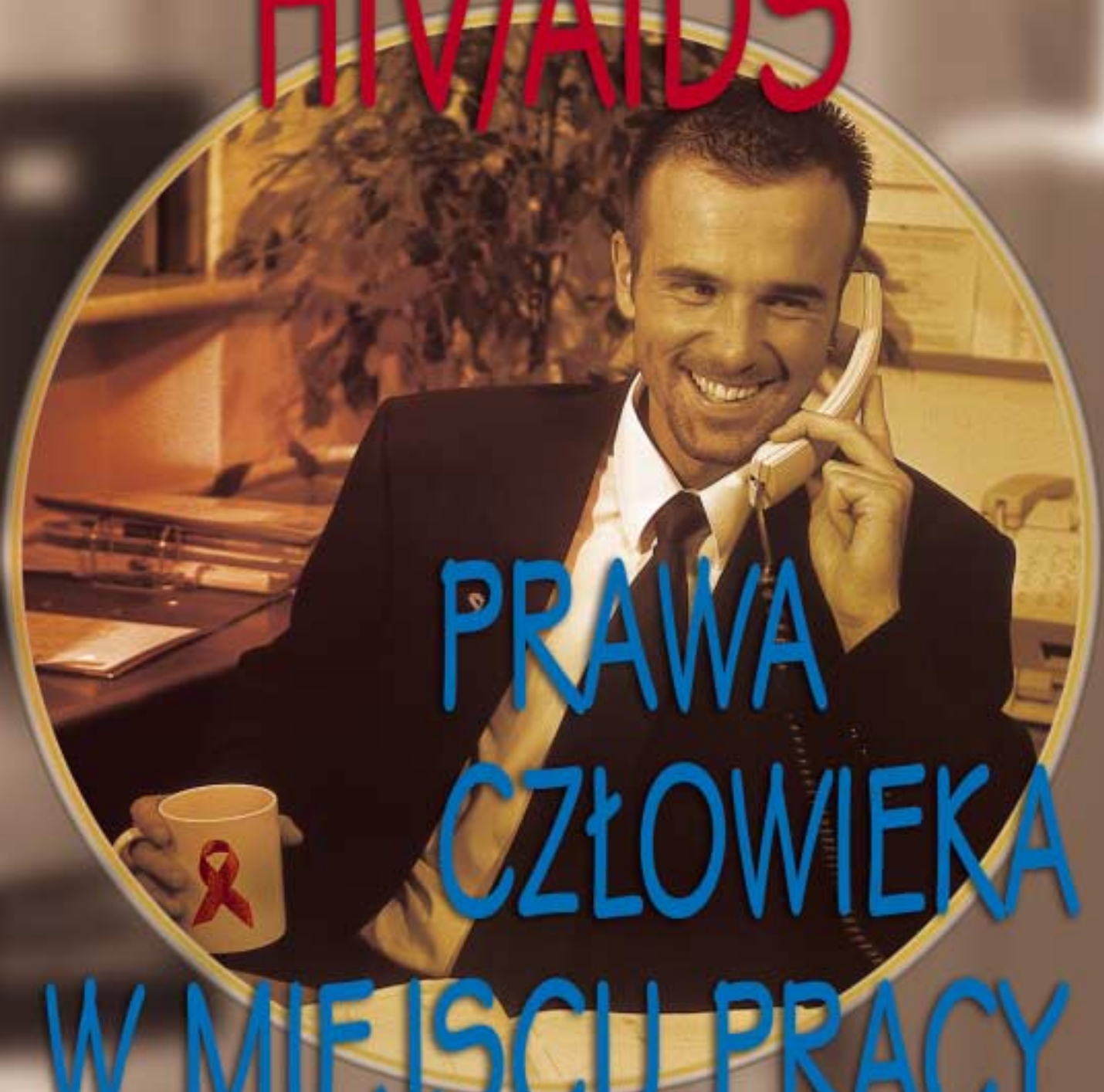


HIV/AIDS

A circular inset photograph of a man in a dark suit, white shirt, and dark tie. He is smiling and holding a white telephone receiver to his ear with his right hand. In his left hand, he holds a white mug featuring a red ribbon symbol. The background of the photo shows an office setting with a desk, papers, and a potted plant.

PRAWA CZŁOWIEKA

W MIEJSCU PRACY

introduction & recommendations in English



Polska

... Dążymy do tego, by ludzie żyjący z HIV/AIDS mogli pracować w środowisku sprzyjającym zrozumieniu i współodczuwaniu, wolnym od lęku i dyskryminacji.

... We foster a work environment of compassion and understanding, not discrimination or fear.

Kofi Annan
Sekretarz Generalny ONZ

HIV/AIDS

PRAWA CZŁOWIEKA
W MIEJSCU PRACY

Warszawa 2003

HIV/AIDS – prawa człowieka w miejscu pracy

© Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju

Żadna część tego opracowania nie może być kopiowana, powielana lub rozpowszechniana bez pisemnej zgody UNDP

UNDP jest zastrzeżonym znakiem Programu Narodów Zjednoczonych

Redaktor naukowy: prof. dr hab. Andrzej Kijowski

Recenzent: prof. dr hab. n. med. Anna Boroń-Kaczmarek

Koordinacja: Aleksandra Duda

Pomocnicze prace redakcyjne: Ewa Ankiersztejn

Projekt graficzny: Agnieszka Natalia Bury

Zdjęcia: Paweł Pyrz

Fotografie autorów ze zbiorów prywatnych

Wydane przez:

Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (UNDP)

Al. Niepodległości 186, 00-608 Warszawa

ISBN 83-917047-1-8

Warszawa 2003

PRZEDMOWA	4
PREFACE	5
WSTĘP	6
INTRODUCTION	11
Określenia i terminy	15
CZĘŚĆ I	
Informacje podstawowe o HIV/AIDS – <i>Dorota Rogowska-Szadkowska</i>	19
Podstawowe dane epidemiologiczne – <i>Anna Marzec-Bogusławska</i>	22
Chory na AIDS w środowisku pracy – <i>Henryk Banaszak</i>	26
Praca a jakość życia osób z HIV/AIDS – <i>Anna Nowak</i>	42
Opinie lekarzy, pielęgniarek i pracowników socjalnych na temat rutynowego testowania w celu wykrycia zakażenia HIV – <i>Elżbieta Ciastoń-Przeclawska</i>	47
CZĘŚĆ 2	
Konwencje i zalecenia Międzynarodowej Organizacji Pracy dotyczące postępowania w miejscu pracy wobec osób żyjących z HIV/AIDS – <i>Justyna Sobeyko</i>	53
Prawa osób żyjących z HIV i chorych na AIDS w miejscu pracy w świetle regulacji prawnych Unii Europejskiej – <i>Włodzimierz Nowacki</i>	58
Ustawodawstwo polskie a międzynarodowe standardy praw człowieka, dotyczące żyjących z HIV w miejscu pracy – <i>Justyna Sobeyko</i>	64
Ochrona osób zakażonych HIV przed dyskryminacją w okresie poprzedzającym nawiązanie stosunku pracy, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet – <i>Eleonora Zielińska</i>	72
Ocena zabezpieczenia pracowników zakładów, w których istnieje ryzyko zakażenia HIV – <i>Irena Głowaczewska</i>	77
Polityka ONZ wobec własnych pracowników z HIV/AIDS – opr. <i>Wojciech Bukat</i>	89
REKOMENDACJE	
Rekomendacje – <i>Andrzej Kijowski</i>	95
Recommendations – <i>Andrzej Kijowski</i>	99
ANEKS	
Krajowy program zapobiegania zakażeniom HIV, opieki nad żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS	105
Gdzie szukać pomocy	107
Przegląd artykułów i doniesień prasowych	115
Informacje o autorach	117
Literatura uzupełniająca	121
Program Narodów Zjednoczonych do spraw Rozwoju (UNDP) w Polsce	125
POSŁOWIE	127

Przedmowa

Dlaczego problematyka dotycząca HIV/AIDS w miejscu pracy jest tak ważkim tematem w Polsce, kraju o dość niskiej występowalności tej choroby?

Dzięki szybkiemu wprowadzeniu skutecznego programu zwalczania HIV/AIDS Polska zyskała miano kraju dobrze radzącego sobie z tą chorobą. Nie byłoby jednak dobrze popaść w zbytne samozadowolenie, gdyż istnienie HIV/AIDS w Polsce jest faktem, a pewna liczba osób żyjących z HIV, oceniana na wiele tysięcy, nawet nie wie o tym, że jest zakażona. W dzisiejszych czasach zakażenie HIV nie jest już przypisane do takich grup społecznych jak homoseksualiści czy narkomani. Według statystyki światowej najwięcej zakażeń dokonuje się obecnie na drodze kontaktów heteroseksualnych. W Polsce liczba zakażeń drogą kontaktów heteroseksualnych także rośnie najszybciej.

Kwestia HIV/AIDS wymaga szczególnej uwagi również dlatego, że Polska graniczy z regionem o najszybszym w świecie tempie wzrostu zakażeń HIV/AIDS, a rozwój epidemiologiczny tej choroby jest bardzo trudny do przewidzenia. Przykładem może być Łotwa, gdzie ostatnio ku ogólnemu zdziwieniu stwierdzono znaczny wzrost liczby zakażonych, pomimo iż kraj ten dotychczas chlubił się dość niską występowalnością HIV/AIDS. Uniknięcie podobnych „niespodzianek” będzie wymagało ze strony Polski szczególnej czujności.

Należy zachować czujność nie tylko w celu powstrzymania dalszych zakażeń, ale także aby poszerzyć świadomość społeczeństwa w zakresie praw człowieka osób zakażonych HIV oraz ich prawa do życia w godności. Naszym obowiązkiem jest zapewnienie im ochrony przed dyskryminacją.

Informacja i wiedza na temat HIV/AIDS jest podstawowym warunkiem skuteczności w walce z rozprzestrzenianiem się choroby oraz dyskryminacją społeczną osób żyjących z HIV/AIDS. Z doświadczeń zachodnioeuropejskich wiemy, że społeczna świadomość dotycząca problematyki HIV/AIDS spada, gdy przez pewien czas nie są prowadzone uświadamiające kampanie społeczne poświęcone tej chorobie. Miejsce pracy, w którym codziennie spotykają się ci sami ludzie, jest idealnym miejscem do rozpowszechniania wiedzy i informacji o HIV/AIDS. Badania dokonane dla potrzeb niniejszej publikacji wykazały, że poziom wiedzy na temat problematyki HIV/AIDS w miejscu pracy jest w Polsce wciąż niewystarczający. Skutkuje to zwiększonym ryzykiem zakażenia, jak też wzmożoną dyskryminacją oraz pomijaniem praw człowieka osób żyjących z HIV/AIDS.

Mam nadzieję, że polscy pracodawcy udostępnią niniejszą książkę swoim pracownikom oraz że i jedni, i drudzy jak najszybciej będą mogli wcielić w życie zawarte w niej rekomendacje.

Wspólnymi siłami uda się nam pokonać HIV/AIDS.

Colin Glennie
Stały Przedstawiciel
UNDP w Polsce

Preface

Why is HIV/AIDS in the workplace an important topic for Poland, where we have low prevalence of HIV infection?

Due to a timely and well-structured national programme on HIV prevention, Poland is known as a country, which has successfully contained the epidemic. However, this should not be allowed to lead to complacency – HIV is a fact within Polish society, and there are inevitably many people who are not aware that they have HIV. It is no longer a disease limited to vulnerable groups such as homosexuals or injecting drug users. Heterosexual contact is responsible for most infections worldwide, and is the fastest growing route for infection in Poland.

Furthermore, we must not be complacent because we are on the edge of the region with the fastest growing HIV infection rate in the world, and the course of the epidemic is unpredictable. For example, Latvia was also a country of low prevalence until it was taken by surprise when it recently discovered a sudden increase in HIV-infected people in the country. So Poland must increase its vigilance still further if we want to avoid a similar unpleasant surprise.

Not only must we be vigilant to prevent infection, but we must also broaden public awareness of the dignity and human rights of HIV-infected persons, and our duty to ensure that there is no discrimination against them.

Knowledge and information are the backbones of all effective measures to limit the epidemic and avoid discrimination. We have learned from some countries in Western Europe that there is a decrease in public awareness of HIV/AIDS after a period of relative disinterest in public HIV campaigns. The workplace, where people meet daily, is a perfect platform on which to disseminate knowledge and information on regular basis. The survey conducted for this publication reveals that knowledge in Polish workplaces on HIV/AIDS is far from sufficient, which makes people vulnerable to the infection, and is likely to lead to discrimination and breach of human rights.

I hope all employers will make this booklet widely available to their employees, and that both employers and employees will follow the "best practices" described here. Together, we can defeat HIV/AIDS.

*Colin Glennie
Resident Representative
UNDP Poland*

Wstęp

Tytuł niniejszej publikacji dość precyzyjnie odzwierciedla jej przedmiotowy zakres. Książka traktuje bowiem o problemach medycznych, społecznych, zwłaszcza socjologicznych i psychologicznych, a także prawnych, z którymi osoby zakażone HIV lub chore na AIDS borykają się w miejscu pracy albo mogłyby się tam z nimi zetknąć, gdyby były w stanie znaleźć jakiegokolwiek zatrudnienie. Problemy te są przedstawiane przez pryzmat światowych i europejskich standardów ochrony praw człowieka, przy uwzględnieniu stopnia ich inkorporacji do polskiego ustawodawstwa oraz stosowania jego unormowań w codziennej praktyce.

Nieco bardziej złożona jest kwestia celów przedmiotowego opracowania. Publikacja stawia sobie przede wszystkim zadania informacyjno-edukacyjne, bowiem gruntowna, usystematyzowana wiedza na temat HIV/AIDS usuwa źródła ludzkiego strachu przed tak zwaną „dumą XX – XXI wieku”, a tym samym zapobiega postawom nietolerancji i dyskryminacji, czy wręcz agresji wobec osób zakażonych lub chorych. Wskaźniki zakaźności HIV utrzymują się w Polsce na tym samym poziomie od wielu lat, co powinno być traktowane jako dowód skuteczności polskiej strategii przeciwdziałania HIV/AIDS. Od początku, a więc od połowy lat dziewięćdziesiątych, skoncentrowano się na budowaniu społecznego zrozumienia mechanizmu zakażeń i możliwości samoobrony przed nimi, co w konsekwencji przyczyniło się do kształtowania postawy tolerancji wobec osób zakażonych lub chorych i wyrzeczenia się możliwości wprowadzenia wobec nich jakiegokolwiek form prawnego przymusu w sferze wykrywania zakażeń oraz wdrażania możliwej terapii.

Tymczasem świadomość potrzeby działań prewencyjnych w zakresie HIV/AIDS uległa w Polsce osłabieniu, by nie powiedzieć „uśpieniu”. Stało się tak ze względu na statystyczne dane o stosunkowo małej i od wielu lat stabilnej liczbie zakażeń, co nie pozwala mówić w alarmistycznym tonie np. o ograniczeniu moż-

liwości powoływania pod broń, czy wykorzystywania w charakterze siły roboczej, a tym samym o zagrożeniach dla obronności kraju czy jego gospodarczego rozwoju. Jest to swoisty paradoks, gdyż sukces polskiej strategii powinien zachęcać do jej kontynuowania co najmniej w dotychczasowym zakresie przedmiotowym i finansowym, nawet jeśli nie jest to łatwe ze względu na kryzysową sytuację w sferze finansów publicznych. Być może, iż w kwestii finansowania „Krajowy program zapobiegania zakażeniom HIV, opieki nad żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS” powinien wyraźnie wskazywać, iż do samorządu lokalnego należy partycypowanie finansowe w prewencyjnych działaniach lokalnych, do czego należałoby stworzyć wyraźne i jednoznaczne podstawy prawne. W żadnym jednak razie nie wolno zaprzepaścić dotychczasowych osiągnięć Krajowego Centrum do Spraw AIDS, stanowiącego wyspecjalizowaną agendę Ministerstwa Zdrowia. To samo dotyczy zresztą dorobku Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Nie wolno też zapominać o społecznej aktywności szerokiego kręgu organizacji pozarządowych i bezimiennej rzeszy ich działaczy, którzy w działalności organów publicznych stanowią naturalnych partnerów, przy czym okazywane im zaufanie może zaowocować przyznawaniem odpowiednich grantów przez zagranicznych sponsorów.

Naiwne byłoby przy tym mniemanie, iż dotychczasowe sukcesy w realizacji Krajowego programu dotyczącego HIV/AIDS stworzyły stabilny stan idealny, więc „z natury rzeczy” nie można go udoskonalić. Sytuacja epidemiologiczna w sąsiedztwie Polski, zwłaszcza od wschodniej granicy, wygląda bowiem znacznie mniej optymistycznie, a trudno zakładać radykalne zmniejszenie kontaktów międzyludzkich, nawet w sytuacji, gdy granica ta wkrótce stanie się równocześnie granicą Unii Europejskiej. Podobne założenie byłoby zresztą sprzeczne z procesami globalizacji światowego życia społeczno-gospodarczego, których wyrazem jest między innymi łatwość przemieszczania się, a zakażenie HIV należy do zjawisk transgranicznych. Poza tym z Europy Zachodniej (np. Wielka Brytania, Włochy) dochodzą sygnały, że zaprzestanie, czy choćby tylko wydatne ograniczenie kampanii prewencyjnej na temat HIV/AIDS powoduje w tym zakresie szybki i nieproporcjonalnie duży spadek świadomości społecznej, do czego nie można w Polsce dopuścić.

