

Interpelacja nr 19/2011

W sprawie: remontów realizowanych przez podległe Samorządowi Województwa zakłady opieki zdrowotnej oraz rekomendacji i wniosków, jakie zostały wyciągnięte z realizacji programów zdrowotnych w roku 2010.

- **Przemysław Marchlewicz**

Na wstępie, dziękując za wyczerpującą odpowiedź na moją ostatnią interpelację, pragnę zwrócić uwagę na ważne deklaracje, jakie padły w otrzymanym przeze mnie piśmie:

Kompleksowy program restrukturyzacji służby zdrowia na Pomorzu zostanie przedstawiony do końca kwietnia 2011 roku. Zarząd Województwa podkreśla w odpowiedzi kilkakrotnie, że POZ NFZ odpowiada za dostępność świadczeń zdrowotnych na terenie województwa. Potwierdza również, że brak finansowania kardiologii w PCT może doprowadzić do likwidacji oddziału. Pośrednio przyznaje również, że współpraca z POZ NFZ nie układa się dobrze ale nie wskazuje możliwego rozwiązania. Problem kardiologii w gdańskich szpitalach nadal pozostaje nierozwiązany.

Jednocześnie w przedstawionym Komisji Zdrowia Sejmiku sprawozdaniu z realizacji programów zdrowotnych wskazuje się w jednym z wniosków, że Pomorzanie mają nierówny dostęp do świadczeń i dysproporcje te pogłębiają się. Region jest na przedostatnim miejscu w liczbie łóżek szpitalnych w Polsce i 14 miejscu w zakresie wykorzystania łóżek. Kompleksowy program restrukturyzacji służby zdrowia jest więc bardzo potrzebny. Niezależnie od kompetencji poszczególnych instytucji w Regionie, Platforma Obywatelska posiada wszystkie narzędzia skutecznej naprawy zaistniałej sytuacji.

Działając na podstawie stosownych przepisów Ustawy o samorządzie wojewódzkim, zwracam się z prośbą o:

1. przedstawienie planu remontów realizowanych przez podległe Samorządowi Województwa zakłady opieki zdrowotnej, niezależnie od planowanych źródeł finansowania.
2. Informację na temat rekomendacji i wniosków, jakie zostały wyciągnięte z realizacji programów zdrowotnych w roku 2010 w kontekście kreowania polityki zdrowotnej w Regionie.

Odpowiadając na Pana interpelację z dnia 27 lutego 2011 roku, wyjaśniam, co następuje.

Potrzeby modernizacyjne zakładów opieki zdrowotnej (dalej: zakłady) podległych Samorządowi Województwa Pomorskiego zgłaszane są przez dyrektorów zakładów i wynikają przede wszystkim z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 02 lutego 2011 roku w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 31, poz. 158).

W celu dostosowania zakładów do wymogów powyższego rozporządzenia niezbędne jest zarezerwowanie od 2011 roku środków finansowych w wysokości ok. 320 mln zł na wykonanie prac modernizacyjnych zakładów lub ewentualnie ich przebudowy.

Ponadto zakłady są obciążone wymogami Straży Pożarnej, których koszty szacowane są na ok. 23,5 mln zł oraz wymaganiami Narodowego Funduszu Zdrowia odnośnie wyposażenia medycznego, którego posiadanie warunkuje pozyskanie kontraktu na świadczenie usług medycznych.

W latach 1999 – 2010 Samorząd Województwa wyasygnował na poprawę stanu infrastruktury zakładów dotację w wysokości 153,7 mln zł, w ramach której prowadzono prace modernizacyjne (adaptacyjne) w zakładach, restrukturyzację zakładów m.in. poprzez połączenie zakładów, a także realizowano zakup aparatury medycznej w celu spełnienia m.in. wymogów NFZ.

