marki czy utrzymania określonego standardu życia) przyczynia się do coraz powszechniejszej popularności wśród młodzieży tzw. prostytucji aspiracyjnej. Młodzi ludzie, którzy mają zapewnione podstawowe warunki materialne przez środowisko rodzinne, a wręcz często pochodzą z rodzin o dobrej/zadowolającej sytuacji ekonomicznej, decydują się na wymianę usług seksualnych za pieniądze (coraz rzadziej) lub markowe i luksusowe produkty (częściej), co ma zapewnić „wyrównanie szans życiowych”. Szczegółowsze dane z zachodnich państw europejskich wskazują, że ten typ prostytucji staje się środkiem do osiągnięcia długofalowych celów – zawodowych i życiowych (pokrycie kosztów studiów, kursów językowych, wyjazdów zagranicznych i innych) [5; 6].

Wykorzystywanie małoletnich w prostytucji to proceder, który coraz częściej z ulic i dworców przenosi się do internetu. Zapewnia to zachowanie większej anonimowości, ale z drugiej strony, utrudnia wykrywalność i poznanie skali zjawiska, a w konsekwencji uniemożliwia podjęcie działań profilaktycznych [5].

Wyniki badań epidemiologicznych dowodzą, że bardzo wielu małoletnich wykorzystywanych w prostytucji deklaruje bardzo wczesny wiek inicjacji seksualnej (pomiędzy 13–14 r.ż.). Pierwszy kontakt seksualny tej grupy miał często charakter przypadkowy i niezaplanowany oraz odbył się pod wpływem substancji psychoaktywnych (alkoholu i narkotyków) [7].

W tym miejscu należy podkreślić, że w innych badaniach wykazano, że podejmowanie wszechstronnej edukacji seksualnej wśród nastolatków (przede wszystkim dostosowanej do wieku i poziomu intelektualnego odbiorców) przynosi znakomite efekty w postaci opóźnienia rozpoczęcia aktywności seksualnej, bardziej świadomego jej podejmowania, rezygnowania z aktywności seksualnej pod wpływem substancji psychoaktywnych, zmniejszenia liczby partnerów seksualnych, stosowania antykoncepcji i zabezpieczenia przed zakażeniami przenoszonymi drogą kontaktów seksualnych. Tym samym wydaje się, że właściwa edukacja seksualna może stanowić jedno rozwiązanie dla dwóch palących problemów, jakimi są prostytucja wśród młodocianych oraz choroby przenoszone drogą płciową odnotowywane w tej grupie wiekowej [3].

Podkreślić należy, że proceder wykorzystywania małoletnich w prostytucji wydaje się w Polsce znacznie niedoszacowany. Rocznie w naszym kraju policja odnotowuje ok. kilkadziesiąt takich przypadków. Zupełnie nie koresponduje to z liczbą małoletnich, którzy anonimowo poprzez telefon zaufania proszą o wsparcie psychologiczne w związku z podejmowaniem tzw. prostytucji aspiracyjnej [8].

Nie są dostępne dane na temat liczby wszystkich wykonanych w Polsce badań diagnostycznych w kierunku zakażeń przenoszonych drogą płciową wśród młodzieży. W tab. 1–3 przedstawiono liczbę przypadków poszczególnych zakażeń przenoszonych drogą płciową w Polsce w grupach wiekowych 10–14 i 15–19 lat w latach 2013–2018. Wyniki zostały

opracowane na podstawie danych uzyskanych z Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie [9].

W odniesieniu do kiły liczba przypadków stwierdzanych w grupie nastolatków 15–19 lat stanowi ok. 3% wszystkich stwierdzanych przypadków tej choroby. Z kolei prawie 5% wszystkich przypadków rzeżączki w Polsce diagnozuje się wśród osób w tym przedziale wiekowym.

|               | 2013   |    | 2014   |    | 2015   |     | 2016   |     | 2017   |     | 2018   |     |
|---------------|--------|----|--------|----|--------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|-----|
| Grupa wiekowa | liczba | %  | Liczba | %  | liczba | %   | Liczba | %   | liczba | %   | liczba | %   |
| 10–14         | bd     | bd | bd     | bd | 0      | 0   | 1      | 0,1 | 0      | 0   | 0      | 0   |
| 15–19         | bd     | bd | bd     | bd | 43     | 3,2 | 43     | 2,7 | 41     | 2,6 | 40     | 2,8 |

% – odsetek wszystkich przypadków kiły zdiagnozowanych w danym roku; bd – brak danych

**Tab. 1. Liczba przypadków kiły w Polsce w grupach wiekowych 10–14 i 15–19 lat w latach 2013–2018**

|               | 2013   |     | 2014   |     | 2015   |     | 2016   |     | 2017   |     | 2018   |     |
|---------------|--------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|-----|
| Grupa wiekowa | liczba | %   | liczba | %   | liczba | %   | liczba | %   | liczba | %   | liczba | %   |
| 10–14         | 0      | 0   | 1      | 0,2 | 0      | 0   | 0      | 0   | 0      | 0   | 1      | 0,3 |
| 15–19         | 14     | 3,1 | 17     | 3,7 | 18     | 4,1 | 16     | 393 | 15     | 4,7 | 12     | 3,6 |

% – odsetek wszystkich przypadków rzeżączki zdiagnozowanych w danym roku

**Tab. 2. Liczba przypadków rzeżączki w Polsce w grupach wiekowych 10–14 i 15–19 lat w latach 2013–2018**

|               | 2013   |    | 2014   |     | 2015   |     | 2016   |     | 2017   |     | 2018   |   |
|---------------|--------|----|--------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|---|
| Grupa wiekowa | liczba | %  | liczba | %   | liczba | %   | liczba | %   | liczba | %   | liczba | % |
| 10–14         | bd     | bd | 1      | 0,6 | 1      | 0,5 | 0      | 0   | 0      | 0   | 0      | 0 |
| 15–19         | bd     | bd | 4      | 2,5 | 3      | 1,4 | 6      | 2,6 | 2      | 0,8 | 3      | 1 |

% – odsetek wszystkich przypadków zakażeń chlamydialnych zdiagnozowanych w danym roku; bd – brak danych

**Tab. 3. Liczba przypadków zakażeń chlamydialnych przenoszonych drogą płciową w Polsce w grupach wiekowych 10–14 i 15–19 lat w latach 2013–2018**

W opinii autorów niniejszego opracowania powyższe dane jest niezmiernie trudno interpretować. W porównaniu do innych krajów europejskich liczba wszystkich stwierdzanych przypadków zakażeń chlamydialnych (najczęstszej choroby przenoszonej drogą płciową) w Polsce jest zatrważająco niska (2018 r. – 308 przypadków, 2017 r. – 258 przypadków, 2016 r. – 230 przypadków, 2015 r. – 220 przypadków). Przykładowo liczba przypadków zakażeń

*Chlamydia trachomatis* w 2017 r. w Szwecji wyniosła 33 715, w Wielkiej Brytanii 230 482, a w Danii 32 932 [10]. Przypuszczalnie wynika to z niewielkiej liczby wykonywanych testów i leczenia zakażeń bez badań diagnostycznych.

W opinii autorów przede wszystkim należy polepszyć dostęp do dobrej jakości edukacji seksualnej. To pozwoli zwrócić uwagę młodzieży na problem zakażeń przenoszonych drogą płciową. Wierzymy, że dzięki temu znikną opory i krępacja związana z szukaniem pomocy w przypadku zakażenia.

Pragniemy ponadto podkreślić, że dobrej jakości edukacja seksualna, co wykazano w krajach zachodnich, wbrew powszechnie panującej w Polsce opinii nie ma działania demoralizującego. Dzięki odpowiednim działaniom edukacyjnym możliwe jest zwiększenie wieku inicjacji seksualnej, co przyczyni się do tego, że kontakty seksualne nastolatków będą bardziej świadome i z większym poczuciem odpowiedzialności za partnera i relację [11].

Dobrej jakości edukacja seksualna powinna podejmować także problematykę zapobiegania zakażeniom przenoszonym drogą kontaktów seksualnych. Systemowe rozwiązania, jak organizacja poradni wenerologicznych z prawdziwego zdarzenia, mogą przyczynić się do zwiększenia poczucia bezpieczeństwa nastolatków. Młodzież powinna mieć świadomość, że w razie pojawienia się problemów może liczyć na uzyskanie fachowej i życzliwej pomocy.

Konieczne jest także zwiększenie dostępności do metod diagnostycznych w kierunku zakażeń przenoszonych drogą kontaktów seksualnych, które pozwalają na postawienie rozpoznania i wdrożenie odpowiedniego leczenia. Brak rozwiązań systemowych skutkuje tym, że diagnostyka wenerologiczna przenosi się do tzw. podziemia diagnostycznego. Przez internet można bowiem obecnie zamówić zestawy do „diagnostyki” STIs. Następnie po oddaniu kropli krwi lub wymazu zestaw taki należy odesłać do nadawcy i w przeciągu 24 godzin otrzymuje się wynik (!), a za dodatkową opłatą uzyskuje się także leki (!?). W opinii autorów niniejszego opracowania szczególnie narażona na tego typu metody jest młodzież. Z jednej strony, ludzie młodzi wstydzą się porozmawiać o problemach z profesjonalistami, do których zresztą jest znikomy dostęp, a z drugiej, biegle posługują się internetem.

Pozostałe rekomendacje autorów dotyczące poprawy dostępności do świadczeń z zakresu wenerologii, poprawy ich wyceny oraz bezpłatnego dostępu do leków pozostają niezmiennie i zostały już szczegółowo omówione w rozdziale 4.

### ***Bibliografia***

- [1] B. Woynarowska, *Zachowania seksualne młodzieży 15-letniej*, Raport z badania HBSC 2014.
- [2] Z. Opolska, *Ginekolog to nie dentysta, a kiła to nie próchnica*, [online:] [www.medonet.pl/zdrowie,wychowanie-seksualne-polskich-nastolatkow,artykul,1725395.html](http://www.medonet.pl/zdrowie,wychowanie-seksualne-polskich-nastolatkow,artykul,1725395.html).
- [3] A. Persona-Sliwinska, G. Jarzabek-Bielecka, W. Kedzia, *Zapobieganie chorobom przenoszonym drogą płciową – aspekty seksuologii i medycyny rodzinnej*, „Medycyna Rodzinna” 2019, nr 22.
- [4] G. Jarzabek-Bielecka, M. Pawlaczyk, M. Pisarska-Krawczyk i in., *Sexually transmitted diseases in adolescents*, „Current Gynecologic Oncology” 2015, nr 13.
- [5] A. Popławska, *Wykorzystywanie małoletnich w prostytucji – charakterystyka i dynamika zjawiska ze szczególnym uwzględnieniem perspektywy polskiej*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka” 2010, nr 4.
- [6] E. Bielecka, „*Galerianki*” – badania i refleksje, [w:] E. Bielecka (red.), *Zagrożona młodość. Innowacyjne formy interwencji społecznej*, Warszawa 2010.

- [7] Z. Izdebski, Badanie dot. problematyki prostytucji dziecięcej realizowane na zlecenie MENiS przez PRO-ECPAT przy współpracy TNS OBOP i Komendy Głównej Policji 2004.
- [8] Raport o działaniach Policji w zakresie zapobiegania przestępczości oraz zjawiskom patologii społecznej w 2007 r., Warszawa 2008.
- [9] [Online:] [www.wzwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/index\\_p.html#01](http://www.wzwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/index_p.html#01).
- [10] [Online:] [www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER\\_for\\_2017-chlamydia-infection.pdf](http://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER_for_2017-chlamydia-infection.pdf).
- [11] J.M. Kraft, A. Kulkarni, J. Hsia i in., *Sex education and adolescent sexual behavior: do community characteristics matter?*, „Contraception” 2012, nr 86.

## 8. ROZPOWSZECHNIENIE ZAKAŻEŃ PRZENOSZONYCH DROGĄ PŁCIOWĄ W POPULACJI DAWCÓW KRWI

### **Streszczenie**

U każdego dawcy krwi przed oddaniem donacji wykonuje się badania markerów zakażenia czynnikami zakaźnymi przenoszonymi drogą krwi. W Polsce badania te obejmują markery serologiczne i molekularne wirusów HBV, HCV i HIV oraz przeciwciała skierowane do *Treponema pallidum*. Oprócz tego dawcy, których osocze przeznaczone jest do wytwarzania produktów krwiopochodnych, badani są na obecność DNA parwowirusa B19 oraz RNA HAV, a u niektórych z nich analizuje się obecność RNA HEV. Podstawową rolą tych badań jest zapobieganie przeniesieniu zakażenia na biorcę, ale dodatkowo stanowią one cenne źródło informacji o epidemiologii zakażeń wśród dawców krwi.

W ostatnich latach obserwowany jest istotny spadek częstości zakażeń HBV i HCV w Polsce. W przypadku HIV i TP sytuacja jest stabilna, aczkolwiek obserwuje się okresowe zmiany liczby zakażeń. Niepokojące jest wykrywanie zakażenia u przynajmniej 20% HIV+ dawców po nie więcej niż 100 dniach od zakażenia (zakażenia stadium Fiebiga <VI) oraz identyfikowanie konfiguracji markerów zakażenia wskazujących na tzw. *elite controller* lub na przyjmowanie leków antyretrowirusowych. Analiza ankiet epidemiologicznych u osób zakażonych wskazuje na ryzykowne zachowania seksualne podejmowane przed oddaniem krwi. W trakcie epidemii wzrasta okresowo częstość zakażeń HAV wśród dawców.

Na podstawie gromadzonych przez lata informacji dotyczących epidemiologii oraz prawdopodobnych źródeł zakażenia należy uznać, że poprawie sytuacji epidemiologicznej w zakresie czynników zakaźnych przenoszonych przez krew powinny być dedykowane określone działania. Powinny one obejmować: intensyfikację działań edukacyjnych u dawców krwi w zakresie zachowań i sytuacji niosących ze sobą ryzyko zakażenia, poprawę komunikatywności tzw. ankiety epidemiologicznej przed donacją oraz zdefiniowanie pojęcia ryzykownego zachowania seksualnego w kryteriach kwalifikacji dawców. Wreszcie wskazane jest poprawienie dostępu do bezpłatnego oraz anonimowego testowania poza krwiodawstwem, tak by ograniczyć zjawisko tzw. *test seekers* – osób, których główną motywacją oddawania krwi jest uzyskanie wyniku badania przeglądowego.

### **ROZPOWSZECHNIENIE ZAKAŻEŃ PRZENOSZONYCH DROGĄ PŁCIOWĄ W POPULACJI DAWCÓW KRWI**

W Polsce co roku średnio od ok. 600 tys. dawców pobiera się przeszło 1,2 mln donacji. Krew oraz jej składniki pobierane są w 21 Regionalnych Centrach Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa (RCKiK), w Wojskowym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa (WCKiK) oraz w Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji. We wszystkich donacjach obowiązkowo wykonuje się badania markerów zakażenia wirusami zapalenia wątroby typu B (HBV), typu C (HCV), wirusa nabytego niedoboru odporności (HIV) oraz *Treponema pallidum*. Badania te obejmują zarówno markery serologiczne (obecność w surowicy lub osoczu krwi dawców przeciwciał anty-HCV, anty-HIV

oraz antygeny HBs), jak i molekularne (RNA HCV, RNA HIV oraz DNA HBV). Badanie antygeny rdzeniowego HCV (core HCV) oraz p24 HIV są zalecane, aczkolwiek nieobowiązkowe. Rok wprowadzenia poszczególnych markerów zakażenia w Polsce przedstawiono w tab. 1. Prowadzenie badań czynników zakaźnych służy przede wszystkim zapobieganiu przenoszenia ich przez krew, jak również daje wgląd w sytuację epidemiologiczną w grupie małego ryzyka, jaką są dawcy krwi. Mniejsze prawdopodobieństwo zakażenia wśród osób zgłaszających się do oddania krwi wynika z faktu, że przed procedurą podlegają one kwalifikacji opartej na ogólnym badaniu lekarskim obejmującym m.in. pomiar wagi, temperatury ciała i ciśnienia krwi, wywiadzie lekarskim oraz epidemiologicznym itp. Działania te pozwalają na identyfikację osób z objawami ostrego zakażenia czynnikami zakaźnymi oraz tych, które należą do grupy wysokiego ryzyka. Osoby, które są lub były zakażone niektórymi patogenami, nie mogą być dawcami, z kolei w przypadku innych zakażeń możliwy jest powrót do oddawania krwi po wyleczeniu (ograniczaniu infekcji).

| Markery zakażenia   | Rok rozpoczęcia badania wszystkich donacji |  |
|---------------------|--|--|
| Anty-HCV<br>RNA HCV | 1992<br>2002                               | 1994 r. – rozpoczęcie badań RNA HCV w trakcie procedur weryfikacji oraz do kontroli immunoglobuliny anty-RhD i anty-HBs.<br>2000 r. – początek badań osocza przeznaczonego do frakcjonowania.                                    |
| Anty-HIV<br>RNA HIV | 1987<br>2005                               | 1986 r. – i badania anty-HIV u polskich krwiodawców.<br>2003 r. – początek badań RNA HIV w niektórych centrach krwiodawstwa, które zaczęły badać RNA HCV w pojedynczych donacjach metodą TMA (HCV RNA / HIV RNA Chiron Proceix). |
| HBsAg<br>DNA HBV    | I połowa lat 70.<br>2005                   |  |

**Tab. 1. Wprowadzanie badania specyficznych markerów zakażeń wirusologicznych w polskim krwiodawstwie**

Od początku wykonywania badań przeglądowych systematycznie gromadzone są ich wyniki jako element tzw. *haemovigilance* – systemu dbania o bezpieczeństwo krwi. Co roku dane ze wszystkich CKiK są przesyłane, a następnie analizowane w Instytucie Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie. Częstość markerów zakażenia jest analizowana u kobiet i mężczyzn, w poszczególnych województwach oraz w grupach wiekowych. Należy podkreślić, że zgromadzone dane pozwalają na szacowanie rozpowszechnienia zakażeń oraz zapadalności na nie. Jest to możliwe dzięki regularnemu monitorowaniu częstości zakażeń seronegatywnych, czyli takich, które zostały zidentyfikowane przez wykrycie kwasów nukleinowych wirusa jeszcze przed pojawieniem się serologicznych markerów zakażenia – przeciwciał lub antygeny HBs. Dodatkowo częstość zakażeń seropozytywnych u dawcy wielokrotnie oddającego krew mówi o zapadalności. Z kolei przyjmuje się, że markery zakażeń u osób zgłaszających się po raz pierwszy, żeby oddać krew, odzwierciedlają raczej rozpowszechnienie zakażeń przewlekłych.

Oprócz markerów zakażeń obowiązkowo badanych przed każdą donacją u niektórych dawców analizowana jest obecność innych cząsteczek patogenów, takich jak RNA wirusa

zapalenia wątroby typu A (HAV), DNA parwowirusa B19 (B19V) oraz RNA wirusa zapalenia wątroby typu E (HEV). Te dodatkowe badania dotyczą niektórych dawców, przede wszystkim tych, którzy oddają osocze do frakcjonowania.

W niniejszym opracowaniu przedstawione zostały informacje dotyczące zakażeń czynnikami zakaźnymi przenoszonymi przez krew, które również przenoszone są drogą płciową: HBV, HIV, *Treponema pallidum*. Dodatkowo zaprezentowane będą dane epidemiologiczne dla HCV, w przypadku którego transmisja drogą krwi jest doskonale udokumentowana, lecz transmisja seksualna już nie jest tak oczywista. Innym zagadnieniem omówionym w opracowaniu będą zakażenia HAV, które szerzą się przede wszystkim drogą pokarmową, jednak w ostatnim czasie (epidemia z roku 2017) wykazano, że transmisja drogą kontaktów seksualnych miała szczególne znaczenie w rozpowszechnieniu się epidemii, zwłaszcza w jej pierwszej fazie. Przedstawiono dane dotyczące wykrywania markerów zakażenia w ostatnich latach, od roku 2005. Wcześniejsze dane były publikowane w czasopismach naukowych.

### **LUDZKI WIRUS NABYTEGO BRAKU/DEFICYTU ODPORNOŚCI (HIV)**

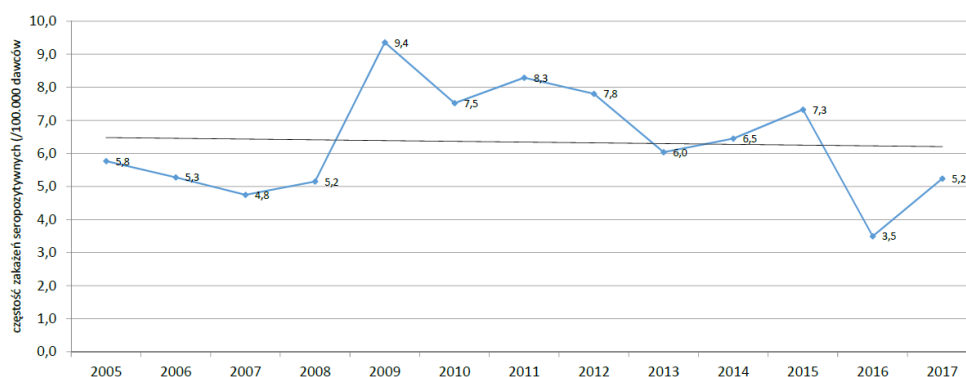
Co roku w trakcie badań przeglądowych wykonywanych w polskim krwiodawstwie wykrywanych jest średnio 50–60 zakażeń HIV z ogólnej liczby przeszło 1 000 nowych zakażeń HIV rocznie raportowanych w Polsce do nadzoru epidemiologicznego, co stanowi ok. 5%. Należy zauważyć, że większość zidentyfikowanych zakażeń to zakażenia seropozytywne, jednak na podstawie wykrywania przeciwciał do poszczególnych białek wirusa w teście Western Blot ocenia się, że ok. 20% zakażonych dawców zgłosiło się oddać krew w okresie nie więcej niż 100 dni od zakażenia (Fiebig stage <VI), każdego roku odnotowuje się od 1–4 zakażeń na bardzo wczesnym etapie zakażenia (14–21 dni), kiedy RNA wirusa jest jedynym markerem zakażenia. W latach 2005–2017 częstość HIV wahała się od 4,7 (2007 r.) do 9,4/100 tys. dawców (2009 r.) z zauważalnymi kilkuletnimi okresami wzrostu (np. w latach 2007–2009) oraz spadku (np. w latach 2011–2013) (Rys. 1a). Wzrost liczby zakażeń odnotowywany jest wśród mężczyzn, podczas gdy w ostatnich latach takie zdarzenia praktycznie nie są rejestrowane wśród dawczyń (Rys. 1b). Większość osób zakażonych wskazuje na kontakty seksualne jako potencjalną drogę zakażenia, z czego ponad 60% przyznaje się do kontaktów homoseksualnych. Wśród osób zakażonych dominują osoby młode w wieku 18–30 lat. Największa częstość zakażeń zarówno u dawców pierwszorazowych, jak i wielokrotnych rejestrowana jest w województwach południowo-zachodnich (maksymalna wartość na terenie województwa śląskiego), najmniejsza zaś na wschodzie kraju (Rys. 1c). Nie we wszystkich CKiK-ach wykrywane są zakażenia seronegatywne, ich największa liczba identyfikowana jest na Śląsku.

Mimo że częstość zakażeń HIV wśród dawców jest relatywnie niska w porównaniu np. do HBV czy HCV, może niepokoić fakt, że jest ona wyższa niż u dawców krwi np. w Stanach Zjednoczonych, gdzie częstość zakażenia HIV w populacji ogólnej jest większa niż w Polsce. Ta obserwacja może świadczyć o tym, że wśród polskich dawców krwi jest wielu (więcej niż w innych krajach) tzw. *test seekers* – osób, które oddają krew przede wszystkim w celu uzyskania wyników badań wirusologicznych. Zjawisko to narasta, zwłaszcza w sytuacji ograniczonego dostępu do badań przeglądowych poza krwiodawstwem. Są to zazwyczaj osoby

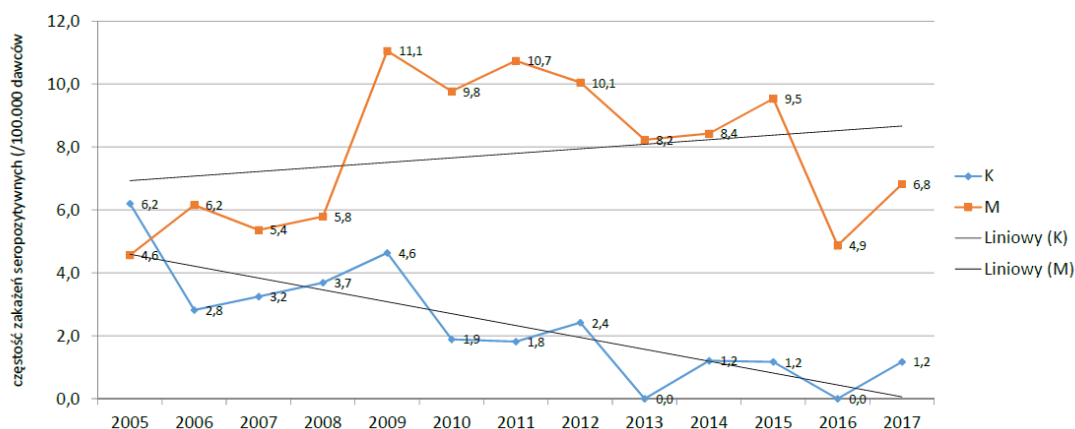


przekonane, że mogły ulec zakażeniu, mimo to przed donacją nie zgłaszają sytuacji obarczonych istotnym ryzykiem.

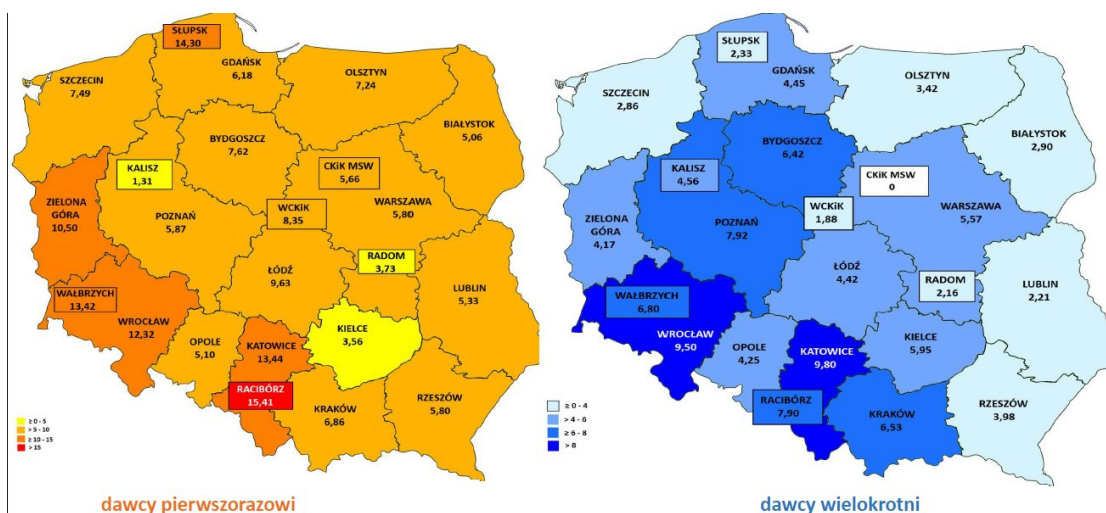
a/ w latach 2005–2017



b/ kobiety vs mężczyźni w latach 2005–2017



c/ w regionach – skumulowane dane z lat 2005–2015



Rys. 1. Częstość zakażeń seropozytywnych HIV wśród dawców krwi w Polsce

Na występowanie tego zjawiska może wskazywać kilka specyficznych obserwacji dotyczących wykrywania HIV wśród dawców krwi w Polsce. Po pierwsze, obserwuje się relatywnie wysoką częstość zakażeń HIV wśród dawców wielokrotnych w porównaniu do dawców pierwszorazowych. Dawcy wielokrotni teoretycznie powinni być grupą istotnie bezpieczniejszą ze względu na większy stopień świadomości związanej z edukacją prowadzoną w trakcie oddawania krwi. Mniejsze prawdopodobieństwo zakażeń w tej grupie i tym samym ryzyko przeniesienia przez transfuzję obserwowane jest w przypadku HBV, HCV, ale nie HIV. Kolejnym argumentem za zgłaszaniem się do krwiodawstwa osób, które po ryzykownym zachowaniu poszukują sposobności do wykonania badań w kierunku HIV, są przypadki na wczesnym etapie zakażenia, identyfikowane co roku, w tym w tzw. okienku serologicznym oraz z wynikami reaktywnymi testu przeglądowego anty-HIV (lub anty-HIV/Ag p24), dodatnie w badaniu RNA HIV, lecz negatywne w teście WB. W przypadku osób, u których wykryto zakażenie jeszcze przed pojawieniem się przeciwciał, niepokojący jest fakt braku zgłoszenia przed oddaniem krwi ryzykownej sytuacji lub zachowania, które w większości przypadków miały miejsce w okresie krótko poprzedzającym donację, a poinformowanie o nim dopiero podczas przeprowadzania kolejnej postdonacyjnej ankiety epidemiologicznej, przy okazji wręczania wyników. Kolejnym niepokojącym faktem (pierwszy raz w 2018 r.) jest identyfikowanie dawców, u których stwierdzana jest nietypowa konfiguracja markerów zakażenia wskazująca na przyjmowanie leków antyretrowirusowych. Wszystkie opisane powyżej zjawiska wskazują na konieczność lepszego poznania natury i skali fenomenu *test seekers* w Polsce oraz podjęcia kroków mających na celu zapobieganie jego występowania w polskim krwiodawstwie.

Z drugiej strony, należy rozważyć, czy w Polsce nie mamy do czynienia z większą niż w innych krajach liczbą osób nieświadomych zakażenia HIV. Zmiany częstości zakażeń u dawców w ostatnich latach są zgodne z danymi dotyczącymi ogólnej częstości zakażeń w populacji polskiej i wskazują na rosnącą liczbę/częstość wykrywania nowych zakażeń (dane NIZP-PZH).

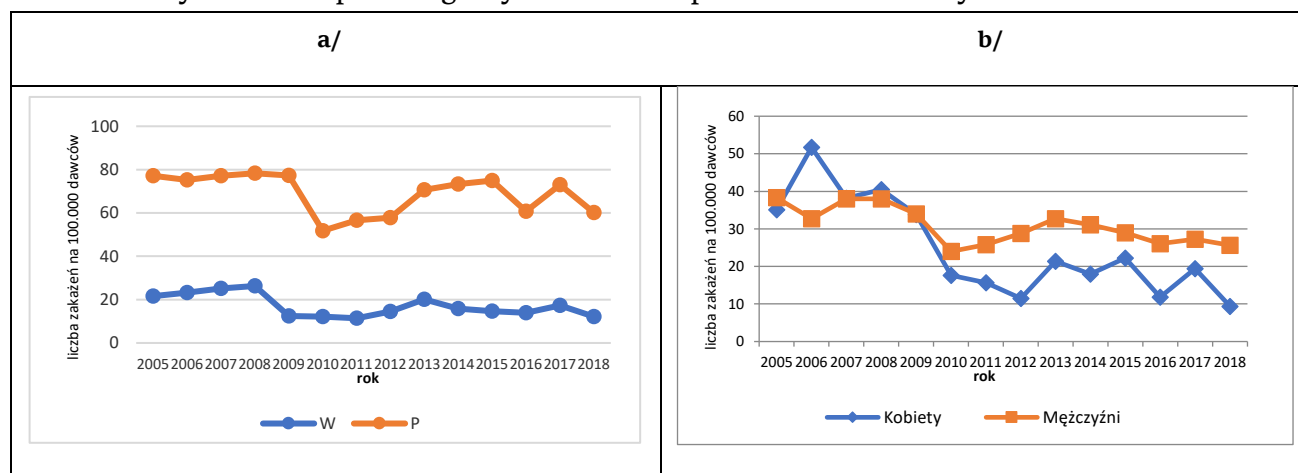
Innym istotnym zjawiskiem związanym z zakażeniem HIV, o którym warto wspomnieć ze względu na istotne konsekwencje dla przebiegu procesu diagnostycznego, są tzw. *elite controllers*. W krajach z wysoką częstością zakażeń HIV, przede wszystkim w Afryce, stanowią oni ok. 2–4% zakażonych dawców. Należą do nich osoby, u których RNA HIV nie jest wykrywalne w osoczu metodami o czułości 50–70 kopii RNA/ml, mimo że przez przynajmniej dwa lata utrzymywały się u nich powtarzalnie reaktywne wyniki badania anty-HIV potwierdzone w teście Western blot. Osoby te nie były nigdy leczone lekami antyretrowirusowymi. Wiadomo, że u *elite controllers* wirus zachowuje zdolność do replikacji, jednak zakaźność krwi i jej składników pozostaje nieznana. Dotychczas zidentyfikowano (2018 r.) jeden przypadek tej formy zakażenia wśród dawców krwi w Polsce. Dotychczas w polskim krwiodawstwie nie odnotowano przypadków zakażeń w okienku serologicznym mutantami HIV, których genom jest na tyle zmieniony, że nie można go wykryć w badaniu przeglądowym metodami biologii molekularnej. Takie sytuacje były opisywane w wielu krajach na świecie. Występowanie mutantów ucieczki oraz *elite controllers* przemawia za utrzymaniem badań metodami serologicznymi nawet w krajach, w których bada się RNA HIV.