Prezentowana publikacja jest adresowana do możliwie szerokiego kręgu czytelników, a więc nie tylko osób mających zawodowe przygotowanie medyczne, socjologiczne lub prawnicze. Wskazuje na to również struktura opracowania, obejmująca niniejszy wstęp, dwie części merytoryczne, tak zwane rekomendacje, stanowiące w istocie zakończenie książki, oraz aneksu, zawierającego materiały informacyjne, których odbiorcą może być każda osoba, w tym oczywiście żyjąca z HIV lub chora na AIDS, względnie bliscy takich osób. W aneksie zamieszczono bowiem „Mapę pomocy”, czyli wykaz instytucji, trudniących się głównie poradnictwem dla zainteresowanych, jak też wykaz placówek, zajmujących się w Polsce profilaktyką HIV i AIDS oraz zwalczaniem epidemii, czy to w warunkach szpitalnych czy ambulatoryjnych. W aneksie zamieszczono też informacje o „Krajowym programie zapobiegania zakażeniom HIV, opieki nad żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS”.

Aneks zawiera ponadto opracowany przez **Katarzynę Szroeder-Dowjat** *Przegląd artykułów i doniesień prasowych zamieszczonych w dziennikach o zasięgu ogólnopolskim i regionalnym w okresie od 29 listopada do 5 grudnia 2001 r.*, a więc w związku ze Światowym Dniem AIDS, obchodzonym co roku w dniu 1 grudnia. Poza tym jest w aneksie wykaz uzupełniającej literatury przedmiotu pracy, w którym szczególną uwagę zwraca seria monograficznych opracowań niektórych problemów HIV/AIDS z punktu widzenia poszczególnych gałęzi prawa. Serię tę ze środków Krajowego Centrum publikuje Wydawnictwo Poznańskie, a pod względem organizacyjnym i naukowym patronuje jej A. J. Szwarc, profesor prawa karnego z UAM. W aneksie są wreszcie noty o autorach oraz informacja o wydawcy publikacji, czyli Programie ds. Rozwoju Narodów Zjednoczonych.

Pierwsza część poprzedzona została wyjaśnieniem określeń i terminów używanych w publikacji. Merytoryczna warstwa publikacji składa się z dwóch części, które nie mają samodzielnych tytułów. W pierwszej części omówiono w sześciu tekstach społeczne aspekty tytułowej problematyki. **Dorota Rogowska-Szadkowska** przedstawia w zwięzły sposób *Informacje podstawowe o HIV/AIDS*. Akcentując szczególne znaczenie pracy w życiu osób zakażonych, Autorka zwraca uwa-

gę, że pozytywne efekty skojarzonej terapii antyretrowirusowej (podawanie trzech leków hamujących namnażanie się wirusa) zrodziły w USA i w krajach Europy Zachodniej nowy społecznie problem powrotów do pracy osób, które wcześniej odeszły z niej „na zawsze”, żegnając się ze współpracownikami i zdradzając im tajemnicę swojej choroby. **Anna Marzec-Bogusławska**, w opracowaniu zatytułowanym **Podstawowe dane epidemiologiczne**, podnosi m.in., że groźba zakażenia HIV uległa dziś demokratyzacji i nie oszczędza żadnej grupy społecznej. Dotyka m.in. znacznie większą niż poprzednio liczbę kobiet, co jest następstwem ryzyka kontaktów heteroseksualnych, a nie tylko – jak wcześniej mniemano – głównie kontaktów homoseksualnych.

Kolejne dwa opracowania są poświęcone problemom, jakie osoby żyjące z HIV lub chore na AIDS mają z pogodzeniem stanu swego zdrowia z zatrudnieniem pracowniczym, jak też, a nawet przede wszystkim, z brakiem stałego zatrudnienia. To samo dotyczy osób nie mogących się utrzymać z niewielkiej renty, a tym bardziej osób nie dysponujących świadczeniami z ubezpieczenia społecznego i skazanych na pomoc społeczną, względnie w ogóle nie korzystających z jakichkolwiek form wsparcia o publicznoprawnym charakterze. Autorem pierwszego z tych opracowań, zatytułowanego **Chory na AIDS w środowisku pracy** jest **Henryk Banaszak**. W konwencji teatralnej metafory relacjonuje on wyniki badań co do stanowiska, jakie w kwestii swoich praw, warunków pracy i potrzeb związanych z pracą wyrażają zakażeni, które to wyniki „po drugiej stronie barykady”, czyli po stronie pracodawców, działaczy związkowych i innych (zdrowych) pracowników konfrontuje ze stopniem ich wiedzy na temat HIV/AIDS, a także z poglądami na temat prawa do poufności, dyskryminacji i dążenia do marginalizacji zakażonych. Uzyskane rezultaty Autor zestawia w podsumowaniu artykułu z treścią **Kodeksu dobrej praktyki**, który Międzynarodowa Organizacja Pracy przyjęła w 2001 r. w sprawie traktowania problemów HIV/AIDS w miejscu pracy. Autor słusznie twierdzi, że dla MOP jest to sprawa tego samego rodzaju co inne problemy zdrowotne w środowisku pracy, aczkolwiek priorytetowe znaczenie przy ich rozwiązywaniu powinny mieć indywidualne prawa człowieka, tj. prawo do poufności i niedyskryminacji. Z przeprowadzonych

badani wynika jednak, że opinia publiczna w Polsce, ze względu na wyolbrzymione poczucie zagrożenia wirusem, podporządkowuje prawa jednostki własnemu poczuciu bezpieczeństwa. W ten sposób wzmacnia i sankcjonuje pod względem etycznym dążenie pracodawców do marginalizacji zakażonych, a zarazem demobilizuje zdeorientowanych tą sytuacją działaczy związkowych, których poglądy na temat roli związków zawodowych w rozwiązywaniu problemów HIV/AIDS są wewnętrznie sprzeczne.

W drugim ze wspomnianych opracowań, autorstwa **Anny Nowak**, i noszącym tytuł **Praca a jakość życia osób zakażonych HIV/AIDS**, omawiane są wyniki badań przeprowadzonych w formie wywiadów kwestionariuszowych z 14 kobietami i 46 mężczyznami żyjącymi z HIV w Gdańsku, Poznaniu i Szczecinie. Ich kłopoty zdrowotne utrudniają albo wręcz uniemożliwiają wykonywanie pracy, zwłaszcza w połączeniu z kuracją antyretrowirusową. Dręczy ich też brak akceptacji w miejscu pracy, więc jeśli ktoś pozostaje zatrudniony, to za wszelką cenę stara się ukryć zakażenie, żyjąc w stresie, co będzie, gdy się źle poczuje. Trzeci problem dotyczący badanych, to ich niewystarczające kwalifikacje zawodowe, co praktycznie wyklucza możliwość ubiegania się o stałą pracę. Źródłem utrzymania dla badanych są więc: praca etatowa (13 osób), renta z tytułu zakażenia HIV (15 osób), renta z innego tytułu i dorywcze zlecenia (10 osób), renta oraz wsparcie rodziny (7 osób), zasiłek z pomocy społecznej (4 osoby). Nie wiadomo, z czego żyje pozostałych 11 osób, przy czym 2 z nich przyznały się do żebractwa i kradzieży.

Ostatni w pierwszej części jest artykuł **Elżbiety Ciastoń-Przeclawskiej**, zatytułowany **Opinie lekarzy, pielęgniarek i pracowników socjalnych na temat rutynowego testowania w celu wykrycia zakażenia HIV**. Przedmiotem wywiadów kwestionariuszowych były pytania, czy w trakcie badań wstępnych lub okresowych należy w niektórych zawodach wprowadzić obowiązkowe testy w kierunku HIV i czy w razie zakażenia pracownicy ci powinni nadal wykonywać swój zawód? Twierdząca odpowiedź dotyczy w dużym stopniu zawodów wymagających kontaktu z tkankami lub płynami ustrojowymi człowieka (lekarze, pielęgniarki, fryzjerzy, kosmetyczki, laboranci); w mniejszym stop-

niu odnosi się do sytuacji, gdy częste relacje z ludźmi nie obejmują kontaktu fizycznego (nauczyciel, policjant, strażak, pracownicy socjalni). Wyniki te budzą zdziwienie i niepokój Autorki z powodu irracjonalności postaw, będących konsekwencją braku rzetelnej i ugruntowanej wiedzy na temat HIV.

Druga część książki zawiera opracowania o głównie prawniczym charakterze. Dwa opracowania przedstawiają międzynarodowe standardy praw człowieka w odniesieniu do zatrudniania osób żyjących z HIV/AIDS. **Justyna Sobeyko** omawia *Konwencje i zalecenia Międzynarodowej Organizacji Pracy dotyczące postępowania w miejscu pracy wobec osób żyjących z HIV/AIDS*. W podsumowaniu tej prezentacji Autorka twierdzi, że co prawda żaden z prawotwórczych aktów MOP nie dotyczy wprost HIV/AIDS, lecz są to sytuacje mieszczące się w zakresie zastosowania pojęcia niepełnosprawności, stanowiącej z kolei jedno z wyraźnie wyodrębnionych kryteriów generalnego zakazu dyskryminacji. Autorka wyraża natomiast zdziwienie, że Polska nie ratyfikowała dotąd konwencji mających kluczowe znaczenie dla przedmiotu opracowania.

Włodzimierz Nowacki omawia natomiast *Prawa osób żyjących z HIV i chorych na AIDS w miejscu pracy w świetle regulacji prawnych Unii Europejskiej*. Chodzi w szczególności o: rezolucję Rady UE z dnia 20 grudnia 1996 r. w sprawie równości szans osób niepełnosprawnych, Dyrektywę Rady z dnia 27 listopada 2000 r., ustanawiającą generalne zasady równego traktowania przy zatrudnieniu i uzyskiwaniu kwalifikacji oraz Komunikat Komisji Europejskiej z dnia 12 maja 2000 r., zatytułowany „W kierunku Europy wolnej od barier dla osób niepełnosprawnych”.

Autorstwa **Justyny Sobeyko** jest również tekst pt. *Ustawodawstwo polskie a międzynarodowe standardy praw człowieka dotyczące osób żyjących z HIV w miejscu pracy*. Ocena polskiego ustawodawstwa jest dokonywana z punktu widzenia: prawa do pracy, „prawa do sprawiedliwych i korzystnych warunków pracy”, zakazu dyskryminacji, prawa do poszanowania osobistej godności oraz prawa do poszanowania prywatności. Autorka uważa, że polskie prawo respektuje wspomniane standardy, więc w tym zakresie nie są konieczne ja-

kiekolwiek postulaty *de lege ferenda*. Problem tkwi więc raczej w konieczności zwalczania przyczyn społecznej nietolerancji wobec żyjących z HIV.

Artykuł przygotowany przez **Eleonorę Zielińską** nosi tytuł *Ochrona osób zakażonych HIV przed dyskryminacją w okresie poprzedzającym nawiązanie stosunku pracy, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet*. Tytuł ten precyzyjnie oddaje przedmiot opracowania. Autorka zastanawia się, na ile przesłanką dyskryminacji przy nawiązaniu stosunku pracy, polegającej na odmowie zatrudnienia jedynie ze względu na stan zdrowia, mogą być badania lekarskie i ewentualnie inne źródła pozyskiwania wiedzy o stanie zdrowia kandydata. W konkluzjach opracowania Autorka ubolewa, że przepis art. 18^{3d} kodeksu pracy, przewidujący odškodowanie z tytułu dyskryminacji w sferze zatrudnienia, dotyczy tylko dyskryminacji ze względu na płeć.

Następnie zamieszczono tekst opracowany przez **Irenę Głowaczewską** i zatytułowany: *Oce-
na zabezpieczenia pracowników zakładów, w których istnieje ryzyko zakażenia HIV*. Co prawda Autorka odwołuje się do obowiązującego prawa, a nawet formułuje postulaty jego zmian, lecz nie jest to opracowanie stricte prawnicze, a raczej tekst ze sfery organizacji i zarządzania zakładami opieki zdrowotnej. W tych głównie zakładach występuje bowiem ryzyko zawodowych zakażeń HIV przez kontakt z krwią lub innym materiałem zakaźnym pochodzącym od osób zakażonych, nawet jeśli teoretycznie może to dotyczyć również pracowników, mających w trakcie wykonywania swoich czynności służbowych sporadyczny kontakt z ludzką krwią (np. policjanci, straż miejska, pracownicy ochrony, służby ratownicze, służba penitencjarna). Autorka omawia uwarunkowania i zasady profilaktyki zakażeń zawodowych HIV, łącznie z profilaktycznym stosowaniem leków antyretrowirusowych. Wiąże się to z delikatnym problemem dopuszczalności niezwłocznego zbadania krwi w kierunku HIV u osoby będącej źródłem zawodowej ekspozycji. Irena Głowaczewska dopuszcza pobranie krwi bez zgody pacjenta, aczkolwiek podnosi, że w okresie tak zwanego okienka serologicznego (okres od 3 do 12 tygodni między zakażeniem i pojawieniem we krwi przeciwciał skierowanych przeciw HIV) należałoby poza tym badać krew na obe-

ność antygeny P 24, który można wykryć w okresie od 1 do 2 tygodni od zakażenia. Jednakże brak możliwości wykrycia wirusa niezwłocznie po zakażeniu podważa racjonalność wszelkiego przymusu badania krwi będącej źródłem ekspozycji. Pierwszą część artykułu kończą szczegółowe rekomendacje, sformułowane w dwóch płaszczyznach, tj. ochrony przed zakażeniem i ochrony w razie zawodowego zakażenia.

Natomiast w drugiej części artykułu Autorka ocenia krajowy stan zabezpieczenia pracowników przed zawodowymi zakażeniami HIV. W tym zakresie zadaje zwłaszcza pytanie, kto powinien płacić za profilaktyczne podawanie leków antyretrowirusowych. Twierdzi, że zdaniem prawników nie ma w obowiązującym prawie dostatecznych podstaw do obciążenia tymi kosztami pracodawcy, przy czym powołuje się na opinię prawną w dyspozycji Krajowego Centrum, jak też orzeczenie jednego z rejonowych sądów pracy. Tymczasem praktyczną doniosłość prawną dla podobnych ocen mogą mieć tylko orzeczenia naczelných organów sądowych, ewentualnie wypowiedzi autorytetów prawniczych. Autorka postuluje ponadto, aby w razie stwierdzenia zawodowego zakażenia HIV można było pracownikowi przyznać jednorazowe odszkodowanie. Zakażenie to należy jednak do kategorii chorób zawodowych, więc prawo do wspomnianego odszkodowania jest oczywiste, aczkolwiek jego wysokość zależy od stopnia stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, który ustala się w zależności od skutków, jakie choroba pozostawiła w narządach i układach. Rzeczony postulat trzeba więc rozumieć, jako sugestię przyznawania każdemu od razu pełnego odszkodowania, co jest jednak bardzo dyskusyjne.

Tę część książki kończy tekst **Polityka ONZ wobec własnych pracowników z HIV/AIDS**, opracowany przez **Wojciecha Bukata**. Autor omawia broszurę wydaną przez UNAIDS, zawierającą dla pra-

cowników ONZ i członków ich rodzin informację o groźbie zakażenia HIV i sposobach radzenia sobie w razie zachorowania na AIDS. W świetle tej broszury ONZ jawi się jako swoisty ideał pracodawcy.

Jak z powyższych rozważań wynika, nie identyfikuję się ze wszystkimi poglądami wyrażonymi w niniejszej książce. Uważam zresztą, że nie należy to do obowiązków jej redaktora. Innymi słowy, poglądy sformułowane przez autorów poszczególnych publikacji są wyrazem ich wiedzy i przekonań. Autorzy mieli też wolną rękę w sposobie ujęcia opracowywanych tematów, a więc zaprezentowania ich w formie publikacji, respektujących wszystkie rygory warsztatu naukowego, względnie w formie tekstu o charakterze bardziej popularno-naukowym.

Merytoryczną część opracowania kończą wnioski, nazywane rekomendacjami. Jest to próba wyciągnięcia przed nawias tych refleksji ogólnych, które są wspólne dla wszystkich części publikacji. Refleksje te przybrały przede wszystkim postać dyrektyw działania adresowanych do organów państwowych i samorządowych, a także do organizacji społecznych. Są to również postulaty, dotyczące polityki tworzenia i stosowania prawa bezpośrednio bądź pośrednio związanego z sytuacją osób zakażonych HIV lub chorych na AIDS. Wśród wspomnianych rekomendacji znajdują się też sugestie co do potrzeby prowadzenia badań w zakresie wykraczającym poza tytułową problematykę, choć ściśle z nią związanym, a mianowicie, dotyczącym skutków utraty pracy lub niemożności jej znalezienia przez osoby żyjące z HIV. Chodzi tu o status tych osób w świetle przepisów prawa socjalnego, a więc gałęzi prawa, która w ramach systemu prawnego określa zasady przyznawania różnego rodzaju świadczeń społecznych.

Andrzej Kijowski

Introduction

The title of the publication quite precisely reveals its subject matter and content. The book covers problems people living with HIV or AIDS (PLWHA) have to face in the working world, especially the medical, legal, social, and psychological aspects of employment (granted that a possibility of employment exists for such people or that their physical condition allows it). These problems are viewed through the prism of European and world human rights standards and Poland's level of their incorporation, alignment and implementation in everyday practice.

The book's purpose is somewhat complex. Above all, its main agenda is information and education in keeping with the belief that sound and systemized knowledge about HIV/AIDS will remove the seeds of human fear in the face of this "20th and 21st century plague", simultaneously helping to diminish public intolerance, discrimination – and sometimes outright aggression – against PLWHA.

Poland's stable HIV/AIDS infection rates are proof that the preventive strategies applied in this sphere are effective. Since the mid-1990s much effort has gone into spreading information about the disease, its mechanism and dangers, and ways to avoid infection. This has raised tolerance toward PLWHA, who today are not subject to any kind of compulsory testing or treatment.

Lately there has been less public involvement in HIV/AIDS prevention in Poland, this largely due to the relatively low and stable infection rates. In fact the disease poses no national-scale threats (e.g. there is no need to fear that it will upset our economy or defences by decimating our troops and labour force). The paradox here is that the effectiveness of Polish HIV/AIDS policies warrants their continuation – at least in the form of the to-date aid schemes and financial support (even if this is no easy task for our crisis-torn budget).

As regards financing, Poland's **National Programmes for HIV** should state clearly that financing HIV/AIDS prevention on the local level is a local government task requiring transparent and comprehensive legislation.