Zakłady corocznie aktualizują wcześniej zgłaszane potrzeby inwestycyjne. Obecnie zweryfikowane plany modernizacji, zakupów sprzętu i aparatury medycznej oraz plany finansowe na 2011 rok przedkładają radom społecznym do zaopiniowania. Po zaopiniowaniu przez rady społeczne zakłady składają plany finansowe i plany inwestycyjne do Zarządu Województwa Pomorskiego w terminie do 30 marca 2011 roku. Zarząd Województwa w zależności od posiadanych środków oraz konieczności realizacji podejmuje decyzję o ich dofinansowaniu.

Ponadto zakłady poszukują dodatkowych źródeł finansowania potrzeb, m.in. przystępują do konkursów ogłaszanych przez Ministerstwo Zdrowia, PFRON, pozyskują dotacje od innych jednostek samorządowych, a także od sponsorów.

Priorytety do finansowania w ww. zakresie określone są w Programie „Zdrowie dla Pomorzan 2005-2013 - Wieloletnim Programie Rozwoju Systemu Zdrowia Województwa Pomorskiego”.

Program „Zdrowie dla Pomorzan 2005-2013” powstał jako kontynuacja Wojewódzkiego Planu Zdrowotnego, którego tworzenie było do roku 2004 obowiązkiem ustawowym. Władze Województwa dostrzegały potrzebę prowadzenia spójnej polityki zdrowotnej, której nadrzędnym celem były: zapewnienie mieszkańcom odpowiedniej dostępności do świadczeń zdrowotnych oraz racjonalne gospodarowanie środkami finansowymi. Program ZdP objął tylko wybrane dziedziny medyczne, które w odniesieniu do wskaźników stanowiły największy problem epidemiologiczny w województwie pomorskim. Wyznaczono priorytetowe działania dotyczące kardiologii, neurologii, onkologii i diabetologii. Realizacja wytycznych określonych w Programie ZdP następuje stopniowo i w głównej mierze jest zależna od możliwości finansowych.

Sukcesywnie w ostatnich latach rozbudowywano sieć oddziałów udarowych (11 ośrodków, w tym 6 „marszałkowskich” – Pomorskie Centrum Traumatologii im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku, Szpital Specjalistyczny Św. Wojciecha w Gdańsku, Szpital Miejski im. J. Brudzińskiego w Gdyni, Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka w Słupsku, Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy w Wejherowie) oraz oddziałów rehabilitacji neurologicznej (Pomorskie Centrum Traumatologii im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku, Szpital Miejski im. J. Brudzińskiego w Gdyni, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka w Słupsku) - w roku 2010 kontynuowano realizację projektów ich modernizacji i doposażenia.

W zakresie kardiologii w roku 2006 zaplanowano opierając się na ówczesnych wytycznych 6 ośrodków kardiologii inwazyjnej (w tym 3 „marszałkowskie” Gdańsk – Zaspą, Kościerzyna, Gdynia i Słupsk). Zmieniające się wytyczne m.in. Centrali NFZ wskazały na potrzebę modyfikacji sporządzonej koncepcji ze wskazaniem konieczności powołania ośrodków w rejonie powiatów wejherowskiego i starogardzkiego oraz uruchomienia wcześniej planowanego ośrodka w obrębie Chojnic. Zwiększono liczbę pracowni

elektrofizjologii (rozzruszniki i stymulatory), m.in. w PCT. Obecnie funkcjonują 4 w Trójmieście i po 1 w Kościerzynie, Słupsku i Chojnicach. Rozważany jest pomysł utworzenia dodatkowego ośrodka w Sopocie. Zaplanowane w Programie systemy teletransmisji sygnału ekg z zespołów wyjazdowych do 2 Centrów Zawałowych w Kościerzynie i Gdańsku doskonaliły metodologię realizacji zadań związanych z telemedycyną.

Rozbudowano i doposażono ośrodek leczenia niewydolności serca w Szpitalu Morskim w Gdyni.