Należy pamiętać, że zakażenie na bardzo wczesnym etapie, kiedy niewykrywalne są markery serologiczne, a stężenie RNA wirusa jest poniżej czułości testu przeglądowego, oraz formy polimorficzne HIV pozostają przyczyną sporadycznych przypadków przeniesienia zakażenia mimo stosowania przeglądowych badań markerów.

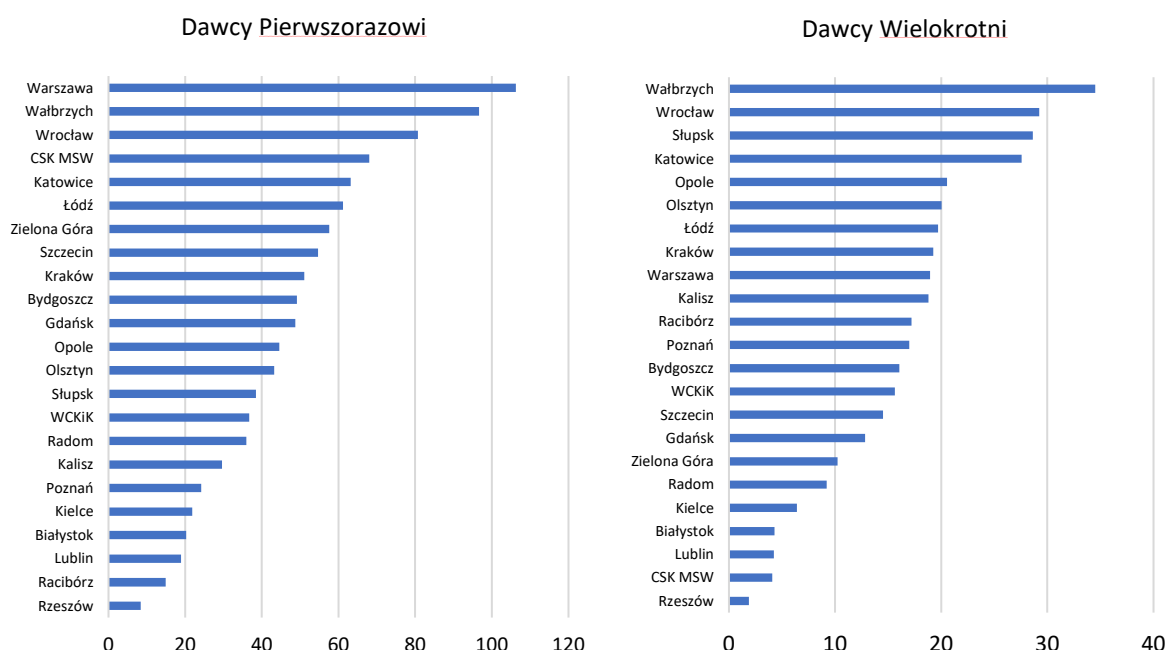
W Polsce działa 30 punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD), utworzonych przez Krajowe Centrum ds. AIDS, w których można wykonać bezpłatnie i bez skierowania badania w kierunku HIV. Znajdują się one we wszystkich większych miastach w Polsce. W Warszawie są 4 PKD, we Wrocławiu 2. Niestety, dni i godziny otwarcia punktów ograniczają dostępność badań. Wiele punktów, np. w Bydgoszczy, Częstochowie, Zgorzelcu czy Wałbrzychu, czynnych jest raz w tygodniu od 2 do 3 godzin. W pozostałych miastach sytuacja nie wygląda dużo lepiej, jedynie w Warszawie można wykonać bezpłatne badania od poniedziałku do piątku w godzinach od 9:30 do 20:00. W 2017 r. w PKD wykonano 4 731 badań w kierunku HIV, zakażenie potwierdzono w 371 badaniach. Tak mała liczba wykonanych testów wydaje się potwierdzać przypuszczenie o małej dostępności do bezpłatnych badań w kierunku HIV. Można podejrzewać, że możliwość wykonania tych badań w pionie krwiodawstwa, zarówno w stacjonarnych miejscach poboru, tj. CKiK oraz Terenowych Oddziałach czynnych w dni robocze, jak i w mobilnych punktach poboru podczas ekip wyjazdowych, organizowanych także w dni wolne od pracy, jest dla osób z grup ryzyka praktyczną alternatywą wobec niewystarczającej dostępności badań w PKD.

### **TREPONEMA PALLIDUM**

Innym czynnikiem zakaźnym przenoszonym drogą kontaktów seksualnych, a badanym u dawców, jest *Treponema pallidum* – czynnik wywołujący kiłę. Badania wykonywane są testami swoistymi, głównie testami immunoenzymatycznymi oraz wykorzystującymi metodę chemiluminescencji. Częstość wyników powtarzalnie reaktywnych w badaniu przeglądowym potwierdzonych w teście Western blot lub/i TPHA u dawców pierwszorazowych i wielokrotnych oraz w poszczególnych CKiK-ach przedstawiono na rys. 2.



c/



**Rys. 2. Częstość potwierdzonych zakażeń anty- *T. pallidum* pozytywnych/100 tys. dawców w Polsce w latach 2005–2018: a/ dawcy wielokrotni vs pierwszorazowi, b/ mężczyźni vs kobiety oraz c/ w regionach**

W przeciwieństwie do HIV zakażenia są częstsze u dawców pierwszorazowych niż wielokrotnych (średnia wartość w roku oscyluje odpowiednio ok. 60 i 20 na 100 tys. dawców). Nie jest również widoczny jednoznaczny, długotrwały trend. Lokalizacja regionów o największej i najmniejszej częstości jest jednak podobna do tej obserwowanej w przypadku HIV. Zakażenia od roku 2011 częściej były wykrywane wśród mężczyzn niż wśród kobiet. Warto również zwrócić uwagę, że co roku wykrywane są zakażenia na wczesnym etapie, kiedy powtarzalny wynik badania przeglądowego potwierdzany jest w jednym z dwóch testów potwierdzenia opartych na różnych metodach (zazwyczaj Western blot i TPHA), a dopiero w kolejnym pobraniu wyniki obu testów weryfikacyjnych są zgodnie reaktywne.

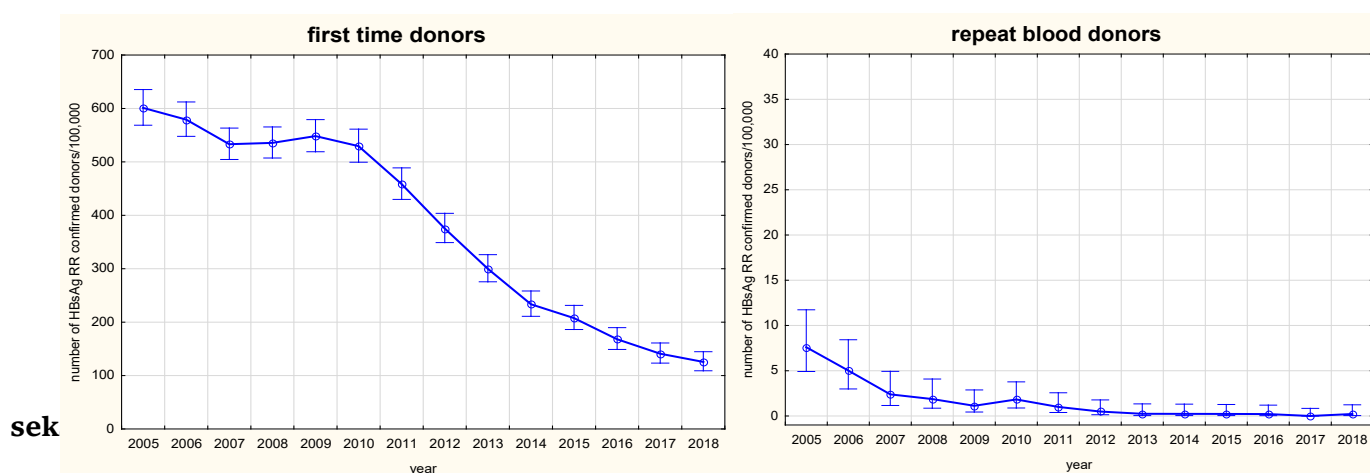
### **WIRUS ZAPALENIA WĄTROBY TYPU B (HBV)**

W przypadku wirusa zapalenia wątroby typu B (HBV), w przeciwieństwie do HIV oraz *Treponema pallidum*, w ostatnich latach następuje istotna poprawa sytuacji epidemiologicznej. Zmniejszenie częstości zakażeń seropozytywnych HBV stwierdzono zarówno wśród dawców pierwszorazowych: z 601 (567–635) w 2005 r. do 126 (95% CI: 109–145) w 2018 r. – jak i wielokrotnych: z 7,6 (95% CI: 4,9–11,7) w 2005 r. do 0,2 (95% CI: 0–1,2) w 2018 r. Ryzyko względne (ang. *relative risk*, RR) odpowiednio 0,21 (95% CI: 0,18–0,24) i 0,03 (95% CI: 0–0,21). Dotychczas pierwszym i jedynym bez zakażeń HBsAg-pozytywnych u dawców wielokrotnych był rok 2017. Należy zwrócić uwagę, że dynamika spadku nie jest taka sama we wszystkich grupach wiekowych. Największy spadek wykrywania HBsAg wśród dawców pierwszorazowych odnotowano w grupie wiekowej do 20 lat (RR=0,01; 95% CI: 0–0,03), istotnych zmian nie zauważono u dawców powyżej 50 r.ż. Różnice w dynamice redukcji

częstości zakażeń HBV między grupami wiekowymi wskazują na skuteczność powszechnego programu szczepień. Najmłodszy dawcy, wśród których sytuacja najbardziej ulega poprawie, mają największy odsetek osób zaszczepionych.

Wyniki badań przeglądowych u dawców krwi dostarczają nie tylko informacji o zakażeniach seropozytywnych, ale także o innych formach zakażeń. U dawców identyfikowane są także zakażenia bez wykrywalnego antygenu HBs – na wczesnym etapie zakażenia, w tzw. okienku serologicznym, oraz zakażenia przewlekłe, latentne, określane jako zakażenia ukryte.

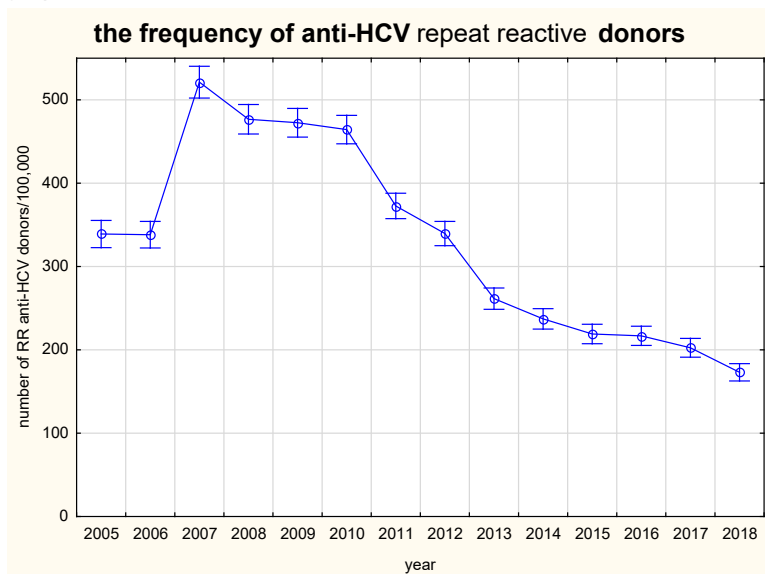
Przez 14 lat wykryto 184 ukrytych zakażeń (OBI): częstość /1 mln dawców, 95% CI: 22,7; 19,7–26,3 – oraz 47 HBV w tzw. „okienku” serologicznym (WP): 5,8; 4,4–7,7. Obie fazy zakażenia częściej wykrywano u mężczyzn niż kobiet. OBI identyfikowano częściej u dawców wielokrotnych niż pierwszorazowych. WP, tak jak zakażenia seropozytywne, częściej wykrywano w grupach wiekowych 21–50 lat niż ≤20 lat. Częstość OBI wzrastała w kolejnych grupach wiekowych od 20 do 60 lat. Częstość wykrywanych WP i OBI miała trend spadkowy. Należy zwrócić uwagę, że prawie wszystkie zidentyfikowane przypadki OBI odznaczały się obecnością przeciwciał anti-HBc, które są markerem przebytego zakażenia oraz czynnikiem ryzyka reaktywacji zakażenia w określonych warunkach (np. u pacjentów onkologicznych w stanach immunosupresji). W Polsce brakuje danych pozwalających na dokładniejsze oszacowanie częstości osób anti-HBc pozytywnych, w jednym z badań dotyczących dawców z południa Polski przeciwciała o tej swoistości zostały wykryte u 7% badanych.



Rys. 3. Częstość seropozytywnych zakażeń HBV u krwiodawców (na 100 tys. dawców), 2005–2018

W przypadku wirusa zapalenia wątroby typu C (HCV) obserwowana jest poprawa sytuacji epidemiologicznej, aczkolwiek skala redukcji liczby zakażeń w populacji dawców nie jest tak widoczna, jak w przypadku HBV. Korzystne zmiany mają miejsce od roku 2007 (Rys. 4), dynamika zmian jest nieco inna u dawców pierwszorazowych i wielokrotnych. Częstość potwierdzonych wyników anti-HCV istotnie zmalała z 368 (342–394) w 2010 r. do 105 (89–121) w 2018 r. u pierwszorazowych dawców oraz z 12,9 (8,7–17,1) w 2006 r. do 5,2 (3,1–7,3) w 2018 r. u dawców wielokrotnych. U dawców pierwszorazowych istotny spadek był odnotowany w grupach wiekowych 18–20 lat (ryzyko względne, RR (95% CI)): 0,03 (0,01–

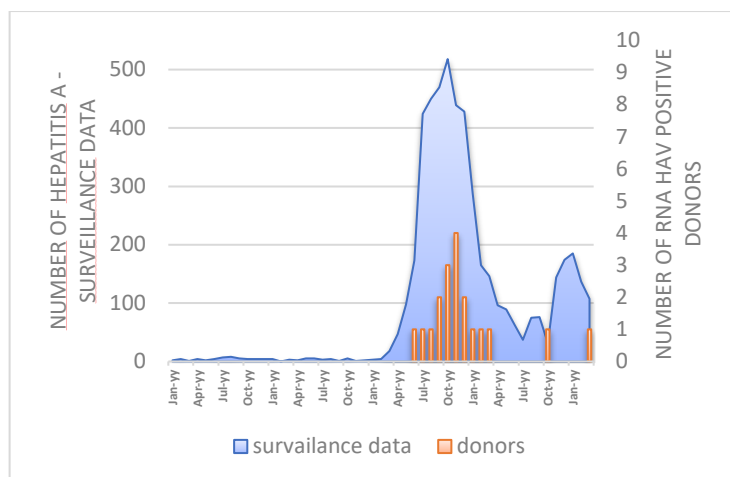
0,06); 21–30 lat: 0,19 (0,14–0,28), 31–40 lat: 0,51 (0,38–0,70) oraz 41–50 lat: 0,27 (0,19–0,40). Od 2005 do 2018 r. wykryto 75 zakażeń seronegatywnych HCV – w tzw. okienku serologicznym, WP (9,3; 7,4–11,6).



Rys. 4. Częstość wyników powtarzalnie reaktywnych anty-HCV u polskich dawców krwi w latach 2005–2018

#### WIRUS ZAPALENIA WĄTROBY TYPU A (HAV)

Innym istotnym czynnikiem zakaźnym, którego epidemiologia analizowana jest w przypadku dawców krwi na podstawie badań markerów laboratoryjnych, jest wirus zapalenia wątroby typu A. W tym przypadku identyfikowane są przypadki zakażeń na podstawie wykrywania RNA HAV w trakcie kwalifikowania osocza krwi do frakcjonowania – zatem badania te nie dotyczą wszystkich dawców krwi, tak jak ma to miejsce w przypadku HBV, HCV, HIV czy *Treponema pallidum*. Wiadomo, że HAV jest przenoszony przede wszystkim drogą pokarmową, jednak dochodzenia epidemiologiczne w trakcie epidemii, która dotknęła Europę w ostatnich latach, wykazały, że droga seksualna miała istotne znaczenie w rozprzestrzenianiu się zakażeń przynajmniej w pierwszej fazie epidemii. Zakażeń HAV nie wykrywano u polskich dawców krwi aż do połowy 2017 r., kiedy rozpoczęła się epidemia na terenie Polski. Na rys. 5 przedstawiono obserwowaną korelację liczby zakażonych dawców z liczbą osób zakażonych raportowanych do nadzoru epidemiologicznego. W latach 2017–2018 zidentyfikowano łącznie 17 zakażonych dawców (2,6/100 tys. dawców; 1,4–3,7) oraz dwa prawdopodobne przeniesienia przez transfuzję.



**Rys. 5. Liczba zakażeń HAV identyfikowanych u dawców krwi w badaniu RNA HAV vs liczba osób zakażonych HAV raportowanych do nadzoru epidemiologicznego**

## WNIOSKI

Obecnie największe ryzyko przeniesienia zakażenia przez transfuzję dotyczy HEV, następnie HAV w okresie epidemicznym (do kilku przypadków rocznie). Ryzyko przeniesienia HBV związane jest przede wszystkim z OBI. W przypadku HCV szacuje się, że transmisja nie powinna występować częściej niż raz na kilka lat.

Przypadki zakażenia HIV wykryte wśród dawców wskazują na potrzebę optymalizacji procedury kwalifikacji, aby wyłonić z grupy osób zgłaszających się do CKiK te, które chcą sprawdzić swój status. Prawdopodobnie ma to miejsce po ryzykownym zachowaniu stanowiącym niebezpieczeństwo zakażenia, a tym samym przeniesienia zakażenia nawet na 3 biorców.

W celu poprawy sytuacji epidemiologicznej wśród dawców krwi w zakresie czynników zakaźnych przenoszonych drogą kontaktów seksualnych należy rozważyć podjęcie następujących działań: intensyfikację działań edukacyjnych u dawców krwi w zakresie zachowań i sytuacji niosących ze sobą ryzyko zakażenia, poprawę komunikatywności tzw. ankiety epidemiologicznej przed donacją oraz zdefiniowanie pojęcia ryzykownego zachowania seksualnego w kryteriach kwalifikacji dawców. Wreszcie wskazane jest poprawienie dostępu do bezpłatnego oraz anonimowego testowania poza krwiodawstwem, tak by ograniczyć zjawisko tzw. *test seekers* – osób, których główną motywacją oddawania krwi jest uzyskanie wyniku badania przeglądowego.

## Bibliografia

- [1] E. Brojer, P. Grabarczyk (red.), *Czynniki zakaźne istotne w transfuzjologii*, Warszawa 2015.
- [2] H. Seyfried, E. Brojer, P. Grabarczyk, M. Rosińska, A. Gronowska, M. Łętowska, Zespół ds. Wirusologicznych Badań Epidemiologicznych RCKiK, *Analiza częstości markerów zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV) u polskich dawców krwi w latach 1994 – 2003*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2005, nr 59(4).
- [3] M. Mikulska, E. Sułkowska, P. Grabarczyk, J. Medyńska, H. Seyfried, M. Łętowska, E. Brojer, *Częstość zakażeń wirusem HIV w populacji krwiodawców w Polsce w latach 1988–2007*, „Journal of Transfusion Medicine” 2008, nr 1(1).

- [4] E. Sułkowska, M. Mikulska, P. Grabarczyk, E. Brojer, M. Łętowska, Polska Grupa Badawcza ds. Badań Wirusologicznych u Dawców Krwi w Regionalnych Centrach Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, *Analiza molekularnych i serologicznych markerów zakażenia HIV u polskich krwiodawców*, „Journal of Transfusion Medicine” 2013, nr 6(1).
- [5] P. Grabarczyk, *Bezpieczeństwo krwi w aspekcie badań wirusologicznych*, „Acta Haematologica Polonica” 2013, nr 44.
- [6] P. Grabarczyk, A. Kopacz, D. Kubicka-Russel, E. Sułkowska, M. Mikulska, E. Brojer, M. Łętowska, *Blood donor screening for blood born viruses in Poland*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2015, nr 69.
- [7] Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 6 marca 2019 r. W sprawie wymagań dobrej praktyki pobierania krwi i jej składników, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania i transportu dla jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi.
- [8] M. Mikulska, E. Sułkowska, P. Grabarczyk, J. Medyńska, H. Seyfried, M. Łętowska, E. Brojer, *Częstość zakażeń wirusem HIV w populacji krwiodawców w Polsce w latach 1988–2007*, „Journal of Transfusion Medicine” 2008, nr 1(1).
- [9] E. Sułkowska, M. Mikulska, P. Grabarczyk, E. Brojer, M. Łętowska, Polska Grupa Badawcza ds. Badań Wirusologicznych u Dawców Krwi w Regionalnych Centrach Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, *Analiza molekularnych i serologicznych markerów zakażenia HIV u polskich krwiodawców*, „Journal of Transfusion Medicine” 2013, nr 6(1).
- [10] Z. Moraczewska, H. Seyfriedowa, E. Kacperska, W. Szata, W. Mazurkiewicz, L. Babiuch, *HIV-1 infection in blood donors and blood recipients*, „Przegląd Epidemiologiczny” 1990, nr 44(3).
- [11] R. Bruhn, N. Lelie, B. Custer, M. Busch, S. Kleinman, Int NAT Study Grp, *Prevalence of human immunodeficiency virus RNA and antibody in first-time, lapsed, and repeat blood donations across five international regions and relative efficacy of alternative screening scenarios*, „Transfusion” 2015, nr 53(10).
- [12] M. Álvarez, M. Luis-Hidalgo, M.A. Bracho i in., *Transmission of human immunodeficiency virus Type-1 by fresh-frozen plasma treated with methylene blue and light*, „Transfusion” 2016, nr 56(4).
- [13] R. Sobata, N. Shinohara, C. Matsumoto, S. Uchida, S. Igarashi, S. Hino, M. Satake, K. Tadokoro, *First report of human immunodeficiency virus transmission via a blood donation that tested negative by 20-minipool nucleic acid amplification in Japan*, „Transfusion” 2014, nr 54(9).



## 9. ZAGADNIENIE PRAW PACJENTA W KONTEKŚCIE ZAKAŻEŃ PRZENOSZONYCH DROGĄ PŁCIOWĄ

### **Streszczenie**

Niniejszy artykuł podnosi zagadnienie wybranych praw pacjenta w kontekście chorób przenoszonych drogą płciową. Podstawowym prawem każdego pacjenta jest konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia wyrażone w art. 68 Konstytucji RP. W sposób szczegółowy pozycję prawną pacjenta reguluje w Polsce *Ustawa o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*. Zgodnie z zapisami tej ustawy pacjentem jest każda osoba zwracająca się o udzielanie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca z tych świadczeń udzielanych przez podmiot leczniczy lub osobę wykonującą zawód medyczny. Przedmiotem analizy w artykule są następujące prawa: prawo pacjenta do poszanowania intymności i godności, prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych oraz prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych. Powyższe prawa w dużej mierze są determinantą podmiotowości i autonomii pacjenta. W kontekście wybranych zakażeń przenoszonych drogą płciową uznanych jako zakaźne analizie zostały poddane te zapisy *Ustawy o Zapobieganiu i Zwalczaniu Zakażeń i Chorób Zakaźnych u Ludzi*, które ze względu na ochronę dobra wspólnego, jakim jest zdrowie publiczne, ograniczają ustawowe prawa pacjenta. Dotyczą one prawa pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych oraz prawa pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

### **WSTĘP**

Ochrona pacjenta oraz jego praw znajduje potwierdzenie w postanowieniach Konstytucji RP z 1997 r. Art. 68 Konstytucji RP ust. 1 zapewnia każdemu, nie tylko obywatelom, prawo do ochrony zdrowia. Ta ogólna norma konstytucyjna gwarantująca prawo do ochrony zdrowia zawiera w sobie nakaz respektowania pewnego koniecznego zakresu świadczeń zdrowotnych, poniżej którego można by dostrzec naruszenie gwarancji konstytucyjnej [1]. Prawną pozycję pacjenta w Polsce w szczegółowy sposób określa Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 06 listopada 2008 r. z późn. zm. Przestrzeganie praw pacjenta w ww. ustawie jest obowiązkiem organów władzy publicznej właściwych w zakresie ochrony zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, osób wykonujących zawód medyczny oraz innych osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych [2]. W celu ochrony praw pacjenta przez zobowiązane do tego instytucje i podmioty został ustanowiony Urząd Rzecznika Praw Pacjenta, który jest centralnym organem administracji rządowej właściwym w sprawach ochrony praw pacjenta. Zgodnie z zapisami ustawy każdy pacjent ma prawo do tego, aby zostały mu udzielone świadczenia zdrowotne przez uprawnione podmioty zarówno z należytą starannością, jak i w warunkach, które wymagają konkretnych standardów fachowych i sanitarnych, określonych w odrębnych przepisach. Osoby wykonujące zawód medyczny przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych

powinny zaś odznaczać się wysokimi kompetencjami zawodowymi, kierować aktualną wiedzą medyczną oraz zasadami etyki zawodowej. Te ogólnie określone zasady dotyczą sposobu udzielania wszystkich świadczeń zdrowotnych, niezależnie od charakterystyki choroby i społecznej pozycji pacjenta. Nie ma więc wątpliwości, że zasady te dotyczą również pacjentów z chorobami przenoszonymi drogą płciową.

### **POSZANOWANIE GODNOŚCI I INTYMNOŚCI PACJENTA**

Pacjent, który uległ zakażeniu chorobą przenoszoną drogą płciową, znajduje się w bardzo niezręcznej sytuacji. Cierpi na schorzenie, które w odczuciu społecznym uchodzi za chorobę wstydliwą, a sposób zakażenia świadczy, że mógł on naruszyć obowiązujące normy moralne [3]. W społecznym odbiorze przez wiele lat choroby te były naznaczone piętnem, co pociągało za sobą postawy dyskryminacyjne wobec osób nimi dotkniętych. W konsekwencji prowadzonej przez lata edukacji zdrowotnej, ogólnych zmian stylu życia, a tym samym postaw społecznych zachowania takie sukcesywnie ulegały korzystnym zmianom. Nie oznacza to jednak, że obecnie pacjenci mogą mieć zawsze poczucie bezpieczeństwa i już nigdy nie doświadczą napiętnowania. Ponad wszelką wątpliwość nie powinni spotkać się z postawą stygmatyzacji ze strony personelu medycznego. Gdyby jednak współcześnie takie sytuacje miały miejsce, wskazywałyby na postępujący proces dehumanizacji medycyny. Ponadto naruszałaby fundamenty aksjologii i deontologii lekarskiej oraz pozostawały w sprzeczności z podstawowymi zapisami kodeksów etyki zawodów medycznych. Dobro pacjenta jest wszak celem medycyny i podstawą etyki medycznej. Według E.D. Pellegrino na tak pojęte dobro pacjenta składają się cztery elementy:

1. Dobro medyczne (*medical good*) określone wskazaniem medycznym.
2. Dobro przeżywane przez pacjenta według jego planów życiowych i oceny własnej sytuacji (*patient concept of his own good*).
3. Dobro pacjenta jako osoby (*good of the patient as a person*).
4. Dobro duchowe pacjenta (*spiritual good*) [4].

Wydaje się, że tak rozumiane dobro pacjenta, wymagające holistycznego podejścia, jest szczególnie ważne z perspektywy pacjentów chorujących na choroby cywilizacyjne, których proces diagnostyki i leczenia ingeruje w sferę intymności i prywatności. Wśród nich odnajdujemy na pewno pacjentów z chorobami przenoszonymi drogą płciową. W tej sferze szczególną ochronę prawną pacjenta określają zapisy ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta odnoszące się do poszanowania intymności i godności. Należy wskazać, że zapisy ustawowe nie nadają pacjentom prawa do godności, a jedynie do „poszanowania” godności i intymności. W Polsce źródłem powszechnie obowiązującego prawa jest Konstytucja RP, która określa, że przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona są obowiązkiem władz publicznych [6]. Tak rozumiana godność jest charakterystyczna dla pojęcia godności osobowej, która ma fundament ontologiczny i przysługuje każdemu człowiekowi z racji tego, że jest istotą ludzką, i co ważne, nikt oraz żadna sytuacja, w której się znajduje, nie jest w stanie tej godności naruszyć, a tym bardziej odebrać. Warto wskazać, że poszanowanie godności, o której mowa w ustawie o prawach pacjenta w art. 20 ust. 1, dotyczy innego rodzaju

godności, którą definiuje się jako godność osobistą. W tym wypadku poprzez określone działania lub zaniechania, w tym w podejmowanych lub zaniechanych działaniach medycznych, może zostać ona naruszona. Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych [2]. Tak zdefiniowane prawo nie zna żadnych ograniczeń co do wieku pacjenta, jego stanu zdrowia, sytuacji ekonomicznej, pochodzenia, rasy. Nie może być również związane z posiadaniem ubezpieczenia czy polskiego obywatelstwa [7]. Obowiązek realizacji tego prawa spoczywa na wszystkich wykonujących zawód medyczny i uczestniczących w konkretnym procesie udzielania świadczeń zdrowotnych. Stosowne zapisy w tym zakresie znajdują się również w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentysty – lekarz podczas udzielania świadczeń zdrowotnych ma obowiązek poszanowania intymności i godności osobistej pacjenta [8]. Przez godność w rozumieniu tego przepisu należałoby rozumieć prawo każdego pacjenta do respektowania poczucia jego własnej wartości, a także traktowanie pacjenta jako podmiotu, który ma prawo w sposób aktywny uczestniczyć w procesie leczenia [9].

Ważnym uzupełnieniem zapisu ustawowego jest stwierdzenie, iż osoby wykonujące zawód medyczny, inne niż te udzielające świadczeń zdrowotnych, mogą uczestniczyć przy udzielaniu świadczeń tylko i wyłącznie wtedy, gdy jest to niezbędne ze względu na rodzaj świadczenia lub wykonywanie czynności kontrolnej na podstawie przepisów o działalności leczniczej. Zawsze uczestnictwo, a także obecność innych osób wymaga zgody pacjenta [2]. Jedyny wyjątek od tej zasady dotyczy rodzaju placówek i osób działających w celach dydaktycznych. Do klinik i szpitali akademii medycznych, medycznych jednostek badawczo-rozwojowych i innych jednostek uprawnionych do kształcenia studentów nauk medycznych, lekarzy oraz innego personelu medycznego w zakresie niezbędnym do celów dydaktycznych nie stosuje się art. 22 ust. 2 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [8]. W tym kontekście należy wspomnieć fundamentalną zasadę, iż zgoda pacjenta na ograniczanie jego intymności i ograniczanie tajemnicy lekarskiej z powodu dydaktycznej i naukowej funkcji placówki medycznej, w której się leczy, uzyskana w momencie przyjmowania do szpitala, nie zwalnia lekarza z obowiązku każdorazowego ponawiania prośby o taką zgodę, gdy chce zademonstrować pacjenta lub jego dokumentację studentom lub innym osobom uczącym się. Ponadto należy pamiętać, że pacjent znajduje się pod silną presją moralną, aby zgody takiej zawsze udzielać, wobec tego nie zawsze i nie każdego pacjenta, który się na to zgodził, należy demonstrować studentom. Lekarz powinien wykazywać się w tej sprawie znacznym wyczuciem i powściągliwością, a ponadto w każdym przypadku dbać o zachowanie anonimowości demonstrowanego pacjenta [10].