On no account, however, should we allow ourselves to squander the to-date achievements of Poland's National AIDS Centre, a specialized agency of the Ministry of Health in charge of the national HIV/AIDS programme, and National Bureau for Drug Control. Also active in this field are numerous nongovernmental organizations (NGOs), scores of their nameless employees working in natural partnerships with official bodies. The trust in NGO work shown by the Polish government may well bring future profits in the form of useful foreign grants and sponsorships.

The national HIV/AIDS programme has been generally successful in stabilizing infections. However, it would be naive to assume that the situation in Poland is ideal and therefore "unimprovable". Things look much less optimistic in Poland's immediate neighbourhood, especially to the east, where there will be little hope for a fall in infection-threatening contacts even after Poland becomes the EU's eastern outpost. Restricting human traffic here would run against the globalization trends dominant in today's social and economic life and expressed among others by freedom of travel. Thus, in today's world HIV/AIDS is a cross-border problem.

Moreover, signals from the European Union, specifically Great Britain and Italy, confirm that discontinuing or even limiting HIV/AIDS prevention results in a rapid drop in social awareness, something which cannot be permitted in Poland.

The present book is addressed not only to health workers, legal or social professionals, but a wide range of readers. This is best visible in its structure, consisting of this introduction, two main sections, a recommendations section (which in fact closes the book) and an annex with factual information for everyone, including, of course, PLWHA and/or their relatives and friends. The annex contains an "aid directory" listing institutions and clinics specializing in HIV/AIDS assistance, prevention and anti-epidemic measures, as well as information on the

National Programme for HIV Prevention and Care for PLWHA 1999-2003.

Authored by Katarzyna Szroeder-Dowjat, this annex also contains press releases and other information on World AIDS Day (Dec. 1) from Poland's local and national press and a list of supplementary titles on HIV/AIDS, notable among which is a series of monographs on the disease's legal aspects published by Wydawnictwo Poznańskie from National AIDS Centre funds. This series was compiled under professor J. A. Szwarc, a criminal law expert from the Adam Mickiewicz University in Poznań. Additionally, the annex contains notes on contributing authors and information about the book's sponsor – the United Nations Development Programme (UNDP).

The book's first part is preceded by a list of terms and definitions. Its main section is organized into two untitled parts, the first describing (over six chapters) the social aspects of HIV in the workplace. Dorota Rogowska-Szadkowska briefly outlines some Basic HIV/AIDS Information, specifically underscoring the meaning of employment for PLWHA. She points out that the positive effects of new antiretroviral drugs (three medicines which hinder the virus's growth) have created a new social problem in the United States and Western Europe: that of people returning to work despite having left "for good" after publicly disclosing their condition. In a feature entitled Basic Epidemiological Data Anna Marzec-Boguslawska points out that the risk of HIV infection cuts across all population groups and is indifferent to financial status, race or sex. Among others she mentions the rising numbers of female infections from heterosexual contacts, which belies the theory that HIV/AIDS is mostly contracted in homosexual milieus.

The next two texts target the health problems PLWHA have at work and (or, perhaps, first of all), the troubles they experience finding steady employment. Similar troubles are experienced by PLWHA unable to support themselves from small disability pensions, those who are ineligible for social welfare and have to resort to charity, and individuals who get no public aid at all.

The first feature, authored by Henryk Banaszak, is entitled PLWHA in the Workplace. Resorting to a

theatrical metaphor, Banaszak lists PLWHA statements on their employee rights, work conditions and other work-connected requirements and sets them against the "other side's" (employers, trade unionists and uninfected employees) knowledge about HIV/AIDS as well as opinions on issues like serological confidentiality and the discrimination and social exclusion of PLWHA.

Banaszak concludes by comparing his results with the Good Practices Code on HIV/AIDS in the workplace adopted by the International Labour Organization in 2001. The author rightly states that ILO sees HIV/AIDS at work as just another occupational hazard, nevertheless one whose treatment requires strict observance of certain basic human rights (e.g. to confidentiality and nondiscrimination). Studies show, however, that Polish public opinion is sufficiently afraid of HIV/AIDS to place its own sense of safety above individual human rights, thus providing PLWHA-hostile employers with a moral licence to discriminate and confused unionists, who differ greatly in their views on the role of trade unions in combating HIV/AIDS.

In the second article, entitled Employment and PLWHA Living Standards Anna Nowak discusses the results of interviews with 14 female and 46 male PLWHA in Gdańsk, Poznań and Szczecin. She describes how the disease and accompanying anti-retroviral treatment create performance problems and the stress PLWHA suffer due to their non-acceptance by workmates (which is why those who do work try to conceal their condition, shivering at the thought that they might begin to feel worse one day). The third problem facing PLWHA are their skill deficiencies, which practically eliminate them from permanent employment. Asked about their subsistence means the interviewed PLWHA named steady work (13), disability pensions (15), other aid grants and odd jobs (10), support by family (7), and social aid (4). Unknown are the support means of the remaining 11 pollees (two of whom admitted that they begged and stole to live).

The last chapter of the first part was written by Elżbieta Ciastoń-Przeclawska and is entitled Opinions of Physicians, Nurses, and Social Workers on Routine HIV Testing. Here the research was also carried out in the form of interviews in which the

subjects were asked whether some professions should include HIV/AIDS tests in their regular medicals and if employees with diagnosed HIV/AIDS should be allowed to continue in their jobs. A "yes" to tests mostly concerned professions involving a high level of bodily contact (physicians, nurses, hairdressers, beauticians, lab workers) and less those where physical contact is sparse (teachers, policemen, firemen, social workers).

These results evoked the author's surprise and irritation – she calls them irrational and a result of failing knowledge about HIV/AIDS.

Two features concentrate on international human rights standards in connection with the employment of PLWHA. Justyna Sobeyko discusses the International Labor Organization's Conventions and Recommendation on Procedures Towards PLWHA in the Workplace. In her resumé she insists that although none of ILO's legal acts directly addresses HIV/AIDS, it is nevertheless implied under the general disability heading, which is one of the chief criteria behind anti-discrimination rulings. With some astonishment Sobeyko also points out that until today Poland has failed to ratify any convention of key significance to HIV/AIDS in the workplace.

Włodzimierz Nowacki presents the Rights of People Living With HIV/AIDS at their Place of Employment in Light of European Union Legislation. Discussed in particular are the EU Council's Dec. 20, 1996 resolution on the equal opportunities of disabled persons, the EU Council's Nov. 27, 2000 directive on equal treatment during recruitment and skill-training, and the European Commission's May, 12 2000 communiqué entitled, Towards a Europe Free of Barriers for the Disabled.

Another feature by Justyna Sobeyko, Polish Law and International Human Rights Standards on PLWHA in the Workplace, analyzes Polish legislation from several angles: the right to work, the right to fair working conditions, non-discrimination, the right to personal dignity and the right to privacy. The author concludes that in the above respects Polish law is generally in line with international norms and needs no change, the real problem lying rather in society's intolerance towards PLWHA.

A feature prepared by Eleonore Zielińska is entitled *Protection Against Discrimination of PLWHA, Particularly Women, During the Recruitment Process*. The title is aptly suited to the article's content. Zielińska wonders to what extent medical reports and other sources of information about a job candidate's health can serve as a reliable premiss for discriminating (not employing) him/her on health grounds. In her conclusion the author deplores that article 183rd of the Labour Code, which rules compensation for discrimination victims at work, concerns only sexual discrimination.

The following text, written by Irene Głowaczewska, is entitled *Employee Protection in High HIV/AIDS Infection Risk Organizations*. The author refers to current laws and even suggests they could be changed, nevertheless her essay is not a strictly legal text, rather concentrating on the organization and management of health institutions, where the risk of contracting HIV/AIDS by employees is particularly high due to their physical contact with the blood and other tissues of infected persons (theoretically this should also include policemen, traffic wardens, security guards, lifeguards and the prison service, all professions involving occasional contact with human blood). The author discusses the circumstances surrounding HIV infection at work and preventory measures, including prophylactic treatments with antiretroviral drugs. Głowaczewska also touches a rather delicate problem: the permissibility of HIV tests on persons employed in particularly infection-exposed jobs. Głowaczewska accepts taking blood samples without the patient's permission but points out that a test for the antigen P 24 (detectable 1-2 weeks after infection) should not be carried out during the "serological window" period, which for HIV/AIDS lasts anywhere from three to twelve weeks between infection and the emergence of HIV antibodies. However, the impossibility of detecting HIV immediately after exposure undermines the sense of compulsory blood testing. The article's first part ends with detailed recommendations concerning two main issues: HIV/AIDS prevention and protection in case of exposure in the workplace. In the second the author analyzes Poland's safeguards against HIV/AIDS infections at work. Among others she asks about the financing of preventive antiretroviral therapies. According to lawyers, she concludes, current legislation provides

no sufficient grounds to burden employers with these costs (quoted here are legal opinions by National AIDS Centre experts and a regional labour court). In fact, however, only opinions by supreme judicial organs or acclaimed legal authorities may have any bearing here.

The author also suggests special onetime compensation for employees infected with HIV/AIDS at work. HIV/AIDS is classified as an occupational hazard, therefore such compensation is a matter of course, its size, however, is determined by the degree to which the disease has impaired the infected person's organism. Hence the idea, however controversial, has to mean that each HIV/AIDS infection at work warrants full financial compensation. The section concludes with an article by Wojciech Bukat entitled *UN Policies Towards Its HIV/AIDS Infected Employees*. The author discusses a UNAIDS information pamphlet on HIV/AIDS and treatment in case of infection addressed to UN employees and their families. In the pamphlet the UN presents itself as a model employer.

As the above clearly shows, I do not personally agree with all the views expressed in this book (and, as its editor, do not have to). In other words, the opinions formulated by its authors are based on their own knowledge and judgment. The book's contributors were also given complete freedom regarding the form of their presentations: from strictly academic essays to articles in a more popular style. The book's essential part closes with a resumé entitled *Recommendations*, which attempts a rundown of its general concepts. These recommendations are mainly in the form of directives addressed to state and local government bodies and public organizations and postulating the introduction of laws directly pertaining to PLWHA. Among these recommendations is a suggestion to research the effects of losing work and protracted unemployment on PLWHA, an area beyond – but strictly connected with – the present subject-matter. This mainly concerns the status of PLWHA under current social laws, which are the basis for granting social aid.

Andrzej Kijowski

Określenia i terminy

Nazywanie różnych zjawisk i określony sposób mówienia o problemach kształtuje w naszej świadomości ich obraz. Sensacyjne tytuły w gazetach, dramatyczne wiadomości przekazywane przez radio i telewizję kreują rzeczywistość, ale nie zawsze dostarczają rzetelnych i wyczerpujących informacji. Tak jest w przypadku HIV i AIDS, które w dalszym ciągu wzbudzają wiele emocji i wywołują różnorodne, często negatywne skojarzenia. Przenoszenie się zakażenia HIV było i jest kojarzone przez wiele osób wyłącznie z „niemoralnym” zachowaniem, jakim jest dla opinii publicznej np. homoseksualizm czy przyjmowanie dożylnie środków odurzających. To powiązanie AIDS z zachowaniami, które społeczeństwo potępia i marginalizuje, stworzyło klimat lęku i nienawiści pozwalający na to, by osoby zakażone lub chore były przedmiotem pogardy, izolacji społecznej, a nawet napaści.

W świadomości wielu ludzi utrwaliły się niepoprawne określenia związane z HIV i AIDS (nosiciel, zarażony), które pozornie odsuwają od nich możliwość zakażenia się HIV („nie należę przecież do żadnej grupy ryzyka”), a jednocześnie są przejawem nietolerancji wobec zakażonych i chorych. O osobie zakażonej HIV nie powinno się mówić „nosiciel”, ponieważ wirus ten uaktywnia się w organizmie człowieka stopniowo, czasem bardzo powoli niszczy układ odpornościowy. Nie jest to więc nosicielstwo, ale proces chorobowy, który trwa aż do śmierci. Ludzie zakażeni żyją z wirusem, należy więc używać określenia „osoba zakażona HIV” lub „osoba żyjąca z HIV”.

Nie powinno się również mówić „grupa ryzyka”. Zakażenie HIV może spotkać każdego, bywa wynikiem ryzykownego zachowania, a nie jest związane z przynależnością do żadnej grupy. Poprawne jest więc jedynie określenie „zachowanie ryzykowne”.

AIDS (ang. *Acquired Immunodeficiency Syndrome*)

– zespół nabytego upośledzenia odporności, powstaje na skutek zniszczenia przez HIV (patrz dalej) układu odpornościowego. Organizm traci mechanizmy obronne przystosowane do zwalczania różnych zakażeń grzybiczych, wirusowych lub bakteryjnych.

choroby wskaźnikowe – AIDS nie jest odrębną chorobą, rozpoznaje się go wówczas, kiedy osoba zakażona HIV zachoruje na którąś z chorób wskazujących na AIDS, np. pneumocystozowe zapalenie płuc, toksoplazmozę narządową, cytomegalię narządową, gruźlicę, kandydozę przełyku, tchawicy, oskrzeli lub płuc, opryszczkę (owrzodzenie utrzymujące się ponad miesiąc), mięsak Kaposiego, rak szyjki macicy i inne nowotwory.

czerwona wstążeczka – symbol solidarności z ludźmi żyjącymi z HIV i AIDS, ich rodziną i przyjaciółmi, symbolizuje zaangażowanie w walkę z AIDS. Idea czerwonej wstążeczki powstała w 1991 r.

HAART (ang. *Highly Active Antiretroviral Therapy*)

– aktywna terapia antyretrowirusowa to obecnie obowiązujący standard leczenia osób zakażonych HIV. Polega na łącznym stosowaniu co najmniej trzech leków antyretrowirusowych, hamujących namnażanie się wirusa.

HIV (ang. *Human Immunodeficiency Virus*)

– ludzki wirus upośledzenia odporności – zabija komórki CD4, które pomagają organizmowi w walce z zakażeniem i chorobą. Wirusem tym można się zakazić poprzez kontakt z krwią zakażoną HIV, podczas stosunku seksualnego z osobą żyjącą z HIV, używając niewyjałowionych igieł i strzykawek do dożylnych wstrzyknięć narkotyków lub narkotyków ze wspólnego naczynia. HIV może być również przeniesiony z zakażonej matki na dziecko w czasie ciąży, porodu lub karmienia piersią. Zakażenie HIV raz nabyte trwa całe życie, ponieważ nie znaleziono jeszcze sposobu na zniszczenie wirusa w ludzkim organizmie. HIV jest bardzo wrażliwy na ogrzewanie i w temperaturze 56°C ginie w ciągu kilku minut, również łatwo niszczą go środki odkażające.

infekcje oportunistyczne – zakażenia, które nie występują lub przebiegają łagodnie u osób ze sprawnym układem immunologicznym, groźne dla osób z upośledzonym układem odpornościowym.

lek antyretrowirusowy – lek o działaniu antyretrowirusowym, czyli wpływający hamująco na replikację (namnażanie) się wirusa HIV.

okienko serologiczne – okres od zakażenia HIV do pojawienia się we krwi przeciwciał skierowanych przeciwko wirusowi HIV w ilościach wykrywanych dostępnymi testami, trwa od 3 do 12 tygodni. W tym czasie cząsteczki wirusa namnażają się najintensywniej. Mimo obecności wirusa w organizmie wykonany wówczas test przesiewowy nie wykrywa zakażenia (wynik jest ujemny), lecz wirus może być przekazywany innym osobom.

test przesiewowy przeciwciał HIV – ujemny – nieobecność we krwi przeciwciał skierowanych przeciwko HIV. Brak przeciwciał wskazuje, że nie ma infekcji lub od momentu zakażenia minęło tak niewiele czasu, że przeciwciała nie zdążyły się jeszcze wytworzyć (okienko serologiczne).

test przesiewowy HIV – dodatni – obecność we krwi przeciwciał HIV, wykrywanych za pomocą kilku testów diagnostycznych. Wskazuje na zakażenie HIV.

test w kierunku HIV – badanie krwi, umożliwiające wykrycie lub stwierdzenie nieobecności przeciwciał HIV. Rutynowym testem wykrywającym HIV jest test immunoenzymatyczny ELISA (EIA). Dla upewnienia się, że wynik nie jest fałszywie dodatni, zawsze wykonuje się z tej samej próbki krwi tzw. **test potwierdzenia** (najczęściej metodą *Western blot*), uwiarygodniający wynik.

seropozytywny – osoba, u której stwierdzono obecność przeciwciał HIV we krwi, czyli zakażona.

Światowy Dzień AIDS obchodzony jest 1 grudnia. W tym dniu światowa opinia publiczna skupia się na problemie pandemii HIV i AIDS i jej tragicznych skutkach, a także przywołuje pamięć tych, którzy z jej powodu odeszli. Uroczyste obchody niosą przesłanie współczucia, nadziei, solidarności z ludźmi żyjącymi z HIV i AIDS, a także zrozumienia problemów związanych z HIV/AIDS w każdym kraju na świecie. Co roku Światowy Dzień AIDS obchodzony jest pod innym hasłem, odpowiadającym aktualnym kampaniom, skierowanym do różnych grup społeczeństwa. Obchodzenie Światowego Dnia AIDS zaproponowano na Światowym Szczycie Ministrów Zdrowia na temat AIDS w styczniu 1988 r. w Londynie.

część I

**Aprobując izolację
i dyskryminację chorych na AIDS,
opinia publiczna w Polsce
podporządkowuje prawa jednostki
własnemu poczuciu bezpieczeństwa.
Wzmacnia w ten sposób
i etycznie sankcjonuje dążenia
do marginalizacji zakażonych
ze strony pracodawców...**

Henryk Banaszak
*Chory na AIDS
w środowisku pracy*



Informacje podstawowe o HIV/AIDS

Do 31 stycznia 2003 roku wykryto u 7922 obywateli polskich zakażenie ludzkim wirusem upośledzenia odporności (ang. *Human Immunodeficiency Virus* – HIV). Przynajmniej 4748 z tej liczby to osoby zakażone w konsekwencji dożylnego stosowania środków odurzających (informacja z 31 stycznia 2003 roku, Państwowy Zakład Higieny). Wiadomo jednak, iż prawdziwa liczba osób zakażonych HIV jest trzy-, czterokrotnie wyższa od liczby znanej.