W zakresie onkologii realizowane są 2 duże programy inwestycyjne w Szpitalu Morskim w Gdyni (ośrodek radioterapii i medycyny nuklearnej) i Wojewódzkim Centrum Onkologii (ośrodek chemioterapii i prewencyjno - diagnostyczny chorób nowotworowych)

Potrzeby zdrowotne mieszkańców wykazały konieczność modyfikacji pierwotnych planów z 2008 r. i utworzony został ośrodek chemioterapii w Szpitalu Specjalistycznym Św. Wojciecha w Gdańsku.

Należy pamiętać, że Program ZdP obejmuje swoimi wytycznymi całą ochronę zdrowia województwa pomorskiego. Samorząd Województwa Pomorskiego natomiast może finansować tylko projekty zakładów, dla których jest organem założycielskim.

Samorząd Województwa Pomorskiego podejmując decyzje co do zakładów o znaczeniu regionalnym musi kierować się rzetelnymi danymi epidemiologicznymi, demograficznymi, dotyczącymi realizacji świadczeń zdrowotnych i potrzeb zdrowotnych mieszkańców. Dlatego też celem ich pozyskania ogłasza konkursy ofert.

W 2010 roku Samorząd Województwa realizował następujące zadania w ramach „Zdrowia dla Pomorza 2005 – 2013 – Wieloletni Program Rozwoju Systemu Zdrowia Województwa Pomorskiego”:

I. PREWENCJA 2010

Dobrze zaplanowane i prowadzone działania prewencyjne w zdrowiu skutkują zmniejszeniem nakładów finansowych na medycynę naprawczą.

W związku z brakiem koordynacji działań związanych z programami zdrowotnymi powołano w dniu 16 grudnia 2009 roku, z inicjatywy Samorządu Województwa Pomorskiego, Regionalny System Monitorowania i Ewaluacji Programów Zdrowotnych (RSMiEPZ), który jest platformą informacyjno-edukacyjną. System zbiera informacje na temat wszystkich, realizowanych w województwie pomorskim programów zdrowotnych (www.zdrowiedlapomorzan.pl). Informacje dotyczą min. przez kogo są finansowane i realizowane programy, jakimi problemami zdrowotnymi się zajmują, jaką obejmują populację i jakie przynoszą efekty. Edukacją obejmowani są przedstawiciele samorządów, przygotowujący do tworzenia i realizowania lokalnej polityki zdrowotnej. W trakcie swojej działalności RSMiEPZ wypracował następującą rekomendację:

1. Powołanie w każdym samorządzie lokalnym, koordynatora ds. kreowania polityki zdrowotnej (co jest zgodne z uwagami twórców i realizatorów Narodowego Programu Zdrowia zaprezentowanymi na spotkaniu w dniu 17 stycznia 2011 roku w Warszawie dotyczącym sprawozdania z realizacji celów kolejnej edycji NPZ 2007-2015), gdyż w wielu samorządach tę rolę pełnią osoby przypadkowe, bądź w ogóle ich nie ma. Brak koordynatorów skutkuje prowadzeniem przypadkowej polityki zdrowotnej, powielaniem się wielu działań prewencyjnych, bądź ich brakiem.

2. Monitorowanie realizowanych programów zdrowotnych pod względem ich przydatności dla lokalnej społeczności, efektywności kosztowej, zgodności z wytycznymi AOTM, którego opinia jest niezbędna do wdrożenia programu zdrowotnego, finansowanego ze środków publicznych, jak również pod względem nawiązania do priorytetów zdrowotnych zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 roku w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. Nr 137, poz. 1126).

3. Wypracowano standardy dla działań prewencyjnych w zakresie chorób układu sercowo-naczyniowego, chorób nowotworowych i cukrzycy, które są przedstawiane na spotkaniach z samorządowcami i które są zbiorem odpowiednich metod i strategii postępowania koniecznych przy podejmowaniu decyzji o wyborze strategii prewencyjnej.