Wspomniane zapisy prawne odnoszą się do ochrony w wielu sytuacjach, które hipotetycznie mogą mieć miejsce w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom ze STIs. Sytuacje takie występować mogą zarówno co do miejsca, jak i osób uczestniczących w świadczeniach. Pojęcia godności i intymności w kontekście definicji praw pacjenta nie znajdują szerokiego opisu w samych aktach prawnych. Prawidłowa interpretacja co do zakresu poszanowania tych praw w praktyce medycznej może przysparzać wielu problemów, bowiem w dużej mierze kryteria ich naruszenia będą zależały od subiektywnego odczucia pacjenta. Te zaś mogą być nietożsame z odczuciami świadczeniodawców. Niewątpliwie to, jak każdy z nas

postrzega intymność, w dużej mierze zależne jest od naszego światopoglądu, hierarchii wartości, kultury czy stylu życia. Trudno więc w takiej sytuacji o obiektywne i równe dla wszystkich kryteria. Na potrzeby niniejszych rozważań można przyjąć, że do sfery intymności należy zaliczyć to wszystko, co człowiek pragnie zachować tylko i wyłącznie dla siebie z powodów jedynie jemu znanych. Dotyczy to zarówno informacji osobistych, jak i przeżywanych emocji oraz sfery fizycznej związanej z ludzkim ciałem. Specyfika STIs i występującej relacji pomiędzy pacjentem a lekarzem z założenia powoduje wkroczenie w najbardziej intymną sferę człowieka. Aby działania medyczne przyniosły skutek, potrzebna jest już na wstępie wyczerpująca informacja wymagająca nieraz ujawnienia intymnych szczegółów z życia prywatnego. Dlatego badanie pacjenta cierpiącego na chorobę przenoszoną drogą płciową wymaga od lekarza nie tylko umiejętności medycznych, ale także właściwego podejścia psychologicznego. Ze względu na to, że STIs należą do chorób zakaźnych, badanie podmiotowe – obok standardowych elementów wywiadu chorobowego – powinno zawierać pytania pozwalające na wykrycie źródła zakażenia oraz ustalenie listy osób, które badany pacjent mógł zakażać przed wystąpieniem objawów choroby lub nawet po ich wystąpieniu [3]. Już sam ten fakt może być dla pacjenta trudny emocjonalnie, bo konieczność ujawnienia partnera lub partnerów seksualnych brutalnie narusza sferę prywatności.

Dalej, w celu pomocy pacjentowi interwencja lekarza na ogół musi wkroczyć w jeszcze bardziej intymny obszar. Objawy chorób przenoszonych drogą płciową występują głównie, ale nie wyłącznie na narządach płciowych. Dlatego zaleca się, aby wszędzie, gdzie to jest możliwe, wykonywane było pełne badanie fizykalne pacjenta [3]. Wymaga ono konieczności rozebrania się przed lekarzem i okazania intymnych części ciała. Jest to więc procedura medyczna o wysokiej skali ingerencji w intymność pacjenta. Słusznie zauważa J. Hartman, że oprócz respektowania tajemnicy lekarskiej poszanowanie prywatności i intymności pacjenta wyraża się w przestrzeganiu kilku zasad. Pierwsza nakazuje ograniczać do niezbędnego minimum, wymaganego przez procedurę diagnostyczną lub terapeutyczną, sytuację, w której pacjent czuje się obnażony i zawstydzony. Te elementy postępowania medycznego powinny trwać możliwie krótko i być przeprowadzone szczególnie sprawnie. Druga zasada dotyczy sposobu zachowania (mimika, gesty) i mówienia lekarza, który powinien być łagodny, cichy i rzeczowy, ale jednocześnie jak najbardziej naturalny [10]. Wysokie kompetencje zawodowe profesjonalisty medycznego oraz umiejętności komunikacji interpersonalnej nastawionej na budowanie wzajemnego zaufania w relacji pomiędzy pacjentem a lekarzem w dużej mierze ułatwiają przestrzeganie prawa pacjenta do poszanowania godności i intymności.

## **OGRANICZENIE AUTONOMII PACJENTA**

### ***Przymus leczenia***

Ważną składową humanizacji medycyny jest dążenie do pełnej podmiotowości każdego pacjenta. Poza komunikacją kliniczną i budowaniem właściwych relacji jedną z dróg, która do tego celu prowadzi, jest respektowanie praw pacjenta. Odniesienie prawne do podmiotowości pacjenta znajduje się m.in. w rozdziałach 3– 5 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w części dotyczącej:

- prawa pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia,

- prawa pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych,
- prawa pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

Kluczowe w podmiotowości pacjenta jest poszanowanie jego autonomii. Zasada autonomii woli pacjenta jest jedną z podstawowych i najważniejszych zasad z zakresu praw człowieka [11]. Przeciwstawia się autorytaryzmowi i paternalizmowi lekarza. Umożliwia pacjentowi kontrolę decyzji i sposobów leczenia, które dotyczą jego życia [4]. Autonomię pacjenta określa się jako prawo do samodzielnego decydowania w swoich sprawach, a kluczowym jej elementem jest właśnie zdolność do wyrażenia zgody na naruszenie nietykalności i integralności [5]. W szczególności dotyczy to prawa pacjenta do decydowania o samym sobie w kontekście szeroko rozumianych interwencji medycznych. Przepisy rozdz. 5 ww. ustawy stosuje się do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych albo odmowy takiej zgody, jeżeli przepisy odrębnych ustaw nie stanowią inaczej. Wskazuje się również na doniosłość wcześniej uzyskanych od lekarza informacji o stanie zdrowia pacjenta, które wyczerpują przesłankę art. 9 tejże ustawy. Pozyskanie tych informacji ma szczególne znaczenie dla sytuacji, w której przyjmuje się, że zgoda pacjenta na interwencje medyczne musi być zgodą w pełni świadomą. Autonomia pacjenta, której zasadniczą częścią jest prawo do wyrażenia zgody na interwencje medyczne, nie jest jednak absolutna i podlega pewnym ograniczeniom.

W wyjątkowych sytuacjach nasza wola poddania się zabiegom medycznym nie będzie respektowana. Niekiedy wbrew naszej woli zostaniemy poddani czynnościom medycznym w ramach przymusu leczenia. Przymus leczenia stanowi wyjątek od zasady pełnej autonomii woli pacjenta i zachodzi tylko w sytuacjach wyraźnie określonych przez ustawę. Ustawodawca w ten sposób chroni dobro ogółu społeczeństwa lub też dobro samego pacjenta [11]. Poza wyraźnie wskazanymi w ustawie wyjątkami nie można nikogo zmusić do poddania się czynnościom medycznym, powołując się na dobro pacjenta czy też ewentualne zasady współżycia społecznego [12]. W kontekście STIs ograniczenia co do zasady autonomii wprowadza Ustawa o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z dnia 05 grudnia 2008 r. Celem tej ustawy jest m.in. ustalenie zasad i trybu zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym u ludzi oraz ich zwalczania, w tym zasad i trybu rozpoznawania i monitorowania sytuacji epidemiologicznej oraz podejmowania działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych w celu unieszkodliwienia źródeł zakażenia, przecięcia dróg szerzenia się zakażeń i chorób zakaźnych oraz uodpornienia osób podatnych na zakażenie [13]. Ustawodawca w stosownym załączniku do ustawy określił wykaz zakażeń i chorób zakaźnych, wobec których stosuje się jej przepisy. Wśród nich znajdują się m.in. kiła, rzeżączka oraz zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV) i zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS). W przypadku zakażeń kiłą i rzeżączką zapisy ustawowe ingerują w autonomię pacjenta i ograniczają prawo pacjenta do wyrażenia zgody na świadczenia zdrowotne poprzez wprowadzenie obowiązku poddania się leczeniu. Lekarz ma obowiązek pouczyć pacjenta o obowiązku poddania się leczeniu, a fakt udzielenia pouczenia musi być potwierdzony w dokumentacji medycznej wpisem lekarza oraz podpisem pacjenta. W przypadku zmiany podmiotu udzielającego choremu świadczeń zdrowotnych związanych z leczeniem lekarz jest zobowiązany wystawić choremu skierowanie wskazujące podmiot, który będzie kontynuował leczenie [13]. Warto w tym miejscu wspomnieć, że obowiązek leczenia podlega nadzorowi

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego właściwego dla miejsca leczenia. W przypadku uchylania się przez osoby podlegające leczeniu kiły i rzeżączki od tego obowiązku lekarz prowadzący leczenie niezwłocznie powiadamia o tym fakcie Powiatowego Inspektora Sanitarnego [13]. Koszty świadczeń zdrowotnych wynikające z obowiązkowego leczenia nie obciążają pacjenta. Dotyczy to zarówno osób posiadających ubezpieczenie zdrowotne, jak i nieposiadających uprawnień z tego tytułu. W przypadku pacjentów ubezpieczonych koszty świadczeń zdrowotnych, w tym leków, finansowane są na zasadach określonych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. W przypadku osób nieubezpieczonych koszty świadczeń zdrowotnych, w tym leków, finansowane są z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy ds. zdrowia [13].

### ***Okoliczności wyłączające obowiązek dyskrecji***

Ważną przesłanką służącą zachowaniu podmiotowości pacjenta jest prawny obowiązek dochowania poufności informacji o jego stanie zdrowia. Lekarz z racji wykonywanych funkcji ma dostęp do najbardziej intymnych informacji dotyczących pacjenta, które mieszczą się bez wątpienia w sferze prywatności tego ostatniego. Pojawia się tu dość ścisła korelacja między obowiązkiem ciążącym na lekarzu (lub innym przedstawicielu profesji medycznej) a uprawnieniem pacjenta do poszanowania jego sfery prywatności, czyli domagania się przestrzegania tajemnicy [1]. Obowiązek poufności sfery życia prywatnego dotyczy również informacji zawartej w dokumentacji medycznej, wszelkich faktów i informacji mających związek z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Jest on nieograniczony w czasie, tzn. dotyczy także byłych pacjentów, a nawet trwa po śmierci pacjenta [1]. Wspomniana wcześniej ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta zapewnia pacjentowi prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego [2]. W literaturze prawniczej podkreśla się, że o granicach chronionej dyskrecji będzie decydować przede wszystkim sposób uzyskania określonych informacji, a nie wyłącznie ich zawartość i treść. Liczy się tu bowiem fakt, że są to informacje związane z osobą pacjenta w związku z podjęciem interwencji medycznych [1; 14]. Zakres przedmiotowy prawa pacjenta do tajemnicy wyznacza kryterium formalne, a mianowicie związek faktu uzyskania informacji z wykonywaniem zawodu medycznego. Zakresy informacji, które mogą zostać ujawnione w takich okolicznościach, należy przy tym traktować możliwie szeroko, obejmując nimi nie tylko informacje, które zawsze normalnie są uzyskiwane w związku z wykonywaniem danych czynności zawodowych, ale i te, które uzyskane zostały przypadkiem. Wydaje się, że intencją ustawodawcy jest objęcie uprawnieniem pacjenta do tajemnicy także informacji ujawnionych przypadkowo w związku z uzyskiwaniem świadczenia zdrowotnego [16]. Chodzi tu o fakty ustalone przez lekarza leczącego (ale również osoby wykonujące inne zawody medyczne) lub przekazane przez innego lekarza – konsultanta (czy osobę wykonującą inny zawód medyczny) oraz fakty ujawnione przez pacjenta i inne osoby na jego żądanie [16]. Warto podkreślić, że to ważne prawo pacjenta, które buduje poczucie wzajemnego zaufania pomiędzy nim a lekarzem, zawiera jednak ustawowe ograniczenia co do zakresu jego przestrzegania. Istnieje katalog okoliczności wyłączający obowiązek respektowania tego prawa przez osoby wykonujące zawód

medyczny, a ujęty m.in. w ustawie o Rzeczniku Praw Pacjenta. Ustawodawca wskazał okoliczności wyłączające, i zgodnie z zapisami ustawowymi nie stosuje się tego ogólnego prawa ze względu na:

- przepisy odrębnych ustaw;
- sytuacje, w których zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;
- pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy;
- zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń [2].

W kontekście STIs zastosowanie przesłanek wyłączających ma miejsce w dwóch określonych sytuacjach: kiedy obowiązek wyłączenia wynika z innych ustaw oraz w sytuacjach, w których zachowanie tajemnicy może doprowadzić do zagrożenia życia i zdrowia innych osób. Obowiązek wyłączenia tajemnicy, wynikający z innych ustaw, dotyczy sytuacji niezbędnej z punktu widzenia ochrony zdrowia publicznego i przeciwdziałania zagrożeniom epidemiologicznym określonym przepisami ustawy o chorobach zakaźnych i zakażeniach u ludzi. Zapisy tej ustawy o obowiązku zgłaszania uprawnionym podmiotom wykrytych zakażeń odnoszą się wprost do niektórych chorób przenoszonych drogą płciową uznanych za zakaźne i określonych w załączniku do ustawy. Wśród nich wymienia się zakażenie kiłą, rzeżączką oraz HIV. W tych konkretnych przypadkach ustawodawca zastosował odrębne przepisy prawne, które *de facto* stoją w kolizji z prawem pacjenta do pełnego zachowania tajemnicy informacji o stanie jego zdrowia. Dzieje się tak ze względu na wartość wyższego rzędu, jaką jest zdrowie ogółu populacji. Przepisy ustawy obligują do przekazania inspekcji sanitarnej pełnych danych personalnych wraz z miejscem zamieszkania oraz rozpoznania klinicznego zakażenia lub choroby zakaźnej, charakterystyki podstawowych objawów klinicznych, okoliczności wystąpienia zakażenia, zachorowania lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, ze szczególnym uwzględnieniem czynników ryzyka i charakterystyki biologicznego czynnika zakaźnego oraz innych informacji niezbędnych do sprawowania nadzoru epidemiologicznego zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej [13]. Szczegóły związane z zakresem przekazywanych danych oraz wzorce stosownych druków określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 grudnia 2019 r. w sprawie zgłaszania podejrzeń i rozpoznań zakażeń, chorób zakaźnych oraz zgonów z ich powodu. Wskazać należy, że ustawodawca w kontekście obowiązku przekazywania danych osobowych nie traktuje w sposób równy wszystkich jednostek chorobowych. Wyjątek stanowią osoby zakażone HIV lub chore na AIDS, które mają prawo do zastrzeżenia danych osobowych w taki sposób, aby w przypadku zgłoszenia zakażenia lub choroby, a także zgonu z powodu AIDS uniemożliwić ich identyfikację. W takim przypadku zgłoszenie zawiera inicjały imienia i nazwiska lub hasło, wiek, płeć, nazwę powiatu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania, rozpoznanie kliniczne zakażenia lub choroby zakaźnej oraz drogę zakażenia [13]. Uzasadnione wydaje się pytanie, dlaczego ustawodawca nie stworzył prawnej możliwości zastrzeżenia podlegających obowiązkowi zgłoszenia danych personalnych wobec wszystkich osób z chorobami przenoszonymi drogą płciową. Jeżeli przyjąć za oczywiste, że zakażenie HIV przenosi się przede

wszystkim drogą kontaktów seksualnych, a tak dzieje się w większości przypadków transmisji wirusa, to brak jest racjonalnych powodów uzasadniających tę zasadniczą różnicę w systemie raportowania.

Kolejną okolicznością wyłączającą obowiązek zachowania tajemnicy jest sytuacja, w której jej zachowanie może stanowić niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia innych osób. Taką możliwość można rozpatrywać w sytuacji, gdy pacjent odmawia poinformowania małżonka lub partnera seksualnego (partnerów seksualnych) o grożącym niebezpieczeństwie, a lekarz czy felczer ma uzasadnione podejrzenie, że pacjent nie zamierza powstrzymać się od stosunków seksualnych wysokiego ryzyka lub też w inny sposób zadbać o bezpieczeństwo partnera [16]. W literaturze przedmiotu podkreśla się kontrowersyjność tej przesłanki uchylającej tajemnicę lekarską oraz wskazuje się na brak szczegółowych uregulowań w tym przedmiocie. Ta przesłanka naruszenia prawa pacjenta do poszanowania prywatności jest powiązana z przepisem art. 161 Kodeksu Karnego. Norma w par. 1 stanowi, „iż każdy kto, wiedząc, że jest zarażony wirusem HIV, naraża bezpośrednio inną osobę na takie zarażenie, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”. W myśl par. 2 tegoż artykułu „kto, wiedząc, że jest dotknięty chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu, naraża bezpośrednio inną osobę na zarażenie taką chorobą podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”. Norma w par. 3 stanowi, „że jeżeli sprawca czynu określonego w paragrafie 2 naraża na zarażenie wiele osób, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10” [15]. Lekarz mający pełną świadomość zagrożenia, przy rozważeniu dodatkowych okoliczności danego zdarzenia, może zatem podjąć działania zmierzające do ostrzeżenia osób, które mogą być narażone na niebezpieczeństwo zarażenia. Warunkiem niezbędnym jest, aby uprzednio podjął próbę współdziałania w tym zakresie z pacjentem [17]. Lekarz lub felczer powinien poinformować pacjenta o zagrożeniu przeniesienia choroby i podjąć działania skłaniające go do ujawnienia tej choroby osobom trzecim, które mogą być bezpośrednio narażone na zakażenie [16]. Warto w tym miejscu wspomnieć, że ustawa o chorobach zakaźnych i zakażeniach obliguje do tego, aby w przypadku rozpoznania zakażenia, które może przenosić się drogą kontaktów seksualnych, lekarz poinformował zakażonego o konieczności zgłoszenia się do lekarza partnera lub partnerów seksualnych. Informację o powiadomieniu zakażonego o takim obowiązku wpisuje się do dokumentacji medycznej i potwierdza podpisem zakażonego [13]. Większe znaczenie przypisuje się w takich okolicznościach informacji udzielanej samemu pacjentowi o możliwych zagrożeniach dla osób trzecich [15; 17]. W ten sposób próbuje się wskazać na prawną i moralną odpowiedzialność pacjenta za zakażenie innych osób. Zasadnym jest, aby lekarz w pierwszej kolejności zrobił wszystko, co w jego mocy, by przekonać pacjenta, aby to on sam poinformował osoby zagrożone o ryzyku przeniesienia zakażenia. Dopiero w drugiej kolejności, gdy lekarz nabierze pewności, że nie jest to możliwe, powinien rozważyć zastosowanie przesłanki wyłączającej zachowanie tajemnicy lekarskiej z powodu zagrożenia zdrowia i życia innych osób. Odrębną kwestią pozostaje logistyka takiego działania i chociażby sposób poszukiwania przez lekarza partnerów seksualnych pacjenta. W praktyce zawodowej lekarza prowadzenie takiego postępowania wobec pacjenta wydaje się jednak mało prawdopodobne, pomimo etycznego i prawnego przyzwolenia.



## WNIOSKI

- Należy dążyć do wprowadzenia najwyższych standardów profilaktyki i opieki nad osobami zakażonymi STIs na wzór istniejących rozwiązań systemowych w zapobieganiu i opiece nad osobami żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS.
- Należy dążyć do wprowadzenia ustandaryzowanego systemu zgłoszeń zakażeń i zachorowań na STIs z możliwością anonimizacji na wzór istniejącego systemu zgłoszeń zakażeń HIV i AIDS.

## Bibliografia

- [1] D. Karkowska, *Prawa Pacjenta*, Warszawa 2004.
- [2] Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 06 listopada 2008 r. z późn. zm.
- [3] T.F. Mroczkowski, *Choroby przenoszone drogą płciową*, Lublin 2012.
- [4] T. Biesaga, *Dobro pacjenta celem medycyny i podstawą etyki medycznej*, „*Studia Philosophiae Christianae*” 2004, nr 40.
- [5] I. Berantek-Zagała, *Prawo pacjenta w Polsce do informacji medycznej*, Toruń 2008.
- [6] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.
- [7] T. Rek, D. Hajdukiewicz, *Lekarz a prawa pacjenta – poradnik prawny*, Warszawa 2016.
- [8] Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty z dnia 05 grudnia 1996 r. z późn. zm.
- [9] M. Kopeć, *Ustawa o Zawodzie Lekarza i Lekarza Dentysty. Komentarz*, Warszawa 2016.
- [10] J. Hartman, *Bioetyka dla Lekarzy*, wyd. 2, Warszawa 2012.
- [11] A. Kobińska, *Zakres autonomii pacjenta na przykładzie niewyrażania zgody na zastosowanie preparatu krwi podczas ewentualnej interwencji medycznej w bliżej nieokreślonej przyszłości*, „*Transformacja Prawa Prywatnego*” 2006, nr 3-4.
- [12] M. Safian, *Prawo i Medycyna*, Warszawa 1998.
- [13] Ustawa o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z dnia 05 grudnia 2008 r. z późn. zm.
- [14] G. Rejman, *Tajemnica Lekarska*, „*Studia Iuridica*” 1996, nr 31.
- [15] Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny z późn. zm.
- [16] D. Karkowska, *Ustawa o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2016.
- [17] M. i M. Caplik, *Tajemnica lekarska. Medycyna po dyplomie*, [w:] D. Karkowska, *Ustawa o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2016.
- [18] A. Huk, *Tajemnica zawodowa lekarza w polskim procesie karnym*, Warszawa 2006.

## 10. INTEGRACJA ŚWIADCZEŃ W ZAKRESIE DIAGNOSTYKI I LECZENIA HIV I ZAKAŻEŃ PRZENOSZONYCH DROGĄ PŁCIOWĄ – NAJLEPSZE PRAKTYKI KRAJÓW EUROPEJSKICH

### **Streszczenie**

HIV, wirusowe zapalenie wątroby HBV i HCV oraz inne zakażenia przenoszone drogą płciową (STIs<sup>1</sup>), takie jak kiła i rzeżączka czy *Chlamydia trachomatis*, stanowią główne problemy zdrowotne w Europie. Jedna trzecia państw Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego (UE/EOG) odnotowuje na swoim terenie wzrost liczby zakażeń HIV. Według danych Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), prawie połowa osób żyjących z HIV jest diagnozowana zbyt późno, a 9 mln obywateli UE/EOG nie wie, że jest zakażona HCV lub HBV. U osób żyjących z HIV często występują zakażenia współistniejące, takie jak kiła, rzeżączka, HBV i HCV; rośnie także poziom śmiertelności z powodu niewydolności wątroby.

Zgodnie z Celami Zrównoważonego Rozwoju, a w szczególności z Celem 3 (SDG 3) dotyczącym **zapewnienia wszystkim bez względu na wiek życia w zdrowiu oraz promowania dobrostanu** (ang. *Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages*), do roku 2030 na świecie ma zostać wyeliminowany HIV oraz wirusowe zapalenie wątroby (w szczególności HBV i HCV) jako zagrożenia dla zdrowia publicznego. Istotne postępy powinny także być poczynione w eliminowaniu zakażeń przenoszonych drogą płciową, takich jak kiła, rzeżączka czy *Chlamydia trachomatis*.

Zakażeniom przenoszonym drogą płciową, w tym HIV, HCV i HBV, można skutecznie przeciwdziałać oraz je leczyć. Do tych zakażeń dochodzi w podobny lub identyczny sposób, charakteryzują je podobne lub takie same czynniki ryzyka i dotyczą one na ogół tych samych populacji kluczowych. Populacje te to osoby przyjmujące substancje psychoaktywne w sposób dożylny (IDU – *injecting drug users*), mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami (MSM – *men who have sex with men*), osoby sprzedające usługi seksualne (SW – *sex workers*), imigranci (w przypadku państw UE/EOG głównie z państw afrykańskich i z Bliskiego Wschodu). W tym kontekście zasadne wydają się próby integrowania świadczeń z zakresu profilaktyki, testowania i leczenia poszczególnych zakażeń przy zapewnieniu pacjentom podstawowych warunków komfortu.

Działaniom prowadzonym na rzecz integracji świadczeń sprzyjają inicjatywy i rekomendacje Organizacji Narodów Zjednoczonych, w tym Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i Wspólnego Programu Narodów Zjednoczonych Zwalczenia HIV/AIDS (UNAIDS), Komisji Europejskiej (KE) i Parlamentu Europejskiego (PE).

---

<sup>1</sup> W niniejszym rozdziale, pisząc o STIs, odnosimy się do zakażeń kiłą, rzeżączką i *Chlamydia trachomatis*.

Choć większość państw UE/EOG dysponuje wieloletnimi strategiami i programami przeciwdziałania STIs, w tym HIV, oraz HCV i HBV, i zatrudnia wiodące instytucje odpowiedzialne za zapobieganie i kontrolę tych zakażeń, integracja świadczeń z zakresu profilaktyki, testowania i leczenia STIs, w tym HIV, a także HCV i HBV napotyka na bariery polityczne, prawne, finansowe, organizacyjne i społeczne.

W wielu państwach profilaktyka HIV, STIs, HCV i HBV jest prowadzona w ramach odrębnych programów o oddzielnym finansowaniu. Pomimo to w sposób skuteczny udaje się tam wdrażać zintegrowane przeciwdziałania ww. zakażeniom. Należy pamiętać, że ich skala i zakres zależą m.in. od dobrej, odpowiedzialnej współpracy rządów państw, krajowych instytucji pracujących na rzecz ochrony zdrowia oraz organizacji pozarządowych. Jak jest to ważne, pokazują przytoczone w tym rozdziale praktyki z Wielkiej Brytanii<sup>1</sup>, Portugalii, Irlandii, Grecji, Chorwacji, Belgii czy Francji. W państwach tych krajowe strategie przeciwdziałania HIV, STIs, HCV i HBV czy też krajowe strategie zdrowia seksualnego realizowane są jednocześnie na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, opieki szpitalnej, wśród danych społeczności (ang. *community-based*), a w niektórych przypadkach również na poziomie indywidualnym (samodzielne testowanie / samodzielne pobieranie materiału do badań).

W ostatnim dziesięcioleciu w państwach UE/EOG wzrosła liczba świadczeń dotyczących testowania w kierunku HIV, HCV i STIs (kiła) wdrażanych przez organizacje pozarządowe. W skuteczny sposób docierają one do osób z populacji kluczowych, wśród których występuje największe ryzyko zakażeń, np. MSM, IDU, imigrantów z państw afrykańskich i Bliskiego Wschodu. Pokazują to wspomniane w niniejszym rozdziale przykłady z Anglii, Portugalii, Grecji czy Chorwacji.

Ukierunkowane, prowadzone w placówkach opieki zdrowotnej testowanie w kierunku HIV u osób, u których wystąpiły inne jednostki chorobowe mogące wskazywać na zakażenie HIV, m.in. HCV, HBV i TB (*Indicator Condition Guided HIV Testing*), okazało się skuteczną strategią testowania wdrażaną przez wiele państw europejskich. Mówi się o niej także w wytycznych ECDC. Niestety w wielu państwach podejście to jest stosowane tylko w niewielkim stopniu, co odbiera szansę na wcześniejszą diagnozę HIV u osób podejmujących zachowania ryzykowne, u których może występować podejrzenie zakażenia.

Krajowe strategie przeciwdziałania HIV, STIs, HCV i HBV popierają wdrażanie nowych technologii informacyjno-komunikacyjnych (ICT) oraz korzystanie z mediów społecznościowych (m.in. Facebook, Twitter, Google Ads, YouTube) do ogniskowania informacji o profilaktyce i leczeniu zakażeń. Nowe technologie ułatwiają także zbieranie i analizowanie danych na temat osób zakażonych i ich leczenia (np. zakażeni HIV jednocześnie chorzy na gruźlicę), zwiększają dostęp do informacji na temat testowania jako takiego, pozwalają na otrzymanie wyniku testu za pomocą e-maila czy SMS. Przekaz informacyjny za pomocą mediów społecznościowych wpływa pozytywnie na obniżenie

---

<sup>1</sup> Przytoczone w tym rozdziale praktyki dotyczą okresu poprzedzającego wyjście Wielkiej Brytanii z Unii Europejskiej (Brexitu).

liczby ryzykownych zachowań seksualnych i zwiększa poziom świadomości społecznej na temat zapobiegania zakażeniom oraz w łatwy i szybki sposób pozwala dowiedzieć się, gdzie uzyskać poradę i pomoc.

## **WSTĘP**

Dla chorób zakaźnych nie istnieje pojęcie granicy państwowej, gdyż rozprzestrzeniają się one bardzo szybko i często trudno nad nimi zapanować, potrafią nawracać, zwłaszcza w państwach, które charakteryzuje niska wiedza społeczeństwa o zdrowiu.

Tym, co skutecznie pozwala przeciwdziałać zakażeniom STIs, w tym HIV, oraz HCV i HBV na poziomie krajowym jest długofalowa strategia państwa realizowana wspólnie przez rząd, instytucje powołane do ochrony zdrowia (szpitale, laboratoria badawcze, instytuty zdrowia publicznego, lekarzy pierwszego kontaktu), organizacje pozarządowe działające na poziomie danych społeczności, często wśród populacji kluczowych oraz wśród samych osób zakażonych. Jednocześnie strategia powinna być realizowana zgodnie z międzynarodowymi, powszechnie przyjętymi zaleceniami najważniejszych organizacji powołanych do ochrony zdrowia ludności w Europie i na świecie, w tym Światowej Organizacji Zdrowia, Komisji Europejskiej (DG SANTE) i Parlamentu Europejskiego, Wspólnego Programu Narodów Zjednoczonych Zwalczenia HIV i AIDS (UNAIDS), Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC).

Najlepszym praktykom sprzyja pozytywny kontekst. W rozdziale tym przytoczono przykłady skutecznych działań z Wielkiej Brytanii, Portugalii, Irlandii, Belgii, Francji, Chorwacji i Grecji. Państwa te odniosły bardzo duży sukces, wprowadzając przy współudziale swoich rządów, instytucji ochrony zdrowia i organizacji pozarządowych rozwiązania systemowe i wieloletnie programy pozwalające integrować działania edukacyjne oraz diagnostyczno-leczniczo-opiekuńcze z zakresu STIs, w tym HIV, oraz HCV i HBV. Większość programów wdrażana jest w sposób kaskadowy, poczynając od krajowych strategii zapobiegania STIs, w tym HIV, oraz HCV i HBV poprzez pracę krajowych placówek opieki zdrowotnej i organizacji pozarządowych. Wiele z tych działań wykorzystuje efekt synergii, czerpiąc z doświadczeń i najlepszych praktyk zdobytych w walce z HIV/AIDS.

Wielka Brytania i Portugalia należą do czołówki państw, które do 2030 r. zamierzają wyeliminować na swoim terytorium problem HIV/AIDS.

Irlandzka Krajowa Strategia Zdrowia Seksualnego 2015–2020, której w tym rozdziale poświęcono nieco więcej uwagi, powstała jako jeden z pierwszych elementów reform w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych wdrażanych pod hasłem: Zdrowa Irlandia – Podniesienie Stanu Zdrowia oraz Dobrostanu 2013–2025. Strategia ta skoncentrowana jest na profilaktyce, leczeniu, doradztwie i wsparciu, edukacji i podnoszeniu kwalifikacji zawodowych specjalistów różnych szczebli w zakresie HIV i STIs. Podobne założenia przyjęła Francja w swej Narodowej Strategii Zdrowia Seksualnego na lata 2017–2030.

W Belgii osobom z grup podwyższonego ryzyka zakażenia oraz tym, u których zdiagnozowano choroby wskaźnikowe, rutynowo proponowane jest wykonanie testu w kierunku HIV już na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.

Chorwacja i Grecja to państwa, które wydają rocznie na zdrowie w przeliczeniu na mieszkańca odpowiednio 1716 USD (6,7% PKB) i 2238 USD (7,8% PKB), czyli podobnie tyle, co Polska (2056 USD; 6,28% PKB)<sup>1</sup>. Oba te państwa za pośrednictwem organizacji pozarządowych prowadzą skuteczne działania diagnostyczno-leczniczo-opiekuńcze w zakresie HIV, STIs, HCV i HBV adresowane do osób z populacji kluczowych, w tym MSM i IDU.

Co istotne, w państwach Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego (UE/EOG) występuje duży zasób zgromadzonej wiedzy i dobrych praktyk będących dorobkiem wspólnych działań UE dotyczących przeciwdziałania STIs, w tym HIV, HCV, HBV i TB. Wśród nich są takie projekty UE, jak: *COBATEST*, w czasie którego starano się wprowadzić nowe standardy do punktów konsultacyjno-diagnostycznych; *OptTEST* dotyczący normalizacji testowania w placówkach ochrony zdrowia; *Euro HIV EDAT* zogniskowany na testowaniu w punktach dobrowolnego i anonimowego badania w kierunku HIV połączonego z poradnictwem dla osób ze społeczności szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia (kontynuacja projektu *COBATEST*); projekty i wspólne działania UE dotyczące STIs, w tym HIV, HCV, HBV i TB, jak: *HA-REACT*, *HEPCARE Europe*, *ESTISCOM*, *E-DETECT TB* czy realizowany w trakcie pisania niniejszego rozdziału projekt ***INTEGRATE***.

Niniejszy rozdział nie pretenduje do roli kompleksowej publikacji na temat najlepszych praktyk w zakresie integracji świadczeń dotyczących diagnostyki i leczenia STIs, w tym HIV, oraz HCV i HBV w państwach europejskich. Praktyki takie zasługują na oddzielną, szeroką publikację, w której analizie poddano by 32 państwa UE/EOG czy – szerzej – wszystkie 53 państwa Regionu Europejskiego WHO (WHO EURO). W każdym z państw pomimo występujących barier można zaobserwować dobre praktyki z zakresu zintegrowanego podejścia do zapobiegania, testowania i leczenia STIs, w tym HIV, HCV i HBV. Lista takich praktyk jest dość długa i trudno ją wyczerpująco przedstawić w tak krótkim opracowaniu.

Liczymy, że przytoczone w tym rozdziale przykłady zainspirują decydentów do wprowadzania takich działań, które sprawią, że w przyszłości HIV, STIs, HCV i HBV nie będą stanowiły problemu zdrowia publicznego.