Wirus HIV przenosi się tylko trzema drogami:

- 1) poprzez krew, przy czym krótkotrwały kontakt zakażonej krwi ze skórą nieuszkodzoną w widoczny sposób nie naraża na infekcję; do przeniesienia HIV konieczne jest przeniknięcie zakażonej krwi do krwioobiegu osoby zdrowej (na przykład podczas transfuzji krwi¹, iniekcji przy użyciu niesterylnego sprzętu lub przez kontakt z błonami śluzowymi),
- 2) poprzez kontakty seksualne, zarówno homo-, jak i heteroseksualne,
- 3) poprzez łożysko ciężarnej zakażonej HIV na płód.

W pierwszych latach epidemii zespołu nabytego upośledzenia odporności (ang. *Acquired Immunodeficiency Syndrome* – AIDS) uważano, iż AIDS grozi tylko homoseksualistom i narkomanom. Niezwykle wolno toruje sobie drogę świadomość, iż także kontak-

¹ W Polsce każda porcja krwi pobieranej w stacjach krwiodawstwa badana jest w kierunku obecności przeciwciał anti-HIV, badane są także tkanki i narządy przeznaczone do przeszczepów.

ty heteroseksualne stwarzać mogą ryzyko zakażenia HIV. AIDS kojarzy się przede wszystkim z brudnym narkomanem, żebrzącym na ulicy z tabliczką „Jestem chory, zbieram na leki”. Trudno uwierzyć, że przystojny młody człowiek, dobrze ubrany, wykształcony, może być zakażony HIV.

W początkach epidemii mówiono także o grupach ryzyka, szczególnie narażonych na zakażenie HIV. Obecnie wiadomo, że to nie przynależność do jakiegokolwiek grupy decyduje o niebezpieczeństwie, a podejmowanie ryzykownych zachowań, z których najczęstsze to przygodne kontakty seksualne bez zabezpieczenia i przyjmowanie dożylnie środków odurzających przy użyciu wspólnych strzykawek. Zakażenie może nastąpić w wyniku jednorazowego kontaktu seksualnego czy też po pierwszej iniekcji.

Po 2–3 tygodniach od zakażenia u większości osób pojawiają się objawy ostrej choroby retrowirusowej. Nie mają one określonego charakteru, przypominają mogą grypę, mononukleozę zakaźną, schorzenia przewodu pokarmowego lub ośrodkowego układu nerwowego. Często są tak dokuczliwe, iż zmuszają do udania się do lekarza. Rozpoznanie infekcji na tym etapie jest trudne, diagnozuje się zakażenie HIV u mniej niż 1% osób zakażonych na świecie. Objawy, niezależnie od ich rodzaju i nasilenia, ustępują zwykle po 2 tygodniach i zakażenie wchodzi w stadium klinicznego utajenia.

Klinicznie bezobjawowy okres zakażenia HIV trwa średnio 10 lat. Przez ten czas osoba zakażona nie ma żadnych objawów sugerujących infekcję. Dopiero po tak długim czasie pojawiają się objawy związane z zakażeniem HIV, między innymi takie, jak nieplanowane chudnięcie, gorączka powyżej 38°C lub biegunka utrzymujące się ponad miesiąc, których przyczyny nie udaje się ustalić, półpasiec albo nawracające zakażenia grzybicze jamy ustnej bądź pochwy. Wkrótce pojawiają się kolejne objawy powodowane przez choroby wskaźnikowe AIDS (ponad 20 infekcji oportunistycznych i nowotworów), które powinny zwrócić uwagę na leżący u ich podstawy deficyt immunologiczny. Od rozpoznania AIDS do śmierci mija zwykle około 2 lat. Niezwykle rzadko, w około 5% przypadków, infekcja HIV postępuje do AIDS szybciej, u części zakażonych, według różnych szacunków od 5 do 10%, znacznie wolniej.

Sytuacja zmieniała się zasadniczo od momentu wprowadzenia skojarzonej terapii antyretrowirusowej, składającej się zwykle z trzech leków hamujących namnażanie wirusa w organizmie osoby zaka-

żonej. Co prawda leki te nie są w stanie wyeliminować wirusa z organizmu człowieka, lecz wydłużają życie pacjentów, także tych, u których rozpoznano już AIDS, zmniejszając częstość zachorowań związanych z HIV.

Wprowadzenie terapii spowodowało, iż w krajach Europy Zachodniej i USA pojawił się nowy problem. Osoby zakażone HIV, które przeszły na renty chorobowe po rozpoznaniu AIDS, po rozpoczęciu leczenia zaczęły wracać do pracy, nie chcąc pozostać na marginesie aktywnego życia. Ponieważ przechodząc na rentę zwykle informowały kolegów z pracy o swojej chorobie, żegnały się z nimi, powrót do pracy stanowił co najmniej zaskoczenie dla współpracowników.

A przecież nie ma żadnego powodu, żeby osoba zakażona HIV nie mogła pracować zawodowo. Drogi przenoszenia HIV wykluczają praktycznie możliwość nieświadomego zakażenia. Ograniczenia mogłyby ewentualnie dotyczyć pracowników służby zdrowia, wykonujących zabiegi, choć nigdzie na świecie nie wprowadzono takich restrykcji, polegając na etyce pracowników służby zdrowia. Mogłyby dotyczyć także osób sprzedających usługi seksualne, gdyby przyjąć, że jest to grupa zawodowa.

Dla osób zakażonych HIV wykonywanie pracy zawodowej jest niezwykle ważne – to dowód dla siebie samego, iż można normalnie żyć, zarabiać na siebie, być zwyczajnym członkiem społeczeństwa. Jednakże większość seropozytywnych żyje w ciągłym strachu przed możliwością ujawnienia zakażenia. W środowisku osób zakażonych krąży opowieści o tym, co zdarzyło się ludziom, których status serologiczny przestał być tajemnicą. Bywali wyrzucani z pracy, z wynajmowanych mieszkań, szykanowani. Zdrowe dzieci matek zakażonych HIV wyrzucano z przedszkoli i szkół.

A przecież, paradoksalnie, młodzi ludzie, którzy dowiedzieli się o zakażeniu, często zmieniają swoje życie. Wiadomość o zakażeniu wywołuje wstrząs. I to niezależnie od tego, czy wcześniej była dopuszczana taka możliwość, czy stanowi pełne zaskoczenie. Wiele osób, zakażonych w konsekwencji dożylnego stosowania środków odurzających, podejmuje leczenie, zaczyna się uczyć. Wielu dawnych pacjentów ośrodków resocjalizacji narkomanów po ukończeniu liceów ogólnokształcących rozpoczęło, wielu także ukończyło, studia wyższe. Niektórzy z nich podjęli pracę w ośrodkach resocjalizacji. Są najlepszymi fachowcami, których trudno oszukać,

wprowadzić w błąd. W takich miejscach fakt ich zakażenia nie stanowi żadnego problemu. Jednak nie wszyscy mogą i nie wszyscy chcą pozostawać w kręgu osób uzależnionych.

Osoby zakażone HIV wiedzą, że infekcja to nie wyrok śmierci. AIDS nie jest już także wyrokiem śmierci, pod warunkiem, iż osoba zakażona pozostaje pod opieką lekarzy, mających doświadczenie w terapii zakażonych HIV, że kontroluje przebieg swojego zakażenia i w odpowiednim momencie rozpoczyna leczenie. Jak już wspomniano, kurację przeprowadza się przynajmniej trzema lekami antyretrowirusowymi.

Pierwsze schematy leczenia były niezwykle skomplikowane. Niemal każdy z leków miał inne „wymagania”, na przykład jeden trzeba było przyjmować na czczo, odczekać godzinę, by przyjąć dwa kolejne i dopiero godzinę później zjeść posiłek. Taką samą procedurę trzeba było powtórzyć jeszcze raz lub dwa w ciągu dnia. Każda zmiana rozkładu zajęć, zmiana godzin posiłków rujnowała plan przyjmowania leków. Inne leki wymagały natomiast przyjmowania ich z tłustym posiłkiem. Konieczne było przyjmowanie leków w ściśle określonych odstępach czasu, pamiętanie, że zalecenie „co osiem godzin”, to nie to samo co „trzy razy dziennie”.

Bardzo ważne jest, by przyjmowane leki utrzymywały stale poziom terapeutyczny (to znaczy hamujący namnażanie się wirusa). Zbyt długie odstępy między poszczególnymi dawkami leków mogłyby

doprowadzić do obniżenia tego poziomu, a to z kolei może przyczynić się do pojawienia mutacji wirusa opornych na leki. Z upływem czasu i pogłębianiem wiedzy schematy terapeutyczne ulegają coraz większemu uproszczaniu, ale w dalszym ciągu leczenie wiąże się z koniecznością przyjmowania wielu tabletek i kapsułek, przestrzegania zaleceń dietetycznych, pilnowania odstępów czasu między poszczególnymi dawkami. Większość pacjentów musi przyjmować leki także w godzinach pracy. Niezwykle ważne jest dla nich, by łykanie tabletek nie łączyło się ze strachem, że ktoś z kolegów zacznie się dopytywać o powody przyjmowania leków, że któraś z nazw leków zostanie rozpoznana i skojarzona z HIV. Przyjazna atmosfera w pracy może ogromnie pomóc leczącej się osobie. I nie dotyczy to tylko zakażonych HIV...

Leki antyretrowirusowe powodują wiele działań ubocznych, pojawiających się prawie natychmiast po rozpoczęciu ich przyjmowania. Osoba żyjąca z HIV często po rozpoczęciu leczenia czuje się gorzej niż przed rozpoczęciem kuracji. Bardzo trudno jest przetrwać ten okres samotnie, mimo wiedzy, iż objawy uboczne będą z czasem łagodnieć, a w końcu mogą ustąpić.

Osoby żyjące z HIV mają pełne prawo do wykonywania pracy zawodowej. Od świadomości i postawy współpracowników i przełożonych zależy czy będą mogli skorzystać z tego podstawowego prawa każdego człowieka.

Podstawowe dane epidemiologiczne

Kiedy po raz pierwszy, ponad dwie dekady temu, pojawiły się doniesienia o nieznanej chorobie atakującej układ odpornościowy, nikt nie mógł przewidzieć, jaki będzie jej wymiar w przyszłości. Kilka lat później mówiono już o epidemii HIV i AIDS, a następnie – ze względu na niesłychanie szybkie rozprzestrzenianie się HIV – sytuację określono mianem pandemii. Dziś używa się często określenia „światowy kryzys”. W skali świata zakażyło się już ponad 40 milionów osób, zmarło ponad 22 miliony zakażonych i chorych na AIDS, osieroconych zostało ponad 14 milionów dzieci. Tylko w roku 2001 zakażeniu uległo blisko 5 milionów osób, z czego około 42% to kobiety. Każdego dnia na świecie zakaża się HIV około 15 tysięcy osób, z czego około 10% stanowią dzieci, a 50% to osoby między 16 a 24 rokiem życia. Każdego dnia na świecie umiera z powodów związanych z HIV/AIDS około 8 tysięcy osób. Regionem najbardziej dotkniętym skutkami pandemii jest Afryka Południowo-Wschodnia. W różnych państwach tego regionu szacuje się liczbę zakażonych HIV lub chorych na AIDS na 15-45% populacji. Pandemia szerzy się tam głównie drogą kontaktów heteroseksualnych, a ogólnie zła sytuacja zdrowotna, bieda, współistnienie innych chorób zakaźnych, w szczególności gruźlicy i chorób tropikalnych, ograniczony dostęp do usług medycznych, w tym leków antyretrowirusowych, przemoc wobec kobiet, uwarunkowania kulturowe i wiele innych czynników sprzyjają szybkiemu rozprzestrzenianiu się zakażeń. Każdego dnia z powodu HIV/AIDS w krajach rozwijających się umiera około 5 tysięcy osób.

Ze względu na postępujący proces globalizacji i ciągle zwiększającą się liczbę podróżujących między kontynentami oraz w ich obrębie, jeszcze do niedawna dalekie kraje egzotyczne stają się co-

raz bliższe, a odległości wydają się maleć. Problemy dotyczące zdrowia, zwłaszcza takie jak zakażenie HIV, nie uznają granic międzypaństwowych.

W ciągu ostatnich dwóch lat szczególnie niepokojąca stała się sytuacja w Europie Wschodniej. Krajami o największej dynamice zakażeń w tym regionie są obecnie Estonia oraz Uzbekistan. Podobnie niepokojąca jest sytuacja na Ukrainie, gdzie, według szacunków UNAIDS, żyje około 450 tysięcy osób zakażonych HIV i chorych na AIDS. Zakażenia szerzą się w tym kraju głównie przez dożylne stosowanie narkotyków, lecz ostatnio coraz więcej osób zakaża się w trakcie stosunków heteroseksualnych. Również na terenie Federacji Rosyjskiej sytuacja epidemiologiczna HIV/AIDS stała się alarmująca. Każdego miesiąca rejestruje się tam ponad 5,5 tysiąca nowych zakażeń HIV, a szacunkowe dane mówią nawet o milionie osób zakażonych w tym kraju. Podobnie jak w innych państwach Europy Wschodniej główną drogą rozprzestrzeniania się zakażeń jest dożylne stosowanie narkotyków, jednak coraz częściej zakażenie następuje w efekcie kontaktów seksualnych.

W krajach Europy Zachodniej, dzięki kontynuacji działań profilaktycznych oraz wprowadzeniu terapii antyretrowirusowej, sytuacja nieco ustabilizowała się. Obserwuje się spadek zachorowań na AIDS oraz niewielką dynamikę nowych zakażeń HIV.

W Polsce pierwsze zakażenie HIV odnotowano w 1985 roku. Rok później zdiagnozowano pierwszy przypadek zachorowania na AIDS. W początkowej fazie rozprzestrzeniania się epidemii do zakażeń

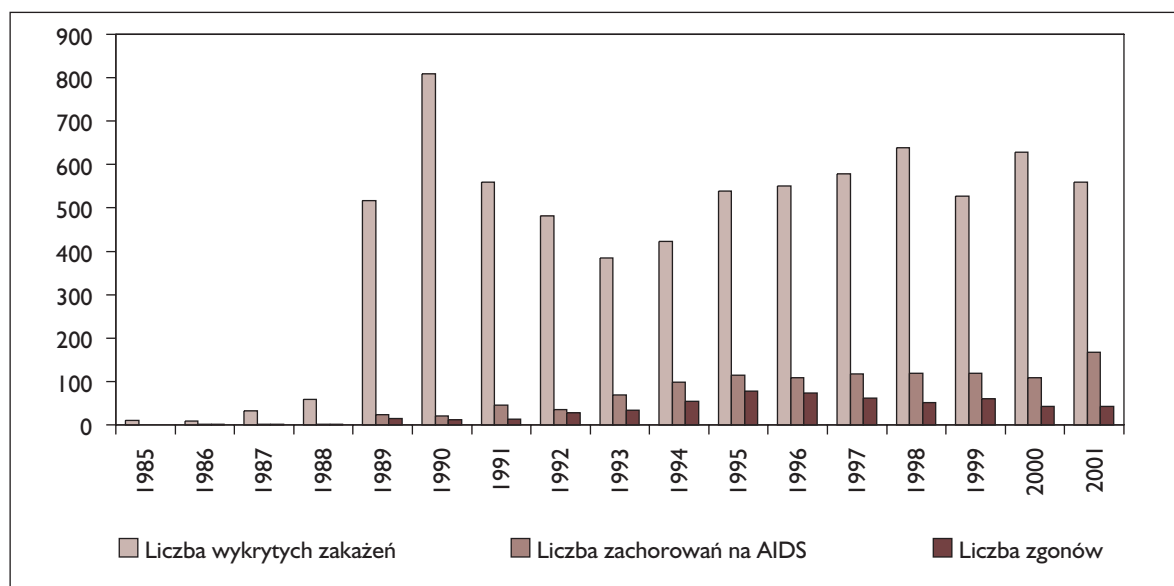
HIV dochodziło na skutek kontaktów homoseksualnych. Później przeważały zakażenia, będące skutkiem dożylnego stosowania środków odurzających. Obecnie natomiast obserwuje się, że wśród nowo wykrytych zakażeń dominują zakażenia drogą kontaktów heteroseksualnych.

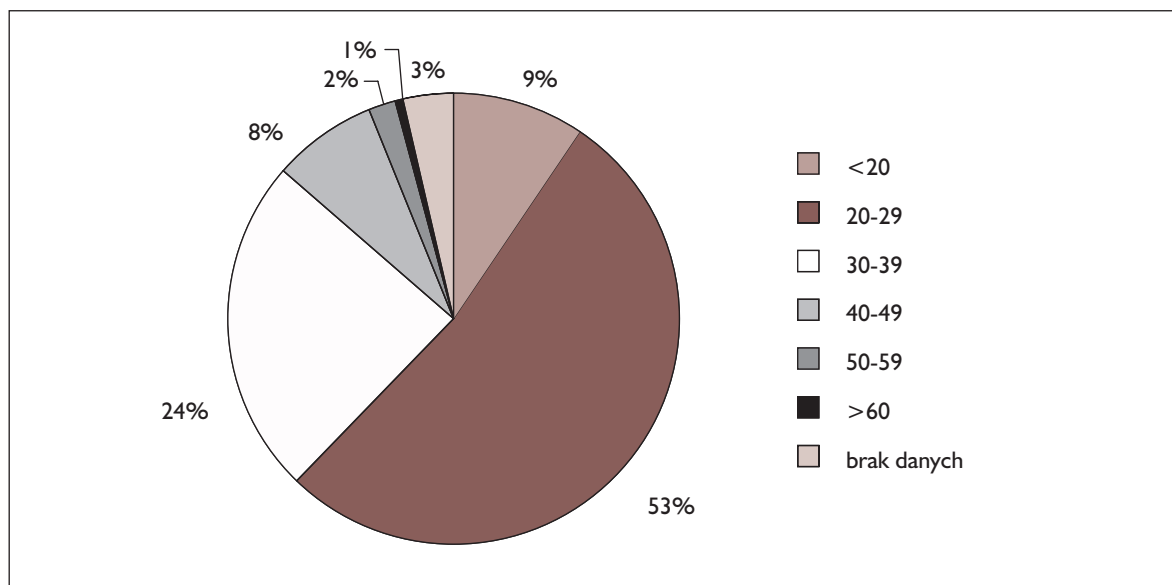
Polska podjęła działania prewencyjne odpowiednio wcześniej i dzięki temu – pomimo bardzo skromnych środków na walkę z HIV i AIDS – udało się, jak dotychczas, spowolnić postęp epidemii. Dzięki temu, że zrozumieliśmy rangę problemu stosunkowo wcześniej, dziś w naszym kraju sytuacja jest w miarę ustabilizowana. W Polsce rokrocznie liczba wykrywanych przypadków zakażeń HIV utrzymuje się na poziomie około 600, od 1985 roku w naszym kraju wykryto nieco ponad 7,5 tysiąca zakażeń.