4. Stworzono Szkołę Edukacji Cukrzycy, która wykształciła pod okiem profesjonalistów 24 edukatorów posiadających kwalifikacje i certyfikaty w zakresie zagadnień dotyczących

cukrzycy. Uwzględniając wzrost zachorowalności na cukrzycę wśród dzieci i młodzieży w województwie pomorskim rola edukatorów będzie polegała na współpracy z m.in. instytucjami oświatowymi w celu podniesienia świadomości i wiedzy wśród kadry pedagogicznej, która będzie mogła stać się partnerem dla dziecka i jego rodziców w radzeniu sobie z cukrzycą. Szkoła spotkała się z ogromnym zainteresowaniem ze strony osób chcących pełnić rolę edukatorów społecznych.

II. MONITOROWANIE 2010

W monitorowaniu kontynuowana jest realizacja Pomorskiego Rejestru Udarów Mózgu, Rejestru Chorób Nowotworowych i stworzono projekt Pomorskiego Rejestru Ostrego Zespołu Wieńcowych. Rejestry oprócz zbierania danych epidemiologicznych w zakresie tych jednostek mają pomóc przy organizacji opieki zdrowotnej (w przypadku PRUM-u wprowadzono z dniem 1 sierpnia 2009 roku na terenie województwa pomorskiego rekomendacje ośrodków neurologicznych do udzielania pomocy osobom w sytuacjach pilnych /udary/). W związku z trudnościami związanymi z brakiem rzetelnych i jednorodnych informacji na temat epidemiologii w wybranych jednostkach chorobowych od 2008 roku prowadzone jest stałe, coroczne monitorowanie umieralności przedwczesnej, ogólnej i szczegółowej, w tym analiza sytuacji w województwie pomorskim w porównaniu do średnich wskaźników w innych województwach w Polsce oraz w Unii Europejskiej. Przeprowadzono analizę porównawczą dla roku 2005;2006;2007;2008 w zakresie umieralności przedwczesnej i ogólnej, a także szczegółowej z powodu nowotworów, ostrego zespołu wieńcowych, udarów i cukrzycy w województwie pomorskim.

Ocena danych epidemiologicznych pozwala władzom województwa wyznaczać priorytety i korygować organizację systemu ochrony zdrowia. Niestety doświadczenie lat ubiegłych, jak i obecne problemy np. z kardiologią (brak rejestru OZW) pokazują, że brak dostępu do baz danych oraz w wielu wypadkach niezgodność tych danych w różnych źródłach uniemożliwia weryfikację decyzji strategicznych.

Dokonano analizy porównawczej realizacji procedur wysokospecjalistycznych w poprzednich latach monitorowania, w poszczególnych powiatach i w województwie pomorskim. Określono dostępność oraz oceniono już istniejące procedury wysokospecjalistyczne w perspektywie ich użyteczności i efektywności kosztowej i w perspektywie wykorzystania nowych leków będących w trakcie wdrażania do praktyki klinicznej.

Dane te są konieczne do planowania polityki zdrowotnej w województwie i przy podejmowaniu decyzji co do alokacji środków finansowych m.in. pochodzących z NFZ.

Realizator zadania opracował rekomendacje dla prowadzenia właściwej strategii zapewnienia racjonalnego dostępu do świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców województwa pomorskiego.

Wypracowano następujące rekomendacje, które wskazują jednoznacznie na konieczność wprowadzenia zmian legislacyjnych na poziomie centralnym:

1. Należy zapewnić systematyczny dostęp do informacji o stanie zdrowia ludności regionu pomorskiego i dystrybucji środków na rozwiązywanie problemów zdrowotnych o priorytetowym znaczeniu.
2. Niezbędne jest stworzenie mechanizmu zbierania danych z innych województw dla określenia założeń regionalnych celów zdrowotnych (realizacja zadań na średnim poziomie krajowym lub innym).
3. Wywieranie wpływu w celu zapewnienia określonego poziomu finansowania szpitali powinno uwzględniać ocenę dostępności do świadczeń przez mieszkańców powiatów i miast.
4. W przypadkach tzw. „ostrego” wymagających skrócenia czasu od zachorowania do interwencji decydujące znaczenie ma sprawność systemu ratowniczego pozostającego w gestii Wojewody.
5. Dostępność do wielu świadczeń (np. onkologia) jest zależna od wielkości kontraktów świadczeniodawców z NFZ (świadczenia ambulatoryjne) i wymaga wywierania wpływu na płatnika przy użyciu analiz zaproponowanych w opracowaniu.