W publikacjach przytoczonych na zakończenie rozdziału zainteresowany czytelnik znajdzie szczegółowsze opisy niektórych z opisanych czy tylko zasygnalizowanych praktyk.

---

<sup>1</sup> Dane OECD za 2018 r.

## **HIV, STIs, HCV, HBV w EUROPIE (W SKRÓCIE)**

### ***Państwa UE/EOG***

#### *HIV*

Pomimo ogólnego spadku liczby nowych zakażeń, 1/3 UE/EOG odnotowuje u siebie rosnącą liczbę zakażeń HIV. W 2018 r. na obszarze UE/EOG wykryto łącznie 26 164 nowe zakażenia, z tego najwięcej w populacji MSM (39,8%). Ok. 40% nowych zakażeń wykryto u osób pochodzących spoza państwa raportującego. Prawie połowa nowych zakażeń HIV jest wykrywana zbyt późno. Zjawisku temu towarzyszy wysoki odsetek osób, które nie są świadome swojego statusu serologicznego.

W kontekście strategii UNAIDS<sup>1</sup> oraz według danych pochodzących z monitoringu Deklaracji Dublińskiej tylko 6 państw UE/EOG (Wielka Brytania, Litwa, Austria, Dania, Szwecja, Portugalia) osiągnęło zakładane cele dotyczące znajomości statusu serologicznego przez osoby zakażone HIV, 12 państw zbliża się do tego celu, 5 jest znacznie poniżej.

#### *HCV/HBV*

Szacuje się, że w państwach UE/EOG żyje 8,6 mln osób z przewlekłą postacią HBV (4,7 mln) i HCV (3,9 mln). W państwach tych spada liczba nowych zakażeń HCV i HBV, a najwyższy odsetek zakażeń HCV występuje w populacji IDU. Niepokoi jednak wzrost zakażeń HCV w populacji MSM. W przypadku HBV do największej liczby zakażeń ostrą postacią tej choroby dochodzi drogą kontaktów heteroseksualnych, wewnątrz placówek ochrony zdrowia oraz drogą kontaktów seksualnych pomiędzy mężczyznami.

#### *Kiła / rzeżączka / Chlamydia trachomatis*

Od 2011 r. na terenie UE/EOG systematycznie wzrasta liczba nowych zakażeń kiłą i rzeżączką. W 2018 r. państwa UE/EOG zgłosiły łącznie 33 927 zakażeń kiłą, z tego 2/3 w populacji MSM. W 2017 r. na terenie UE/EOG zgłoszono też 89 239 przypadków rzeżączki, przez co stała się ona drugą po *Chlamydia trachomatis* (409 646 przypadków zakażeń CT w 2017 r.) najczęściej zgłaszaną infekcją przenoszoną drogą płciową w regionie. Zakażenia rzeżączką występują trzykrotnie częściej wśród mężczyzn niż wśród kobiet. W 2017 r. 47% zakażeń rzeżączką miało miejsce w populacji MSM.

### ***Region Europejski WHO (WHO EURO)***

Sytuację epidemiologiczną STIs, w tym HIV, oraz HCV i HBV w państwach UE/EOG należy rozpatrywać także w szerszym kontekście całego Regionu Europejskiego WHO (WHO EURO) obejmującego 53 państwa, w tym państwa UE/EOG. Region jako całość znajduje się poniżej celów wyznaczonych w strategii UNAIDS 90-90-90, głównie z uwagi na wzrost liczby zakażeń HIV w Europie Wschodniej, jak również ze względu na zbyt małą liczbę osób

---

<sup>1</sup> Strategia UNAIDS 90-90-90 Fast-Track zakłada, że do 2020 r. 90% osób zakażonych HIV będzie znało swój status serologiczny, 90% wszystkich zdiagnozowanych otrzyma leczenie antyretrowirusowe, 90% będzie miało zapewnioną ciągłość opieki i utrzyma długotrwałą supresję wirusologiczną.

zdiagnozowanych (80%), z tego leczonych ARV (50%), z czego tylko u 44% osiągnięto niewykrywalny poziom wirusa w organizmie.

W 2018 r. w całym Regionie Europejskim WHO zgłoszono 141 552 nowe zakażenia HIV (najwięcej w Rosji – 85 995 i Ukrainie – 15 749), w tym prawie połowę wśród osób heteroseksualnych oraz 23% w populacji MSM.

Na przestrzeni ostatniej dekady na terenie Regionu Europejskiego WHO odnotowano także gwałtowny przyrost poziomu współzakażeń gruźlicy (w tym wielolekoopornej) i HIV. Odsetek chorych na gruźlicę wśród osób zakażonych HIV wzrósł o 40% (2012–2017). Tuberkuloza stanowi także jedną z najczęstszych przyczyn zgonów u osób zakażonych HIV.

Na terenie całego WHO EURO żyje 14 mln osób cierpiących na przewlekłą postać HCV oraz 15 mln z przewlekłą postacią HBV, z czego duża liczba osób nie wie o swoim zakażeniu. Równocześnie wysoki odsetek osób, u których rozpoznano HCV lub HBV, nie jest włączony do systemu służby zdrowia lub trafia tam, dopiero gdy dochodzi do wystąpienia zwiłknienia, marskości czy raka wątroby. Wirusowe zapalenie wątroby odpowiada rocznie za 171 tys. zgonów w regionie. Wcześniej rozpoznane zakażenia HBV i HCV dają możliwość szybkiego podjęcia interwencji medycznej i wyleczenia osoby zakażonej.

## **MIĘDZYNARODOWE STRATEGIE I INICJATYWY NA RZECZ PRZECIWDZIAŁANIA HIV, STIs, HBV, HCV**

Silne poparcie dla zintegrowanego podejścia do wdrażania działań z zakresu wczesnej diagnostyki, testowania i leczenia STIs, w tym HIV, i wirusowego zapalenia wątroby, znalazło swój wyraz w inicjatywach, projektach, dokumentach i rekomendacjach najważniejszych organizacji powołanych do ochrony zdrowia ludności w Europie i na świecie. Poniżej zaprezentowano kluczowe organizacje, inicjatywy i dokumenty odwołujące się do zintegrowanego podejścia do przeciwdziałania HIV, STIs, HCV i HBV.

### ***Komisja Europejska (KE)***

W dokumencie KE dotyczącym zwalczania HIV/AIDS, wirusowego zapalenia wątroby i gruźlicy w państwach Unii Europejskiej i państwach sąsiadujących (*Commission Staff Working Document on combating HIV/AIDS, viral hepatitis and tuberculosis in the European Union and neighbouring countries-state of play, instruments and good practices*) wymienia się szereg dobrych praktyk obejmujących programy, projekty i narzędzia finansowania i współfinansowania UE dotyczące skutecznej walki z HIV/AIDS, wirusowym zapaleniem wątroby i gruźlicą na terenie państw UE i z nią sąsiadujących. W dokumencie podkreśla się kluczowe znaczenie profilaktyki ww. zakażeń, będącej najskuteczniejszym sposobem ich eliminacji w perspektywie najbliższego dziesięciolecia (tj. do 2030 r.). Jest to zgodne z założeniami Celów Zrównoważonego Rozwoju (SDGs), w szczególności SDG-3: zapewnienie życia w zdrowiu i promocja dobrostanu dla wszystkich bez względu na wiek (ang. *Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages*).

### ***Wspólne stanowisko Narodów Zjednoczonych w sprawie HIV, wirusowego zapalenia wątroby i gruźlicy***

We Wspólnym Stanowisku Narodów Zjednoczonych dotyczącym zakończenia epidemii HIV, gruźlicy i wirusowego zapalenia wątroby poprzez współpracę międzysektorową (*United Nations common position on ending HIV, TB and Viral Hepatitis through Intersectoral Collaboration*) podkreśla się, że w Regionie Europejskim WHO ma miejsce jedna z największych epidemii HIV na świecie oraz gwałtowny przyrost zakażeń współistniejących: gruźlicy i HIV. Problemem zdrowia publicznego jest też wirusowe zapalenie wątroby, które dopiero niedawno uzyskało status globalnego priorytetu zdrowia. Jednocześnie podkreśla się, że na zakażenie HIV, gruźlicą i wirusowym zapaleniem wątroby wpływają te same czynniki społeczne, ekonomiczne i środowiskowe. Wymusza to konieczność podjęcia wzmożonych i zintegrowanych działań zaradczych przez wszystkie odpowiednie sektory, zgodnie ze strategią Zdrowie 2020: europejska polityka zdrowia i dobrostanu.

### ***Wspólny Program Narodów Zjednoczonych Zwalczenia HIV i AIDS (UNAIDS)***

Zgodnie z założeniami SDG-3 oraz strategią UNAIDS *Fast-Track: ending the AIDS epidemics by 2030* do roku 2030 ma nastąpić eliminacja AIDS jako zagrożenia dla zdrowia publicznego. Strategią cząstkową prowadzącą do zakończenia epidemii AIDS do roku 2030 jest strategia 90-90-90 zakładająca, że do 2020 r. 90% osób zakażonych HIV będzie wiedziało o swoim zakażeniu, 90% zakażonych znających swój status otrzyma leczenie ARV, a u 90% z nich nastąpi supresja wirusa do poziomu niewykrywalności.

### ***Światowa Organizacja Zdrowia (WHO)***

Strategia WHO dla sektora zdrowia na lata 2016–2021 dotycząca walki z HIV, wirusowym zapaleniem wątroby i zakażeniami przenoszonymi drogą płciową (*2016–2021 Global Health Sector Strategies for HIV/Viral Hepatitis/Sexually Transmitted Infections*), dokument przyjęty przez 69. Światowe Zgromadzenie Zdrowia, zawiera pięć strategicznych kierunków:

- Pozyskiwanie najważniejszych informacji na temat epidemii i sposobów walki z nią, dzięki którym można skutecznie (w sposób zogniskowany) przeciwdziałać epidemii HIV, wirusowemu zapaleniu wątroby i zakażeniom przenoszonym drogą płciową i jednocześnie zapewnić solidną platformę dla inicjatyw politycznych, rzecznictwa i planowania działań na poziomie krajowym.
- Precyzyjne określenie podstawowych działań, jakie należy wdrożyć, aby zrealizować cele dotyczące przeciwdziałania ww. zakażeniom na poziomie krajowym i globalnym, i które należy wziąć pod uwagę, opracowując pakiety świadczeń zdrowotnych.
- Zapewnienie jakości i równości w dostępie do świadczeń zdrowotnych.
- Finansowanie rozwoju działań na rzecz przeciwdziałania HIV, wirusowemu zapaleniu wątroby i zakażeniom przenoszonym drogą płciową oraz ograniczanie



kosztów w taki sposób, aby osoby potrzebujące miały dostęp do świadczeń zdrowotnych bez dodatkowych obciążeń finansowych.

- Innowacje na rzecz przyspieszenia działań poprzez identyfikację obszarów, w których przy pomocy nowych technologii da się przyspieszyć i zrealizować cele postawione na lata 2020 i 2030.

Zobowiązania zawarte w strategii podjęto w duchu idei powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej (*universal health coverage*), a następnie przełożono je na regionalne plany działań. Strategia ta wprowadziła pierwsze w historii globalne cele w zakresie kontroli wirusowego zapalenia wątroby, w tym zmniejszenie o 30% nowych przypadków zapalenia HBV i HCV do 2020 r. oraz zmniejszenie śmiertelności z ich powodu o 10%.

Strategia WHO dla sektora zdrowia zakłada wyeliminowanie do 2030 r. wirusowego zapalenia wątroby jako zagrożenia dla zdrowia publicznego. Zakłada ona spadek liczby nowych zakażeń HBV i HCV z 6–10 mln (rok 2015) do 900 tys. (rok 2030) oraz spadek liczby zgonów z powodu HCV i HBV z 1,4 mln (2015) do 500 tys. (2030).

### ***Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC)***

W wytycznych Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) dotyczących zintegrowanego testowania w kierunku HIV, HCV i HBV w państwach UE/EOG (*Public health guidance on HIV, hepatitis B and C testing in the EU/EEA – an integrated approach*) podkreślono, że aby zapobiec dalszemu przenoszeniu się zakażeń, Europa powinna skupić się na współpracy z populacjami kluczowymi, żeby zwiększyć poziom wykrywalności zakażeń, a następnie móc włączyć osoby zakażone do systemu opieki zdrowotnej. Wzrost poziomu testowania, szczególnie w grupie osób o największym ryzyku zakażenia, jest kluczem do eliminacji HIV, HBV i HCV w państwach UE/EOG. Postawienie wczesnej diagnozy zapewnia osobom zakażonym HBV, HCV i HIV szereg korzyści zdrowotnych i przyczynia się do poprawy zdrowia publicznego. Osoby zdiagnozowane mogą praktycznie natychmiast zostać objęte leczeniem. Leczenie HBV stosowane dożywotnio hamuje replikację HBV u 70–80% pacjentów, spowalnia rozwój marskości wątroby i raka wątroby. Leczenie HCV przez 8–12–24 tygodnie pomaga wyzdrowieć ponad 90% pacjentów. U 97–98% pacjentów żyjących z HIV leczenie ARV powstrzymuje namnażanie się wirusa, zmniejsza częstość występowania innych chorób i zapobiega zakażeniom współistniejącym. W wytycznych ECDC przytacza się sześć nadrzędnych zasad obowiązujących przy prowadzeniu programów testowania w kierunku HIV, HBV i HCV:

- Testowanie powinno być ogólnodostępne, dobrowolne, poufne, poparte świadomą zgodą osoby testowanej.
- Przed i po teście pacjent/klient powinien zawsze otrzymać potrzebne mu informacje.
- Kluczowym elementem skutecznego programu testowania jest dobrze wypracowana ścieżka efektywnego włączania pacjentów do systemu służby zdrowia.
- Sposób testowania w kierunku HIV, HBV and HCV prowadzonego we wszystkich placówkach opieki zdrowotnej powinien być ujednolicony.

- Osoby zajmujące się testowaniem w kierunku HIV, HBV i/lub HCV powinny przejść profesjonalne szkolenia i posiadać odpowiednią wiedzę.
- Efektywna strategia testowania o zasięgu krajowym, w której przewidziano także miejsce na monitoring i ewaluację, ma kluczowe znaczenie w zwalczaniu epidemii HIV, HBV i HCV.

*Wytyczne ECDC w zakresie testowania w kierunku wirusowego zapalenia wątroby i/lub HIV w państwach UE/EOG w celu ograniczenia liczby późnych diagnoz:*

Publikacja ECDC z listopada 2018 r. zatytułowana *Wytyczne dotyczące testowania w kierunku HIV oraz wirusowego zapalenia wątroby typu B i C prowadzonego w krajach UE/EOG* [1] prezentuje 15 przykładów dobrych praktyk z tego obszaru tematycznego. Opisane tam przypadki zostały wyselekcjonowane przez specjalne konsorcjum, a każda z praktyk musiała spełniać następujące kryteria:

- przedstawiać nowatorskie metody zwiększania poziomu testowania w kierunku HBV/HCV i/lub HIV na terenie UE/EOG;
- podawać klarowny opis udzielanego świadczenia;
- proponować jasną ścieżkę włączania pacjenta do systemu służby zdrowia;
- być możliwa do wdrożenia w innych państwach EU/EOG;
- przejść wewnętrzną lub zewnętrzną ewaluację (jako wskaźnik zapewnienia wysokiego poziomu jakości).

Opisane w publikacji przykłady dobrych praktyk testowania w kierunku HIV oraz wirusowego zapalenia wątroby typu B i C pogrupowano według obszarów, w których były wdrażane. Obszarami tymi są:

- teren podstawowej opieki zdrowotnej;
- teren opieki szpitalnej;
- świadczenia wdrażane w ramach redukcji szkód;
- bezpośrednia praca z członkami społeczności;
- samodzielne testowanie / samodzielne pobieranie materiału do badań;
- powiadomienie partnera o zakażeniu.

W większości przypadków rodzaj wdrażanych dobrych praktyk dotyczących zwiększania poziomu testowania w kierunku HIV oraz HBV i HCV pozostawał w ścisłym związku z trendami epidemiologicznymi w danym kraju oraz opierał się na matematycznych modelach danych pochodzących z nadzoru epidemiologicznego.

Szczegółowy opis przykładów dobrych praktyk znajduje się pod tym linkiem:

[www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/public-health-guidance-hiv-hepatitis-b-and-c-testing-eueea](http://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/public-health-guidance-hiv-hepatitis-b-and-c-testing-eueea)

### ***Deklaracja Dublińska***

Zgodnie z zapisami Deklaracji Dublińskiej z 2004 r. (*Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia*) informacje o istnieniu w państwach europejskich i Azji Centralnej systemów zapewniających osobom zakażonym HIV i leczonym możliwość korzystania z innych programów, np. dotyczących wirusowego

zapalenia wątroby, gruźlicy, innych chorób przewlekłych, są na bieżąco zbierane i monitorowane.

Argumenty przemawiające za zintegrowanym podejściem do profilaktyki STIs, w tym HIV, HCV, HBV:

- HIV, STIs, HCV, HBV mają podobne lub identyczne drogi zakażenia, charakteryzują je podobne lub identyczne czynniki ryzyka, dotyczą tych samych grup/populacji osób.
- HIV, STIs, HCV, HBV mogą współwystępować, oddziaływać na siebie, pogarszać stan zdrowia osoby zakażonej.
- W przypadku HIV, STIs, HCV, HBV są wymagane i możliwe podobne działania zapobiegawcze.
- Zintegrowane przeciwdziałanie HIV, STIs, HCV, HBV jest uzasadnione finansowo.
- Okoliczności sprzyjające podejściu o charakterze zintegrowanym:
  - ogólna poprawa poziomu gromadzenia i dostępności danych;
  - ustabilizowany poziom odsetka nowych zakażeń HIV;
  - rosnące znaczenie HCV i HBV – uzyskały status globalnego priorytetu zdrowia;
  - wzrost liczby zakażeń STIs (rzeżączka, kiła);
  - wcześniejsze rozpoczynanie terapii ARV;
  - szczepionka na HBV;
  - łatwiejsze leczenie HCV.

#### **ARGUMENTY PRZEMAWIAJĄCE ZA ZINTEGROWANYM PODEJŚCIEM DO PROFILAKTYKI STIs, W TYM HIV, HCV, HBV**

- **Potrzeba podniesienia poziomu diagnostyki:** jedna na dwie osoby żyjące z HIV w państwach UE/EOG jest diagnozowana zbyt późno, a 9 mln obywateli UE/EOG nie wie, że jest zakażona HCV lub HBV.
- **Współwystępowanie zakażeń:** u pacjentów zakażonych HIV często współwystępują inne zakażenia przenoszone drogą płciową (np. kiła, rzeżączka) oraz zakażenia HBV i HCV. Coraz częściej u osób zakażonych HIV dochodzi do zgonu z powodu niewydolności wątroby. Dlatego wczesne rozpoznanie i leczenie HBV i HCV staje się tak niezwykle ważne.
- **Podobne drogi transmisji i te same grupy zakażonych:** zakażenia STIs, w tym HIV, HCV i HBV przenoszone są podobnymi drogami, wysoki odsetek nowych zakażeń i współwystępowanie zakażeń mają miejsce w tych samych grupach/populacjach osób, np. wśród osób z populacji kluczowych (ang. *key populations*): populacji MSM, IDU, SW czy wśród migrantów. Duży odsetek zakażeń ma miejsce w grupie osób wykluczonych lub marginalizowanych. Znaczny odsetek zakażonych napotyka na stygmatyzację i dyskryminację.

- **Skuteczna profilaktyka i leczenie:** STIs, w tym HIV, HCV i HBV można skutecznie przeciwdziałać i je leczyć. Aby tak było, zakażenia muszą zostać wykryte na wczesnym etapie. Niestety, HIV, HBV i HCV przez długie lata przebiegają bezobjawowo. Dlatego, aby zmaksymalizować korzyści płynące z zastosowania jednego trybu leczenia HIV, HCV, HBV, ważne jest, aby przyszli pacjenci mogli zostać jak najszybciej przetestowani i zdiagnozowani na możliwie wczesnym etapie rozwoju infekcji.
- **Korzyści zdrowotne dla pacjentów:** wczesne zdiagnozowanie STIs, w tym HIV, HCV i HBV niesie wymierne korzyści zdrowotne zarówno dla osoby zakażonej (możliwość podjęcia leczenia na wczesnym etapie), jak i jej partnera/partnerów (poprzez mechanizm *partner notification / contact tracing*, czyli informowanie partnera osoby zakażonej o jej zakażeniu oraz poszukiwanie dalszych kontaktów zakaźnych), a tym samym dla ogółu społeczeństwa.
- **Know-how i dobre praktyki programów HIV/AIDS:** możliwość wykorzystania do walki z STIs, HCV i HBV doświadczeń i najlepszych praktyk dotyczących wczesnego wykrywania HIV. Synergia działań przynosi korzyści pacjentom poprzez maksymalizację dostępnej infrastruktury i zasobów (w tym personelu), minimalizację opóźnień diagnostycznych i terapeutycznych u pacjentów z wieloma zakażeniami. Synergia działań odgrywa też dużą rolę w dobie ograniczonych zasobów ludzkich i finansowych.
- **Mniej barier administracyjnych:** możliwość jednoczesnego korzystania ze świadczeń wywodzących się z różnych programów bez konieczności powtarzania procedury rejestracji, okresu oczekiwania oraz przełamywania innych barier administracyjnych, na które napotykają osoby zakażone HIV, STIs, HBV, HCV.
- **Nowe trendy:** wdrażanie testowania zintegrowanego wpisuje się w praktykowany obecnie na terenie UE/EOG model udzielania różnego typu świadczeń oraz w popularyzujący się trend integracji testowania w kierunku HIV, HBV i HCV, prowadzenia działań profilaktycznych oraz włączania osób zdiagnozowanych do systemu służby zdrowia, a następnie obejmowania ich świadczeniami o charakterze leczniczo-opiekuńczym.

## **MIĘDZYNARODOWA PROMOCJA ZINTEGROWANEGO PODEJŚCIA DO DIAGNOSTYKI HIV, STIs, HCV, HBV**

### ***Europejski Tydzień Testowania (ETW)***

Europejski Tydzień Testowania (ang. *European Testing Week, ETW*) to coroczna inicjatywa ustanowiona w 2013 r., której celem jest promowanie w całej Europie testów w kierunku HIV, a od 2015 r. także wirusowego zapalenia wątroby. Inicjatywa kierowana jest do decydentów zdrowia, pracowników opieki medycznej i organizacji pozarządowych, a jej głównym celem jest podniesienie poziomu wykrywalności HIV i wirusowego zapalenia wątroby na wczesnym etapie zakażenia oraz promowanie związanych z tym korzyści

zdrowotnych. W ramach ETW za pośrednictwem internetu dostępne są materiały promocyjne, gotowe projekty ulotek, zestawy informacyjne adresowane do grup zwiększonego ryzyka zakażenia HIV i wirusowym zapaleniem wątroby. Jednocześnie stale podejmowane są wysiłki, aby działaniami ETW objąć także pozostałe STIs. Inicjatywę ETW wspierają:

- Światowa Organizacja Zdrowia (WHO),
- Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC),
- European AIDS Clinical Society (EACS),
- European AIDS Treatment Group (EATG),
- Wspólny Program Narodów Zjednoczonych Zwalczenia HIV i AIDS (UNAIDS).

### ***Inicjatywa Fast-Track Cities (FTC)***

Międzynarodowe porozumienie w sprawie inicjatywy FTC podpisano w Paryżu 1 grudnia 2014 r. Jest ono kontynuacją Deklaracji Paryskiej z 1994 r. Porozumienie zostało podpisane przez merów 26 dużych miast świata. Jego inicjatorami byli: mer Paryża (Anne Hidalgo), UNAIDS, UN-Habitat, International Association of Providers of AIDS Care (IAPAC). Inicjatywa FTC jest globalnym partnerstwem pomiędzy miastami i gminami na całym świecie oraz czterema głównymi partnerami, tzn. Międzynarodowym Stowarzyszeniem na rzecz opieki nad osobami chorymi na AIDS (IAPAC), Wspólnym Programem Narodów Zjednoczonych ds. HIV/AIDS (UNAIDS), Programem Narodów Zjednoczonych ds. Osiedli Ludzkich (UN-Habitat) oraz miastem Paryż. Podpisując porozumienie FTC, merowie miast zobowiązali się do działań na rzecz zakończenia epidemii AIDS do 2030 r. i do realizacji strategii 90–90–90 poprzez ograniczenie liczby nowych zakażeń HIV i zgonów z powodu AIDS. Zobowiązali się także do przeciwdziałania chorobom współistniejącym z HIV, tj. gruźlicy oraz HCV i HBV, oraz do zapewnienia stałego dostępu mieszkańców do testów, leczenia i profilaktyki, jak również do przeciwdziałania dyskryminacji i stygmatyzacji osób zakażonych. Władze miast zobowiązały się także do cyklicznego opracowywania planów i raportowania działań oraz do budowania zasobów (ludzkich, finansowych) potrzebnych do skutecznej walki z HIV/AIDS oraz z chorobami współistniejącymi z HIV.

Duże miasta odgrywają kluczową rolę w realizacji globalnej strategii UNAIDS Fast-Track 90–90–90 (2020) oraz strategii zakończenia epidemii AIDS do 2030 r. Ponad połowa światowej populacji mieszka w dużych miastach, w których występuje bardzo wysoki odsetek osób zakażonych HIV (do 2050 r. będzie to 60%). Życie w mieście zwiększa ryzyko zakażenia HIV i innymi STIs, zwłaszcza w populacjach o podwyższonym ryzyku zakażenia. Ok. 1/4 światowej populacji osób HIV+ (35 mln) mieszka w 200 miastach, z tego 156 miast w 30 państwach odpowiada za 90% nowych zakażeń HIV. Miasta posiadają przewagę komparatywną i oferują duże możliwości skutecznego działania na rzecz walki z HIV i STIs. Można w nich stosunkowo szybko dotrzeć do dużej liczby osób zakażonych. Miasta dysponują także odpowiednią infrastrukturą, kadrą i przepisami; oferują dobrze rozwinięte usługi w zakresie profilaktyki i leczenia HIV/AIDS; dysponują odpowiednim zapleczem edukacyjnym.

## **BARIERY INTEGRACJI DZIAŁAŃ W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA HIV, STIs, HCV, HBV**

Systemy opieki zdrowotnej poszczególnych państw UE/EOG wywodzą się z różnych tradycji politycznych, historycznych i społeczno-ekonomicznych. W rezultacie ich możliwości i organizacja opieki zdrowotnej różnią się pomiędzy sobą. Zauważyć też można znaczące różnice w finansowaniu opieki zdrowotnej liczonym jako procent PKB oraz w poziomie wiedzy obywateli poszczególnych państw o zdrowiu, w szczególności o STIs. Choć istnieje szerokie poparcie dla współpracy programów i integracji świadczeń obejmujących HIV, STIs, HCV i HBV (przynajmniej na poziomie deklaratywnym), w wielu państwach UE/EOG napotyka się na bariery w integracji programów przeciwdziałania ww. zakażeniom, wśród których można wymienić:

- brak krajowych strategii w zakresie zintegrowanego podejścia do przeciwdziałania STIs, w tym HIV, a także HCV, HBV;
- brak decyzji politycznych i funduszy przeznaczanych na skoordynowane i długofalowe programy testowania;
- w przypadku większości państw UE/EOG brak krajowych strategii z zakresu szeroko pojętego zdrowia seksualnego obywateli;
- brak przepisów dotyczących prowadzenia badań na poziomie społeczności lokalnych, np. kwestia uprawnień do wykonywania testów, przeszkody dotyczące działalności organizacji pozarządowych, w tym: brak testów, zredukowane fundusze na prowadzenie działalności, brak przeszkolonego personelu, ograniczenia dotyczące zbierania i monitorowania danych;
- różnice w wymogach prawnych dotyczących testowania w kierunku poszczególnych zakażeń i zgłaszania przypadków zakażeń;
- ograniczona sprzedaż testów do samodzielnego wykonania w domu i testów szybkich;
- mała podaż testów do samodzielnego wykonania (obecnie tylko 5 testów posiada oznaczenia CE);
- regulacje prawne poszczególnych państw dotyczące wysyłania materiału biologicznego;
- bariery logistyczne, takie jak brak odpowiedniej infrastruktury, tj. placówek świadczących zintegrowane usługi w zakresie kilku zakażeń naraz;
- bariery w dostępie do opieki zdrowotnej, szczególnie dla osób z populacji kluczowych;
- bariery społeczne i kulturowe (stygmatyzacja i dyskryminowanie osób z populacji kluczowych oraz osób zakażonych);
- relatywnie mały rynek testów do samodzielnego wykonania w kierunku HIV, co ogranicza wejście dużych firm produkujących i dystrybuujących testy.

## INTEGRACJA DZIAŁAŃ W ZAKRESIE WALKI Z HIV, STIs, HBV, HCV NA POZIOMIE PAŃSTW UE/EOG (WYBRANE PRZYKŁADY)

Większość państw UE/EOG dysponuje wieloletnimi strategiami i programami przeciwdziałania HIV, STIs, HCV i HBV oraz instytucjami odpowiedzialnymi za zapobieganie tym zakażeniom i ich kontrolę na poziomie krajowym. Skuteczną realizację i sukces tych programów zapewnia współodpowiedzialność, efektywna komunikacja i skoordynowana współpraca rządów państw, władz miast, narodowych instytucji ochrony zdrowia i organizacji pozarządowych, w tym organizacji zrzeszających osoby zakażone. Skala tych działań oraz zakres współpracy są pochodną uwarunkowań politycznych, prawnych, finansowych (nakłady przeznaczane na zdrowie), organizacyjnych i społeczno-kulturowych danego państwa. Kluczowe znaczenie powodzenia działań ma także poziom wykształcenia oraz wiedza obywateli o zdrowiu, w tym o HIV i STIs.

Poniżej zaprezentowano wybrane przykłady z Wielkiej Brytanii, Irlandii, Portugalii, Chorwacji, Grecji, Belgii i Francji dotyczące zintegrowanych działań na rzecz przeciwdziałania HIV, STIs, HCV i HBV na różnych poziomach zarządzania, poczynając od narodowych strategii i programów przeciwdziałania HIV, STIs, HCV i HBV poprzez działania narodowych instytucji zdrowia i organizacji pozarządowych. W każdym z wymienionych państw działania prowadzone są z sukcesem, co jest efektem współpracy i doskonałej komunikacji na wszystkich szczeblach zarządzania.

### **Wielka Brytania**

Brytyjska Strategia Promocji Zdrowia Seksualnego i Reprodukcyjnego w kontekście HIV (*Health promotion for sexual and reproductive health and HIV*) zakłada ograniczenie liczby zakażeń HIV oraz STIs w całej populacji ze szczególnym uwzględnieniem populacji o zwiększonym ryzyku zakażenia, takich jak MSM. Strategia nastawiona jest na wzrost testowania zwłaszcza na obszarach o dużej prevalencji HIV (> 2:1000).

Głównymi drogami zakażenia HIV w Wielkiej Brytanii są ryzykowne kontakty seksualne pomiędzy mężczyznami (46,4%) oraz ryzykowne kontakty heteroseksualne (46,2%). Do większości zakażeń dochodzi na terenie Anglii (91,5%), gdzie żyje ponad 88 tys. osób zakażonych HIV, z tego 42% jest objętych systemem służby zdrowia na terenie Londynu. W mieście tym żyje ponad 38 tys. osób HIV+ (liczonych łącznie jako rozpoznanych i nierozpoznanych), co stanowi 43% wszystkich zakażonych w Anglii. Najwięcej zakażeń ma miejsce w populacji MSM oraz wśród mężczyzn heteroseksualnych wywodzących się głównie z państw afrykańskich. Spośród wszystkich osób żyjących z HIV w Londynie 95% jest zdiagnozowanych, spośród zdiagnozowanych 98% jest objętych leczeniem ARV, a u 97% leczonych nastąpiła supresja HIV. Wynik ten znacznie przewyższa cele strategiczne UNAIDS (Strategia 90-90-90).

W 2018 r. Londyn przystąpił do międzynarodowej inicjatywy *Fast-Track Cities*. Władze miasta, podpisując deklarację o udziale w FTC w 2018 r., zobowiązały się do zakończenia na swoim terytorium problemu HIV do 2030 r. Kluczowa dla tej inicjatywy jest bliska współpraca czterech dużych partnerów: Agencji Rządowej ds. Zdrowia Publicznego

(*Public Health England*), Narodowej Agencji ds. Usług Zdrowotnych (*NHS England*), Rady Londynu (*London Councils*) i Mera Londynu. Organizacje te połączyły swe działania w ramach inicjatywy **Partnerstwo na rzecz Zdrowego Londynu** (*Healthy London Partnership*). Celem tej wspólnej inicjatywy jest nadzorowanie współpracy pomiędzy londyńskimi organizacjami włączonymi w FTC, analiza zasobów oraz potrzeb związanych z profilaktyką i leczeniem HIV/AIDS oraz STIs, monitoring i ocena działań profilaktyczno-leczniczych. W działania włączone są m.in. kliniki: *Dean Street*, *Mortimer Market*, *Homerton*, *St Mary's* i *St Thomas's*.