Szacuje się jednak, że w Polsce ogólna liczba żyjących osób zakażonych HIV lub chorych na AIDS wynosi 15-20 tysięcy, z czego około 20% to kobiety.

Jeszcze parę lat temu uważano, że HIV i AIDS to głównie problem niektórych grup społecznych, takich jak stosujący narkotyki dożylne, homoseksualiści, osoby trudniące się świadczeniem usług seksualnych itp. Od pewnego jednak czasu mamy do czynienia z demokratyzacją ryzyka zakażenia, co potwierdzają doniesienia z innych krajów, zarówno Zachodu, jak i Wschodu. Obserwujemy, także w Polsce, stale rosnącą liczbę zakażeń wśród kobiet. Fakt ten należy tłumaczyć tendencją wzrostową liczby zakażeń, do których dochodzi na drodze kontaktów heteroseksualnych, a na statystyki zbiorcze, mówiące o 62% zakażeń wśród osób stosujących narkoty-

Wykres 1. Sytuacja epidemiologiczna HIV/AIDS w latach 1985-2001 – Polska



Wykres 2. Zakażenia HIV w Polsce w poszczególnych grupach wiekowych 1985-2001

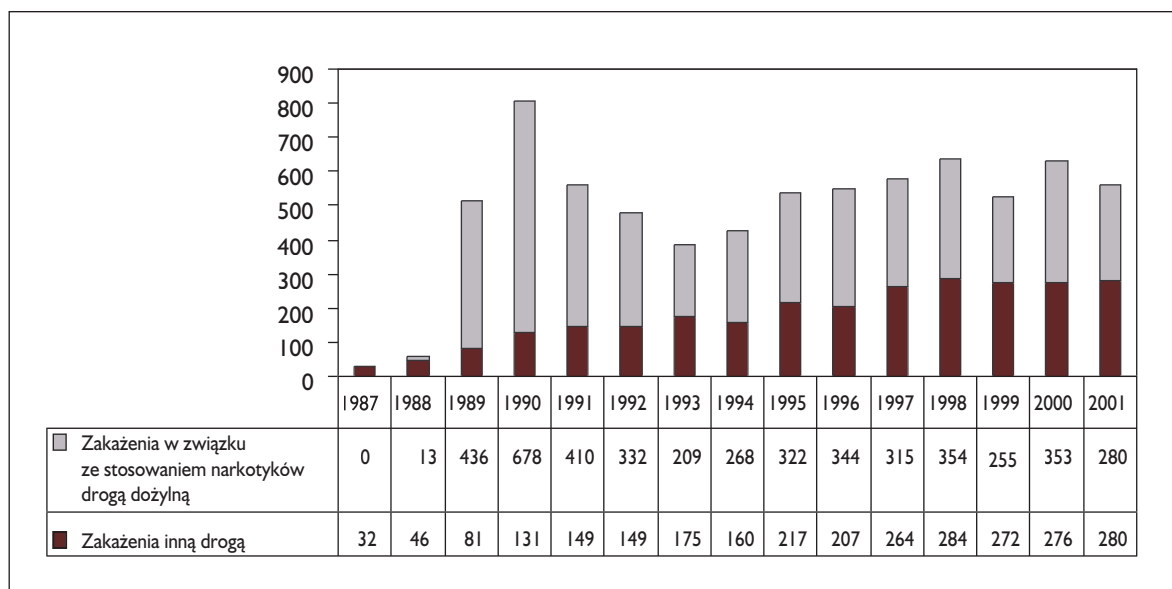
ki dożylnie, ma w dużej mierze wpływ sytuacja z lat poprzednich.

Widoczna jest zdecydowana zmiana świadomości społecznej w postrzeganiu zakażenia HIV, choroby i osób chorych, zmierzająca w kierunku uznania AIDS jako jednej z wielu chorób zakaźnych. Badania socjologiczne wykazują, że społeczeństwo niechętnie nadaje AIDS znamiona priorytetu. W dziedzinie zdrowia jednak AIDS w znacznym stopniu traktuje się priorytetowo, zarówno w sferze profilaktyki, jak i leczenia. Jest to konieczność z powodu aktualnych tendencji wykazujących wzrost liczby nowych zakażeń wśród ludzi bardzo młodych, a także z powodu bardzo wysokich kosztów terapii antyretrowiruso-

wych, których poniesienie przez pacjenta jest praktycznie niemożliwe.

W związku z tym w naszym kraju utworzono w ramach budżetu państwa celowy fundusz przeznaczony na zapobieganie AIDS, opracowano ogólnopolską strategię leczenia antyretrowirusowego i wydzielono w budżecie ministra zdrowia specjalne fundusze przeznaczone na zakup leków antyretrowirusowych; realizuje się strategiczny rządowy program przeciwdziałania epidemii HIV/AIDS i opieki nad chorymi na AIDS.

Całokształt działań prewencyjnych w naszym kraju wynika z realizacji drugiej już edycji *Krajowego*

Wykres 3. HIV w Polsce w latach 1985-2001 z podziałem na główne drogi zakażeń

programu zapobiegania zakażeniom HIV, opieki nad żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS na lata 1999-2003. Mimo zadowalającej aktualnie sytuacji epidemiologicznej nie można przerwać ani ograniczyć działań prewencyjnych. Musimy dokładnie wiedzieć, jaka jest sytuacja w całym społeczeństwie, a nie tylko w grupach, powszechnie uważanych za najbardziej narażone na zakażenia. Dlatego są prowadzone i planowane na najbliższą przyszłość liczne badania i działania ukierunkowane na dokładne poznanie sytuacji. Utworzyliśmy dotychczas 15 punktów anonimowego i bezpłatnego testowania, finansowanych z budżetu państwa. Pragniemy w ten sposób zachęcić, zwłaszcza młodych ludzi, do poznania swojego statusu serologicznego. W Polsce działa również 14 ośrodków referencyjnych, leczących HIV i AIDS, zapewniających pomoc medyczną na odpowiednim poziomie wszystkim potrzebującym.

HIV i AIDS to nie tylko problem zdrowotny. Doświadczenia innych krajów pokazują, że aby skutecznie walczyć z epidemią, należy także zapobiegać rozprzestrzenianiu się zakażeń przenoszonych drogą płciową oraz rozwiązywać problemy społeczne, takie jak bezdomność, bezrobocie, a także przeciwdziałać narkomanii czy prostytucji. Na tym polu w naszym kraju jest jeszcze wiele do zrobienia. Aby nasze działania stały się bardziej kompleksowe i odpowiadały międzynarodowym standardom, musimy mieć odpowiednie prawodawstwo uwzględniające w wystarczającym stopniu specyfikę problemu HIV i AIDS.

Niezbędna jest także dalsza zmiana postaw społecznych i większe zrozumienie przez ogół społeczeństwa

problemu HIV i AIDS oraz ludzi nim dotkniętych. Wrogość i lęk wobec osób zakażonych, prowadzące do stygmatyzacji, wynikają z niewiedzy, dlatego też ważne jest kontynuowanie działań edukacyjnych skierowanych do całego społeczeństwa.

Większy niż dotychczas nacisk należy położyć na współpracę międzynarodową. Wynika to między innymi z faktu, że w naszym otoczeniu jest wiele krajów, gdzie sytuacja dotycząca HIV i AIDS jest wręcz alarmująca. W naszym bezpośrednim sąsiedztwie znajdują się państwa, w których ponad 1,5% dorosłej populacji jest zakażone HIV. Przy obecnym poziomie migracji między krajami istnieje duże ryzyko, że – także i w Polsce – liczba zakażeń zacznie się zwiększać. Dlatego tak ważna jest współpraca w naszym regionie Europy Środkowej i Wschodniej.

Praktycznie żaden kraj nie poradził sobie ze zlikwidowaniem HIV i AIDS na własnym terenie. Wszystkie kraje, i te bardzo biedne, i te bogate, mają ten sam problem: jak skutecznie przeciwdziałać epidemii. Mimo ogromnego postępu nauk medycznych ciągle nie potrafimy skutecznie wyleczyć z AIDS. Możemy jedynie – dzięki kosztownej terapii antyretrowirusowej – przedłużyć życie zakażonych i sprawiać, by jego jakość znacznie się polepszyła.

Jednak – jak wcześniej wspomniano – terapia antyretrowirusowa jest sprawą kosztowną do tego stopnia, że wiele krajów nie może sobie na nią pozwolić. Dotychczas nie udało się nikomu mimo wysiłków i potężnych nakładów finansowych wynaleźć skutecznej i bezpiecznej zarazem szczepionki. Jediną formą przeciwdziałania pandemii pozostaje więc **profilaktyka**.

Chory na AIDS w środowisku pracy

I. Wprowadzenie

Sytuacja chorych na AIDS jest w środowisku pracy wypadkową działań aktorów, którzy to środowisko tworzą: pracodawców, pracowników, związków zawodowych oraz otoczenia społecznego, które określa reguły tych działań (prawo pracy) i, będąc zarazem aktywną publicznością, wpływa na ich przebieg. Używając teatralnej metafory, chorzy na AIDS pracownicy wraz ze swoimi kolegami, pracodawcami i działaczami związkowymi grają w sztuce, której scenariusz stanowi do pewnego stopnia (nie do końca) obowiązujące prawo pracy, zaś publiczność, aprobując bądź krytykując postępowanie poszczególnych aktorów, współdecyduje o przebiegu wydarzeń na scenie. Grając role przypisane im przez kodeks pracy, aktorzy powyższego spektaklu usiłują coś zyskać, a zarazem ich interesy są ze sobą w konflikcie.

Pracodawca dba o zysk – usiłuje zminimalizować koszty pracy. Zatrudniając pracownika i płacąc mu wynagrodzenie, oczekuje od niego wydajności i dyspozycyjności. Z jego punktu widzenia niedyspozycja pracownika, absencja chorobowa, niewykonywanie obowiązków są zakłóceniami kontraktu pracy. Z częścią takich zakłóceń pracodawca musi się pogodzić, gdyż prawo pracy go do tego zmusza, z częścią godzić się nie musi. Rozwiązywanie umowy o pracę z pracownikiem, który przysparza więcej kłopotów niż dochodu, jest naturalną strategią postępowania pracodawcy wobec chorego pracownika, także chorego na AIDS.

Pracownik chce utrzymać dobrą pracę. Dobra praca to taka, której warunki, w tym wynagrodzenie, są zdaniem pracownika odpowiednie do jego wysiłku. Dobra praca to zarazem praca pewna, której nie można utracić z błahych powodów. Racjonalną strategią pracownika jest zatem takie dozowanie własnego wysiłku, aby utrzymać zadowalające warunki pracy i pewność zatrudnienia.

Związek zawodowy jest pośrednikiem i negocjatorem w konflikcie pracodawca – pracownik. Ponieważ przestrzeganie prawa pracy bywa sprzeczne z interesem pracodawcy, a pracownik nie musi znać swoich indywidualnych uprawnień, naturalną rolę związku zawodowego jest redukcja nierównowagi sił i występowanie w tym konflikcie w imieniu pracownika. Związek zawodowy znajduje się przy tym w sytuacji trudnej, gdyż z jednej strony może stawiać pracodawcy tylko takie żądania, które prawo pracy dopuszcza, z drugiej – nie może ignorować tych racji i działań pracodawcy, które prawa nie naruszają, lecz są niekorzystne dla pracownika reprezentowanego przez związek.

Publiczność wywiera na aktorów presję psychiczną. Emocje i wartościowania publiczności modyfikują poglądy i zachowania stron, tworzących środowisko pracy i przebieg konfliktu pracownik – pracodawca. Aktorzy są wszak częścią publiczności i dzielą jej potoczne wyobrażenia na temat tego, czym jest AIDS, jak się można zakazić HIV, jak się przed zakażeniem zabezpieczyć. Wyrażając swoje poglądy, dotyczące chorych na AIDS, publiczność musi rozwiązać poważny, wewnętrzny dylemat poznawczo-emocjonalny. Oparty na potocznej wiedzy lęk przed AIDS prowadzi do marginalizacji problemu osób zakażonych i wypychania ich poza „normalne” sytuacje społeczne, także poza unormowaną, zinstytucjonalizowaną sferę pracy. Z drugiej strony etyka (chrześcijańska lub też „uniwersalna”) nakazuje bronić indywidualnych praw każdej jednostki, również chorej na AIDS, przed dyskryminacją, odrzuceniem, marginalizacją, także w środowisku pracy. Od sposobu rozwiązania tego dylematu zależy między innymi akceptacja dla praktyk dyskryminacyjnych, poglądy na zakres pracowniczych uprawnień i obowiązków pracodawcy, a w rezultacie – sytuacja pracowników chorych na AIDS.

Pracownik chory na AIDS od pewnego stadium rozwoju choroby musi korzystać ze wszystkich uprawnień pracowniczych (zwolnienia chorobowe z pracy, zasiłki zdrowotne, przeniesienie na

inne stanowisko, ruchomy czas pracy itp.). Jego rola w spektaklu jest zatem szczególna: uczestniczy w typowym, zracjonalizowanym konflikcie pracy, pozostając w ostrym konflikcie ze wszystkimi pozostałymi uczestnikami spektaklu. Przez współpracowników, w tym związkowców, może być postrzegany jako źródło zagrożenia ich zdrowia, przez publiczność jako jednostka, która powinna zostać wypchnięta ze środowiska pracy. Racjonalną strategią pracownika zakażonego HIV jest zatem ukrywanie stanu swojego zdrowia przed wszystkimi, gdyż w ten sposób sprowadza swoją osobistą sytuację do typowych stosunków pracy i unika ryzyka społecznej marginalizacji.

W niniejszym opracowaniu podejmiemy próbę opisu spektaklu „Chory na AIDS w środowisku pracy”. Przedstawimy jego aktorów, zrekonstruujemy ich racje, spróbujemy pokazać, jak głęboki jest między nimi konflikt.

Źródła

Opis nasz opiera się przede wszystkim na wynikach badań sondażowych przeprowadzonych w 2002 roku i zaprojektowanych na potrzeby tego opracowania oraz wynikach badań opublikowanych wcześniej.

Nasze sondaże objęły cztery zbiorowości, reprezentujące wszystkich uczestników „spektaklu”:

- zakażonych HIV (N=129),
- pracodawców (N=400, próba kwotowa),
- związkowców (N=184),
- publiczność (N=1012, próba losowa dorosłych Polaków).

Stopień reprezentatywności zebranego materiału empirycznego jest różny dla różnych grup respondentów. Przyjmujemy tu (uzasadnienia znajdują się w aneksie), że choć zebrany materiał nie zawsze może być podstawą do jednoznacznych ilościowych konkluzji, to jest wiarygodną podstawą do opisu sytuacji w środowisku pracy osób żyjących z HIV/AIDS.

Konstrukcja opracowania

W pierwszej części opracowania prezentujemy położenie i poglądy osób zakażonych HIV. Pokazujemy, jak postrzegają swoje warunki pracy, jakie mają poglądy na temat swoich praw, czego w pracy po-

Tablica 1. Na co może liczyć chory na AIDS w zakładzie pracy: opinie pracodawców, związkowców i zakażonych (% odpowiedzi „Raczej nie” lub „Nie, nigdy”)

	Pracodawcy	Związkowcy	Zakażeni
Czy w Pana(i) zakładzie pracy pracownik chory na AIDS mógłby liczyć na:			
zmianę czasu pracy z unormowanego na ruchomy	42,8	44,7	40,5
dłuższe przerwy na wypoczynek w pracy	42,0	55,1	45,1
akceptację częstych zwolnień chorobowych	52,6	60,0	45,1
częste zwolnienia na wizyty u lekarza	41,1	44,9	45,1
zmianę pełnego etatu na niepełny	27,0	36,0	48,6
przerwę w zatrudnieniu z gwarancją powrotu na to samo stanowisko	45,6	47,6	40,8

trzebują. W tej części przedstawiane są głównie wyniki sondażu przeprowadzonego wśród zakażonych.

W następnej części wykorzystano rezultaty badania pozostałych zbiorowości: pracodawców, związkowców i publiczności. Analizujemy w nich stopień wiedzy na temat HIV/AIDS, poglądy na temat poufności, dyskryminacji i dążenia do marginalizacji zakażonych. W podsumowaniu zestawiamy uzyskane rezultaty z rekomendacjami Międzynarodowej Organizacji Pracy (MOP).

2. Sytuacja zakażonych w środowisku pracy

Aktywność zawodowa

Tylko około jedna czwarta ankietowanych zakażonych nigdy nie pracowała. Po zakażeniu prawie wszyscy zatrudnieni usiłowali kontynuować pracę, lecz udało się to tylko dwóm trzecim. W momencie badania połowa zakażonych pracowała, a dwie trzecie otrzymywało rentę lub emeryturę. Można przypuszczać, że choć problem konfliktu w środowisku pracy dotyczy obecnie co drugiego zakażonego, w przyszłości jego zasięg będzie większy, gdyż część aktualnie niepracujących zakażonych zamierza w przyszłości podjąć pracę.