6. Rejestry i bazy danych medycznych tworzone za pieniądze publiczne muszą być dostępne dla instytucji odpowiadających za politykę zdrowotną - Departament Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego.
7. Szczegółowe analizy tych materiałów mogą być wykonywane przez niepubliczne podmioty współpracujące jak jest to przyjęte na świecie.

Ponadto Samorząd Województwa realizuje "Program Zwalczania AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV na lata 2007 - 2011". Zgodnie z przepisami prawa do zadań samorządu terytorialnego, należą wszystkie sprawy publiczne o znaczeniu lokalnym, a w szczególności zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty, w tym działań prozdrowotnych. Władze terytorialne mają dowolność w kwestii kreowania polityki zdrowotnej w swoim regionie, ale zobowiązane są też do realizacji zadań strategicznych dla państwa, a takim zadaniem jest m. in. profilaktyka HIV/AIDS.

W polskim ustawodawstwie podstawowym aktem prawnym dotyczącym tematyki HIV/AIDS jest rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 września 2005 r. w sprawie Krajowego Programu Zwalczania AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV (Dz. U. Nr 189, poz. 1590). Zadania wskazane w Krajowym Programie są jednocześnie rekomendacjami dla poszczególnych realizatorów Programu, w tym dla samorządów lokalnych.

Na podstawie ww. rozporządzenia Samorząd Województwa Pomorskiego powołał Zespół ekspertów, który opracował "Program Zwalczania AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV na lata 2007 - 2011" dla województwa pomorskiego wraz ze szczegółowym Harmonogramem działań na poszczególne lata, przyjęty następnie przez Zarząd Województwa Pomorskiego Uchwałą Nr 941/77/07 z dnia 27 listopada 2007 r.

Zgodnie z założeniami powyższego Programu, w roku 2010 realizowane były dwa zadania:

- prowadzenie Punktu Konsultacyjno – Diagnostycznego w Słupsku, zadanie realizowane przez Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej w Słupsku,
- organizacja spotkania dla osób zakażonych wirusem HIV i ich rodzin, zadanie realizowane przez Stowarzyszenie Solidarni Plus z Wandzina.

Priorytetowym zadaniem Samorządu Województwa Pomorskiego w zakresie profilaktyki HIV/AIDS jest organizacja sieci punktów konsultacyjno – diagnostycznych, oferujących anonimowe i bezpłatne testowanie w kierunku wykrycia zakażenia wirusem HIV. Punkty Konsultacyjno – Diagnostyczne (PKD) są uznanym i zalecanym przez WHO sposobem profilaktyki i redukcji zakażeń HIV w populacji.

PKD w Słupsku działa zgodnie z rekomendacjami i wytycznymi Krajowego Centrum ds. AIDS (agendy Ministerstwa Zdrowia).

Szczegółowe zasady działania oraz organizacji PKD w Słupsku znajdują się w dołączonym załączniku „*Punkty Konsultacyjno-Diagnostyczne (PKD) wykonujące anonimowo i bezpłatnie badania wykrywające zakażenie HIV*”.

Wnioski dotyczące PKD w Słupsku:

- profesjonalne poradnictwo mające na celu edukację i eliminację ryzykownych zachowań w przyszłości,
- gromadzenie danych epidemiologicznych,
- umożliwienie mieszkańcom miasta i całego regionu słupskiego wykonanie badań bez konieczności wyjazdu do Gdańska (w roku 2010 przeprowadzono ponad 600 badań),
- z przeprowadzonych badań ankietowych wśród pacjentów PKD wynika, iż należy kontynuować działalność Punktu w Słupsku (100% ankietowanych), a pracę doradców pracujących w Punkcie oceniono na bardzo dobrą (98% ankietowanych).