Wielka Brytania boryka się z problemem dużego wzrostu zakażeń STIs. W 2018 r. zgłoszono tam ok. 500 tys. zakażeń, z tego wysoki odsetek kiłą (ponad 7 tys. przypadków) i rzeżączką (wzrost od 2009 r., odpowiednio o 165% i 249%). Prawie 75% wszystkich przypadków kiły i prawie połowę (47%) diagnozowanych przypadków rzeżączki stwierdzono w populacji mężczyzn współżyjących z mężczyznami (MSM).

Testy w kierunku HIV i STIs są w Wielkiej Brytanii bezpłatne, anonimowe i dostępne dla wszystkich. Brytyjski Departament Zdrowia i Zdrowia Publicznego odpowiada za całość koordynacji krajowej strategii w zakresie HIV/AIDS, w tym przepisów dotyczących prowadzenia badań przesiewowych i testów diagnostycznych, oraz ściśle współpracuje z krajowymi, regionalnymi i lokalnymi organami ds. zdrowia oraz z organizacjami pozarządowymi. W prowadzenie działań włączone są duże organizacje, takie jak *British Infection Society* oraz *British Association of Sexual Health and HIV*, opracowujące wytyczne dotyczące testowania. Narodowy Instytut Zdrowia i Opieki (*National InSTITUTE for Health and Care Excellence – NICE*) dostarcza władzom regionalnym ds. zdrowia wytyczne, standardy jakości i informacje dotyczące badań nad HIV i STIs oraz na temat zapobiegania HIV. Niezależna organizacja pozarządowa *National AIDS Trust*, założona w 1987 r. przez brytyjski Departament Zdrowia, zapewnia finansowanie potrzebne do prowadzenia diagnostyki HIV. Organizacja *HIV Prevention England*, zarządzana przez organizację pozarządową *Terrence Higgins Trust*, prowadzi działania profilaktyczne i edukacyjne, usługi informacyjne oraz rzecznictwo mające na celu podniesienie poziomu testowania w kierunku HIV i STIs w populacjach kluczowych.

Na terenie Wielkiej Brytanii działa szereg dużych punktów konsultacyjno-diagnostycznych świadczących usługi na rzecz osób z populacji kluczowych, m.in. MSM, zwłaszcza tam, gdzie występuje duża liczba zakażeń. Jednym z takich centrów jest działająca od 2009 r. londyńska klinika *Dean Street 56*, finansowana przez *Chelsea and Westminster Hospital NHS Foundation Trust*. Powstała ona w miejscu dawnej kliniki z 1862 r., do której przyjmowano osoby zakażone STIs. *Dean Street 56* jest obecnie największą kliniką zdrowia seksualnego w Zjednoczonym Królestwie, na którą przypada 1 na 9 diagnoz HIV w całej Wielkiej Brytanii. Klienci *Dean Street* konsultowani są nie tylko w kwestiach HIV, ale też innych STIs. Mogą tu także otrzymać zestaw testów do samodzielnego wykonania w domu. Co istotne, ze świadczeń klinik siostrzanych *Dean Street 56* może korzystać każdy bez względu na płeć i orientację seksualną.



## ***Irlandia***

Irlandzka **Krajowa Strategia Zdrowia Seksualnego na lata 2015–2020** jest jednym z pierwszych elementów szeroko zakrojonych reform dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych i wdrażania ich pod wspólnym tytułem: ***Zdrowa Irlandia – Podniesienie Stanu Zdrowia oraz Dobrostanu 2013–2025***.

Jej główne cele to:

- **Promocja zdrowia seksualnego, edukacji i profilaktyki.** Każda osoba mieszkająca w Irlandii otrzyma wszechstronną i odpowiednią do wieku edukację seksualną i/lub informację oraz będzie miała dostęp do odpowiednich świadczeń z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia.
- **Świadczenia z obszaru zdrowia seksualnego.** Każda osoba mieszkająca w Irlandii ma dostęp do sprawiedliwie rozdzielanych, powszechnych i szytych na miarę wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych.
- **Propagowanie informacji na temat zdrowia seksualnego.** Wsparciem dla wdrażania strategii, udzielania świadczeń oraz prowadzenia ich monitoringu będzie upowszechnianie rzetelnej wiedzy na temat zdrowia seksualnego.

Krajowa Strategia Zdrowia Seksualnego na lata 2015–2020 jest pierwszą w historii Irlandii. Została opracowana przez zespół ekspertów w odpowiedzi na rekomendacje Krajowego Komitetu Strategii AIDS. Rezultatem prac zespołu ekspertów było opracowanie 71 zaleceń dotyczących świadczeń z zakresu zdrowia seksualnego, w szczególności dotyczących nadzoru epidemiologicznego, profilaktyki, leczenia, doradztwa, udzielania wsparcia, edukacji, jak również podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Krajowa Strategia posłużyła także jako podstawa do opracowania szczegółowego Planu Działania 2017–2020, gdzie zalecenia zespołu ekspertów przekształcono w konkretne zadania do realizacji.

Organem odpowiedzialnym za monitorowanie implementacji zapisów Krajowej Strategii oraz Planu Działania jest Program Zdrowia i Dobrostanu działający przy Ministerstwie Zdrowia. Należy dodać, że elementem kluczowym wykonywania zaleceń zawartych w Strategii jest współpraca międzysektorowa pomiędzy Departamentem Zdrowia a Departamentem Spraw Dzieci i Młodzieży, gdyż w Irlandii te grupy społeczne traktuje się w sposób priorytetowy. We wstępie do Krajowej Strategii Zdrowia Seksualnego na lata 2015–2020 podkreślono, że mogła ona powstać tylko dzięki przemianom, jakie dokonały się w irlandzkiej świadomości społecznej w ciągu ostatnich 30 lat, a które dotyczyły zachowań seksualnych i seksualności. Dobrym przykładem są tu aktualizacje legislacyjne dotyczące wprowadzenia do szkół zajęć z edukacji seksualnej. Leo Varadkar, minister zdrowia Irlandii, w słowie wstępnym do Krajowej Strategii powiedział: „chcemy promować dojrzałe i wolne od osądów podejście do kwestii zdrowia seksualnego, jak również pozbyć się stygmatyzacji związanej z udzielaniem świadczeń informacyjno-edukacyjnych. [...] w przeszłości seks i zdrowie seksualne były tematami tabu. W rzeczywistości, seks to normalny element życia codziennego oraz gwarant trwania gatunku. Seks ma pozytywny wpływ na nasze zdrowie fizyczne i psychiczne oraz na tworzenie zdrowych relacji. [...] Istotną stroną **Strategii** jest

położenie silnego nacisku na prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych z zakresu zdrowia seksualnego, jako że kwestie te odgrywają znaczącą rolę przez cały okres życia człowieka, w szczególności w przypadku osób z populacji wysokiego ryzyka”.

Wybrane zalecenia zawarte w Krajowej Strategii Zdrowia Seksualnego na lata 2015-2020

Punkt 3.6 Strategii: *Profilaktyka prowadzona w ramach działań klinicznych* mówi o zwiększeniu możliwości edukacyjnych dotyczących profilaktyki i promocji zdrowia poprzez współpracę pomiędzy pracownikami służb medycznych a klientami/pacjentami placówek o charakterze zdrowotnym. Świadczenia tam udzielane, takie jak: szczepienie, testowanie, badania przesiewowe oraz leczenie przyczyniają się do zwalczania lub ograniczania dalszych transmisji HIV i zakażeń przenoszonych drogą płciową. Rekomendacje dotyczące profilaktyki prowadzonej w ramach działań klinicznych to:

- wdrażanie szczepień w kierunku HBV zgodnie z wytycznymi krajowymi;
- utrzymanie i promocja szczepień w kierunku HPV prowadzonych wśród dziewcząt zgodnie z wytycznymi krajowymi;
- wykonanie oceny efektywności (w tym oceny opłacalności finansowej) rozszerzenia programu szczepień w kierunku HPV na inne populacje oraz opracowanie odpowiednich wytycznych;
- wykonanie oceny dopuszczalności oraz efektywności (w tym oceny opłacalności finansowej) testowania w kierunku HIV oraz innych zakażeń przenoszonych drogą płciową na różnych poziomach i w różnych warunkach;
- opracowanie i wdrażanie wytycznych dotyczących testowania w kierunku HIV i STIs;
- podjęcie działań dotyczących udzielania wsparcia w procesie ujawniania swojego statusu serologicznego, redukcji stygmatyzacji i dyskryminacji;
- opracowanie i wdrażanie wytycznych dotyczących właściwego stosowania terapii ARV w profilaktyce HIV;
- wdrożenie niedawno opracowanych wytycznych o charakterze krajowym dotyczących potencjalnego narażenia na zakażenia krwiopochodne;
- wykonanie oceny i wdrożenie planu dotyczącego usprawnienia powiadamiania o zakażeniu swojego partnera seksualnego.

Punkt 4 Strategii mówi o *Świadczeniach Zdrowia Seksualnego*, które powinny być udzielane w sposób sprawiedliwy dla wszystkich (*equitable*), być ogólnodostępne i wysokiej jakości. Świadczenia powinny być też dostosowane do potrzeb różnych grup odbiorców. Za tymi wymogami stoi argumentacja, że otwarta droga do otrzymania świadczeń z obszaru zdrowia seksualnego jest kluczowa dla procesu podnoszenia poziomu zdrowia seksualnego całej populacji. Dodatkowo, upowszechniony dostęp do świadczeń na poziomie lokalnym (poprzez struktury podstawowej opieki zdrowotnej) oraz organizacje pozarządowe jest niezwykle ważny w przypadku osób, które najbardziej potrzebują tego typu pomocy z uwagi na szczególnie wysokie ryzyko zakażenia. Rekomendacje zawarte w punkcie 4 mówią o:

- zapewnieniu powszechnego dostępu do świadczeń zdrowia seksualnego wszystkim obecnie i potencjalnie zainteresowanym osobom;
- ukierunkowaniu świadczeń na osoby najbardziej narażone na ryzyko zakażenia;
- zapewnieniu dostępu do informacji na temat udzielanych świadczeń z zakresu zdrowia seksualnego wszystkim obecnie i potencjalnie zainteresowanym osobom.

Przy opracowywaniu Strategii przyjęto definicję integracji świadczeń autorstwa Światowej Organizacji Zdrowia, w myśl której świadczenia są udzielane na możliwie najwyższym poziomie w sposób wolny od stygmatyzacji przez cały okres życia danej osoby. Cel ten może zostać osiągnięty tylko poprzez współpracę międzyresortową i międzyinstytucjonalną. Wytyczne zawarte w Strategii, a dotyczące tego tematu, brzmią następująco:

- należy określić, a następnie wyposażyć osoby udzielające świadczeń z zakresu zdrowia seksualnego w odpowiednie kompetencje oraz zapewnić na to odpowiednie środki;
- należy sformalizować już istniejące i (o ile to konieczne) opracować nowe ścieżki współpracy umożliwiające obieg obustronnie ważnych skierowań wydawanych w ramach współpracy różnych organów udzielających świadczeń z zakresu zdrowia seksualnego.

Punkt 5.3 Strategii mówi o zbieraniu danych epidemiologicznych dotyczących HIV i zakażeń przenoszonych drogą płciową jako o kluczowym komponencie efektywnej promocji zdrowia seksualnego, profilaktyki i kontroli tychże zakażeń. Systematycznie zbierane dane epidemiologiczne dotyczące HIV i zakażeń przenoszonych drogą płciową są niezbędne do wykonania oceny obciążenia chorobowego danej populacji, do opracowania programu zapobiegania zakażeniom przenoszonym drogą płciową oraz do monitorowania jego efektywności, jak również do rozpoznania dróg transmisji. Wytyczne z tego zakresu brzmią następująco:

- należy opracować wykaz danych, które mają być zbierane na podstawie treści oficjalnych zgłoszeń wykrytych zakażeń;
- należy pracować nad ulepszeniem infrastruktury nadzoru, włączając w to opcję systematycznego zbierania danych behawioralnych gromadzonych przez specjalistów z zakresu zdrowia seksualnego;
- krajowe laboratoria referencyjne należy wyposażyć w urządzenia, a zespoły nadzoru w możliwość zbierania danych epidemiologicznych dotyczących oporności na środki przeciwbakteryjne patogenów zakażeń przenoszonych drogą płciową (jako priorytet);
- na podstawie ustandaryzowanych wskaźników o charakterze klinicznym i behawioralnym należy powołać do życia nadzór zdrowia seksualnego drugiej generacji prowadzony według wymagań o charakterze międzynarodowym.

## **Portugalia**

Przykładem jednego z państw UE/EOG, które konsekwentnie realizuje strategię UNAIDS eliminacji epidemii HIV/AIDS do 2030 r., jest Portugalia. W 2015 r. państwo to przyjęło rekomendację WHO *Treat All* dotyczącą darmowego leczenia ARV i opieki nad wszystkimi osobami, u których zdiagnozowano HIV. Zintegrowanymi działaniami diagnostyczno-leczniczo-opiekuńczymi zostały objęte osoby chore na gruźlicę, zakażone HIV i wirusowym zapaleniem wątroby.

Podczas piku epidemii HIV w Portugalii przypadającego na przełom lat 90. ubiegłego wieku i początek wieku XXI zdecydowana większość zakażeń związana była z przyjmowaniem środków odurzających drogą dożylną. Dzięki szerokiemu pakietowi świadczeń, obejmującemu profilaktykę, leczenie i opiekę nad osobami zakażonymi HIV, oraz dzięki włączeniu do działań organizacji pozarządowych i współpracy wielosektorowej udało się zredukować liczbę zakażeń HIV spowodowaną przyjmowaniem środków odurzających do 1,5%. Portugalia jest jednym z dziewięciu państw UE/EOG, w których przeprowadzać testy w kierunku HIV mogą osoby odpowiednio przeszkolone bez formalnego wykształcenia medycznego (ang. *lay providers*).

Powołanie pod patronatem portugalskiej organizacji pozarządowej GAT (we współpracy z lokalnymi władzami i placówkami uniwersyteckimi) sieci organizacji zajmujących się badaniami przesiewowymi na poziomie społeczności lokalnych (ang. *community-based screening network*) znacząco wsparło państwowe jednostki ochrony zdrowia w zakresie wczesnej diagnostyki HIV i STIs oraz we włączaniu zakażonych do systemu leczenia i opieki. W ramach sieci organizacji zbierane są i włączane do narodowego systemu nadzoru epidemiologicznego dane na temat populacji trudnodostępnych (ang. *hard to reach populations*), co ułatwia prowadzenie polityki i kierowanie zasobów tam, gdzie są one najbardziej potrzebne.

Portugalski czteroletni **Narodowy Program Zapobiegania i Kontroli Zakażeń HIV, AIDS i gruźlicy na lata 2017–2020** nastawiony jest w głównej mierze na informowanie społeczeństwa o ryzyku zakażeń, metodach zapobiegania i leczeniu HIV, gruźlicy i STIs. Informacja ta ma spowodować zwiększenie zasięgu i częstotliwość wykonywania testów przesiewowych oraz poprawić stopień powiązania osób zakażonych z leczeniem i opieką. Ważnym elementem programu jest poprawa zarządzania pacjentami w klinikach oraz poprawa przestrzegania reżimu lekowego wśród pacjentów zakażonych HIV. Program ma zredukować liczbę zakażeń w populacjach kluczowych, takich jak: mężczyźni mający seks z mężczyznami, osoby dożylnie przyjmujące środki odurzające, imigranci, osoby świadczące usługi seksualne, oraz wśród kobiet ciężarnych lub planujących macierzyństwo. W ramach programu przekazywane są informacje nt. programów wymiany igieł i strzykawek oraz używania prezerwatyw, prowadzone są świadczenia doradcze w zakresie szeroko pojętej profilaktyki zakażeń oraz redukcji szkód. Działają także specjalne punkty konsultacyjno-diagnostycznie kierowane do społeczności (ang. *Checkpints*) udzielające świadczenia i IDU,

i MSM, w których można darmowo wykonać test oraz uzyskać poradę. W Europie podobne rozwiązania funkcjonują m.in. w Niemczech, Szwecji i Szwajcarii.

### ***Chorwacja***

W Chorwacji zintegrowane testowanie w kierunku HIV i HCV opiera się na bezpłatnych i anonimowych testach przeprowadzanych w publicznych jednostkach służby zdrowia. W praktyce są to: Szpital Zakaźny w Zagrzebiu oraz 10 jednostek publicznej służby zdrowia rozsianych na terenie całego kraju. Tylko 2% populacji aktywnej seksualnie korzysta ze świadczeń tych placówek, co w dużym stopniu wiąże się z wysokim poziomem stygmatyzacji i dyskryminacji osób chcących wykonać test lub zakażonych. Dlatego też w 2013 r. powołano w Zagrzebiu *checkpoint*, w którym osoby z populacji o podwyższonym ryzyku zakażeń HIV i HCV, w tym mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami oraz osoby przyjmujące dożylne środki psychoaktywne, mogą anonimowo i bezpłatnie wykonać test w kierunku HIV/HCV (oraz okazjonalnie innych zakażeń przenoszonych drogą płciową). Checkpoint Zagrzeb prowadzony jest przez organizację pozarządową ISKORAK. Z biegiem czasu stał się on centrum edukacji zdrowotnej dla młodych ludzi, w którym oferuje się profesjonalne doradztwo okołotestowe, pomoc psychologiczną oraz dobrowolne, anonimowe, poufne i bezpłatne testowanie w kierunku HIV i HCV. Osoby zakażone HIV mogą liczyć tu na pomoc w dostępie do systemu służby zdrowia w celu uzyskania terapii ARV.

W latach 2013–2017 personel Checkpoint Zagrzeb udzielił pomocy 7 100 osobom, z tego w kierunku HIV przetestowano ponad 5 300, a w kierunku HCV 4 300 klientów. Osoby, które w badaniu przesiewowym uzyskały reaktywny wynik testu, zostały skierowane do Szpitala Zakaźnego celem wykonania testu potwierdzenia. Liczba nowo wykrytych przypadków zakażeń HIV i HCV w Checkpoint Zagrzeb wynosi ok. 20% wszystkich przypadków diagnozowanych w Chorwacji w ciągu roku. Od czasu uruchomienia działalności tego punktu liczba wykonywanych testów potroiła się. Checkpoint udziela także profesjonalnej pomocy psychologicznej. Ponad 50% klientów Checkpoint Zagrzeb uzyskało porady dotyczące badań przesiewowych w kierunku zakażeń przenoszonych drogą płciową, zdrowia psychicznego oraz leczenia uzależnień. Za osiągnięcie uważa się wysoki odsetek osób poddających się testowaniu w kierunku HIV po raz pierwszy w życiu – jest to 60–70% klientów, co istotnie przyczynia się do ograniczenia tzw. późnych diagnoz.

Za sukcesem Checkpoint Zagrzeb stoi współpraca rządu, narodowych organizacji ochrony zdrowia oraz organizacji pozarządowych. Decyzją Ministra Zdrowia Chorwacji powołano do życia krajowy program współpracy organizacji pozarządowych zaangażowanych w prowadzenie Checkpoint Zagrzeb. Miasto wspiera ideę środkami finansowymi w ramach narodowej strategii zdrowia. Opiekę nad Checkpoint roztoczył także Krajowy Chorwacki Program Zapobiegania HIV i AIDS oraz Chorwacki Instytut Zdrowia Publicznego, oferując m.in. szkolenia dla personelu punktu testowania.

## **Grecja**

Grecja jest jednym z tych państw, które dzięki współpracy narodowych instytucji zdrowia i organizacji pozarządowych skutecznie poradziło sobie z problemem HIV wśród osób przyjmujących dożylnie środki psychoaktywne. Obecnie kraj ten radzi sobie równie skutecznie z przeciwdziałaniem HIV, HCV, HBV w populacji MSM oraz wśród innych populacji kluczowych.

W roku 2017 w Grecji mieszkało ok. 13 800 osób zakażonych HIV. Wcześniej, w latach 2011–2013, kraj ten doświadczył wybuchu epidemii HIV wśród osób przyjmujących środki odurzające drogą dożylną. Od tego czasu krzywa zakażeń zaczęła spadać, chociaż nadal notuje się tu sporo nowych przypadków, głównie w populacji mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami. Organizacja pozarządowa *Positive Voice* (greckie stowarzyszenie osób żyjących z HIV/AIDS) od 2012 r. prowadzi w Atenach punkt testowania (*Checkpoint*) kierowany do członków społeczności mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami. W 2014 r. podobny punkt otwarto w Tesalonikach. Oba te miejsca oferują szeroki wachlarz świadczeń z obszaru profilaktyki HIV, jak również testowania, kierowanych do osób z populacji kluczowych, aby możliwie najszybciej wykrywać nowe przypadki zakażeń. Osoby już zakażone HBV/HCV/HIV za pośrednictwem punktów testowania mają dostęp do wsparcia psychologicznego. Dodatkowo cztery razy w tygodniu prowadzone są działania typu *outreach*, tak aby możliwie najszerzej otworzyć się na potrzeby osób, wśród których notuje się najwięcej zakażeń.

Personel obu punktów testowania korzysta z regularnych szkoleń. Co dwa tygodnie ma miejsce przegląd i ocena udzielanych świadczeń dokonywane przez rządowe Helleńskie Centrum Kontroli Chorób. Pracownicy Checkpointów bardzo aktywnie udzielają się też na arenie międzynarodowej, nierzadko jako moderatorzy lub paneliści spotkań i konferencji. Proces testowania przeprowadzany w obydwu Checkpointach (Ateny, Tesaloniki) jest rygorystycznie monitorowany i podlega regularnej ocenie pracy przy pomocy specjalnie opracowanych wskaźników. Wyniki raportów epidemiologicznych przygotowywanych przez rządowe Helleńskie Centrum Kontroli Chorób pokazują, że ponad 30% nowych przypadków HIV wykrytych w latach 2015–2017 pochodzi właśnie z baz danych Checkpointów. Dzięki ich pracy grecka strategia zapobiegania HIV i HCV może być w pełni realizowana.

## **Francja**

Zapobieganie zakażeniom przenoszonym drogą płciową, w tym HIV, jest jednym z priorytetów **Narodowej Strategii Zdrowia Seksualnego we Francji na lata 2017–2030**. W kontekście profilaktyki HIV i STIs dużo uwagi poświęca się w niej aspektom biomedycznym oraz społeczno-behawioralnym dotyczącym zmiany postaw i zachowań wobec ryzyka zakażenia HIV i STIs. Używanie prezerwatyw, profilaktyka przed- (PrEP) i poekspozycyjna (PEP) oraz leczenie ARV stosowane w celu zmniejszenia ryzyka zakażenia wspierane są przez rząd oraz organizacje pozarządowe działające na terenie Francji. Osoby, u których występuje wysokie ryzyko zakażenia HIV, HCV i HBV oraz STIs, wśród nich mężczyźni mający seks z mężczyznami, imigranci z państw afrykańskich, osoby przyjmujące

substancje psychoaktywne w iniekcjach, osoby sprzedające usługi seksualne oraz osadzeni w zakładach penitencjarnych, zachęcani są do częstego wykonywania testów. Wiele działań realizowanych jest bezpośrednio poprzez docieranie do społeczności, w których ogniskuje się duża liczba zakażeń. Do działań tych wykorzystywane są m.in. specjalne wyposażone pojazdy (*mobile units*), w których personel medyczny i wolontariusze oferują testy w kierunku HIV oraz innych zakażeń przenoszonych drogą płciową, jak też poradnictwo okołotestowe. Podobne działania spotyka się także w innych państwach UE/EOG, m.in. we Włoszech, Danii, Hiszpanii i Polsce.

Działanie pilotażowe dotyczące prowadzenia badań przesiewowych w kierunku HIV w sześciu szpitalnych oddziałach ratunkowych we Francji pokazało, że na terenie opieki szpitalnej można bezkosztowo i bez zatrudniania dodatkowego personelu osiągnąć poziom wykrywalności nowych zakażeń zbliżony do tego, jaki jest notowany w punktach bezpłatnego i anonimowego testowania. Bodźcem do przeprowadzenia badań przesiewowych w sześciu francuskich szpitalnych oddziałach ratunkowych były szacunki mówiące o tym, że we Francji żyje od 25–30 tys. osób zakażonych HIV niezających swojego statusu serologicznego. W wydanych w 2009 r. wytycznych dotyczących testowania francuska Krajowa Rada ds. Zdrowia zaleciła prowadzenie systematycznych badań przesiewowych w kierunku HIV przynajmniej raz wobec wszystkich osób w wieku od 15 do 70 lat niezależnie od prezentowanych objawów i profilu ryzyka. Dodatkowo zarekomendowała prowadzenie testowania celowanego, ukierunkowanego na osoby z populacji o dużym stopniu ryzyka zakażenia. Najlepszym miejscem do prowadzenia przesiewowych badań w kierunku HIV wydawały się szpitalne oddziały ratunkowe na terenie szpitali publicznych, gdyż przyjmuje się tam rocznie 15–17 mln osób. Celem opisanego badania pilotażowego było sprawdzenie, czy wdrożenie rutynowego testowania w kierunku HIV przy użyciu szybkich testów jest w ogóle możliwe bez zatrudniania dodatkowego personelu oraz czy nowo zdiagnozowane osoby zostaną płynnie włączone do systemu służby zdrowia. Z uwagi na obowiązujące we Francji prawo w ramach pilotażu testowano tylko osoby, które wyraziły na to świadomą zgodę.

W ramach przygotowania do pilotażu zespoły medyczne poddano szkoleniom w zakresie komunikacji z pacjentem na temat przeprowadzenia testu w kierunku HIV oraz doradztwa okołotestowego. Na terenie szpitalnych oddziałów ratunkowych widoczne były plakaty i ulotki edukacyjne zachęcające do wykonania testu w kierunku HIV. Osobom, które uzyskały negatywny wynik, udzielano porad o charakterze profilaktycznym. Niejednoznaczne lub pozytywne wyniki testu przekazywane były pacjentom wyłącznie przez doświadczonych lekarzy. Wszystkie wydawane wyniki (negatywne i pozytywne) były w formie pisemnej, ostemplowane i podpisane. Do prowadzenia pilotażu nie zatrudniano dodatkowych osób, tylko bazowano na tych, które na stałe pracują na szpitalnych oddziałach ratunkowych.

W czasie pilotażu testowanie w kierunku HIV zaproponowano 11 401 pacjentom, z których 7 936 wyraziło na to świadomą zgodę. Ostatecznie przetestowano 7 215 osób na

183 957 wszystkich pacjentów, którzy odwiedzili szpitalne oddziały ratunkowe biorące udział w pilotażu (3,9%). Dodatkowo przetestowano 1 857 osób. Wszystkie osoby, które uzyskały pozytywny wynik testu, w ciągu 72 godzin miały zapewnione spotkanie ze specjalistą HIV/AIDS (85% nowych diagnoz wykryto wśród mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami oraz wśród imigrantów z Afryki Subsaharyjskiej). Średni poziom komórek CD4 u nowych pacjentów zakażonych HIV wynosił 241/mm<sup>3</sup>, 44% osób nowo zdiagnozowanych nigdy wcześniej nie miało wykonywanego testu w kierunku HIV. Skala nowo wykrytych zakażeń HIV w czasie badania pilotażowego w szpitalnych oddziałach ratunkowych była podobna do tej w punktach bezpłatnego i anonimowego testowania kierowanego do członków społeczności szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia. Na podstawie wyników pilotażu można wnioskować, że inicjatywa była opłacalna.

Niestety, z biegiem czasu liczba wykonywanych szybkich testów w kierunku HIV w szpitalnych oddziałach ratunkowych we Francji zaczęła spadać. Przyczyną niemożności utrzymania funkcjonowania tego typu działalności był brak przekonania personelu co do użyteczności podejmowanych działań oraz niedostateczne wykorzystanie instrumentów motywacyjnych mogących pozytywnie oddziaływać na pracę personelu medycznego oferującego testy.

### **Belgia**

W Belgii testowanie w kierunku HIV prowadzone jest w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Epidemia HIV w tym państwie koncentruje się w dwóch populacjach: mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami (MSM) oraz imigrantów z Afryki Subsaharyjskiej. Szacunkowe dane mówią o niezdiagnozowanej prewalencji 82,6/10 tys. wśród MSM w wieku od 18 do 64 r.ż. oraz odpowiednio 173 i 93/10 tys. wśród heteroseksualnych kobiet i mężczyzn pochodzących z Afryki Subsaharyjskiej w wieku 18–64 lata. Pomimo wysokiego wskaźnika testowania u osób mieszkających w Belgii HIV diagnozuje się dopiero po 22 miesiącach od zakażenia. Oznacza to, że szansa na postawienie wczesnej diagnozy, włączenia pacjenta do systemu leczenia i opieki oraz uzyskania obniżenia poziomu wirerii w jego organizmie zostaje utracona. Utracone zostają też korzyści zdrowotne w przypadku partnerów seksualnych osób późno zdiagnozowanych, a w konsekwencji całego społeczeństwa. Szczególnie alarmujące jest to, że często szanse te tracą już na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Wpływ na to ma szereg barier utrudniających lekarzom pierwszego kontaktu proponowanie pacjentom wykonanie testu w kierunku HIV, m.in. niskie umiejętności komunikacyjne dotyczące aspektów zdrowia seksualnego (jako takiego), brak wiedzy na temat najnowszych międzynarodowych wytycznych dotyczących testowania, niska świadomość tematu chorób wskaźnikowych HIV oraz brak doświadczenia w przekazywaniu dodatniego wyniku testu.

Analiza problemu występowania w Belgii dużej liczby późnych diagnoz HIV wymusiła większe zaangażowanie lekarzy pierwszego kontaktu we wczesną diagnostykę HIV. W celu poprawy sytuacji powołano multidyscyplinarną grupę ekspertów wywodzących się z organizacji parasolowych, decydentów, pracowników służby zdrowia (w tym lekarzy



rodzinnych), specjalistów zdrowia publicznego. Jej zadaniem było wyposażenie belgijskich lekarzy pierwszego kontaktu w niezbędną wiedzę i kompetencje dotyczące testowania w kierunku HIV. Wydano zalecenie, aby osobom pochodzącym z grup ryzyka (w przypadku Belgii są to mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami oraz osoby pochodzące z Afryki Subsaharyjskiej) oraz tym, które posiadają choroby wskaźnikowe, rutynowo proponować wykonanie testu już na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Osobom, które miały kontakt seksualny z osobami z wymienionych grup ryzyka, lekarz rodzinny miał proponować wykonanie oceny ryzyka zakażenia i ewentualnie wykonanie testu. Ciekawostką jest to, że narzędzie opracowane dla lekarzy pierwszego kontaktu w ramach pracy grupy ekspertów („*Advice HIV screening by GP's*”), mające wspierać ich w stawianiu wczesnych diagnoz zakażenia, zawiera także mapę świata, na której zaznaczono kraje o wysokiej prevalencji HIV, co pozwala na proponowanie wykonania testu w sposób wolny od dyskryminacji.

Działaniem, które miało wzmocnić przekaz edukacyjny, było interdyscyplinarne szkolenie lekarzy pierwszego kontaktu, w czasie którego specjalista zdrowia publicznego podawał informacje o ukrytej epidemii HIV, mówił o korzyściach płynących z postawienia wczesnej diagnozy oraz rozpatrywał w szerszym kontekście ryzyko wystąpienia zakażenia wśród populacji kluczowych. Następnie, ekspert od komunikacji o zdrowiu seksualnym mówił o chorobach wskaźnikowych HIV oraz dawał praktyczne wskazówki dotyczące prowadzenia rozmowy na temat przeprowadzenia oceny ryzyka zakażenia przenoszonego drogą płciową oraz tego, jak skutecznie motywować pacjenta do wykonania testu.

#### **WYKONYWANIE TESTÓW W KIERUNKU HIV NA PODSTAWIE CHOROÓB WSKAŹNIKOWYCH**

Ukierunkowane, prowadzone w placówkach opieki zdrowotnej testy na obecność HIV u osób, u których wystąpiły inne schorzenia mogące wskazywać na zakażenie HIV, m.in. HCV, HBV i TB (*Indicator Condition Guided HIV Testing*), okazały się skuteczną strategią testowania, wspieraną przez wiele państw europejskich oraz wymienianą w wytycznych Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób. Niestety w wielu państwach podejście to jest stosowane tylko w niewielkim stopniu, co odbiera szansę na postawienie wczesnej diagnozy zakażenia HIV u wielu osób. Zgodnie z *Indicator Condition Guided HIV Testing* wszystkim pacjentom z STIs, wirusowym zapaleniem wątroby, TB należałoby rutynowo oferować test w kierunku HIV. I odwrotnie, pacjentom, u których zdiagnozowano HIV, należy zaoferować badanie w kierunku STIs, WZW i TB. Po zdiagnozowaniu pacjenci powinni niezwłocznie zostać objęci leczeniem i opieką. Wiele działań w tym obszarze zostało uznanych za skuteczne i opłacalne pod względem nakładów finansowych, ale nadal istnieje potrzeba wdrażania ich na większą skalę.