Warunki pracy

Maksymalnie co czwarty pracujący zakażony może liczyć na traktowanie go stosownie do stanu zdrowia. Poczucie względnego komfortu w tej mie-

rze deklaruje około 40% badanych. Sytuację zakażonych pracowników związkowcy i pracodawcy postrzegają podobnie jak zakażeni¹.

Dyskryminacja w środowisku pracy

Spośród 92 zakażonych, którzy kiedykolwiek pracowali, co ósmy doświadczył dyskryminacji z powodu stanu swojego zdrowia, a mniej więcej co dwudziesty został z tego powodu zwolniony. Prawie co trzeciemu zakażonemu pracownikowi grozi lub groziło w przeszłości zwolnienie z pracy, jego zdaniem, wyłącznie ze względu na stan zdrowia.

Wydaje się, że zakażeni mają podstawy, aby czuć się w swoim miejscu pracy dyskryminowanymi. Dotkliwość tego poczucia potęguje fakt, iż za taki stan rzeczy odpowiada, ich zdaniem, polskie prawo pracy, które traktuje ich gorzej niż pracowników cierpiących na inne dolegliwości.

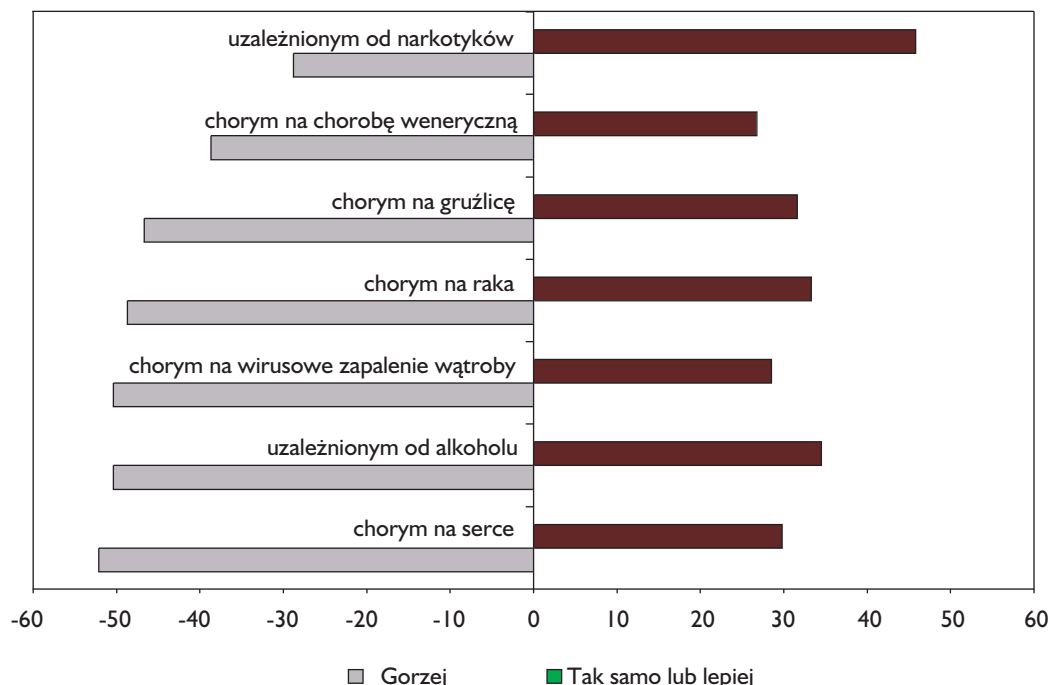
Potrzeby zakażonych pracowników – praca, jaką mogą wykonywać

Ponad połowa badanych nie jest w stanie wykonywać pracy fizycznej, wielozmianowej, a blisko połowa nie jest w stanie pracować w pełnym wymiarze godzin. Potrzeby zakażonych HIV trudno będzie zaspokoić bez szczególnych zabiegów ze strony państwa, zważywszy na panujące w Polsce bezrobocie.

¹ Mimo kilkuprocentowych różnic w odsetkach odpowiedzi, nie ma podstaw twierdzić, aby były one od siebie istotnie różne, gdyż dla zbiorowości zakażonych opierają się na wypowiedziach tylko 60 osób.

Wykres 1. Zakażeni o swojej sytuacji w porównaniu z innymi grupami chorych pracowników

Jak sądzisz, czy polskie prawo pracy traktuje lepiej, czy gorzej pracownika chorego na AIDS w porównaniu z pracownikiem:



Informowanie o zakażeniu HIV

Zdecydowana większość badanych (94%) uważa, że osoba zakażona HIV ma moralne prawo do zachowania tego faktu w tajemnicy przed pracodawcą i współpracownikami. Znaczna część badanych korzysta z tego prawa. Tylko co piąty z pracujących (kiedykolwiek) zakażonych poinformował o swoim stanie zdrowia środowisko pracy. Trzech na czterech badanych, zarówno pracujących obecnie, jak i tych, którzy planują podjęcie pracy w przyszłości, nie zamierza nigdy informować o swoim stanie zdrowia.

3. Pracodawcy, związkowcy i publiczność wobec HIV/AIDS

Wiedza i lęk

Pracodawca nie ma interesu, aby respektować indywidualne prawa jednostki, musi być do tego

zmuszony przez prawo. Gdyby kierował się wyłącznie racjonalnością ekonomiczną, nie zatrudniłby nikogo chorego na AIDS, a pracownika zakażonego HIV zwolnił natychmiast po tym, gdy się dowiedział o zakażeniu.

Związkowcy są zobowiązani do wyegzekwowania od pracodawcy wszystkich świadczeń, jakie należą się pracownikom wedle prawa pracy i powinni w tym celu wykorzystać wszystkie możliwości nacisku na pracodawcę, jakie stwarza prawo. Związkowiec, racjonalnie negocjujący z pracodawcą, usiłuje doprowadzić do kompromisu między obiema stronami konfliktu.

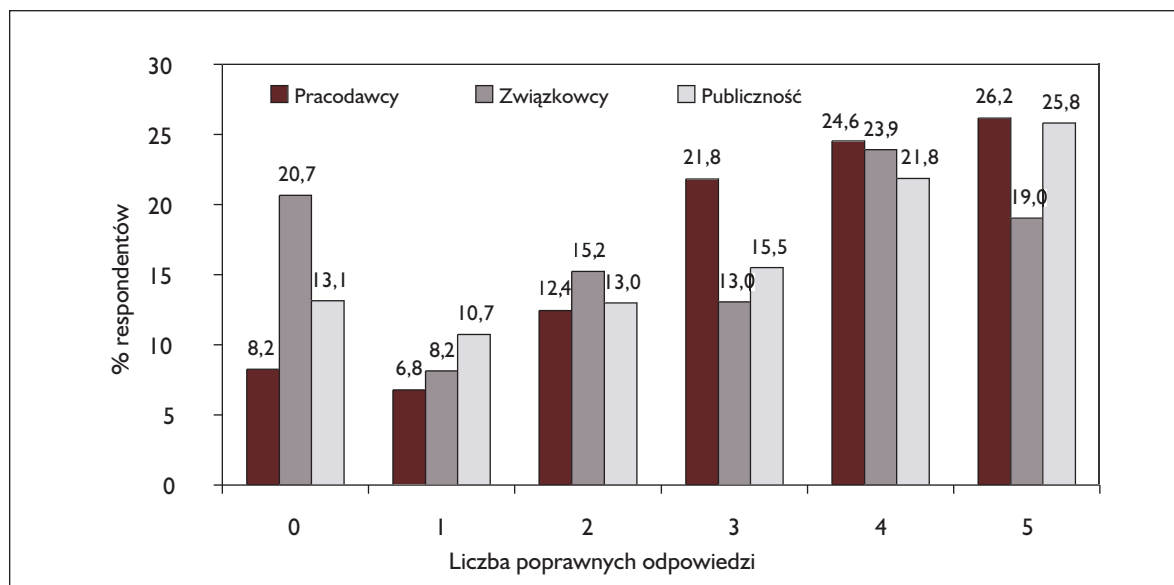
Racjonalność postępowania obu stron konfliktu pracy może być modyfikowana ze szkodą dla pracowników chorych na AIDS, przez lękowe reakcje pracodawców i związkowców. Poczucie zagrożenia ze strony zakażonych HIV może skłaniać pracodawcę do łamania prawa pracy, związkowca zaś do zgody na takie rozwiązanie konfliktu.

Lękowe reakcje pracodawców i związkowców zależą od ich wiedzy na temat HIV i realnych rozmiarów zagrożenia, jakie w środowisku pracy wywołuje obecność zakażonego pracownika, a także od wiedzy na temat skutecznych sposobów unikania zakażenia. Jak wykazują nasze sondaże, uczestnicy

Tablica 2. Wiedza na temat sposobów zakażenia się wirusem HIV wśród publiczności, pracodawców i działaczy związkowych

		% odpowiedzi TAK			% odpowiedzi NIE			% odpowiedzi NIE WIEM		
		Publiczność N=1012	Pracodawcy N=400	Związkowcy N=184	Publiczność N=1012	Pracodawcy N=400	Związkowcy N=184	Publiczność N=1012	Pracodawcy N=400	Związkowcy N=184
Jak Pan(i) sądzi, czy można zakazić się wirusem HIV:										
od mleka matki,										
która jest zakażona HIV	T	42,6%	30,5%	41,9%	32,9%	36,7%	33,8%	24,5%	32,8%	24,4%
jedząc żywność, której dotykała										
osoba chora na AIDS	N	13,0%	7,4%	6,9%	76,2%	86,8%	77,5%	10,9%	5,8%	15,6%
przez stosunek seksualny, w którym										
żaden z partnerów nie użył										
prezerwatywy	T	96,2%	96,7%	98,3%	1,2%	1,4%	1,7%	2,6%	1,9%	0,0%
korzystając wspólnie z chorym										
na AIDS z tych samych naczyń,										
sztućców lub ręczników	N	26,0%	24,1%	26,5%	61,3%	65,8%	59,0%	12,7%	10,2%	14,5%
używając strzykawki z igłą, której										
używała osoba chora na AIDS	T	97,0%	97,0%	98,9%	0,6%	2,3%	1,1%	2,4%	0,7%	0,0%
od ukąszenia komara	N	40,4%	31,8%	38,6%	45,0%	48,7%	41,0%	14,6%	19,5%	20,5%
dotykając przeciętą skórą krwi										
osoby chorej na AIDS	T	87,4%	91,9%	89,9%	7,1%	5,4%	5,1%	5,5%	2,7%	5,1%
korzystając z publicznych										
toalet i łazieni	N	29,6%	29,3%	22,6%	54,1%	56,6%	56,5%	16,3%	14,1%	20,8%
przychodząc na świat z łona matki										
chorej na AIDS	T	71,3%	76,0%	67,4%	12,6%	13,1%	6,9%	16,1%	10,9%	25,7%
od kichania lub kaszlu osoby										
chorej na AIDS	N	21,0%	21,6%	10,8%	63,0%	68,4%	65,7%	15,9%	10,1%	23,5%
Dla pytań oznaczonych T poprawna odpowiedź brzmi TAK, dla pozostałych NIE.										

Wykres 2. Zakres wiedzy na temat sposobu zakażenia wirusem HIV



konfliktu mają stosunkowo niewiele informacji na temat HIV.

Wiedza publiczności, pracodawców i związkowców na temat HIV nie pochodzi z ich osobistych doświadczeń. Tylko 6,4% publiczności, 6,8% pracodawców i 10,5% związkowców zetknęło się kiedykolwiek z osobą chorą na AIDS. Odsetek badanych, którzy sądzą, że w ich zakładzie pracy pracują osoby zakażone, nie przekracza 2%. Wiedza na temat HIV, którą posługują się wszyscy: publiczność, pracodawcy i związkowcy, pochodzi z innych źródeł, zapewne głównie z mediów.

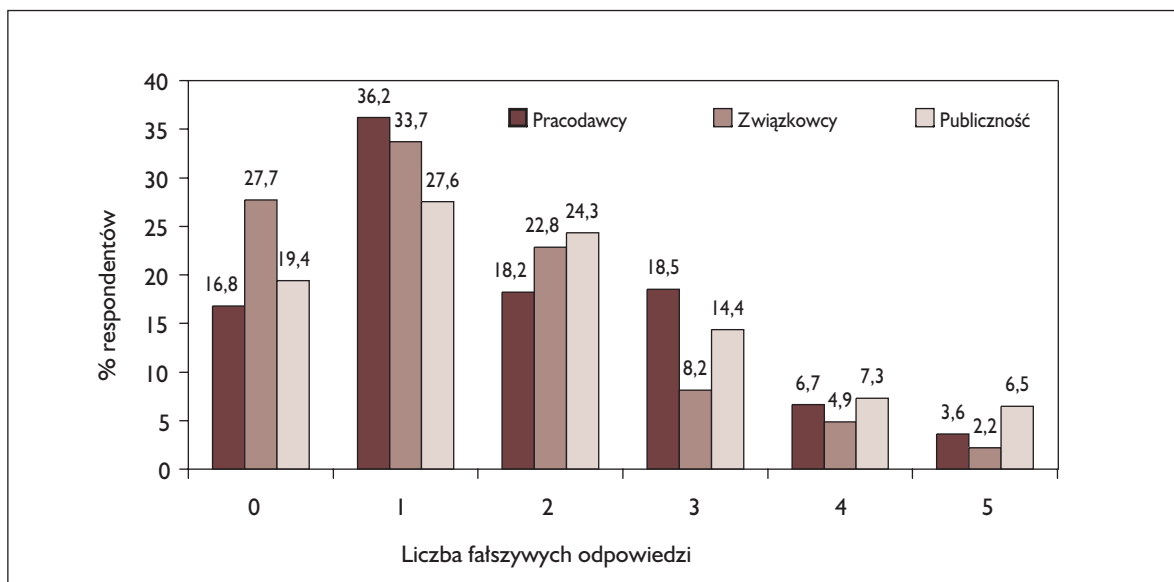
W kwestionariuszu umieszczono pytanie: *Jak Pan(i) sądzi, czy można się zakazić wirusem HIV?, po*

którym wymieniono 10 sytuacji. Dla 5 z nich poprawna odpowiedź powinna brzmieć „Nie”.

Choć stopień poinformowania pracodawców jest nieco wyższy niż ich związkowych partnerów, ogólny poziom wiedzy na temat sposobu zakażenia wirusem HIV jest w obu grupach alarmujący: tylko co czwarty pracodawca i co piąty związkowiec wiedzieli, że **nie można zakażyć się HIV w żaden z 5 wymienionych sposobów**. Podobną proporcję odnotowano wśród publiczności.

Alarmujący jest również wysoki udział (we wszystkich grupach) tych osób, których przeświadczenia na temat HIV/AIDS są błędne. Gdy policzono, ile fałszywych odpowiedzi udzielił respondent odpowia-

Wykres 3. Zakres błędnych przekonań na temat sposobu zakażenia wirusem HIV



Tablica 3. Zmiany (błędnych) przekonań na temat HIV w latach 1992–2002 wedle CBOS (% odpowiedzi TAK)

Jak Pan(i) sądzi, czy można zakazić się wirusem HIV:	1992	1996	2001	2002
korzystając wspólnie z chorym na AIDS z tych samych naczyń, sztućców lub ręczników	20	27	22	26,0%
od ukąszenia komara	31	26	34	40,4%
korzystając z publicznych toalet i łaźni	23	31	27	29,6%

Tablica 4. Opinie pracodawców i związkowców na temat skuteczności środków dezynfekujących (% odpowiedzi NIE)

Jak Pan(i) sądzi, czy poniższe środki są w stanie zniszczyć wirusa HIV?	Pracodawcy	Związkowcy
gorąca woda	73,6%	76,1%
środek dezynfekujący (spirytus, woda utleniona)	62,5%	72,1%
detergenty	65,6%	68,5%

dając na 10 pytań², otrzymano następujący obraz zakresu „wiedzy negatywnej”:

Tylko co szósty pracodawca i co czwarty związkowiec nie miał ani jednego błędnego przeświadczenia na temat sposobu zakażenia się HIV. Co najmniej dwa fałszywe mniemania miała blisko połowa pracodawców, blisko 40% związkowców i ponad połowa dorosłych Polaków (publiczności).

Niepokojącą cechą poglądów Polaków na temat HIV jest, jak wynika z sondaży prowadzonych przez CBOS, wzrost społecznej ignorancji.

Dla żadnego z trzech wskaźników błędnych przekonań na temat zakażenia się HIV odsetek respondentów-ignorantów nie zmalał w ciągu ostatnich 10 lat. Świadczy to o braku jakichkolwiek masowych kampanii informacyjnych w tym okresie albo o znikomej skuteczności tych, które w minionym dziesięcioleciu zostały w Polsce przeprowadzone.

Błędne przekonania na temat HIV ilustrują również odsetki fałszywych odpowiedzi na pytanie o skuteczność popularnych środków dezynfekcyjnych wśród osób, od których zależy bezpieczeństwo pracowników (Tablica 4).

Wbrew potocznym przekonaniom, każdy z wymienionych środków skutecznie niszczy HIV. Dwie trzecie pracodawców i związkowców uważa, że tak nie jest.

Jak z powyższego wynika, stopień niedoinformowania – lub wręcz stopień dezinformacji – jest w obu grupach bardzo wysoki. Należy w związku z tym ocze-

kiwać, że w obu zbiorowościach skłonność do lękowych, nieracjonalnych reakcji na zakażonych wirusem HIV pracowników będzie silna. Poczucie zagrożenia, realnego lub nie, lecz silnie odczuwanego, jest naturalnym podłożem do marginalizacji pracowników chorych na AIDS. Sprzyja ono również instrumentalnemu traktowaniu indywidualnych praw pracowniczych, w tym prawa do poufności na temat stanu zdrowia.