Zalecenia dotyczące PKD w Słupsku:

- kontynuacja działalności Punktu w Słupsku w najbliższych latach,
- Punkt w Słupsku powinien być czynny przez cały rok kalendarzowy,
- utworzenie sieci punktów anonimowego testowania na terenie województwa pomorskiego.

1. Załącznik:

Szczegółowe Materiały Informacyjne do zadania pn.

**Punkty konsultacyjno–diagnostyczne (PKD),
wykonujące anonimowo i bezpłatnie badania wykrywające zakażenia HIV**

- wykonywanie anonimowych i bezpłatnych badań wykrywających zakażenia HIV, oferowanych wszystkim osobom o ryzykownych zachowaniach chcącym przeprowadzić badanie w sposób dyskretny, bez podawania danych personalnych. Pozwala to między innymi na wykrywanie wczesnych zakażeń HIV, prowadzące do przerwania dalszej transmisji tych zakażeń. Umożliwia to także wczesne objęcie opieką medyczną i swoistą terapią dla osób zakażonych, co w konsekwencji również ma znaczenie przeciwepidemiczne,
- prowadzenie profesjonalnego poradnictwa przed testem i po nim, mającego duże znaczenie edukacyjne, polegające między innymi na uświadamianiu wszystkim zgłaszającym się do PKD ich ryzykownych zachowań i możliwości ich zmiany na zachowania zmniejszające lub eliminujące ryzyko zakażenia. Może to również obniżyć częstotliwość zakażeń HIV w populacji,
- gromadzenie danych epidemiologicznych o drogach szerzenia się zakażeń HIV w Polsce, w oparciu o informacje uzyskane od testujących się osób. Pozwala to na opracowywanie skutecznych programów profilaktycznych, mających na celu ograniczenie możliwości szerzenia się zakażeń HIV.

WYMAGANIA

a. warunki lokalowo-techniczne

Punkty konsultacyjno–diagnostyczne powstają w oparciu o bazę lokalową istniejących zakładów opieki zdrowotnej, zgodne z wymogami zawartymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakie powinny spełniać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. z dnia 24 listopada 2006 r.).

Zalecane jest usytuowanie punktów w centrum miasta, w miejscu łatwo dostępnym, z dobrą komunikacją miejską. Przy wejściu do budynku, w którym mieści się PKD, konieczne jest umieszczenie wyraźnej tablicy o następującej treści:

<p>PUNKT KONSULTACYJNO – DIAGNOSTYCZNY</p> <p>badania anonimowe i bezpłatne</p> <p>czynny w dniach</p> <p>w godzinach od do</p>
--

Dla PKD wymagane są co najmniej dwa pomieszczenia z poczekalnią, tj. jedno dla doradcy i drugie jako tzw. PUNKT POBRAŃ KRWI. Pielęgniarka nie może pobierać krwi w tym samym pomieszczeniu, w którym pracuje doradca. W przypadku jednoczesnej (w tym samym czasie) pracy dwóch lub więcej doradców, konieczna jest odpowiednio większa liczba pomieszczeń (jedno dla każdego doradcy). Dla dwóch doradców pracujących jednocześnie wystarczający jest punkt pobrania krwi z jedną pielęgniarką.

Zalecane jest zadbanie o stworzenie w pokoju klimatu przyjaznego dla pacjenta.

Pomieszczenia PKD muszą mieć zapewniony dostęp do światła dziennego i naturalne wietrzenie.

Dla potrzeb pacjentów i pracowników PKD muszą być zapewnione toalety.

b. Obowiązki i kwalifikacje pracowników PKD

Wszyscy pracownicy PKD mają obowiązek zachowania w tajemnicy wszelkich wiadomości o pacjencie uzyskanych w trakcie pracy w PKD, zgodnie z ustawą o zawodzie lekarza, ustawą o zawodzie pielęgniarki, ustawą o zakładach opieki zdrowotnej i ustawą o ochronie danych osobowych.