#### ***Decentralizacja testowania***

Na przestrzeni ostatnich lat w państwach UE/EOG ma miejsce rozwój nowych narzędzi testowania, takich jak testy do samodzielnego wykonania w domu i samodzielne pobieranie materiału do badania (*self testing* i *self sampling*). Testy te sprawdzają się

szczególnie w państwach o bardzo wysokiej prevalencji HIV (wiele osób zakażonych), w których może żyć wiele osób nieświadomych swojego statusu serologicznego, oraz tam, gdzie występują bariery w dostępie do badań przesiewowych w kierunku HIV. Testy do samodzielnego wykonania w domu zapewniają pełną prywatność i anonimowość, dają szybki wynik badania, nie wymagają wizyty w placówce ochrony zdrowia, są wygodne i łatwe w użyciu, ich stosowanie do zera eliminuje problem stygmatyzacji i dyskryminacji. Tego rodzaju testy są też wysoce akceptowalne dla różnych grup użytkowników, w tym osób z populacji kluczowych o podwyższonym ryzyku zakażenia.

W państwach europejskich testy do samodzielnego wykonania występują w relatywnie małej liczbie, i to pomimo tego, że w 2016 r. WHO wydało zalecenia, w których zachęca do inicjowania programów pilotażowych dotyczących wdrażania samodzielnego testowania na poziomie poszczególnych państw. Obserwuje się też duże różnice w dostępie do testów. W niektórych państwach są one łatwe do nabycia na szeroką skalę, tzn. w ramach programów realizowanych przez organizacje rządowe i pozarządowe (m.in. Wielka Brytania, Hiszpania) oraz dostępne w ramach prywatnych zakupów – średnia cena wynosi ok. 25 EUR. W niektórych państwach dostępność testów jest ograniczona i występuje tylko w sieciach określonych aptek (jednocześnie nabywanie testów w internecie jest nielegalne).

Powodem, dla którego część osób nie decyduje się na samodzielne wykonanie testu w domu, jest jego wysoka cena, mała czułość, dodatkowo brak możliwości skorzystania z doradztwa okołotestowego. Duża część państw UE/EOG nie monitoruje kwestii samodzielnego testowania, w tym liczby testów, podziału na wiek i płeć osób testujących się, liczby wyników pozytywnych.

### ***Wykorzystanie nowych technologii do walki z HIV i STIs***

Szybki rozwój technologiczny wszystkich dziedzin życia, w szczególności w informatyce, sieci komunikacji masowej (media społecznościowe), telekomunikacji, ma duży wpływ na skalę i tempo rozpowszechniania oraz wymiany informacji, jak też na styl życia i zachowania ludzi. Przegląd skutecznie działających strategii na rzecz zapobiegania HIV i STIs w grupach, gdzie ogniskuje się większość zakażeń, oraz tam, gdzie ryzyko zakażenia jest największe, wskazuje, że wykorzystanie nowych technologii informacyjno-komunikacyjnych (ICT) połączonych z odpowiednio ukierunkowaną komunikacją adresowaną do wybranych grup wpływa na zmianę zachowań i zwiększa świadomość, jak zapobiegać zakażeniu oraz gdzie uzyskać poradę i pomoc. W wielu przypadkach nowe technologie ułatwiają pacjentom utrzymanie reżimu lekowego, a lekarzom monitorowanie przyjmowania leków przez ich pacjentów (np. zakażeni HIV i chorzy na TB). Wykorzystanie nowych technologii ułatwia zbieranie i analizowanie informacji na temat osób zakażonych i ich leczenia. Rosnący rynek telefonów komórkowych oraz dostęp do internetu i mediów społecznościowych zwiększa dostępność informacji na temat testowania w kierunku HIV i STIs oraz skutecznych metod profilaktyki. Wiele osób wykorzystuje nowe technologie informatyczne do zamawiania testów oraz do otrzymywania rezultatu za pomocą e-maila czy SMS.

ECDC w wydanym raporcie na temat możliwości wykorzystania mediów społecznościowych do zapobiegania HIV i STIs prezentuje możliwości, jakie daje Facebook, Twitter, Google Ads, YouTube czy portale randkowe, do ogniskowania informacji adresowanej do osób z populacji, w których występuje wysokie ryzyko zakażenia HIV, HCV, STIs, TB, np. do populacji MSM, IDU czy do osób pochodzących spoza państw UE/EOG.

## WNIOSKI

- Z punktu widzenia zdrowia publicznego bardzo duże znaczenie ma nie tylko wczesna diagnostyka oraz objęcie leczeniem osoby zakażonej, ale również odpowiednio wczesna identyfikacja podejrzenia o zakażeniu. W sytuacji, gdy do zakażenia HIV, STIs, HCV, HBV dochodzi w podobny lub identyczny sposób, gdy zakażeniom tym sprzyjają podobne lub identyczne czynniki ryzyka i dotyczą one tych samych grup/populacji osób, diagnostyka tylko jednego zakażenia (z pominięciem innych), zwłaszcza u osób z populacji kluczowych, pozbawia te osoby możliwości wczesnego wykrycia zakażeń, ich profilaktyki i leczenia na wczesnym etapie. Uruchamia się także łańcuch zakażeń poziomych, co może skutkować wybuchem nowego ogniska chorobowego.
- Europejskie instytucje zdrowia publicznego dysponują wiedzą, dobrymi praktykami i narzędziami do prowadzenia skutecznej walki nie tylko z HIV, ale także z innymi STIs oraz HCV i HBV – włączając w to nowe media. W Europie zgromadzono duże zasoby wiedzy i dobrych praktyk będących dorobkiem europejskich programów na rzecz zapobiegania i leczenia HIV/AIDS, które mogą być wykorzystane także w przypadku innych STIs oraz HCV i HBV. Integracja działań jest w pełni uzasadniona pod względem medycznym oraz z punktu widzenia przyszłych kosztów dla systemu ochrony zdrowia (synergia działań).
- Większość państw EU/EOG nie dysponuje dostatecznymi danymi na temat tego, w jakim stopniu ich strategia i praktyki prowadzone w zakresie testowania przynoszą efekty w identyfikowaniu osób niezdiagnozowanych oraz w jakim stopniu zdiagnozowani pacjenci są powiązani z systemem ochrony zdrowia (*linkage to care*). Jest to obszar zdecydowanie wymagający nakładu działań i poprawy.
- Kluczową rolę w skutecznym przeciwdziałaniu HIV, STIs, HCV i HBV odgrywa na poziomie poszczególnych państw wzajemna komunikacja i dobra współpraca wszystkich zaangażowanych podmiotów, w tym rządu, instytutów zdrowia publicznego, służb medycznych i sanitarnych, jak również organizacji pozarządowych prowadzących (w zależności od państwa) działania profilaktyczne, lecznicze i edukacyjne na poziomie społeczności lokalnych. Wysoka jakość współpracy wszystkich zaangażowanych podmiotów zwiększa prawdopodobieństwo spełnienia potrzeb danej społeczności/populacji i skutecznego rozwiązywania jej problemów.

- Wraz z otwarciem granic w ramach państw UE/EOG oraz swobodnym przemieszczaniem się ludności wzrasta ryzyko przenoszenia się bakterii i wirusów powodujących STIs i w konsekwencji ryzyko wzrostu liczby zakażeń. Dobrym przykładem jest tu Europa Wschodnia i Azja Centralna, gdzie w ostatnich latach wzrosła liczba zakażeń HIV, co jest trendem przeciwnym do światowego (ogólny spadek liczby nowych zakażeń HIV). Jednocześnie na poziomie poszczególnych państw UE/EOG spadają nakłady finansowe na profilaktykę i brakuje specjalistów zajmujących się HIV i STIs. W tym kontekście ważne jest utrzymywanie ścisłej współpracy i korzystanie (pomimo barier) z wypracowanych na poziomie UE/EOG skutecznych metod przeciwdziałania zakażeniom.

- Wzrost liczby zakażeń HIV i STIs jest także związany z niskim poziomem wiedzy społeczeństwa (w tym lekarzy) nt. tych zakażeń oraz metod zapobiegania. Jednym z głównych zadań edukacji zdrowotnej jest przekaz wiedzy i uczenie umiejętności zdrowotnych pozwalających skutecznie zapobiegać zakażeniom. Jest to ogromne wyzwanie dla europejskich decydentów i krajowych instytucji zdrowia, wymagające przejścia od komunikacji prostej, opartej na jednostronnym modelu nadawca – odbiorca, do komunikacji złożonej, zakładającej m.in. wychodzenie daleko poza aspekty czysto medyczne w stronę dziedzin badających mechanizmy komunikacji, przetwarzania informacji i grupowe podejmowanie decyzji.

- W założeniu najlepsze praktyki to takie, które pacjentom przynoszą wymierne i pozytywne rezultaty, są działaniami trwałymi i powtarzalnymi oraz możliwymi do zastosowania w podobnych warunkach w różnych państwach. Ze względu na zróżnicowanie państw UE/EOG pod względem rozwoju systemów ochrony zdrowia, poziomu wiedzy obywateli na temat STIs, w tym HIV, HCV i HBV, uwarunkowań politycznych, społecznych i kulturowych oraz ich potrzeb, praktyki te trudno jest przenosić w skali 1 do 1. Niestety w wielu państwach działań nie prowadzi się w sposób trwały i zrównoważony. Wiele z nich ma charakter krótkotrwały, „jednorazowy”, związany z realizacją konkretnego programu / projektu / pilotażu, który szybko się zaczyna i równie szybko kończy.

## **REKOMENDACJE**

- Działania na rzecz zintegrowanego przeciwdziałania HIV, STIs, HCV i HBV powinny być kontynuowane ze względu na liczne podobieństwa dotyczące ww. zakażeń wspomniane we wnioskach do niniejszego rozdziału. Skala potencjalnych zagrożeń spowodowanych HIV, STIs, HCV i HBV stanowi wystarczające uzasadnienie konieczności zorganizowanego wysiłku państwa na rzecz ich identyfikacji i zwalczania, niezależnie od dróg szerzenia się.

- Krajowe instytucje zdrowia współpracujące z organizacjami pozarządowymi powinny dostrzegać realne korzyści płynące z lokalnej działalności organizacji

pozarządowych w kontekście walki z HIV, STIs, HCV i HBV oraz brać pod uwagę koszt (w tym koszt utraconych możliwości) ograniczania lub zaniechania takiej współpracy w kontekście zdrowia publicznego danego państwa.

- Polskie instytucje (w tym Krajowe Centrum ds. AIDS) są od samego początku aktywnym uczestnikiem programów UE na rzecz zdrowia (w tym projektów takich jak *COBATEST*, *HA-REACT* czy *INTEGRATE*), co daje możliwość nie tylko dzielenia się najlepszymi krajowymi praktykami z zakresu zapobiegania i kontroli chorób zakaźnych, w tym HIV/AIDS, STIs, HCV, HBV i TB, ale także umożliwia wdrażanie w Polsce najlepszych praktyk z państw UE/EOG. W tym kontekście ważny jest dalszy udział naszego kraju w wieloletnich programach zdrowia UE współfinansowanych przez Komisję Europejską i wspieranych przez WHO i ECDC.

Projekt **INTEGRATE** działa w ramach Trzeciego Programu Działań UE w Dziedzinie Zdrowia na lata 2014–2020 promującego zdrowie w Europie poprzez zachęcanie państw członkowskich do podejmowania współpracy w celu ulepszania polityki zdrowotnej z korzyścią dla obywateli. W ramach **INTEGRATE** Krajowe Centrum ds. AIDS wraz z 28 innymi instytucjami oraz organizacjami z Serbii oraz z 15 państw UE (Chorwacja, Dania, Estonia, Grecja, Węgry, Irlandia, Włochy, Litwa, Malta, Rumunia, Słowacja, Słowenia, Hiszpania, Wielka Brytania) uczestniczą we wspólnej pracy prowadzonej na rzecz integrowania strategii z zakresu profilaktyki, testowania i leczenia HIV, WZW, gruźlicy oraz zakażeń przenoszonych drogą płciową (ang. ***Joint Action on integrating prevention, testing and link to care strategies across HIV, viral hepatitis, TB and STIs in Europe – INTEGRATE***). Pod uwagę bierze się te cztery jednostki chorobowe z uwagi na podobną drogę transmisji, a w przypadku gruźlicy z uwagi na koinfekcyjność i częste jej występowanie wśród populacji kluczowych. Projekt **INTEGRATE** jest pochodną projektów wcześniejszych, takich jak: *COBATEST*, *Quality Action*, *OptTEST*, *Euro*, *HA-REACT*, *HEPCARE*.

Prowadzenie działań w ramach projektu zostało zaplanowane na lata 2017–2020. Ze względu na pandemię COVID-19 działania przedłużono do 2021 r.

Celem głównym projektu **INTEGRATE** jest zwiększenie liczby wczesnych diagnoz HIV / WZW / gruźlicy / zakażeń przenoszonych drogą płciową oraz objęcie pacjentów działaniami profilaktycznymi, leczniczymi i opiekuńczymi, ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów wywodzących się z populacji kluczowych o utrudnionym dostępie do świadczeń służby zdrowia. W ramach projektu **INTEGRATE** ocenie zostaną poddane narzędzia stosowane przy diagnostyce jednej jednostki chorobowej (HIV) oraz włączaniu pacjentów zakażonych HIV do systemu służby zdrowia. Narzędzia i strategie opracowane dla przeciwdziałania HIV mogą sprawdzić się także w przypadku innych jednostek chorobowych, jak wirusowe zapalenie wątroby, gruźlica, inne zakażenia przenoszone drogą płciową.

## **Bibliografia**

- [1] European Centre for Disease Prevention and Control, *Public health guidance on HIV, hepatitis B and C testing in the EU/EEA*, Stockholm 2018.
- [2] UN, *Political declaration on HIV and AIDS: on the fast track to accelerating the fight against HIV and to ending the AIDS epidemic by 2030. Resolution 70/266*, New York 2016.
- [3] World Health Organization, *Global health sector strategy on HIV, 2016–2021*, Geneva 2016.
- [4] WHO, *Global health sector strategy on viral hepatitis 2016–2021*, Geneva 2016.
- [5] ECDC, WHO Regional Office for Europe, *HIV/AIDS surveillance in Europe 2018–2017 data*, Copenhagen 2018.
- [6] ECDC, WHO Regional Office for Europe, *HIV/AIDS surveillance in Europe 2019–2018 data*, Copenhagen 2019.
- [7] WHO, *Action plan for the health sector response to HIV in the WHO European Region*, Copenhagen 2017.
- [8] WHO, *Action plan for the health sector response to viral hepatitis in the WHO European region*, Copenhagen 2017.
- [9] WHO Europe, *Action plan for the health sector response to viral hepatitis in the WHO European Region*, Copenhagen 2016.
- [10] ECDC Special Report: *The status of the HIV response in the European Union/European Economic Area*, Dublin Declaration Report, 2016.
- [11] UNAIDS, *Global AIDS monitoring 2018—indicators for monitoring the 2016 United Nations political declaration on ending AIDS. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*, 2017.
- [12] UNAIDS, *Ending AIDS: progress towards the 90–90–90 targets. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*, 2017.
- [13] WHO, *Consolidated guidelines on HIV testing services*, Geneva 2015.
- [14] WHO, *Compendium of good practices in the health sector response to HIV in the WHO European Region*, 2018.
- [15] *Comparative study of national HIV-testing strategies in seven European Countries*, Bern 2018.
- [16] *HIV outbreak among injecting drug users in Greece – An updated report to the EMCDDA*, 2012.
- [17] ECDC, *Annual epidemiological report for 2017*, Stockholm 2019.
- [18] ECDC, *Public health benefits of partner notification for sexually transmitted infections and HIV*, Stockholm 2013.
- [19] WHO, *Guidelines on HIV Self-Testing and Partner Notification: supplement to consolidated guidelines on HIV testing services*, Geneva 2016.
- [20] HIV in Europe, *HIV Indicator Conditions: guidance for implementing HIV testing in adults in healthcare settings*, Copenhagen 2019.
- [21] ECDC, *Effective use of digital platforms for HIV prevention among men who have sex with men in the European Union/European Economic Area*, Stockholm 2017.

## 11. ANALIZA SYTUACJI PRAWNEJ, BARIERY W INTEGRACJI ŚWIADCZEŃ

### **Streszczenie**

W rozdziale przedstawiono regulacje prawne istotne z punktu widzenia diagnostyki i terapii chorób przenoszonych drogą płciową. Schorzenia takie są niebezpieczne nie tylko dla samego chorego, ale również dla innych osób. Toteż mimo że podjęcie czynności medycznych wobec takich pacjentów wymaga generalnie ich skutecznej prawnie zgody, to w prawie przewiduje się możliwość działań przymusowych. W pierwszej części opracowania przedstawiono więc przesłanki zgody na zabieg medyczny, z zaakcentowaniem tych jej elementów skuteczności, które są kluczowe w przypadku omawianych chorób. Podkreślono więc wymóg szczegółowości zgody, istotny w przypadku wykonywania badań diagnostycznych z wykorzystaniem pobranego materiału biologicznego. Z przesłanką tą koreluje również obowiązek informacyjny ciążyący na pracowniku medycznym. W rozdziale zaprezentowano więc jego najważniejsze elementy. W dalszej zaś części omówiono wypadki i przesłanki stosowania przymusu leczniczego.

Osoby cierpiące na choroby przenoszone drogą kontaktów seksualnych mogą być postrzegane w społeczeństwie negatywnie i spotykać się z niechęcią oraz ostracyzmem. Fundamentalne znaczenie ma więc zachowanie tajemnicy medycznej. W rozdziale przedstawiono jej konstrukcję, ze szczególnym uwzględnieniem sfery przedmiotowej oraz dyspens od jej zachowania, które mogą mieć zastosowanie w przypadku omawianych chorób.

Analizy te zostały uwieńczone oceną regulacji pod kątem jej spójności systemowej oraz ochrony praw pacjenta cierpiącego na wspomniane choroby, a także postulatami odpowiednich zmian w przepisach.

### **WSTĘP**

Mimo postępów medycyny nadal istnieją choroby zakaźne, które mogą zagrozić całej ludzkiej populacji. W grupie tej mieszczą się również choroby przenoszone drogą płciową. Wykazują się one pewną specyfiką, gdyż w społeczeństwach tacy pacjenci mogą być postrzegani negatywnie, jako zagrożenie, a nawet spotkać się z wrogością. Zjawisko takie było (i jest) obserwowane np. w przypadku HIV/AIDS. Przepisy medyczno-prawne powinny być zatem tak skonstruowane, by z jednej strony, zostało zrealizowane prawo pacjenta do uzyskania adekwatnej pomocy medycznej, z drugiej zaś, powinny chronić prywatność i intymność chorego. Istotne jest jednak także dobro ogółu. Ustawodawca musi zatem przewidzieć mechanizmy pozwalające na ingerowanie w wolność pacjenta w celu ochrony społeczeństwa przed szerzeniem się takich chorób. Jako zasada nadal musi pozostać dobrowolność leczenia oparta na uświadomionej i szczegółowej zgodzie. Wszelkie wyjątki od tej reguły mogą być wprowadzone z poszanowaniem zasady proporcjonalności

proklamowanej w art. 31 ust. 3 Konstytucji RP. Wymagają więc formy ustawy i muszą być silnie uzasadnione ochroną dóbr osób trzecich. W przypadku chorób przenoszonych drogą płciową (zwłaszcza odbieranych w społeczeństwie jako stygmatyzujące i „wstydlive”) kluczowe jest przestrzeganie warunków prawnie relewantnej aprobaty, a zwłaszcza jej szczegółowość, z którą łączy się dokładne poinformowanie chorego o zakresie badań diagnostycznych, które będą wykonane, zwłaszcza na pobranym od niego materiale biologicznym. Nie jest zatem dopuszczalne wykonywanie testów bez wiedzy pacjenta. Niestety polskie prawo wyraźnie tej kwestii nie reguluje, a warunek uszczegóławiania zgody jest jedynie akcentowany w doktrynie.

W kontekście przymusu leczenia należy zwrócić uwagę na konieczność precyzyjnego określenia przesłanek i trybu jego stosowania. Mimo że aktualnie istnieją ustawowe podstawy użycia środków przymusu, to regulacja ta jest niekompletna (brakuje np. odpowiednich aktów wykonawczych określających katalog chorób uzasadniających przedsięwzięcie takich środków), a przyjęte postępowania w małym stopniu chronią prawa pacjenta. Konieczna jest więc rewizja istniejącej regulacji w kierunku wprowadzenia mechanizmów kontrolnych i precyzyjniejszego unormowania form przymusu.

Jak wspomniano, choroby przenoszone drogą płciową mogą być stygmatyzujące dla pacjenta. Toteż kluczowe znaczenie ma poszanowanie jego prawa do intymności, które jest ucieleśnione w prawie do zachowania tajemnicy medycznej. Mimo że polskie prawo w sposób szeroki reguluje tę materię oraz unormowania te posiadają bogate piśmiennictwo i orzecznictwo, nie są doskonałe. Po pierwsze, widoczne są rozbieżności w poszczególnych ustawach, w których zdefiniowano wyjątki od dyskrekcji medycznej (tzw. dyspensy). Niespójności te są szczególnie wyraźne w przypadku regulacji zawartej w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Ponadto sama konstrukcja dyspens rodzi wątpliwości interpretacyjne, które mogą doprowadzić do rozszerzającego stosowania tych wyjątków. To zaś nie tylko byłoby sprzeczne z formalnym nakazem poszanowania prywatności, proklamowanym konstytucyjnie, ale również niosłoby ze sobą poważne uciążliwości dla pacjenta. Potęgowałyby się one w przypadku omawianych chorób i ich „stygmatyzującego” wydźwięku. Wydaje się więc, że i w tym zakresie konieczna jest ingerencja ustawodawcy i odpowiednia modyfikacja wspomnianych przepisów. Ich przybliżenie oraz proponowany kierunek zmian został przedstawiony w niniejszym rozdziale. Być może jego treść przyczyni się do pewnej refleksji prawodawczej oraz pozwoli wypracować, w szczególności w środowisku medycznym, jeszcze wyraźniejszą praktykę zorientowaną na poszanowanie praw i dóbr takich pacjentów.

## **PRZEPROWADZANIE ZABIEGU ZA ZGODĄ PACJENTA**

### ***Wymóg prawnie relewantnej zgody***

Wykrywanie i leczenie chorób przenoszonych drogą płciową zalicza się do tzw. świadczeń zdrowotnych. We współczesnym polskim prawie medycznym przyjmuje się, że



fundamentalnym warunkiem ich legalności i dopuszczalności jest uzyskanie na takie zabiegi zgody pacjenta (lub innej osoby wyrażającej wolę w jego imieniu). Wykonanie procedury medycznej bez takiej aprobaty może prowadzić do wielopłaszczyznowej odpowiedzialności pracownika medycznego (cywilnej<sup>1</sup>, zawodowej, a nawet karnej – art. 192 § 1 Kodeksu karnego, zwanego dalej „K.k.”<sup>2</sup>). Ponadto w najnowszym orzecznictwie akcentuje się jeszcze jedną funkcję zgody – akceptowanie przez pacjenta ryzyka czynności medycznej, a tym samym wyłączenie odpowiedzialności osób udzielających świadczenie zdrowotne w sytuacji urzeczywistnienia się tego ryzyka<sup>3</sup>.

W przypadku chorób zakaźnych przenoszonych drogą płciową istotne jest ich zdiagnozowanie, co następuje najczęściej za pomocą odpowiednich testów. Mogą odbyć się za zgodą pacjenta albo obowiązkowo (przymusowo). W tym pierwszym przypadku można też odróżnić wykonanie takich badań na zlecenie lekarza wydane w związku z podejrzeniem choroby bądź dla ustalenia stanu danej osoby w celu ochrony innych osób (np. personelu medycznego), a także w celach naukowych. Odrębnie należy potraktować wykonanie badań na żądanie zainteresowanego bez skierowania lekarza.

Warto jednak podkreślić, że aprobatą nie jest tylko aktem formalnym ograniczającym się do podpisania stosownego druku. Muszą zostać spełnione określone przesłanki jej skuteczności. Po pierwsze, musi pochodzić od uprawnionego podmiotu. Po drugie, musi być uświadomiona (z czym koreluje obowiązek informacyjny spoczywający na pracowniku medycznym), wyrażona dobrowolnie i dostatecznie szczegółowa. Niekiedy przepisy wymagają też odpowiedniej formy oświadczenia (pisemnej).

W kontekście omawianych badań kluczowy jest warunek **szczegółowości zgody**. Przesłanka ta zostanie spełniona, gdy oświadczenie decydenta obejmie wykonanie danego, konkretnego zabiegu. W przypadku testów w kierunku chorób zakaźnych powstaje pytanie o możliwość ich przeprowadzenia bez wiedzy, a tym samym skutecznej prawnie zgody pacjenta. W szczególności, czy dopuszczalne jest ich przeprowadzenie w oparciu o aprobatę wykonania badań krwi bez bliższego wskazania ich kierunku. W aktualnej literaturze

---

<sup>1</sup> W judykaturze podnosi się, że odpowiedzialność taka może powstać nawet wówczas, gdy zabieg był wykonany poprawnie w sensie medycznym (*lege artis*). Zob.: wyrok SA we Wrocławiu, z dnia 11 października 2013 r. (sygn. Akt: i ACa 898/13, LEX nr 1416532).

<sup>2</sup> W myśl art. 192 § 1 K.k. grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2 podlega, kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta. Ściganie tego występku następuje na wniosek pokrzywdzonego.

<sup>3</sup> Zapatrywania takie są prezentowane w orzecznictwie sądowym. Egzemplifikując, można przywołać wyrok SA w Szczecinie z dnia 11 maja 2017 r. (sygn. Akt: i Aca 560/15, LEX nr 2376937), w którym Sąd wskazał, że „lekarz nie ponosi odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia, ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka, które to zjawisko pozostaje w nieodłącznym związku z określeniem podstaw odpowiedzialności. Zauważyć bowiem należy, że nawet przy postępowaniu zgodnym z aktualną wiedzą medyczną i przy zachowaniu należytej staranności nie da się wykluczyć ryzyka powstania szkody. Pojęciem dozwolonego ryzyka jest objęte także niepowodzenie medyczne. Zasadniczo, pacjent poinformowany o istniejącym ryzyku, wyrażając zgodę na zabieg przyjmuje je na siebie”. Zob. także: wyrok SA w Katowicach z dnia 18 stycznia 2017 r. (sygn. Akt: V Aca 146/16, LEX nr 2233014).

wyjaśnia się, że nie należy jednakowo traktować rozpoznawania jakiejkolwiek choroby i zakażenia HIV. To ostatnie ma bowiem pewne szczególne konotacje społeczne i jego stwierdzenie może powodować swoistą stygmatyzację pacjenta. Należy zatem każdorazowo uzyskiwać zgodę na przeprowadzenie takich testów [1]. Rozwiązania takie można spotkać tak w regulacjach międzynarodowych [2], jak i w orzecznictwie sądów europejskich<sup>1</sup>.

Zagadnienie to jest jednak bardziej złożone. Można bowiem wskazać kilka przypadków, w których stopień uszczegółowienia zgody, będący pochodną otrzymanych przez pacjenta informacji medycznych, będzie mniejszy.

- 1) Trzeba odróżnić wstępną diagnostykę od badań, które mają zweryfikować przyjętą hipotezę dotyczącą rozpoznania choroby. W odniesieniu do wstępnej diagnostyki może powstać trudność w dokładnym zdefiniowaniu zakresu takich badań. Pracownik medyczny na początku nie wie, co pacjentowi dolega; wiedzę taką może pozyskać dopiero w wyniku przeprowadzenia badań. Musi zatem niekiedy wykonać testy wielorodne, w szerokim spektrum. W takim przypadku powinien przekazać pacjentowi swe wątpliwości diagnostyczne i uzyskać od niego zgodę na szerszy panel badań. Jeśli natomiast postawił już wstępną hipotezę i jedynie chce ją sprawdzić, powinien ograniczyć się do niezbędnej diagnostyki zmierzającej do potwierdzenia jego przypuszczeń. W takim też obszarze powinien poinformować pacjenta i uzyskać jego aprobatę. Nie może natomiast wykorzystywać pobranego materiału biologicznego do innych celów, nieobjętych świadomością i wolą chorego, np. do badań eksperymentalnych, pracy naukowej itp. [4; 5].
- 2) Dopuszczalne jest wykonanie testu bez szczegółowego informowania o jego kierunku, jeśli wystąpi przypadek tzw. zgody dorozumiałej. Ma ona miejsce, gdy pacjent zgłosi się do pracownika medycznego (głównie lekarza) z dolegliwościami, które są charakterystyczne dla choroby zakaźnej, i prosi o wykonanie stosownych badań niezbędnych do postawienia diagnozy. Można wówczas założyć, że obejmuje swą świadomością i wolą szerszy panel badań, ale ukierunkowanych na rozpoznanie choroby, na którą cierpi. Zgoda dorozumiała może być też zastosowana w przypadku, gdy pacjent zwraca się do pracownika medycznego z prośbą o wykonanie kompleksowych badań w celach profilaktycznych, a jednocześnie nie wyklucza przeprowadzenia testów w kierunku określonych chorób zakaźnych. Konstrukcja ta może być podstawą działań również wobec krwiodawców [6].
- 3) Przeprowadzenie badań jest dopuszczalne za tzw. zgodą domniemaną, która została uregulowana w art. 33, 34 ust. 7 i 8 oraz w art. 35 UZL. Warunkiem skorzystania z niej jest jednak – ogólnie ujmując – brak formalnej lub faktycznej

---

<sup>1</sup> Przykładem tego ostatniego może być orzeczenie Cour de Paris z dnia 22 lutego 1992 r. Sąd uznał w nim, że pacjentowi przysługuje odszkodowanie za szkodę moralną, jakiej doznał na skutek wykonania badania na obecność HIV, na które nie wyrażał zgody. Za [3].

kompetencji do zajęcia stanowiska przez pacjenta (np. chory jest nieprzytomny) oraz nagłość sytuacji wynikająca z pilnej potrzeby zażegnania niebezpieczeństwa dla jego życia lub zdrowia [7].

Generalnie jednak nie jest dozwolone wykonywanie omawianych badań bez wiedzy chorego albo wręcz po wprowadzeniu go w błąd. Nie będzie wówczas usprawiedliwieniem powołanie się na konstrukcję stanu wyższej konieczności. Kontratyp ten znajduje zastosowanie jedynie wówczas, gdy istnieje bezpośrednio niebezpieczeństwo dla danego dobra, którego nie można zażegnać inaczej, niż przez poświęcenie innego dobra mającego niższą wartość społeczną od dobra ratowanego. W omawianej sytuacji warunki te nie są spełnione (w szczególności tzw. zasada subsydiarności).

Analizując obecną regulację medyczno-prawną, można postulować ewentualne uzupełnienie przepisów dotyczących zgody na zabieg medyczny o wspomniany warunek. Posunięcie takie miałoby zresztą bardziej uniwersalne znaczenie i unaocznilo osobom wykonującym zawód medyczny wymogi w tym względzie.

Tym bardziej rozwiązanie takie powinno znaleźć zastosowanie, jeśli badania w kierunku choroby zakaźnej są przeprowadzane w celu nieterapeutycznym, np. naukowym. Zgoda pacjenta jest wówczas fundamentem legalności takich prac.

W kontekście dobrowolnego poddania się czynnościom diagnostycznym warto wspomnieć o formie zgody. Przepisy medyczno-prawne uzależniają wymogi w tym obszarze od rodzaju zabiegu. Forma pisemna jest niezbędna w przypadku zabiegów operacyjnych oraz metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta (art. 18 ust. 1 UPP, art. 34 ust. 1 UZL). Przepisy nie definiują jednak tych pojęć ani nie wymieniają rodzajów interwencji medycznych, które należą do podanych grup. Ustalenie, czy dana interwencja medyczna posiada taki status, musi być dokonane *in concreto*. Ocena powinna przebiegać dwuetapowo. W pierwszej fazie można posłużyć się pewnymi ogólnymi wytycznymi i danymi statystycznymi, które dotyczą generalnie danej kategorii zabiegów. *Eo ipso* takie czynności mogą indukować podwyższone ryzyko. W drugiej fazie należy rozważyć stopień zagrożenia dotyczący danego pacjenta i planowanych u niego czynności. W doktrynie wyjaśnia się, że trzeba wziąć pod uwagę uwarunkowania leżące zarówno po stronie chorego (np. jego ogólna kondycja fizyczna, stan zdrowia, skojarzone schorzenia), jak i po stronie lekarza (np. wyposażenie placówki, doświadczenie kadry medycznej itp.) [8; 9]. Jeśli zaś istnieją wątpliwości, do której z grup zakwalifikować dany zabieg, warto przyjąć, że stanowi on czynność o podwyższonym ryzyku, i zachować formę pisemną zgody. W przypadku testów w kierunku chorób zakaźnych wykonywanych na podstawie badań krwi wydaje się, że względu na ich stosunkowo małą inwazyjność, że wystarczająca jest forma ustna zgody lub konkludentne wyrażenie woli (przez sam fakt umożliwienia wykonania badania). Można jednak spotkać opinię, że z powodu przerwania ciągłości tkanek oraz możliwość różnych negatywnych skutków ujemnych dla zdrowia pacjenta pożądane jest zachowanie formy pisemnej. Będzie ona mogła wówczas lepiej spełniać funkcję dowodową.