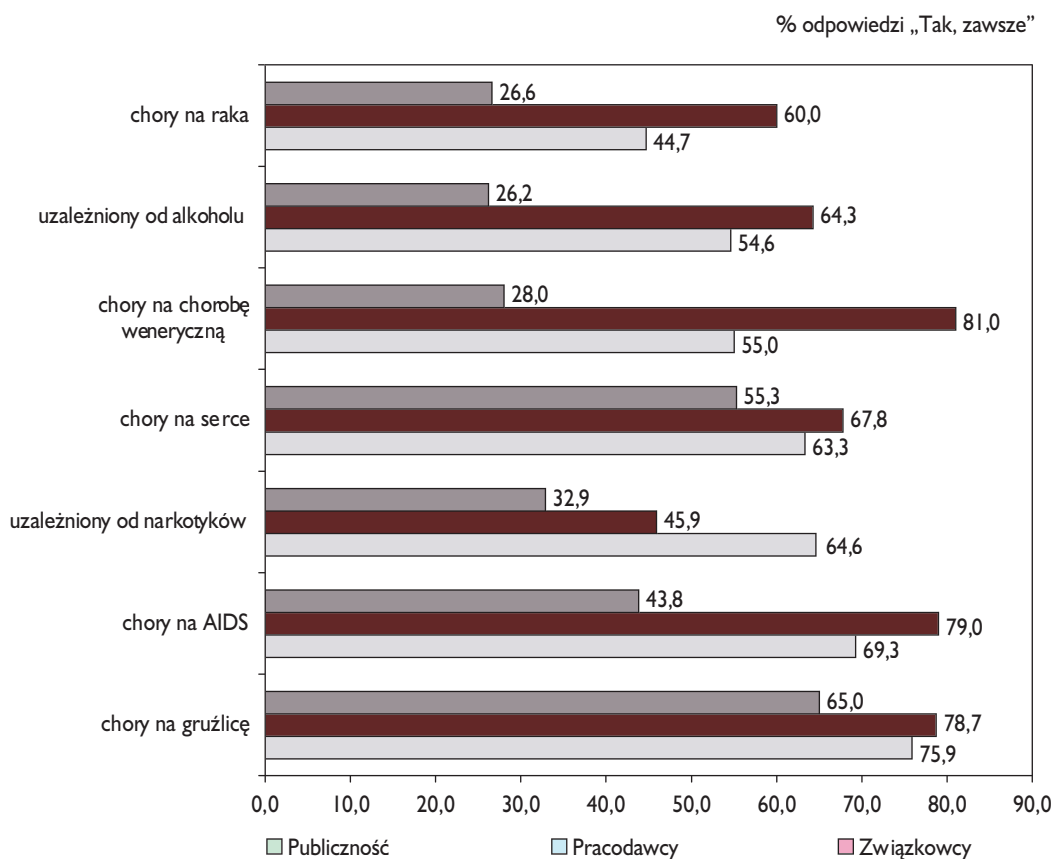
Prawo do poufności

Poufność informacji na temat własnego zdrowia jest dla zakażonych HIV podstawową i najważniejszą ochroną przed marginalizacją. Dopóki otoczenie nie wie, że obcuje z osobą zakażoną, strony konfliktu pracowniczego, w którym chory uczestniczy, mogą zachowywać się racjonalnie, zgodnie ze swoimi interesami i w ramach reguł narzucanych przez prawo pracy. Ujawnienie stanu zdrowia uruchamia lękowe reakcje stron konfliktu i zmniejsza szanse na zaspokojenie roszczeń osób zakażonych. Nic więc dziwnego, że praktycznie wszyscy zakażeni (około 94%) uważają, iż mają moralne prawo do ukrywania stanu swojego zdrowia przed pracodawcą i współpracownikami. Drastycznie odmienne przekonania mają w tym względzie pozostali aktorzy, tworzący środowisko pracy.

² Na każde z 10 pytań respondent mógł także odpowiedzieć „Nie wiem”.

Wykres 4. Prawo do poufności a obowiązek informowania o stanie zdrowia w opinii pracodawców, związkowców i publiczności

*Jak Pan(i) sądzi, czy pracodawca ma prawo wiedzieć, czy jego pracownik jest chory (na)?
Jak Pan(i) sądzi, czy osoby przewlekle chore lub uzależnione, które pracują zawodowo, powinny poinformować o swoim stanie zdrowia swojego pracodawcę i swoich współpracowników?*



Pracodawców zapytaliśmy, czy ich zdaniem mają **prawo** do pełnej informacji o stanie zdrowia swoich pracowników. Związkowców i publiczność zapytano, czy ich zadaniem chory pracownik ma **obowiązek** do udzielania takiej informacji. Rozkład odpowiedzi „Tak, zawsze” ilustruje głębokość konfliktu, jaki się rozgrywa w środowisku pracy.

Wykres 4 pokazuje wyraźnie, do jakiego stopnia polskie społeczeństwo jako całość (publiczność) kwestionuje tę sferę praw człowieka, która obejmuje prawo do poufności. Okazuje się przy tym, że odmowa tego prawa chorym na AIDS nie jest zjawiskiem incydentalnym – jeszcze wyższy odsetek dorosłych Polaków odmawia go chorym na gruźlicę. Na tle tak powszechnego w całym społeczeństwie odrzucenia prawa do prywatności, postawa pracodawców jest jeszcze bardziej zdecydowana – dla każdej z kategorii chorych pracowników (z wyjątkiem „uzależnionych od narkoty-

ków”) odsetek pracodawców domagających się informacji na ten temat jest wyższy niż w pozostałych grupach. Aż 45% uważa, że gdyby w ich zakładzie pracowała osoba chora na AIDS, to jej najbliższych współpracowników należałoby poinformować o tym **zawsze**.

Optymistyczne w powyższym obrazie jest to, że związkowcy częściej niż pozostali aktorzy skłonni są respektować prawo chorych pracowników do prywatności.

Akceptacja dla praktyk dyskryminacyjnych

Całkowicie spójna z pogardą dla indywidualnego prawa do prywatności jest powszechna społeczna aprobata dla praktyk dyskryminacyjnych na wszystkich etapach stosunku pracy.

Tablica 5. Akceptacja praktyk dyskryminacyjnych wobec zakażonych i chorych (% odpowiedzi)

Czy zdaniem Pana(i) osoby ubiegające się o pracę powinny przedstawić pracodawcy wyniki badania na obecność HIV?	Pracodawcy	Związkowcy	Publiczność
tak, zawsze	35,7	19,9	43,4%
to zależy od okoliczności	18,3	33,7	16,5%
nie, nie powinni	41,6	37,6	32,3%
trudno powiedzieć	4,4	8,8	7,8%

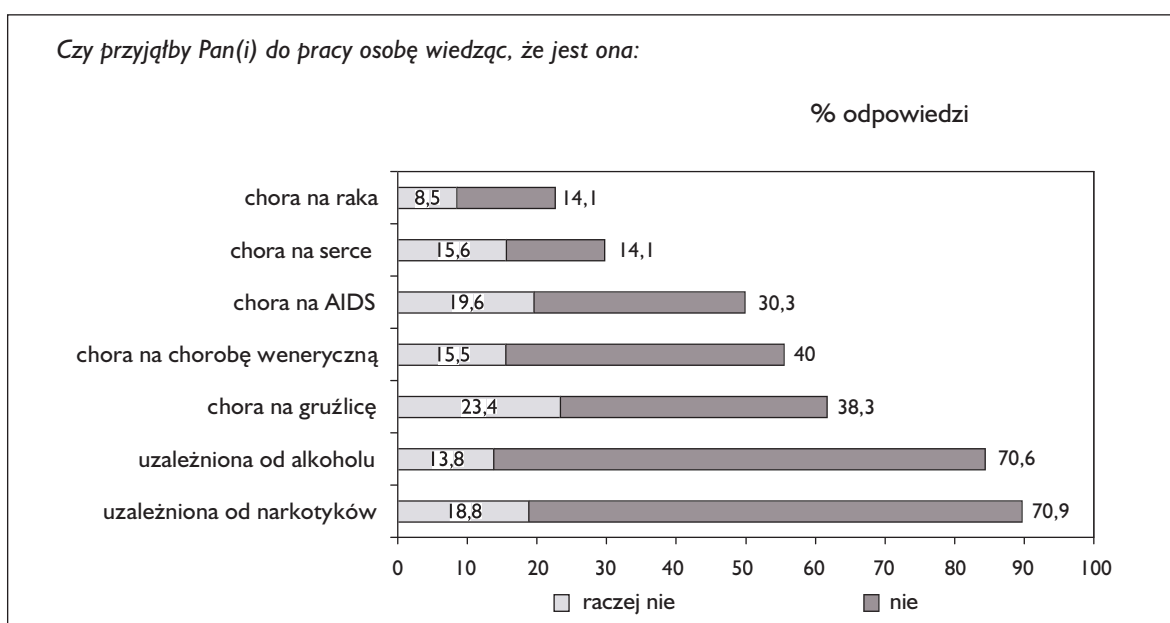
Co najmniej 40% dorosłych Polaków uważa, że przedstawianie wyników testu na obecność wirusa HIV powinno być obowiązkowe przy przyjmowaniu do pracy i zawieraniu umowy o ubezpieczenie emerytalne, a ponad połowa z nich (53,1%) uważa, że powinno to być obowiązkowe także przy zawieraniu umowy o ubezpieczenie zdrowotne.

Przy tak dużej społecznej tolerancji dla praktyk dyskryminacyjnych poglądy bezpośrednich uczestników konfliktu pracy – pracodawców i związkowców – są nieco bardziej liberalne. Dotyczy to zarówno etapu przyjmowania, jak i zwalniania z pracy (zob. Tablica 5).

Okazuje się przy tym, że dyskryminacja z powodu stanu zdrowia nie dotyczy wyłącznie chorych na AIDS – inne kategorie chorych kandydatów na pracowników są przez pracodawców odrzucane jeszcze częściej (Wykres 5).

Opinie pracodawców zapytanych o przyzwolenie na zwolnienie z pracy osoby zakażonej nie odbiegają zbyt wiele ani od opinii publiczności, ani też związkowców, choć tylko niespełna 4% z nich akceptuje taką decyzję pracodawcy, stanowczy sprzeciw wobec tego typu praktyk wyrażają tylko nieznacznie rzadziej niż pracodawcy i publiczność (zob. Tablica 6).

Postawę związkowców wobec dyskryminacji cechuje wewnętrzna niespójność. Z jednej strony zwalnianie pracownika wyłącznie z powodu jego stanu zdrowia sprzeciwia się tylko co drugi związkowiec, lecz znacznie więcej z nich deklaruje (około 72%), że w takiej sytuacji związek zawodowy broniłby zwalnianego. Ta „politycznie poprawna” odpowiedź stoi z kolei w sprzeczności z oczywistą bezradnością działaczy związkowych odpowiadających na pytanie o sposób tej obrony.

Wykres 5. Prawo do poufności a obowiązek informowania o stanie zdrowia w opinii pracodawców, związkowców i publiczności

Tablica 6. Akceptacja praktyk dyskryminacyjnych wobec zakażonych i chorych: zwalnianie z pracy (% odpowiedzi)

Czy zdaniem Pana(i) zachorowanie przez pracownika na AIDS może być wystarczającym powodem rozwiązania z nim umowy o pracę?	Pracodawcy	Związkowcy	Publiczność
tak, zawsze	11,7	3,8	11,6
to zależy od okoliczności	20,8	33,0	17,8
nie, nie powinno	62,4	50,5	61,6
trudno powiedzieć	5,1	12,6	9,1

Tablica 7. Co zrobiłby związek zawodowy w obronie zwalnianego z powodu AIDS pracownika – opinie działaczy związkowych

Co mógłby zrobić związek zawodowy, gdyby pracodawca chciał zwolnić chorego na AIDS:	% wskazań
proponowałby zmianę stanowiska pracy	25,5%
podjąłby kroki prawne: w Inspekcji Pracy, Sądzie Pracy	17,4%
pomagałby w leczeniu chorego, uzyskaniu renty	12,0%
interweniowałby u pracodawcy, negocjował, perswadował, sprzeciwiał się zwolnieniu	10,9%
nic lub niewiele	6,5%
odpowiedzi ogólnikowe (chroniłby pracownika)	6,0%
uświadamiał pracownikom prawdziwy zakres zagrożenia zakażeniem	4,9%
nie wiem, to zależy od stanowiska zajmowanego przez chorego pracownika	4,3%

* Odsetki nie sumują się do 100, gdyż nie wszyscy respondenci udzielili odpowiedzi.

W wypowiedziach związkowców zastanawia niski procent wskazań na środki prawne jako sposób egzekwowania pracowniczych praw. Jedynie kilku związkowców zwróciło uwagę, iż polskie prawo pracy już obecnie nie pozwala na zwolnienie pracownika wyłącznie z powodu stanu jego zdrowia. Za to ponad dwie trzecie z nich uważa, że przepisy dotyczące „zatrudniania i sposobu traktowania chorych na AIDS” należałoby do tego prawa wprowadzić. Wynika stąd, iż związkowcy z jednej strony de facto aprobują dyskryminację pracowników ze względu na stan ich zdrowia (nie różniąc się w tym względzie zbyt od publiczności i pracodawców), z drugiej strony deklarują gotowość obrony dyskryminowanych chorych pracowników, lecz rzadko sugerują egzekwowanie istniejących przepisów, a jednocześnie masowo domagają się, aby wprowadzić do prawa pracy przepisy broniące interesów chorych na AIDS. Poglądy związkowców na konflikt między chorym pracownikiem a pracodawcą są wyraźnie niespójne.

Marginalizacja w środowisku pracy

Powszechna tolerancja dla praktyk dyskryminacyjnych wynika z niewiedzy i fałszywych przeświadczeń na temat HIV, a wraz z wyraźnie widocznym poczuciem zagrożenia AIDS staje się przyzwoleniem dla marginalizacji chorych na tę chorobę. We wszystkich badanych zbiorowościach chorzy na AIDS kojarzą się ze społeczną dewiacją i patologią.

Tak powszechny stereotyp chorego na AIDS, kojarzonego z negatywnie wartościowanymi kręgami społecznymi, sprzyja tendencjom do społecznego ostracyzmu wobec zakażonych. Tendencje takie są w polskim społeczeństwie wyraźnie widoczne. Choć tylko 4,3% dorosłych Polaków czuje się osobiście zagrożonych AIDS, znacznie więcej z nich pragnie uniknąć jakiegokolwiek kontaktu z zakażonymi.

Tablica 8. Środowiska, w których chorych na AIDS spotyka się szczególnie często (% wskazań)

Jak Pan(i) sądzi, czy są takie środowiska, w których osoby chore na AIDS spotyka się szczególnie często, częściej niż w innych? Jeśli tak, to jakie są to środowiska, grupy, kategorie osób?	Publiczność		Pracodawcy N=400	Związkowcy N=184
	ogółem N=1012	resp. aktywni zawodowo N=552		
narkomani	56,2%	61,9%	60,0%	68,5%
homoseksualiści	23,1%	28,9%	28,9%	31,5%
prostytutki	9,9%	11,5%	10,3%	14,7%
alkoholicy	3,3%	2,4%	2,6%	7,6%
ludzie marginesu społecznego, przestępcy	5,7%	6,3%	12,3%	7,1%
pracownicy i pacjenci służby zdrowia, policjanci	2,3%	2,1%	3,7%	4,3%
bezdomni, mieszkający na dworcach	4,7%	5,0%	5,9%	4,9%
młodzież	2,4%	2,2%	4,5%	3,3%
inne określenia	8,9%	9,6%	6,9%	9,2%

Suma odsetków przekracza 100, gdyż kodowano wszystkie kategorie wymienione przez respondenta.

Tablica 9. Stosunek do chorego współpracownika (% odpowiedzi)

	Odpowiedź	Publiczność	
		ogółem N=1012	resp. aktywni zawodowo N=552
Czy zgodził(a)by się Pan(i) pracować razem z osobą chorą na AIDS w tym samym pokoju, przy tym samym stanowisku pracy?	Raczej nie; nie	25,5	20,8
Czy wiedząc, że osoba, z którą Pan(i) razem pracuje (w tym samym pokoju, przy tym samym stanowisku pracy), jest chora na AIDS, wystąpił(a)by Pan(i) o przeniesienie na inne stanowisko?	Tak; raczej tak	21,1	17,6

4. Podsumowanie

Wyniki badań a rekomendacje MOP

Rekomendacje, dotyczące sposobu traktowania HIV/AIDS w środowisku pracy, Międzynarodowa Organizacja Pracy opublikowała w 2001 roku³. Zawierają one szereg norm postępowania adresowa-

nych do wszystkich aktorów, współtworzących środowisko pracy, przytaczamy następujące:

- Nie można wymagać testów na obecność HIV przy przyjmowaniu do pracy ani przy przedłużaniu zatrudnienia.
- Test na obecność HIV nie powinien być warunkiem uczestnictwa i korzystania z powszechnego ubezpieczenia społecznego, zakładowych

³ An ILO Code of Practice on HIV/AIDS and the World of Work. International Labour Office, Geneva, 2001.

programów ubezpieczeniowych ani ubezpieczenia zdrowotnego.