W PKD wymagane jest zatrudnienie co najmniej dwóch doradców z aktualnymi certyfikatami doradcy Krajowego Centrum ds. AIDS, upoważniającymi do prowadzenia poradnictwa. Jeden z doradców musi być lekarzem (w szczególnych wypadkach za zgodą Dyrektora Centrum w PKD może pracować jeden doradca). Oprócz doradcy, PKD zatrudnia pielęgniarkę(ki) do punktu pobrań krwi, koordynatora pracy PKD (funkcję tę może pełnić jeden z doradców), na niezbędną dla danego PKD, liczbę godzin.

Doradcy pracujący w PKD zobowiązani są do przestrzegania zasad zawartych w Kodeksie etycznym doradcy.

c. Organizacja pracy w PKD

- poradnictwo w PKD mogą prowadzić wyłącznie osoby posiadające wyższe wykształcenie medyczne (lekarz, magister pielęgniarstwa, diagnosta laboratoryjny lub pokrewne), psychologiczne oraz osoby z tytułem magistra, które ukończyły studia, w tym podyplomowe, o profilu społecznym ze specjalnością w zakresie zdrowia publicznego; poradnictwa i pracy w kontakcie indywidualnym z klientem, posiadający ważny certyfikat doradcy wydany przez Krajowe Centrum ds. AIDS po specjalistycznym szkoleniu,
- PKD winien być czynny w ściśle określonych dniach i godzinach w systemie tygodniowym (o każdej zmianie pracy PKD koordynator zobowiązany jest powiadomić KC ds. AIDS),
- Zalecenie wykonania badania wykrywającego zakażenia HIV i wydanie pacjentowi wyniku połączone jest zawsze z profesjonalnym poradnictwem okołotestowym,
- porady bez wykonania testu nie powinny w zasadzie przekraczać 10% wszystkich porad,
- pielęgniarka pobiera krew do badań w kierunku HIV pacjentom, skierowanm przez doradców, w punkcie pobrań krwi PKD; po odpowiednim oznakowaniu krew jest przekazywana, zgodnie z ustalonymi w PKD zasadami, do laboratorium współpracującego z PKD, wraz ze starannie wypełnionym zaleceniem wykonania badania (załącznik do umowy),
- wyniki badań, zarówno dodatnie, jak i ujemne, przekazywane są z laboratorium do doradcy. Doradca ten jest zobowiązany do wręczenia pacjentowi wyniku badania i przeprowadzenia z nim rozmowy po teście.
- Nie przewiduje się wydawania wyników badań pacjentom bezpośrednio z laboratorium.
- Nie przewiduje się wykonywania badań i wydawania wyników na nazwisko pacjenta, ani też wydawania wyników dodatnich niepotwierdzonych testem WB.
- doradcy zobowiązani są do prowadzenia jednolitej dla wszystkich PKD w Polsce dokumentacji i sprawozdawczości wg wzorów opracowanych przez Krajowe Centrum ds. AIDS (załącznik do umowy) - PKD sporządza miesięczne zestawienie zbiorcze - ilościowe z przeprowadzonych badań i przesyła je do Krajowego Centrum ds. AIDS w nieprzekraczalnym terminie 10 dni po upływie każdego miesiąca.
- na podstawie indywidualnej, anonimowej dokumentacji pacjentów przygotowywane są przez KC ds. AIDS roczne analizy.

d. Współpraca z laboratorium wykonującym testy przesiewowe

Laboratorium wykonujące testy przesiewowe, współpracujące stale z PKD, powinno:

- znajdować się stosunkowo blisko (optymalnie w tym samym budynku),

- pracować na testach serologicznych spełniających międzynarodowe normy czułości i swoistości (atest FDA i/lub Paul Ehrlich Institut i/lub Unii Europejskiej),
- mieć zapewniony serwis aparatury oraz doradztwo medyczne.

Wskazany jest udział laboratorium w międzynarodowym programie kontroli jakości np. labquality.