Zarówno na gruncie prawa cywilnego, jak i karnego forma zgody nie jest warunkiem legalności zabiegu, gdyż nie decyduje o skuteczności aprobaty. Nie zmienia to jednak faktu, że pożądane jest spełnienie tego wymogu. Po pierwsze bowiem, to na pracowniku medycznym ciąży obowiązek udowodnienia, że uzyskał zgodę na leczenie. W wypadku braku oświadczenia na piśmie mogą więc powstać istotne trudności dowodowe (które potęgują się wskutek podanych ograniczeń dowodowych w postępowaniu cywilnym). Po drugie, warto też przypomnieć, że w myśl § 8 ust. 1 pkt 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. W sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. poz. 666) należy udokumentować (za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta bądź w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej) oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych. Uchybienia w tym zakresie mogą uzasadniać odpowiedzialność dyscyplinarną (w tym pracowniczą) oraz stanowić podstawę ukarania przez NFZ (jeśli świadczenia zdrowotne są finansowane ze środków publicznych)<sup>1</sup>.

#### **PRZYMUSOWE PRZEPROWADZENIE BADAŃ I INNYCH CZYNNOŚCI MEDYCZNYCH ZWIĄZANYCH Z CHOROBIAMI ZAKAŹNYMI**

##### ***Uwagi wprowadzające***

Przeprowadzenie czynności diagnostyczno-terapeutycznych związanych z chorobami zakaźnymi może być obowiązkowe (są one wykonywane wówczas bez zgody, a nawet wbrew woli pacjenta, mogą też być w skrajnym przypadku wyegzekwowane przy pomocy zastosowania przymusu bezpośredniego). Podstawy takich działań i stosowane wówczas procedury są określone aktualnie w ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz w aktach wykonawczych wydanych z jej upoważnienia. Generalnie zakres obowiązków związanych z profilaktyką i leczeniem chorób zakaźnych został wskazany w art. 5 UChZ. W kontekście chorób zakaźnych będących przedmiotem niniejszego opracowania należy zwrócić uwagę na obowiązek poddania się badaniom sanitarno-epidemiologicznym oraz leczenia, w tym hospitalizacji.

##### ***Obowiązkowe badania sanitarno-epidemiologiczne***

Pojęcie badań sanitarno-epidemiologicznych zostało zdefiniowane w art. 2 pkt. 1 UChZ. Rozumie się przez nie badanie, w którego skład wchodzi badanie lekarskie, badania laboratoryjne oraz dodatkowe badania i konsultacje specjalistyczne wykonywane w ramach nadzoru epidemiologicznego w celu wykrycia biologicznych czynników chorobotwórczych lub potwierdzenia rozpoznania choroby zakaźnej. Zakres podmiotowy obowiązku poddania

---

<sup>1</sup> Zgodnie z § 30 ust. 1 pkt 3 lit. d załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. W sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.) NFZ może nałożyć karę umowną w wysokości do 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie, w wypadku prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób naruszający przepisy prawa, a więc również w zakresie zamieszczania w niej wspomnianego oświadczenia o wyrażeniu zgody na zabieg.

się tym badaniom został wskazany w art. 6 UChZ. Są nimi objęci m.in. podejrzani o zakażenie lub chorobę zakaźną, a także nosiciele, ozdrowieńcy oraz osoby, które były narażone na zakażenie przez styczność z osobami zakażonymi czy chorymi lub materiałem zakaźnym. Na badania osoby te są kierowane przez właściwego dla ich miejsca pobytu państwowego powiatowego inspektora sanitarnego. Obowiązek poddania się takim badaniom ciąży także na osobach podejmujących lub wykonujących prace, przy których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia lub choroby zakaźnej na inne osoby. Są one kierowane na badania przez ich pracodawcę albo zlecającego wykonanie prac.

Omawiana powinność może być też nałożona w drodze decyzji wydanej przez państwowego powiatowego inspektora sanitarnego lub państwowego granicznego inspektora sanitarnego. Jest ona wydawana wobec osoby zakażonej lub chorej na chorobę zakaźną, osoby podejrzanej o zakażenie lub chorobę zakaźną lub osoby, która miała styczność ze źródłem biologicznego czynnika chorobotwórczego. Decyzji tej nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności. Oznacza to, że jest ona wykonywana przed upływem okresu, w którym mogą być wniesione przez stronę środki odwoławcze. Ustawa nie przewiduje jednak – co do zasady (wyjątek wynika z art. 36 UChZ, o czym będzie mowa w dalszej części opracowania) – możliwości użycia wobec adresata decyzji, który się do niej nie zastosuje, przymusu bezpośredniego. Osoba, która nie poddaje się nakazanym badaniom, nie może być przymusowo na nie doprowadzona ani też test nie może być wykonany w przypadku faktycznego jej oporu. Rozwiązania te wydają się właściwe w kontekście możliwości naruszenia praw obywatelskich, a zwłaszcza ochrony wolności i prawa do samostanowienia w zakresie poddania się czynnościom medycznym. Uwzględniają jednak też potrzebę zabezpieczenia zdrowia innych osób. Pewne wątpliwości i zastrzeżenia można mieć w zakresie braku wykazu chorób, których wystąpienie pozwalałoby na zobowiązanie osoby do poddania się omawianym badaniom (wykaz takich chorób został określony odnośnie do innych przypadków obowiązkowych czynności medycznych, np. hospitalizacji). W myśl art. 10 ust. 2 pkt 1 UChZ wyliczenie takie powinno zostać zawarte w akcie wykonawczym – rozporządzeniu ministra właściwego ds. zdrowia. Akt taki nie został jednak wydany. Jego brak należy zatem uznać za istotne zaniedbanie (tym bardziej, że w przepisach miał być określony szereg innych kwestii, np. rodzaje obowiązkowych badań sanitarno-epidemiologicznych oraz terminy ich przeprowadzania, a także zasady ich dokumentowania)<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Unormowanie takie było uprzednio zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2006 r. W sprawie badań do celów sanitarno-epidemiologicznych (Dz. U. Nr 25, poz. 191). Akt ten stracił jednak moc z dniem 2 stycznia 2012 r. W § 1 stanowił on, że badania do celów sanitarno-epidemiologicznych były przeprowadzane w celu identyfikacji zakażenia prątkami gruźlicy oraz zakażenia pałeczkami duru brzuszego, durów rzekomych A, B i C, innymi pałeczkami z rodzaju *Salmonella* i *Shigella* oraz innymi czynnikami chorobotwórczymi, które wywołują stany chorobowe wykluczające wykonywanie prac, przy wykonywaniu których jest możliwe przeniesienie zakażenia na inne osoby.

### ***Przymusowa hospitalizacja i leczenie ambulatoryjne***

Oprócz działań profilaktycznych ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi przewiduje rozwiązania stosowane wobec osób, które są zakażone lub chore na chorobę zakaźną. Obejmują one przymusową hospitalizację albo leczenie ambulatoryjne.

Pierwotnie wykaz chorób uzasadniających poddanie się przymusowej hospitalizacji był ujęty w art. 34 ust. 1 UChZ. W wyniku jej nowelizacji dokonanej z dniem 8 marca 2020 r.<sup>1</sup> usunięto jednak to wyliczenie. Obecnie znajduje się ono w akcie wykonawczym, tj. w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 7 marca 2020 r. W sprawie wykazu chorób powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji (Dz.U. poz. 375, z późn. zm.). Posunięcie takie z punktu widzenia praw i wolności obywatelskich nie jest korzystne. Podstawy ograniczenia tych swobód powinny być bowiem wskazane precyzyjnie w ustawie (w myśl art. 31 ust. 3 Konstytucji RP). Tym niemniej można zrozumieć takie rozwiązanie. Zmiana ustawy jest bowiem rozbudowanym procesem, który może być zbyt długotrwały w stosunku do potrzeb epidemicznych. Wystąpienie określonych, poważnych zagrożeń wynikających z szerzenia się niespotykanej dotąd choroby może wymagać szybkich decyzji prawodawczych. Zamieszczenie wykazu w akcie podustawowym pozwala zaś na taką adekwatną reakcję.

Pośród chorób wymienionych w tym rozporządzeniu nie ma HIV/AIDS, WZW i ZPDP. Można zatem przyjąć, że ich leczenie przebiega ambulatoryjnie. Wobec chorych na kiłę i rzeżączkę jest ono obowiązkowe (art. 40 UChZ). W ustawie nie przewidziano sankcji za niepoddanie się takiemu leczeniu, ale jeśli osoba obowiązana uchyla się od niego, lekarz prowadzący leczenie niezwłocznie powiadamia o tym fakcie państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego dla miejsca udzielania świadczenia zdrowotnego. Zawiadomienie to powinno zainicjować odpowiednią procedurę administracyjną, która może być uwieńczona zastosowaniem wobec zobowiązanego środków egzekucyjnych w postaci grzywny. Jest to jednak tylko przymus pośredni.

W świetle standardów międzynarodowych ukierunkowanych na ochronę praw pacjenta należy uznać, że przedstawione rozwiązania, ograniczające się do przymusu pośredniego, są właściwe. Stosowanie izolacji bądź przymusowej hospitalizacji byłoby bowiem nieadekwatne do stopnia zagrożenia zakażeniem omawianymi chorobami, a tym samym niebezpieczeństwa, które osoby chore stwarzają dla swego otoczenia. Ponadto rozwiązania takie mogłyby być sprzeczne z zasadą proporcjonalności proklamowaną w art. 31 ust. 3 Konstytucji RP. Poza tym rygor taki mógłby przynieść efekt odwrotny od pożądanego. Obawa o pozbawienie wolności wskutek przymusowej hospitalizacji mogłaby bowiem zniechęcić osoby, które podejrzewają u siebie zakażenie HIV, do poddania się badaniom diagnostycznym. Rozwiązanie takie mogłoby więc stanowić istotną barierę

---

<sup>1</sup> Nowela dokonana ustawą z dnia 2 marca 2020 r. O szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. poz. 374).

w przeprowadzeniu takich testów. Mając na uwadze te uwarunkowania, można pozytywnie ocenić polskie unormowania w tej sferze.

## **POSTĘPOWANIE DIAGNOSTYCZNE**

### ***Skierowanie na badania***

Przepisy medyczno-prawne wprost nie zabraniają wykonywania testów w kierunku chorób zakaźnych na żądanie zainteresowanego, zwłaszcza jeśli czynności takie nie są finansowane ze środków publicznych. Całościowy ogląd regulacji prowadzi jednak do konstatacji, że jest ona niejasna i może budzić wątpliwości interpretacyjne. Z jednej bowiem strony, można wywieść z przepisów wymóg uzyskania skierowania wystawionego przez właściwego pracownika medycznego, ale z drugiej, unormowanie – choć pośrednio – sugeruje możliwość wykonania testów bez skierowania.

Opierając się na wykładni systemowej i celowościowej przepisów medyczno-prawnych, można przyjąć, że dla przeprowadzenia testu niezbędne jest posiadanie skierowania, a jego wystawca decyduje o potrzebie przeprowadzania badania oraz jego zakresie. Pacjent oczekujący wykonania takich testów powinien zatem uzyskać na nie uprzednie skierowanie. Podmiot, do którego się po nie zwróci (lekarz, pielęgniarka, położna), nie jest bynajmniej żądaniem takim związany. Powinien w swych decyzjach kierować się dyrektywami wynikającymi z przepisów korporacyjnych, które określają zasady wykonywania czynności medycznych (np. art. 4 UZL). W swych działaniach medycznych podmioty powinny opierać się na aktualnym stanie wiedzy medycznej i ordynować czynności diagnostyczno-lecznicze adekwatnie do stanu pacjenta i jego potrzeb zdrowotnych. Innymi słowy nie są związane żądaniami zainteresowanego, również w zakresie wykonania określonych testów diagnostycznych. Mogą odmówić ich przeprowadzenia.

Interpretacja innych przepisów może jednak prowadzić do wniosku, że świadczenie zdrowotne może być udzielone bez skierowania. W tym kontekście warto dokonać analizy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. O świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.). W myśl jej art. 57 ust. 1 ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Skierowanie takie nie jest jednak wymagane w przypadku świadczeń wymienionych w ust. 2. Pośród nich znajdują się zaś świadczenia m.in. dla osób zakażonych HIV. Zgodnie z art. 61 powołanej ustawy, świadczenia takie są finansowane ze środków publicznych. Przepis ten stanowi także, że pozostałe świadczenia (z wyjątkiem wymienionych w art. 47a, 57 ust. 2 i art. 60, np. wykonane w stanach nagłych) udzielone świadczeniobiorcy bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego opłaca świadczeniobiorca. Z przepisu można wyprowadzić więc wniosek, że ustawodawca dopuszcza wykonanie świadczeń także bez skierowania. Należy jednakże podkreślić, że po pierwsze, prezentowana ustawa reguluje jedynie kwestie odpłatności, a nie definiuje ogólnie dopuszczalności wykonania świadczeń bez skierowania.

Po wtóre, literalna wykładnia przywołanego art. 57 ust. 2 wiedzy do konstatacji, że jedynie osoby z już zdiagnozowanym zakażeniem HIV mogą liczyć na wykonanie świadczeń bez skierowania. *A contrario* regulacja ta nie dotyczy pacjentów, którzy za pomocą badań diagnostycznych chcą dopiero ustalić, czy zakażili się tym wirusem. Ponadto – co oczywiste – nie stosuje się jej w odniesieniu do innych chorób zakaźnych, np. WZW.

Podsumowując zatem całość wyводу, można przyjąć, że brak jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, czy przeprowadzenie testów, w tym w kierunku HIV i innych chorób zakaźnych, wymaga skierowania wydanego przez właściwego pracownika medycznego. Wykładnia celowościowa i po części systemowa prowadzi do wniosku o potrzebie posiadania takiego skierowania. Badania nie powinny być zaś wykonywane bez uzasadnienia medycznego. Takie rozwiązanie znacząco jednak ograniczyłoby dostęp do testów, zwłaszcza w kierunku chorób, których rozpoznanie może być stygmatyzujące dla pacjenta (zwłaszcza HIV i AIDS).

Oceniając zatem omawianą regulację, można uznać, że nie jest ona doskonała. Ustalenia w zakresie dopuszczalności przeprowadzenia badania na żądanie osoby zainteresowanej wymagają bowiem rozbudowanych, systemowych analiz prawnych. Korzystniej byłoby, gdyby ustawodawca jednoznacznie opowiedział się za którymś z modeli wykonywania badań: wyłącznie na zlecenie pracownika medycznego bądź również na żądanie zainteresowanego. Niedomogi regulacji, skutkujące ograniczeniem możliwości wykonania testów, wynikają też z braku jednoznacznych dyrektyw dotyczących wystawiania skierowań na badania albo ewentualnie odmowy ich wydania. Nie jest, co prawda, właściwe, a wręcz nierozsądne byłoby postulowanie wprowadzenia uniwersalnej regulacji precyzującej działania medyczne w tym zakresie. Jak bowiem podano, skierowanie takie powinno uwzględniać potrzebę zdrowotną pacjenta, uwarunkowaną indywidualnie, oraz aktualny stan wiedzy medycznej i dostępność metod diagnostycznych. Tym niemniej w przypadku HIV i innych chorób zakaźnych pożądanym byłoby zwrócenie uwagi środowisku medycznemu na bardziej wnikliwe analizowanie sytuacji osób zgłaszających potrzebę wykonania u siebie takich testów.

### ***Obligatoryjne skierowanie na badania***

W odniesieniu do pewnych grup pacjentów wydanie skierowania na badania powinno być obligatoryjne. Aktualnie przepisy jedynie wybiórczo regulują tę materię. Egzemplifikując, można wskazać następujące unormowania:

- W myśl art. 6 ust. 1 UChZ obowiązkowym badaniom sanitarno-epidemiologicznym podlegają noworodki, niemowlęta i kobiety w ciąży podejrzane o zakażenie lub chorobę zakaźną mogącą się szerzyć z matki na płód lub dziecko. Należy podkreślić, że uregulowanie to znajduje zastosowanie w przypadku chorób, które powinny być określone w przepisach wykonawczych wydanych przez Ministra Zdrowia na podstawie art. 10 ust. 2 UChZ. Przepisów takich jednak obecnie brak. Nie jest więc jasne, czy opisywane wymogi dotyczą HIV/AIDS, WZW i ZPDP.



- Obowiązkowym badaniom diagnostycznym podlegają osoby, które miały styczność m.in. z chorymi na kiłę i rzeżączkę (art. 40 ust. 2 UChZ).
- Powinność przeprowadzenia badań w kierunku zakażenia HIV została wskazana w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. W sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. poz. 1756). W jego myśl testy na HIV i HCV przeprowadza się u kobiety ciężarnej do 10. tygodnia ciąży lub w chwili pierwszego zgłoszenia się; ponadto badanie na HIV powtarza się w 33–37 tygodniu ciąży. Poza tym, u każdej kobiety zgłaszającej się do porodu należy zweryfikować badania na obecność antygeny HBs oraz w kierunku zakażenia HIV (z 33–37 tygodnia ciąży). W razie braku aktualnych badań należy je niezwłocznie wykonać.
- Badaniom serologicznym w celu wykluczenia zakażenia wirusami zapalenia wątroby typu B i C oraz nabytego niedoboru odporności przez oznaczenie obecności antygeny HBs, przeciwciał HCV i przeciwciał HIV podlegają zawodnicy zakwalifikowani do kadry narodowej: w sportach olimpijskich, paraolimpijskich i igrzysk głuchych. Wymogi w tym zakresie określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2015 r. W sprawie zakresu i sposobu realizowania opieki medycznej nad zawodnikami zakwalifikowanymi do kadry narodowej: w sportach olimpijskich, paraolimpijskich i igrzysk głuchych (Dz.U. poz. 2225). W myśl jego § 6 ust. 2 konsultacje i badania specjalistyczne w omawianym zakresie przeprowadza się co 12 miesięcy. Ponadto są one wykonywane przed dopuszczeniem do udziału w specjalistycznych zajęciach sportowych zawodników uprawiających taekwondo i boks oraz zawodników uprawiających zapasy oraz judo.
- Skierowanie na badania okresowe i kontrolne w kierunku m.in. HIV wystawiane jest też funkcjonariuszom Straży Marszałkowskiej (Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 1 czerwca 2018 r. W sprawie badań okresowych i kontrolnych funkcjonariuszy Straży Marszałkowskiej, Dz.U. poz. 1127).
- Zalecenia w omawianym zakresie mogą być definiowane także w programach zdrowotnych. W odniesieniu do HIV/AIDS podstawę wydania takiego dokumentu stanowi 41 ust. 3 UChZ. W jego myśl realizacja zadań z zakresu leczenia antyretrowirusowego, w celu zapewnienia równego dostępu wszystkim zakażonym HIV i chorym na AIDS do zgodnych z wytycznymi organizacji międzynarodowych metod profilaktyki AIDS, diagnostyki i leczenia antyretrowirusowego, jest prowadzona na podstawie programu polityki zdrowotnej ustalonego przez ministra właściwego ds. zdrowia na podstawie przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. O świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Z regulacją tą korespondują zatem zapisy art. 48–48d wspomnianej ustawy, które określają zasady opracowywania i finansowania takich programów. Na ich podstawie został wydany przez Ministra Zdrowia Program Polityki Zdrowotnej *Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017–2021*.

Zawarte są w nim wskazania do badania i leczenia osób z HIV/AIDS. Podkreśla się m.in. potrzebę wczesnego wykrycia i leczenia w tym zakresie dzieci, których matki cierpiały na tę chorobę (s. 66 i nast. Programu). Warto jednak zauważyć, że dokument ten, mimo swego zakotwiczenia w ustawie, nie ma charakteru normatywnego, lecz stanowi jedynie pewne wytyczne. Naturalnie ich przestrzeganie będzie brane pod uwagę w przypadku oceny poprawności postępowania w kontekście odpowiedzialności za skutki potencjalnego błędu medycznego, jednakże dokument ten nie określa prawnej powinności przeprowadzenia badań w kierunku HIV/AIDS. Nie odnosi się też do innych chorób zakaźnych groźnych dla pacjenta i jego otoczenia (np. WZW).

Nie dokonując dalszego przeglądu takich unormowań, jawi się wniosek o potrzebie wydania jednolitego aktu nakazującego kierowanie na stosowne badania, w szczególności rozporządzenia Ministra Zdrowia. Posunięcie takie byłoby wyraźnym sygnałem dla pracowników medycznych wskazującym kierunek ich działań, a ponadto kształtowałoby jednoznacznie prawo pacjenta do uzyskania tego typu świadczenia zdrowotnego.

### ***Podmioty wykonujące badanie diagnostyczne***

Na wstępie trzeba odróżnić pobieranie materiału do testu od – następnie – jego przeprowadzenia. W tej pierwszej fazie krąg podmiotów jest szerszy. Przykładowo w myśl § 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. W sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. poz. 497) uprawnienia takie posiada pielęgniarka i położna. Przeprowadzenie badania powinno natomiast nastąpić zasadniczo przez diagnostę laboratoryjnego. Jest on bowiem uprawniony do samodzielnego wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej w laboratorium (art. 2 UDL).

Na tej kanwie rysuje się problem możliwości wykonywania testów w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową przez samego pacjenta. Ustawa o diagnostyce laboratoryjnej nie wprowadza takiego zakazu. Należy jednak zaznaczyć, że podmiotem dystrybuującym środki do wykonywania takich badań powinna być apteka. Zgodnie bowiem z art. 86 ust. 2 pkt 1 Ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2019 r. poz. 499, z późn. zm.) świadczy ona usługi farmaceutyczne obejmujące m.in. wydawanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych określonych w odrębnych przepisach. Warto jednak podkreślić, że testy takie musiałyby spełniać określone wymagania (w szczególności zostać sprawdzone w wyniku badań klinicznych) i wprowadzone do obrotu i używania na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. O wyrobach medycznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 186). Jeśli więc takie testy zostały dopuszczone do obrotu, to mogą być dystrybuowane przez apteki i bezpiecznie używane przez osoby zainteresowane. Należy natomiast stanowczo sprzeciwić się nabywaniu takich środków z niesprawdzonych źródeł, np. poprzez zakup w internecie. Choć w powołanej ustawie penalizowane jest jedynie wprowadzanie do obrotu, dostarczanie, udostępnianie lub

dystrybuowanie takich wyrobów (art. 92 i nast.), czyli nabywca nie ponosi odpowiedzialności, to postępowanie takie jest wysoce nieroztropne. Osoba korzystająca z takich testów może bowiem narazić swoje życie i zdrowie przez sam fakt ich zastosowania. Ponadto poważne ryzyko łączy się z nieprawidłowym ustaleniem wyników i ich odczytaniem. W szczególności groźna byłaby sytuacja, gdyby wynik był ujemny, a w rzeczywistości osoba byłaby zakażona HIV albo inną chorobą zakaźną. W efekcie swej niewiedzy mogłaby wówczas doprowadzić do zakażenia innych osób. Taki zaś skutek mógłby uzasadniać odpowiedzialność cywilną, a nawet karną (np. na podstawie art. 157 § 3 albo 156 § 2 K.k.). Nie wydaje się jednak pożądane wprowadzanie sankcji karnych za samo posłużenie się takim testem. Korzystniejsze byłoby zwiększenie dostępności profesjonalnych badań (wykonywanych anonimowo i nieodpłatnie albo za niewielką opłatą). W tym kierunku mogłyby więc podążać prace prawodawcze. Oprócz posunięć formalnych należy też położyć nacisk na kwestie informacyjne i edukacyjne. Warto zatem apelować o krzewienie wiedzy na temat profilaktyki takich chorób oraz – w wypadku podejrzenia ich wystąpienia – o możliwości uzyskania profesjonalnego świadczenia diagnostyczno-terapeutycznego.

#### ***Możliwość uzyskania świadczenia zdrowotnego po samodzielnym wykonaniu testu przez pacjenta***

Bez względu na źródło pozyskania wyników badań diagnostycznych nie są one wiążące dla pracownika medycznego, do którego zgłasza się pacjent. W celu postawienia prawidłowego rozpoznania lekarz powinien zebrać wywiad od pacjenta, zbadać go i zapoznać się z dokumentacją medyczną. Do tej ostatniej kategorii można zaliczyć przedstawione przez pacjenta wyniki badań diagnostycznych. W tym zakresie lekarz powinien oprzeć się na regule ograniczonego zaufania, która powinna uwzględniać źródło pochodzenia tych wyników oraz samą ich treść. Jeśli bowiem prezentują one dane mało prawdopodobne, nierealne, to – co oczywiste – lekarz nie może na nich bazować. Generalizując więc, jeśli wskutek tak przeprowadzonych działań lekarz ujawni okoliczności podważające wyniki testu, jest zobowiązany do wyjaśnienia tych wątpliwości np. poprzez dodatkową diagnostykę lub konsultację. Może więc wówczas skierować na odpowiednie badanie w kierunku zakażenia wirusem.

Jeśli jednak wyniki badań potwierdzą zakażenie HIV bądź zachorowanie na AIDS, kiłę albo rzeżączkę, pacjentowi przysługują odpowiednie świadczenia zdrowotne, finansowane ze środków publicznych na zasadach art. 40 i 41 UChZ. Ponadto, osoba zakażona HIV może skorzystać z rozwiązań przyjętych w art. 57 i 61 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

#### **OGRANICZENIA W PRZEKAZYWANIU DANYCH MEDYCZNYCH O ZAKAŻENIU JAKO BARIERA W PRZEPROWADZANIU BADAŃ**

##### ***Uwagi wprowadzające***

Wykonywanie testów w kierunku HIV, WZW i zakażeń przenoszonych drogą płciową, a następnie podjęcie odpowiedniego leczenia łączy się ściśle z obowiązkiem poszanowania

tzw. tajemnicy medycznej i odstępstw od niej, tj. dyspens. Konieczność zachowania poufności danych medycznych jest współcześnie niewątpliwa i silnie akcentowana w przepisach medyczno-prawnych, a także w orzecznictwie i doktrynie. Prawo do zachowania dyskrecji w tym obszarze wyprowadza się z szerzej ujmowanego prawa do prywatności. Zagadnienie to jawi się zaś jako szczególnie doniosłe w kontekście rozpoznania wspomnianych chorób, zwłaszcza zdiagnozowania HIV i AIDS. Do dziś bowiem pokutuje w opinii publicznej negatywne nastawienie do osób zakażonych tym wirusem. Rozpowszechnienie informacji na temat choroby danej osoby może zatem spowodować poważne konsekwencje w jej otoczeniu, może ona spotkać się z niechęcią, a nawet aktami przemocy. W literaturze zauważa się, że ujawnienie informacji o zakażeniu HIV albo o zachorowaniu na AIDS może być dotkliwie dla pacjenta, prowadzić do jego stygmatyzacji czy nawet dyskryminacji [10], a zatem może istotnie naruszać jego interes. W aktach międzynarodowych postuluje się więc wprowadzenie do porządku krajowego odpowiednich mechanizmów antydyskryminacyjnych i zapewniających anonimowość osobom zakażonym [11; 12].

Problematykę ochrony prywatności i prawa do zachowania tajemnicy medycznej osób zakażonych HIV podjął także Europejski Trybunał Praw Człowieka. W orzeczeniu z dnia 25 lutego 1997 r. (Sprawa Nr 22009/93, Z. v. Finlandia) opowiedział się za koniecznością poszanowania tego uprawnienia. Trybunał podkreślił, że zabezpieczenie medycznych danych osobowych ma fundamentalne znaczenie i jest zadekretowane treścią art. 8 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka. Poszanowanie poufności takich informacji jest zasadą we wszystkich państwach demokratycznych, stronach tej Konwencji. Trybunał uzasadniał, że konieczność przestrzegania prawa do prywatności jest podyktowana nie tylko interesem pacjenta, ale również budowaniem zaufania dla zawodu lekarza i innych pracowników ochrony zdrowia. Brak pewności co do pozostawienia danych medycznych w sekrecie może prowadzić do obawy pacjentów o nieujawnienie ich intymnych i osobistych informacji. W efekcie mogą być oni skłonni do tajenia przed lekarzem ważnych wiadomości, a nawet odstępowania od poszukiwania pomocy medycznej. To może z kolei wieść do narażenia ich zdrowia, a w przypadku chorób zakaźnych także zdrowia osób trzecich. Zdaniem Trybunału, prawo krajowe państw stron Konwencji powinno przewidywać odpowiednie mechanizmy ochronne, które uniemożliwiałyby ujawnienie danych osobowych niezgodne z gwarancjami wynikającymi z przywołanego art. 8 Konwencji. Trybunał podkreślił, że kwestie te nabierają szczególnego znaczenia w przypadku osób zakażonych HIV. Podnosił bowiem, że odtajnienie takich danych może bardzo negatywnie wpływać na życie prywatne i rodzinne takich osób, a także na ich sytuację społeczną i zatrudnienie. Mogą one być narażone na ostracyzm ze strony otoczenia. W efekcie osoby takie mogą zrezygnować z diagnostyki i leczenia, co może utrudniać działania zapobiegawcze przed zagrożeniem epidemicznym. Ze względu więc na bardzo intymny i wrażliwy charakter takich informacji ich rozpowszechnienie powinno następować zasadniczo jedynie za zgodą pacjenta. Wyłącznie wyjątkowo możliwe jest naruszenie tajemnicy medycznej, ale może to

nastąpić tylko wówczas, gdy jest to uzasadnione poważnym interesem jednostki lub publicznym [13; 14].

Mając na względzie silną potrzebę prywatności osób cierpiących na choroby zakaźne przenoszone drogą płciową, w dalszej części wywodu zostaną przedstawione polskie regulacje prawne chroniące tę wartość oraz ich mankamenty.

### ***Przedmiotowy zakres ochrony danych medycznych dotyczących chorób zakaźnych***

Z art. 13 i 14 UPP oraz przepisów korporacyjnych wynika, że zakres przedmiotowy ochrony danych medycznej jest szeroki. Obejmuje ona bowiem:

1. informacje związane z pacjentem;
2. informacje uzyskane w związku z wykonywaniem zawodu.

Konfidencja dotyczy zatem wszelkich danych uzyskanych w związku z wykonywanym zawodem medycznym. Należy zwrócić uwagę, że przepisy korporacyjne określają zakres czynności zawodowych poszczególnych grup pracowników medycznych, niejednokrotnie wskazując szereg dodatkowych form aktywności wykraczających poza udzielenie świadczeń zdrowotnych. Przykładowo, w myśl art. 2 ust. 3 UZL za wykonywanie zawodu lekarza uważa się także kierowanie podmiotem leczniczym. Jeśli zatem pracownik medyczny wejdzie w posiadanie danych poufnych w związku z takimi polami aktywności zawodowej, to również zostaje związany dyskrecją medyczną (np. kierownik placówki medycznej, który w ramach kontroli zapoznaje się z dokumentacją medyczną zawierającą dane o pacjentach cierpiących na AIDS).

Drugim warunkiem określającym sferę dyskrekcji jest ustalenie, że dane informacje są związane z pacjentem. Konfidencja dotyczy więc nie tylko wiadomości o zdrowiu i leczeniu pacjenta, ale również wszelkich innych informacji związanych z chorym. W warstwie medycznej sekretem objęte są w szczególności: wyniki przeprowadzonych badań diagnostycznych, rozpoznanie, stosowane metody diagnostyczne i terapeutyczne, postępy w leczeniu, rokowania itd. Warto zauważyć, że konfidentne są nie tylko informacje, jakie osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych uzyskała w związku z podjętą interwencją medyczną, ale także dotyczące wcześniejszego schorzenia, poprzedniego leczenia tej samej albo innej choroby, nawet jeśli nie wykazują bezpośredniego związku z procedurą przeprowadzaną aktualnie. Obowiązek dyskrekcji rozciąga się także na dane o stanie majątkowym, rodzinnym, stosunkach osobistych, zawodowych, miejscu zamieszkania, nałogach oraz upodobaniach, życiu seksualnym i preferencjach w tym zakresie itd. [15–17]. Sekretem objęte są nie tylko dane dotyczące samego pacjenta, ale również osób trzecich, o których pracownik medyczny dowiedział się w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych choremu (np. o jego małżonku czy członkach rodziny) [4; 18]. W kontekście ochrony danych medycznych o ujawnionym zakażeniu HIV lub rozpoznaniu innej choroby zakaźnej przedstawiona regulacja i jej szeroka interpretacja jawi się jako właściwa. Gwarantuje bowiem szeroko definiowane bezpieczeństwo dla prywatności pacjenta. Tym

samym sprzyja korzystaniu z badań diagnostycznych w kierunku tych chorób i może przyczynić się do jego rozpowszechnienia.