Badania wykrywające zakażenia HIV winny być wykonane w laboratorium zgodnie z procedurą ustaloną w „Postępowaniu zapobiegawczym i diagnostycznym w przypadku zakażenia HIV i zachorowania na AIDS – obowiązujące standardy postępowania dla pracowników medycznych” (wydanie IV poprawione i uzupełnione, KC ds. AIDS, Warszawa, 2002) z jednego pobrania krwi podzielonego na dwie próbki surowicy. Z jednej wykonuje się test przesiewowy a – w przypadku wyniku dodatniego – z drugiej próbki surowicy powtórnie test przesiewowy i test potwierdzenia. Wyniki dodatnie uznaje się za ostateczne. Wyniki nieokreślone wymagają kolejnych pobrań krwi i wykonania badań najwcześniej po upływie dwóch tygodni.

Niedopuszczalne jest wydawanie wyników dodatnich w testach przesiewowych bez uzyskania wyniku dodatniego w teście potwierdzenia.

W przypadku dwukrotnego wyniku dodatniego w teście przesiewowym laboratorium współpracujące z PKD zobowiązane jest przekazać próbkę krwi do laboratorium wykonującego testy potwierdzenia.

Zakup testów przesiewowych finansuje Krajowe Centrum ds. AIDS (nie uwzględniać w kosztorysie oferty). W kosztorysie należy uwzględnić jedynie wykonanie usługi. Koszty badań testami potwierdzenia w wybranych laboratoriach pokrywa Krajowe Centrum ds. AIDS.

Przy przesyłaniu próbki krwi na test potwierdzenia, laboratorium wykonujące test przesiewowy powinno przekazać następujące informacje o wynikach dwóch wykonanych badaniach przesiewowych:

- nazwę użytego testu,
- producenta,
- datę badania,
- uzyskane wyniki,
- odczyty prób badanych,
- wartości punktów odcięcia.

e. kontrola i monitorowanie programu

1. Sprawozdanie miesięczne zawierające m.in. liczbę przyjętych pacjentów z podziałem na wiek i płeć, a w przypadku osób z wynikiem dodatnim również na drogę zakażenia. Zestawienia miesięczne należy przysyłać do Krajowego Centrum ds. AIDS do 10. dnia następnego miesiąca.
2. Ankieta anonimowa wypełniana przez pacjenta, jeżeli wyrazi zgodę. Pozwala scharakteryzować osoby zgłaszające się do PKD pod względem wykształcenia, statusu rodzinnego, majątkowego i itp.
3. Dokumentacja, którą wypełnia doradca w oparciu o rozmowę z pacjentem. Pozwala ona na analizę ryzykownych zachowań mogących prowadzić do zakażeń HIV.

Ankiety anonimową wraz z dokumentacją doradcy należy przesyłać do KC ds. AIDS w komplecie w systemie kwartalnym.

Całość dokumentacji i sprawozdawczość PKD prowadzona jest anonimowo i po przeanalizowaniu może być wykorzystana do celów statystycznych oraz do podjęcia dalszych działań profilaktycznych.

f. przewidywane efekty programu

- podjęcie leczenia przez osoby, u których wykryto zakażenie, a tym samym przedłużenie życia we względnym komforcie.

- dotarcie do szerokich grup społecznych z informacją o możliwości wykonania testu i wynikających z tego korzyści zdrowotnych,
- wzrost liczby osób, które podchodzą do wykonania testu jako do badania rutynowego,
- zmiana zachowań klientów punktów na bezpieczniejsze,
- pozyskanie danych epidemiologicznych dotyczących dróg zakażenia – w świetle ogólnego braku danych (zarówno behawioralnych, jak i epidemiologicznych) opisujących zakażenia HIV w naszym kraju, analiza danych uzyskanych z PKD ma duże znaczenie m.in. dla jakości tworzonych programów profilaktycznych, dając możliwość ukierunkowania ich na konkretne populacje oraz zachowania ryzykowne.