## **WYJĄTKI (DYPENSY) OD OCHRONY DANYCH MEDYCZNYCH DOTYCZĄCYCH CHOROÓB ZAKAŻNYCH**

### ***Uwagi wprowadzające***

Mimo że prawo silnie zabezpiecza prawo pacjenta do zachowania tajemnicy medycznej i obwarowuje licznymi sankcjami ujawnienie danych objętych konfidencją, przyjmuje się, że dyskrekcja medyczna nie ma charakteru bezwzględny. Zarówno bowiem art. 14 ust. 2 UPP, jak i przepisy korporacyjne (np. art. 40 ust. 2 UZL) zawierają katalog sytuacji, w których pracownik medyczny może, a nawet jest zobligowany do przekazania określonych informacji osobom trzecim lub wskazanym instytucjom. Nie dokonując szerszego przeglądu tych dyspens, należy przedstawić te, które mogą mieć praktyczne znaczenie w przypadku zachorowania na którąś z analizowanych chorób.

### ***Zgoda pacjenta (lub innej uprawnionej osoby)***

Pośród dyspens od dyskrekcji medycznej w omawianym przypadku pierwszoplanowo należy omówić zgodę pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego. Wyjątek ten wynika z art. 14 ust. 2 ust. 3 UPP oraz przepisów korporacyjnych, np. art. 40 ust. 2 pkt 4 UZL, art. 17 ust. 2 pkt 3 UZPiP. Biorąc pod uwagę, że pacjent jest dysponentem swego prawa do prywatności, może on swobodnie zdecydować o jego ograniczeniu. Chory może zatem wskazać dowolną osobę upoważnioną do dostępu do informacji. Ponadto może zróżnicować sferę przekazywanych danych poszczególnym osobom oraz w każdym czasie odwołać upoważnienie albo zmienić jego zakres. Przepisy nie wprowadzają żadnych ograniczeń co do celu, w jakim informacje takie mogą być ujawniane [9; 15]. Mimo że ustawy medycznoprawne nie wymagają pisemnej formy oświadczenia, pożądane jest jej zachowanie w celach dowodowych, zwłaszcza w tak delikatnej materii, jak zakażenie HIV lub innymi chorobami zakaźnymi. Ponadto podnosi się, że osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych nie może domniemywać takiej aprobaty. Nie jest zatem dopuszczalne przyjęcie założenia, że uprawnioną jest każda osoba spokrewniona z pacjentem albo w towarzystwie której przybędzie on do pracownika medycznego.

Nie rozważając szerzej problematyki zgody na wyjawienie sekretu, warto jedynie wskazać pewne wątki znaczące w kontekście analizowanego tematu, dotyczące ewentualnych niedoskonałości regulacji prawnych.

- 1) Wątpliwości budzi kwestia wyrażania aprobaty wobec osób małoletnich. Z przywołanych przepisów wynika, że kompetencję w tym względzie ma przedstawiciel ustawowy, tj. wobec osoby małoletniej najczęściej rodzic, a w stosunku do osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie, pełnoletniej – opiekun prawny. Powstaje jednak pytanie, czy należy uwzględniać również wolę samego pacjenta, w szczególności nastolatka. Ze względu na dużą wrażliwość informacji o zachorowaniu na AIDS lub inne choroby zakaźne wyjawienie takich danych, zwłaszcza ich upublicznienie, może głęboko ingerować w intymność małoletniego

pacjenta i być dla niego silnie dolegliwe. Niestety polskie przepisy materii tej nie regulują.

- 2) Kolejny problem dotyczy sytuacji, gdy test na chorobę zakaźną, w szczególności na HIV, został przeprowadzony bez zgody chorego. Powstaje wówczas pytanie, czy należy pacjentowi przekazać taką diagnozę. Problem może się jeszcze skomplikować, gdy chory wyraźnie zastrzega, że nie życzy sobie otrzymywania informacji o wynikach badań i rozpoznaniu. Prawo do zrzeczenia się informacji medycznej wynika z art. 9 ust. 4 UPP i art. 31 ust. 3 UZL. Uprawnienie to ma zastosowanie do wszelkich zabiegów, a więc również diagnostycznych [1]. W kontekście zakażenia chorobą zakaźną można jednak przyjąć, że żądanie takie nie będzie skuteczne. Podstawą działań lekarza będzie wówczas art. 26 ust. 1 UChZ, który nakazuje m.in. pouczenie zakażonego lub chorego na chorobę zakaźną o środkach służących zapobieganiu przeniesienia zakażenia na inne osoby i obowiązkach, o których mowa w art. 5 ust. 1 pkt 3 i pkt 4 lit. a oraz art. 6 ust. 1 pkt 1, 2, 4 i 5 UChZ. Pouczenie takie *eo ipso* musi więc być poprzedzone przekazaniem pacjentowi informacji o stanie zdrowia i rozpoznaniu choroby zakaźnej (ewentualnie jej podejrzenia). Ze względu jednak na bardziej uniwersalne zastosowanie tej konstrukcji (także do innych przypadków, gdy zatajenie wiadomości o zdiagnozowanej chorobie mogłoby zagrażać osobom trzecim), pożądane jest wprowadzenie *expressis verbis* takiej regulacji do przepisów dotyczących obowiązku informacyjnego.

### **Ochrona zdrowia i życia osób trzecich**

Kolejna dyspensa mająca zastosowanie w analizowanych przypadkach wynika z art. 14 ust. 2 pkt. 2 UPP, a także została ujęta w aktach korporacyjnych, np. art. 40 ust. 2 pkt 3 UZL oraz art. 17 ust. 2 pkt 2 *in principio* UZPiP. Zgodnie z tymi przepisami osoba wykonująca zawód medyczny nie ma obowiązku przestrzegania tajemnicy, gdy jej zachowanie może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta bądź innych osób. Przypadek taki może zajść w szczególności, gdy pacjent jest zarażony chorobą zakaźną, a istnieje prawdopodobieństwo, że w wyniku kontaktów z innymi osobami (zwłaszcza kontaktów seksualnych) może narazić, a nawet zarazić te osoby. Należy jednak pamiętać, że unormowanie to ma charakter wyjątkowy. Pracownik medyczny może z niego skorzystać tylko wówczas, gdy ma uzasadnione przekonanie, że pacjent nie zawiadomi osób najbliższych (w szczególności partnera seksualnego) i nie będzie możliwe (ewentualnie będzie zbyt długo trwało) zastosowanie procedur z udziałem służb sanitarnych. Ponadto, mimo że omawiana regulacja *expressis verbis* tego nie wymaga, to istniejące niebezpieczeństwo musi być realne i powinno być poparte obiektywnymi ustaleniami. W celu silniejszego zabezpieczenia prawa pacjenta do prywatności, w szczególności wyników testów w kierunku HIV, WZW oraz ZPDP, należy postulować wprowadzenie takiego dookreślenia do omawianych przepisów, choćby poprzez doprecyzowanie, że niebezpieczeństwo powinno być „bezpośrednie”.

W literaturze podnosi się, że przekazanie informacji powinno nastąpić tylko względem osób, które są bezpośrednio narażone na zakażenie/zarażenie. Nie dopuszcza się zaś udostępniania danych umożliwiających zidentyfikowanie pacjenta zakażonego HIV innym osobom lub instytucjom administracyjnym [20]. Jednocześnie wyjaśnia się, że przekaz nie ogranicza się jedynie do osób z najbliższego otoczenia chorego, które pozostają w nim w codziennym, bliskim kontakcie, ale może być kierowany także do osób, które przypadkowo i okazjonalnie znalazły się w otoczeniu zakażonego, a tym samym zostały narażone na zakażenie, np. udzielając pomocy ofierze wypadku samochodowego. Nie jest natomiast dopuszczalne wyjawienie sekretu osobom, z którymi co prawda chory pozostaje w kontakcie, ale z medycznego punktu widzenia nie stwarza niebezpieczeństwa zakażenia, np. w miejscu pracy [10].

Skorzystanie z tej dyspensy nie wymaga zgody pacjenta i może nastąpić także wówczas, gdy chory nie był świadomy, że wykonano wobec niego stosowny test diagnostyczny, ewentualnie sprzeciwiał się jego przeprowadzeniu.

### ***Przekazanie danych innym pracownikom medycznym***

Kolejną dyspensą, na którą mógłby powołać się pracownik medyczny zamierzający udostępnić dane o zakażeniu HIV lub inną chorobą zakaźną, jest wyjątek opisany w art. 14 ust. 2 pkt 4 UPP oraz w aktach korporacyjnych, np. w art. 40 ust. 2 pkt 6 UZL oraz art. 17 ust. 2 pkt 4 UZPiP. Przepisy te pozwalają na wyjawienie sekretu, jeśli zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń. Uzasadnieniem tego wyjątku jest ochrona interesu pacjenta, który dzięki przepływowi informacji między pracownikami medycznymi może uzyskać pomoc lepszej jakości. Zagadnienie to nabiera szczególnego znaczenia we współczesnej medycynie, w której następuje wąska specjalizacja i konieczność pracy zespołowej [19]. Na podstawie tych unormowań dopuszczalne byłoby zatem udostępnienie wyników badań diagnostycznych i informacji o leczeniu AIDS i innych chorób zakaźnych innym osobom wykonującym zawód medyczny w celach konsultacyjnych, dalszego leczenia itd.

Dokonując wykładni tych przepisów, należy jednakże kierować się regułą *exceptiones non sunt extendendae*, tj. wyjątków nie należy interpretować rozszerzająco. Z niej zaś wynika tzw. zasada minimalizmu. W oparciu o nią można przyjąć, że udostępnienie danych poufnych jest dozwolone po spełnieniu następujących przesłanek:

1. przekazanie danych musi być uzasadnione celem, tj. potrzebą dalszego udzielenia świadczeń zdrowotnych choremu [9];
2. informacje mogą być udostępnione tylko tym osobom, które kontynuują proces udzielenia świadczeń zdrowotnych [21];
3. zakres informacji jest limitowany wymogami wynikającymi z dalszego leczenia.

Odnosząc te ustalenia do kwestii chorób zakaźnych, w szczególności HIV/AIDS, pracownik medyczny mający dane o takim rozpoznaniu lub leczeniu tych chorób może je ujawnić jedynie wówczas, gdy będzie to uzasadnione dalszymi potrzebami diagnostyczno-



terapeutycznymi, tylko osobie, która będzie realizować te czynności, i wyłącznie w zakresie nieodzownym do prawidłowego ich przeprowadzenia.

### WYJAWIENIE DANYCH SEKRETNYCH PO ŚMIERCI PACJENTA

Kończąc wątek dotyczący poszanowania tajemnicy medycznej osób, u których wykryto HIV lub inną chorobę zakaźną, warto jeszcze odnieść się do regulacji pozwalającej na wyjawienie sekretu po śmierci pacjenta. Aktualnie obowiązujące przepisy statuują jako zasadę poszanowanie poufności po zgonie chorego. Tym niemniej w drodze nowelizacji dokonanej w latach 2016–2018<sup>1</sup> zostały wprowadzone rozwiązania dopuszczające wyjawienie sekretu. W myśl tej regulacji po śmierci pacjenta z tajemnicy medycznej może zwolnić tzw. osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 UPP. Zwolnienie takie nie jest jednak skuteczne, jeśli sprzeciwi się temu inna osoba bliska. Wówczas spór taki rozstrzyga tzw. sąd spadku, o którym mowa w art. 628 K.p.c. W kontekście chorób zakaźnych istotne postanowienia zawiera art. 14 ust. 4 UPP i odpowiadający mu art. 40 ust. 3a UZL. W ich myśl zwolnienie przez osobę bliską nie może nastąpić, jeśli pacjent za życia wyraził sprzeciw co do wyjawienia danych poufnych. Sprzeciw ten odnotowuje się w dokumentacji medycznej. Wola pacjenta może być jednakże przełamana orzeczeniem sądowym (sądu spadku) w dwóch przypadkach, mianowicie jeśli jest to niezbędne:

1. w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia, z tytułu śmierci pacjenta;
2. dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej.

Obie te przesłanki budzą wątpliwości. W odniesieniu do pierwszej z nich powstaje pytanie, czy nie została ujęta zbyt szeroko i tym samym, czy odpowiada zasadzie proporcjonalności proklamowanej w art. 31 ust. 3 Konstytucji RP. W szczególności, czy możliwość zapoznania się organów procesowych z dokumentacją medyczną nie jest wystarczająca dla osiągnięcia celu postępowania. Kwestie te wymagałyby zbadania przez Trybunał Konstytucyjny. W kontekście chorób zakaźnych istotniejsza jest druga z przesłanek. Można bowiem założyć, że *ratio* tego unormowania jest uchronienie osób bliskich np. przed takimi chorobami. Jeśli bowiem zmarły cierpiał na jakieś schorzenie, które może być dziedziczne, ewentualnie ma taką naturę, iż zstępni pacjenta mogą znajdować się w grupie ryzyka, bądź też zmarły cierpiący na takie schorzenie kontaktował się z takimi osobami bezpośrednio przed śmiercią, pożądane jest dotarcie do takiej informacji medycznej. Takie jednak założenie wiedzie do wniosku, że komentowany przepis został ujęty nieprawidłowo. Ogranicza bowiem możliwość przełamania sprzeciwu jedynie wówczas, gdy jest to konieczne dla ochrony dóbr (życia lub zdrowia) osób bliskich. W myśl zaś art. 3 ust. 1 pkt 2 UPP do kategorii tej należą: małżonek, krewny do drugiego stopnia lub

---

<sup>1</sup> Nowela została dokonana ustawą z 10 czerwca 2016 r. O zmianie ustawy – Kodeks postępowania karnego, ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2016 r. poz. 1070). Przepisy te zostały zmienione w wyniku kolejnej nowelizacji. Nastąpiła ona w wyniku ustawy z dnia 6 grudnia 2018 r. O zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2019 r. poz. 150), która weszła w życie z dniem 9 lutego 2019 r.

powinowały do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu i osoba wskazana przez pacjenta. W grupie tej mogą więc, z jednej strony, znajdować się osoby, które nie mają żadnego powiązania „biologicznego” ze zmarłym, np. teściowie, z drugiej zaś, nie uwzględniono w tej kategorii dalszych zstępnych, którzy mogą być narażeni na wspomniane choroby (np. prawnuków), a także osób niespokrewnionych, które zostały narażone przez pacjenta (za jego życia) na zakażenie/zarażenie. Przesłanka ta powinna być więc zmodyfikowana na kształt rozwiązania przyjętego w ogólnych dyspensach od tajemnicy medycznej, tj. gdy zachowanie dyskrecji może powodować zagrożenie dla zdrowia lub życia innych osób (nie tylko bliskich). Przy czym niebezpieczeństwo to powinno być wysoce prawdopodobne i realne.

Odpowiednio należałoby też zmienić przepisy dotyczące udostępniania dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta (art. 26 ust. 2b pkt 2 UPP).

### WNIOSKI

Oceniając całokształt regulacji prawnej dotyczącej dostępności testów w kierunku chorób zakaźnych, w szczególności HIV, WZW i zakażeń przenoszonych drogą płciową w Polsce, można przyjąć, że nie stwarza ona poważnych barier w przeprowadzaniu takich badań. Generalnie odpowiada wymaganiom międzynarodowym, zwłaszcza w zakresie ochrony praw pacjenta, w tym ochrony przed stosowaniem przymusu bezpośredniego i przymusowej izolacji oraz ochrony prywatności chorych. Nie zmienia to jednak faktu, że jest szereg rozwiązań prawnych niedoskonałych, niejasnych i wymagających wielopłaszczyznowych interpretacji, by ustalić sferę normowania. Braki i luki w prawie medycznym niekiedy mają bardziej uniwersalne znaczenie dotyczące nie tylko diagnostyki omawianych chorób zakaźnych. W jej przypadku jednak są bardziej widoczne, nasilone i w związku z tym wymagają pilniejszej ingerencji ustawodawcy.

Na podstawie przeprowadzonych analiz prawnych stwierdzono następujące wady regulacji, które mogą stwarzać bariery w zrealizowaniu omawianych badań.

- Brak w przepisach medyczno-prawnych jednoznacznie wskazanej przesłanki prawnie relewantnej zgody, jaką jest wymóg jej uszczegółowienia. Warunek ten ma uniwersalne znaczenie, ale jest szczególnie doniosły w przypadku badań diagnostycznych wykonywanych z pobranego materiału badawczego, który następnie może być przekazany do celów diagnostycznych lub innych, np. naukowych. Pacjent powinien zostać uświadomiony o kierunku diagnostyki i ewentualnym innym wykorzystaniu takiego materiału. Temu uprawnieniu pacjenta powinna odpowiadać powinność informacyjna spoczywająca na pracownikach medycznych. Zagadnienie to jest szczególnie ważne w przypadku testów w kierunku omawianych chorób zakaźnych, których rozpoznanie może być dla chorego stygmatyzujące. Brak takiej regulacji może więc zniechęcać potencjalnych zakażonych do poddawania się stosownym badaniom.

- Poważną luką prawną jest brak przepisów wykonawczych określających wykaz chorób zakaźnych, których podejrzenie obligowałoby do poddania się obowiązkowym badaniom sanitarno-epidemiologicznym. Akt taki powinien zostać wydany na podstawie art. 10 ust. 2 UChZ i zastąpić rozporządzenie, które straciło moc już ponad 8 lat temu.
- W kontekście stosowania przymusu bezpośredniego należy postulować przywrócenie przepisów pozwalających na kontrolę sądową takich działań. Ponadto pożądane byłoby dookreślenie warunków wykonywania takiego przymusu, sformułowanych w duchu poszanowania godności i intymności pacjenta (wzorowanych choćby na art. 18d ust. 2 UOZP).
- Istotnym uchybieniem jest brak jednoznacznych rozwiązań prawnych, z których wynikałoby, czy poddanie się badaniom diagnostycznym, w szczególności w kierunku analizowanych chorób zakaźnych, wymaga skierowania wydanego przez uprawnionego pracownika medycznego, czy też możliwe jest przeprowadzenie testu bez takiego skierowania. Unormowania w tym zakresie są niespójne, a ich interpretacja może prowadzić do sprzecznych wniosków. Pożądane jest więc przyjęcie przez prawodawcę któregoś z tych rozwiązań i zadekretowanie go w przepisach.
- Obecnie przepisy określające zasady obowiązkowego kierowania na badania w celu rozpoznania omawianych chorób zakaźnych są rozrzucone, ujęte w aktach różnej rangi, a nawet w dokumentach niemających charakteru normatywnego (programach zdrowotnych). Konieczne jest zatem wprowadzenie zunifikowanego unormowania w tym obszarze. Uporządkowałoby ono omawianą materię i określiło jednoznacznie prawa pacjenta i obowiązki personelu medycznego, sprzyjając transparentności przepisów i stosowanych procedur.
- Dla zabezpieczenia poufności badań, a tym samym zmniejszenia oporów przed ich wykonywaniem, należałoby zrewidować przepisy dotyczące tajemnicy medycznej i ochrony danych medycznych, w szczególności wyników testów wykonanych w kierunku chorób zakaźnych. Zmiany powinny dotyczyć:
  - Wprowadzenia wymogu zgody kumulatywnej na wyjawienie danych poufnych (w szczególności w odniesieniu do naruszenia tajemnicy medycznej w przypadku małoletnich). Rozwiązania te mogłyby być wzorowane na przepisach dotyczących aprobaty na zabieg medyczny.
  - Dookreślenia w art. 14 ust. 2 pkt. 2 UPP i odpowiadających mu przepisach korporacyjnych, że niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia innych osób uzasadniające wyjawienie sekretu powinno być „bezpośrednie”. Posunięcie takie ściślej ochroniłoby prywatność osoby zakażonej/zarażonej, a tym samym mogłoby pozytywnie wpłynąć na jej motywację poddawania się testom w kierunku tych chorób.

- Art. 14 ust. 7 pkt 2 UPP oraz art. 40 ust. 3c pkt 2 UZL, w których ma się dokonać zmiana polegająca na umożliwieniu wyjawienia sekretu medycznego w przypadkach uzasadnionych bezpośrednim zagrożeniem życia lub zdrowia innych osób, a nie tylko osób bliskich. Obecna regulacja jest nieadekwatna, gdyż osoby bliskie nie muszą pozostawać w kręgu zagrożenia, pominięte natomiast są inne osoby, nienależące do kategorii „osób bliskich”, wobec których takie niebezpieczeństwo może być realne (np. osoby obce, ale bezpośrednio kontaktujące się z zakażonym pacjentem tuż przed jego śmiercią). W przypadku wprowadzania takiego rozwiązania konieczna byłaby też odpowiednia modyfikacja art. 26 ust. 2b pkt 2 UPP określającego reguły udostępniania dokumentacji medycznej po zgonie pacjenta.

### **Bibliografia**

- [1] M. Świdarska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007.
- [2] D. Karkowska, *Prawo ochrony zdrowia w pytaniach i odpowiedziach – prawa pacjenta*, Warszawa 2008.
- [3] M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2000.
- [4] M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000.
- [5] Wyrok z dnia 22 września 1967 r., sygn. Akt i CR 188/67, „Przegląd Ustawodawstwa Gospodarczego” 1968, nr 6, poz. 222.
- [6] Art. 15 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. O publicznej służbie krwi (Dz.U. Z 2019 r. poz. 1222).
- [7] A.J. Szwarc (red.), *AIDS i prawo karne*, Poznań 1996.
- [8] D. Dziubina, *Prawny charakter zgody pacjenta na zabieg leczniczy w świetle art. 192 Kodeksu karnego*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2000, nr 2.
- [9] D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2010.
- [10] A.J. Szwarc (red.), *Problemy prawne AIDS*, Warszawa 1990.
- [11] Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy, Rekomendacja 1116 (1989) z dnia 29 września 1989 r. *AIDS a prawa człowieka*, [online:] [www.giodo.gov.pl/data/filemanager\\_en/37.pdf](http://www.giodo.gov.pl/data/filemanager_en/37.pdf).
- [12] Komitet Ministrów Rady Europy, Rekomendacja R (89) 14 w sprawie etycznych problemów zakażenia HIV w zakładach służby zdrowia i placówkach społecznych, [online:] [www.giodo.gov.pl/data/filemanager\\_en/22.pdf](http://www.giodo.gov.pl/data/filemanager_en/22.pdf).
- [13] [Online:] [www.hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-58033#{%22itemid%22:\[%22001-58033%22\]}](http://www.hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-58033#{%22itemid%22:[%22001-58033%22]}).
- [14] M.A. Nowicki, *Europejski Trybunał Praw Człowieka. Orzecznictwo*, t. 2: *Prawo do życia i inne prawa*, Kraków 2002.
- [15] E. Zielińska (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, Warszawa 2008.
- [16] P. Łuków, I. Wrześniewska-Wal, *Prywatność pacjenta a kształcenie medyczne*, „Prawo i Medycyna” 2008, nr 3.
- [17] A. Huk, *Tajemnica zawodowa lekarza*, „Prokuratura i Prawo” 2001, nr 6.
- [18] L. Bogunia (red.), *Nowa kodyfikacja prawa karnego*, t. 15, Wrocław 2004.
- [19] M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001.
- [20] G. Rejman, *Tajemnica lekarska*, „Studia Iuridica”, t. 31, Warszawa 1996.
- [21] G. Iwanowicz-Palus, *Prawa pacjenta w Polsce*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 8.
- [22] Safjan M., *Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*, Warszawa 1998.

## WNIOSKI I REKOMENDACJE

### WNIOSKI

- Zakażenia przenoszone drogą płciową (STIs) ze względu na częstość występowania i skutki zdrowotne uznawane są za istotne zagrożenie zdrowia publicznego.
- Na przestrzeni ostatnich kilku lat notuje się znaczący wzrost liczby zakażeń przenoszonych drogą kontaktów seksualnych. Zagadnieniem wymagającym podjęcia działań profilaktycznych są m.in. niekorzystne wskaźniki, zwłaszcza w populacji osób młodych.
- Wczesne wykrywanie STIs jest kluczowe dla osób zakażonych w celu objęcia ich leczeniem i ograniczenia występowania dalszych powikłań zakażeń oraz dalszej zakaźności.
- Niska kompletność informacji o badaniach laboratoryjnych często nie pozwala na klasyfikację przypadków jako przypadki potwierdzone, a jedynie możliwe, które na poziomie nadzoru europejskiego nie są uwzględniane w raportach epidemiologicznych. Wskazuje to na konieczność poprawy i uszczelnienia nadzoru epidemiologicznego nad chorobami przenoszonymi drogą płciową przez wszystkie jednostki zajmujące się zagadnieniami chorób określanych jako STIs.
- Z badań wynika, że ryzyko zakażenia STIs istotnie wzrasta wśród osób z wyższym wykształceniem, żyjących w związku nieformalnym, mieszkających razem, określających swoje potrzeby seksualne jako bardzo duże, mających w życiu większą liczbę partnerów seksualnych, nie-heteroseksualnych, uznających za normę kontakty seksualne pod wpływem alkoholu i środków odurzających, aprobujących związki równoległe i seks poza stałym związkiem, rzadziej podejmujących zachowania prozdrowotne, często pijących alkohol i uprawiających seks pod wpływem dużych dawek alkoholu.
- Zakażenia STIs, w tym HIV, występują częściej w populacji MSM. W populacji tej częściej występują także problemy ze zdrowiem psychicznym, uzależnienia, nadużywanie substancji psychoaktywnych i inne.
- Problem zakażeń przenoszonych drogą kontaktów seksualnych występuje także w krwiodawstwie. Obecnie największe ryzyko przeniesienia zakażenia przez transfuzję dotyczy HEV, następnie HAV w okresie epidemicznym (do kilku przypadków rocznie). Ryzyko przeniesienia HBV związane jest przede wszystkim z ukrytymi zakażeniami HBV (OBI). W przypadku HCV szacuje się, że transmisja nie powinna występować częściej niż raz na kilka lat.
- W kraju sprawnie funkcjonuje sieć kilkunastu publicznych poradni profilaktyczno-leczniczych zajmujących się diagnostyką i leczeniem HIV ze środków Ministerstwa Zdrowia oraz Narodowego Funduszu Zdrowia, jak również sieć

punktów konsultacyjno-diagnostycznych wykonujących anonimowe i bezpłatne badania w kierunku anty-HIV.

- Oceniając całokształt regulacji prawnej dotyczącej dostępności w Polsce testów w kierunku chorób zakaźnych, w szczególności HIV, WZW i zakażeń przenoszonych drogą płciową, można przyjąć, że nie stwarza ona poważnych barier w przeprowadzaniu takich badań. Generalnie odpowiada wymaganiom międzynarodowym, zwłaszcza w zakresie ochrony praw pacjenta, w tym ochrony przed stosowaniem przymusu bezpośredniego i przymusowej izolacji oraz ochrony prywatności chorych.

### **REKOMENDACJE**

- Wysoki odsetek zachorowań na STIs, zwłaszcza na chlamydie, wśród osób młodych, a także obserwowany wzrost liczby przypadków kiły wczesnej objawowej wymaga podjęcia długofalowych działań profilaktycznych, odpowiednio dostosowanych do grup wiekowych odbiorców, w tym głównie programów edukacyjnych, których celem powinno być rzetelne przekazywanie informacji o objawach zakażenia i skutkach nieleczonych chorób STIs.

- Do działań tych należy włączać Inspekcję Sanitarną oraz organizacje pozarządowe.

- Wykrywanie nowych zakażeń STIs we wczesnym stadium rozwoju jest kluczowe ze względu na możliwość objęcia leczeniem osób zakażonych i ograniczenie ryzyka rozwoju dalszych powikłań zdrowotnych oraz transmisji zakażenia w populacji. Zalecane jest więc zwiększenie poziomu testowania, co przyczyni się do wzrostu wykrywania nowych infekcji w populacji, ale i ograniczy ryzyko nowych zakażeń. Konieczne jest ujednolicenie standardów metod diagnostycznych oraz postępowania terapeutycznego. Poprawa w zakresie wykrywalności STIs możliwa będzie do osiągnięcia poprzez polepszenie dostępności i finansowania świadczeń z zakresu wenerologii.

- Opracowanie spójnych procedur zgłaszania nowych rozpoznań STIs, przy współudziale i współpracy środowisk zajmujących się zagadnieniami dotyczącymi tych chorób, np. klinicystów, pracowników stacji sanitarnych, przedstawicieli NIZP-PZH, Ministerstwa Zdrowia, Krajowego Centrum ds. AIDS, może być kluczowe dla prawidłowego nadzoru nad rozprzestrzenianiem się tych chorób w Polsce.

- Należy dążyć do wprowadzenia najwyższych standardów profilaktyki i opieki nad osobami zakażonymi STIs na wzór istniejących rozwiązań systemowych w zapobieganiu i opiece nad osobami żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS.

- W celu lepszego poznania uwarunkowań społecznych i behawioralnych zakażeń przenoszonych drogą płciową konieczne jest prowadzenie dalszych badań.

- W celu zwiększenia efektywności działań należy dążyć do integracji i stale prowadzić szkolenia lekarzy POZ, lekarzy zajmujących się pacjentami z chorobami

przenoszonymi drogą płciową oraz innych, do których taki pacjent potencjalnie może trafić.

- W celu realizacji zapisów ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu chorób zakaźnych u ludzi leki stosowane w leczeniu chorób przenoszonych drogą płciową powinny być bezpłatne dla pacjenta realizującego receptę w ogólnodostępnej aptece.
- Konieczna jest integracja systemu diagnostyki i terapii HIV/AIDS i STIs poprzez m.in. włączenie publicznych poradni profilaktyczno-leczniczych zajmujących się diagnostyką i leczeniem HIV do systemu diagnostyki i leczenia STIs działających w ramach jednolitego, prostego i taniego systemu. Należy rozważyć włączenie możliwości prowadzenia terapii STIs dla specjalności lekarz chorób zakaźnych, także w poradniach profilaktyczno-leczniczych.
- Profilaktyka przedekspozycyjna HIV powinna być prowadzona w skojarzeniu z kompleksową diagnostyką i terapią STIs.
- Ze względu na fakt, że szereg rozwiązań prawnych mających zastosowanie w zwalczaniu STIs jest niedoskonałych, niejasnych i wymagających wielopłaszczyznowych interpretacji, wiele z nich wymaga powtórnej analizy i doprecyzowania.

## SKRÓTY

|          |   |
|----------|---|
| 95% CI   | 95% przedział ufności   |
| B19V     | parwovirus B19  |
| CSIOZ    | Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia   |
| ECDC     | European Centre for Disease Prevention and Control (Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób) |
| FSW      | ang. <i>female sex worker</i> – żeński pracownik seksualny  |
| HAV      | wirus zapalenia wątroby typu A  |
| HBV      | wirus zapalenia wątroby typu B  |
| HCV      | wirus zapalenia wątroby typu C  |
| HEV      | wirus zapalenia wątroby typu E  |
| HIV      | ang. <i>human immunodeficiency virus</i> – ludzki wirus niedoboru odporności                                |
| HPV      | ang. <i>Human Papilloma Virus</i> – wirus brodawczaka ludzkiego   |
| LGV      | ang. <i>lymphogranuloma venereum</i> – ziarnica weneryczna pachwin  |
| MSM      | ang. <i>men who have sex with men</i> – mężczyźni mający seks z innymi mężczyznami                          |
| MSW      | ang. <i>male sex worker</i> – męski pracownik seksualny   |
| MZ-14    | roczne sprawozdania o liczbie pacjentów leczonych w poradniach skórno-wenerologicznych                      |
| MZ-56    | Dwutygodniowe, kwartalne, roczne sprawozdanie o zachorowaniach na choroby zakaźne, zakażeniach i zatruciach |
| NIZP-PZH | Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny  |
| OBI      | ukryte zakażenie HBV  |
| PKD      | Punkt Konsultacyjno-Diagnostyczny   |
| PrEP     | ang. <i>Pre-exposure prophylaxis</i> – przedekspozycyjna profilaktyka zakażenia HIV                         |
| PSSE     | Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna   |
| RR       | ryzyko względne   |
| STIs/STD | Sexually Transmitted Infections/Diseases (Zakażenia/Choroby przenoszone drogą płciową)                      |
| SW       | ang. <i>sex worker</i> – pracownik seksualny  |
| TP       | <i>Treponema pallidum</i>   |
| UE/EOG   | Unia Europejska/Europejski Obszar Gospodarczy   |
| WP       | okienko serologiczne  |
| WSSE     | Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna  |
| WZW      | wirusowe zapalenie wątroby  |
| YMSM     | ang. <i>young men who have sex with men</i> – młodzi mężczyźni mający seks z innymi mężczyznami             |