- Obowiązkowe badania lekarskie nie powinny obejmować testu na obecność HIV.
- Firmy ubezpieczeniowe nie powinny wymagać testów na obecność HIV przed podjęciem się ubezpieczenia danego stanowiska pracy. Kalkulację składek należy przeprowadzić według danych epidemiologicznych, dotyczących całej populacji.
- Dotyczące HIV/AIDS informacje na temat pracowników powinny być ściśle poufne i przechowywane wyłącznie w dokumentacji medycznej pracownika.
- Pracownicy nie powinni być zmuszani do informowania swoich kolegów o stanie zdrowia.
- Pracownicy zakażeni HIV lub chorzy na AIDS nie powinni być traktowani gorzej niż pracownicy chorzy na inne poważne dolegliwości (dotyczy zasiłków, płac, awansów).
- Dopóki zakażony/chory może daną pracę wykonywać (nie ma ku temu medycznych przeciwwskazań), powinien mieć normalne poczucie bezpieczeństwa zatrudnienia i możliwości przeniesienia się lub awansu.
- Pracodawcy powinni w porozumieniu z przedstawicielami pracowników – w rozsądnych granicach – pójść na rękę pracownikom chorym na AIDS i dolegliwości pochodne, umożliwiając im: zmianę czasu pracy, specjalistyczne wyposażenie, przerwy wypoczynkowe, korzystanie z badań lekarskich, zwolnień chorobowych, pracę w niepełnym wymiarze czasu pracy, powrót do pracy po przerwie na leczenie.
- Zakażenie HIV nie może być powodem zwolnienia z pracy.

MOP zakłada, że problem HIV/AIDS powinien być traktowany podobnie jak inne problemy zdrowotne, pojawiające się w środowisku pracy, przy ich rozwiązywaniu podkreśla jednak priorytet indywidualnych praw człowieka: prawa do poufności i nie dyskryminacji. Prezentowane przez nas dane wyraźnie wskazują, jak dalece aktorzy współtworzący środowisko pracy w Polsce są nieprzygotowani do przyjęcia norm proponowanych przez MOP.

Spółeczeństwo polskie jest zdezinformowane co do stopnia zagrożenia stwarzanego przez kontakt z chorymi na AIDS. Wyolbrzymione poczucie

zagrożenia wirusem HIV, odczuwane przez wszystkie strony naturalnego konfliktu pracy, skłania do podyktowanej lękiem próby odizolowania zakażonych i przeniesienia problemu HIV/AIDS poza sferę pracy. Przejawia się to w rezygnacji z indywidualnego prawa jednostki do poufności na etapie przyjmowania do pracy, podczas trwania pracy i przy zwalnianiu z niej, dopuszczenia dyskryminacji chorych i zakażonych ze względu na stan ich zdrowia, tendencji do unikania zakażonych we własnym środowisku pracy.

Aprobując izolację i dyskryminację chorych na AIDS, opinia publiczna w Polsce podporządkowuje prawa jednostki własnemu poczuciu bezpieczeństwa. Wzmacnia w ten sposób i etycznie sankcjonuje dążenia do marginalizacji zakażonych ze strony pracodawców, a zarazem demobilizuje zdeorientowanych sytuacją działaczy związkowych, których poglądy na temat roli związków zawodowych w rozwiązywaniu problemu AIDS są wewnętrznie sprzeczne wobec podejmowania radykalnych kroków w odniesieniu do ochrony praw pracowników zakażonych HIV.

Stan świadomości stron, tworzących środowisko pracy w Polsce, zwłaszcza publiczności, jest wysoce niepokojący. Zbyt duża część Polaków tkwi w stanie niewiedzy, fałszywych przeświadczeń, ignoruje prawa jednostki jawnie i masowo, dopuszczając ich łamanie. Niełatwo będzie to zmienić, a na pewno nie w krótkim okresie.

Aneks

Noty metodologiczne na temat poszczególnych badań

„Publiczność”

Badanie zostało zrealizowane w dniach 25-30 stycznia 2002 roku na losowo-adresowej próbie reprezentatywnej dla ogółu dorosłych (w wieku 18 i więcej ukończonych lat) Polaków przez Centrum Badania Opinii Społecznej CBOS.

Liczebność próby wylosowanej wyniosła 1722 adresów. Zebrano odpowiedzi od 1012 respondentów. Po uwzględnieniu błędów operatu (spisów adresów uzyskanych z GUS) stopień realizacji próby wyniósł 63%:

Tablica A1. Statystyka realizacji próby po uwzględnieniu błędów operatu losowania w badaniu „Publiczności” zrealizowanym przez CBOS

		N	%
Efektywna liczebność próby wylosowanej (bez błędów operatu)	1606	100%	
Liczba zrealizowanych wywiadów		1012	63%
Przyczyny niez uzyskania wywiadu:			
odmowa udziału w badaniu		351	22%
„nobody's home”, respondent nieobecny		216	13%
inne przyczyny		27	2%

Szczegółowe dane na temat realizacji próby dostarczone przez wykonawcę badania zawiera tabela A2.

Tablica A2. Sprawozdanie z realizacji próby w badaniu „Publiczności” (dostarczył CBOS)

Przyczyny niezrealizowania wywiadu	Liczba adresów	Osetek wywiadów niezrealizowanych	Odsetek próby wylosowanej
1. Niewłaściwy adres (puste mieszkanie, budynek niemieszkalny, zła numeracja, pusty plac itp.)	113	15,9%	6,6%
2. Pod wskazanym adresem nikogo nie zastano przez cały okres realizacji badania	134	18,9%	7,8%
3. Odmówiono wpuszczenia ankietera do mieszkania	233	32,8%	13,5%
4. Odmówiono udzielenia informacji na temat osób stale zamieszkałych pod wskazanym adresem	25	3,5%	1,5%
5. Pod tym adresem nie mieszka osoba odpowiadająca kryteriom (np. osoba niepełnoletnia, nie zamieszkująca stale)	3	0,4%	0,2%
6. Wylosowany respondent był chwilowo nieobecny	4	0,6%	0,2%
7. Wylosowany respondent był nieobecny przez cały okres realizacji badania	48	6,8%	2,8%
8. Wylosowany respondent był nieobecny w uzgodnionym wcześniej terminie	10	1,4%	0,6%
9. Wylosowany respondent był niesprawny (ciężko chory, głuchy)	20	2,8%	1,2%
10. Wylosowany respondent odmówił z powodu braku czasu	15	2,1%	0,9%
11. Wylosowany respondent odmówił z powodu niechęci do wypowiadania się na dany temat	15	2,1%	0,9%
12. Wylosowany respondent odmówił, ponieważ nie widzi sensu, potrzeby ankietowania	26	3,7%	1,5%
13. Wylosowany respondent odmówił z obawy przed konsekwencją swoich wypowiedzi	2	0,3%	0,1%
14. Wylosowany respondent odmówił z powodu okresowej niedyspozycji (np. nietrzeźwości)	1	0,1%	0,1%
15. Wylosowany respondent odmówił z innych powodów	9	1,3%	0,5%
16. Wylosowany respondent odmówił bez podania przyczyn	25	3,5%	1,5%
17. Inne przyczyny niezrealizowania wywiadu	27	3,8%	1,6%

Mimo znaczącego odsetka respondentów niedostępnych i odmawiających uczestnictwa w badaniu, zrealizowana próba jest wystarczająco wiarygodną podstawą do wnioskowania na temat opinii populacji dorosłych Polaków o AIDS. Przemawia za tym wysoki stopień zgodności struktury próby zrealizowanej ze strukturą populacji ludności Polski ze względu na płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, religijność i aktywność zawodową⁴:

	Próba		Populacja	Różnica
	n	%	N	(%)
Płeć				
mężczyźni	470	46,4	13018769	-1,0%
kobiety	542	53,6	14424099	1,0%
Razem	1012	100	27442868	
Wiek				
18–29	191	18,9	5422227	-0,9%
30–39	154	15,2	4966697	-2,9%
40–49	201	19,9	6212388	-2,8%
50–59	185	18,3	4283858	2,7%
60–69	125	12,4	3314043	0,3%
70+	156	15,4	3243654	3,6%
Razem	1012	100	27442867	
Wykształcenie ^{a)}				
niepełne podstawowe, podstawowe	282	27,9	8548004	-2,5%
zasadnicze zawodowe	296	29,2	7891629	1,2%
średnie	287	28,4	8203564	-0,8%
policealne, wyższe	147	14,5	3519826	2,0%
Razem	1012	100,0	28163024	

a) Dane na temat populacji: szacunki oparte na rezultatach Mikrospisu GUS z 1995 roku

Miejsce zamieszkania	Próba		Populacja	Różnica
	n	%	N	(%)
wieś	381	37,6	10150151	0,7%
miasto poniżej 20 tys. mieszkańców	122	12,1	3424643	-0,4%
miasto od 20 do 50 tys. mieszkańców	109	10,8	3003278	-0,2%
miasto od 51 do 100 tys. mieszkańców	89	8,8	2401242	0,0%
miasto od 101 do 500 tys. mieszkańców	204	20,2	5170641	1,3%
miasto powyżej 500 tys. mieszkańców	107	10,6	3292912	-1,4%
Razem	1012	100,0	27442867	

Niezależnie od udziału w praktykach religijnych, czy uważa Pan(i) siebie za osobę ^{b)}:

głęboko wierzącą	101	10,0	15,6	-5,6%
wierzącą	872	86,2	80,3	5,8%
niewierzącą	38	3,8	3,3	0,5%
trudno powiedzieć (nie wiem)	1	0,1	0,8	-0,7%
Razem	1012	100	100,0	

b) Dane na temat populacji: Polski Generalny Sondaż Społeczny z 1999 roku

⁴ Jeśli nie zaznaczono inaczej, dane na temat populacji pochodzą ze statystyk PESEL z kwietnia 2001 roku.

Próba	Populacja		Różnica	
	n	%	N	(%)
Aktywność ekonomiczna respondentów ^{c)}				
pracownicy najemni	337	33,3	10225	-0,7%
pracujący na własny rachunek, rolnicy indywidualni	88	8,7	3305	-2,3%
bezrobotni	127	12,5	3127	2,2%
bierni zawodowo	460	45,5	13421	0,8%
Razem	1012	100,0	30078	

c) Źródło: GUS, Aktywność ekonomiczna ludności III kwartał 2001, Warszawa, 2002; dane dla wieku 15+, bez „pomagających członków rodzin”.

Uwzględnienie niepełnej realizacji próby we wnioskowaniu statystycznym będzie polegało na przyjęciu, iż błędy estymacji populacyjnych proporcji wynoszą w tej sytuacji 10% a nie 3,1%, które uzyskano by przy pełnej realizacji próby wylosowanej.

„Pracodawcy”

Badanie zrealizowała w ostatnim tygodniu marca 2002 roku firma INFOR Opinia ABR z Warszawy metodą CATI.

Zbiorowość badaną stanowiły osoby, które w przedsiębiorstwie decydują o wszystkich fazach trwania relacji pracownik-pracodawca: przyjmowa-

niu do pracy, ustalaniu warunków pracy oraz o zwalnianiu z pracy. Założono, że każde przedsiębiorstwo jest reprezentowane przez jednego decydenta.

Populację przedsiębiorstw określała baza danych REGON dostępna w GUS. Badanie ograniczono do przedsiębiorstw, zatrudniających co najmniej 6 osób. Przedsiębiorstwa te podzielono na 4 klasy zatrudnienia. Z każdej z nich postanowiono uzyskać po 100 wywiadów. Na podstawie danych z REGON-u w każdej z klas ustalono docelowe liczebności grup EKD, określających profil podstawowej działalności przedsiębiorstwa. W zrealizowanej próbie warunkowe rozkłady grup EKD wewnątrz każdej z klas zatrudnienia są takie same, jak w całej populacji przedsiębiorstw:

Tabela A3. Rozkład cech przedsiębiorstw reprezentowanych przez pracodawców w próbie zrealizowanej

Lp. Profil działalności przedsiębiorstwa – grupa EKD	Liczba zatrudnionych			
	6–20	21–100	101–250	250+
1. Rolnictwo, rybołówstwo, górnictwo	3	5	6	3
2. Działalność produkcyjna	22	20	25	32
3. Zaopatrywanie w energię elektryczną, gaz i wodę, budownictwo	12	8	11	10
4. Handel, hotele, transport, gospodarka magazynowa i łączność	32	16	15	17
5. Pośrednictwo finansowe	2	4	4	4
6. Obsługa nieruchomości, wynajem i działalność związana z prowadzeniem interesów	7	6	9	6
7. Administracja publiczna i obrona narodowa; gwarantowana prawnie opieka socjalna	1	7	11	9
8. Edukacja, ochrona zdrowia, pozostała działalność usługowa, komunalna, socjalna i indywidualna	21	34	19	19

Tabela A4. Rozkład cech przedsiębiorstw w bazie danych REGON wedle stanu z 2001 r.

Lp.	Profil działalności przedsiębiorstwa – grupa EKD	Liczba przedsiębiorstw			
		6–20	21–100	101–250	250+
1.	Rolnictwo, rybołówstwo, górnictwo	3877	2860	618	203
2.	Działalność produkcyjna	30862	11602	2613	2047
3.	Zaopatrywanie w energię elektryczną, gaz i wodę, budownictwo	16167	4842	1068	610
4.	Handel, hotele, transport, gospodarka magazynowa i łączność	42559	9129	1412	1064
5.	Pośrednictwo finansowe	2083	2071	340	148
6.	Obsługa nieruchomości, wynajem i działalność związana z prowadzeniem interesów	8915	3465	833	349
7.	Administracja publiczna i obrona narodowa; gwarantowana prawnie opieka socjalna	1575	3749	1059	538
8.	Edukacja, ochrona zdrowia, pozostała działalność usługowa, komunalna, socjalna i indywidualna	27628	19540	1909	1190
Razem		133666	57258	9852	6149
%		65%	28%	5%	3%

Z formalnego punktu widzenia zbadana zbiorowość nie jest próbą losową pracodawców polskich, choć przedsiębiorstwa do badania zostały wylosowane. Próba wylosowana liczyła bowiem 2064 firm, gdyż dopiero taka ich liczba pozwoliła na uzyskanie docelowych liczebności z powyższej tabeli, zaś wywiady uzyskano tylko od 400 z nich.

Zrealizowana próba ma zatem charakter kwotowy i wnioskowanie na jej podstawie na temat populacji pracodawców opierać się będzie na założeniu, że ze względu na interesujące nas cechy jej warstwy są wystarczająco jednorodne. Ze względu na nierówne wielkości warstw definiowanych przez klasy zatrudnienia przy szacowaniu rozkładów populacyjnych zostaną zastosowane wagi proporcjonalne do liczebności populacyjnych uzyskanych z bazy REGON (Tabela A4).

„Związkowcy”

Kwestionariusze rozprowadziła, a potem zebrała centrala OPZZ w pierwszym kwartale 2002 roku. Blisko połowa spośród 184 działaczy (90), którzy odpowiedzieli na pytania ankiety, zajmuje w tym związku kierownicze stanowisko: od pozycji przewodniczącego zakładowej organizacji związkowej do szczebla wiceprzewodniczącego Federacji. Większość z nich to działacze szczebla

lokalnego. Profil zakładów, w których pracują, jest zróżnicowany: od przemysłu, przez usługi i instytucje publiczne (szkoły), o zróżnicowanej formie własności firmy (prywatne, z dominującym udziałem kapitału zagranicznego, państwowe). Blisko 2/3 respondentów ukończyło już 45 lat, wykształcenie średnie ma 64% z nich, a co czwarty – wykształcenie wyższe. Proporcje kobiet i mężczyzn są do siebie zbliżone.

Mimo stosunkowo niewielkiej liczby zróżnicowany skład respondentów uzasadnia traktowanie ich odpowiedzi jako dobrego przybliżenia opinii całej zbiorowości działaczy OPZZ.

„Zakażeni”

Kwestionariusze ankiet wśród zakażonych rozprowadzali i zebrali działacze MONAR-u w pierwszym kwartale 2002 roku. Niewielka liczba respondentów (129) nie pozwala na precyzyjne ilościowe uogólnienia wyników badania, daje jednak wystarczającą podstawę do przybliżonego wnioskowania na temat zjawisk, które w zbiorowości zakażonych występują.

Kwestionariusze i rozkłady odpowiedzi zamieszczono na stronie internetowej UNDP (www.undp.org.pl).

Praca a jakość życia osób z HIV/AIDS

Problem HIV/AIDS i próby jego rozwiązania generują nowe doświadczenia społeczne. Dla osób żyjących z HIV to zmaganie się z chorobą, walka z uprzedzeniami, przewartościowanie własnego życia, dla wielu poszukiwanie jego sensu. To także nowe doświadczenia dla tych, którzy żyją blisko osób seropozytywnych – rodziny, przyjaciół, lekarzy, terapeutów. Mam nadzieję, że w doświadczeniach tych coraz częściej uczestniczą przedstawiciele instytucji, zaspokajających tak ważne potrzeby człowieka, jak praca, nauka i opieka.

Jak rzeczywiście wyglądają wzajemne relacje między zakażonymi a osobami żyjącymi blisko nich, na ile te relacje oparte są o stereotypy, na ile zmieniły się wzajemne postawy wobec siebie, jaki charakter mają występujące więzi, jak wygląda jakość życia osób uwikłanych w problem HIV/AIDS? To tylko nieliczne pytania, które nasuwają się po latach naszych wspólnych doświadczeń w radzeniu sobie z HIV/AIDS.

Próbę odpowiedzi przyniosły badania zrealizowane wśród 60 osób żyjących z HIV w Warszawie, Gdańsku, Poznaniu i Szczecinie. Badania przeprowadziły osoby pracujące w Stowarzyszeniu na rzecz Prewencji HIV/AIDS i Innych Chorób Przenoszonych Drogą Płciową TADA. Od lat zajmujemy się profilaktyką HIV/AIDS oraz narkomanii. Pracujemy wśród osób o szczególnie ryzykownych zachowaniach w kontekście HIV/AIDS. Uznaliśmy więc, że respondenci powinni reprezentować różne grupy społeczne: narkomanów, osoby homoseksualne i heteroseksualne. Grupy te charakteryzują się swoistym stylem życia, systemem norm, wzorami

zachowań i systemem wartości. Specyfika tych grup odbiega bardzo często od powszechnie akceptowanego systemu norm społecznych, dlatego niektóre z nich określane są jako grupy społecznego marginesu.

Interesowały nas trzy okresy życia respondentów: życie przed zakażeniem (jak przebiegało dzieciństwo, jaka była sytuacja rodzinna, doświadczenia szkolne, kontakty z przyjaciółmi, sam moment zakażenia), dlaczego respondent zrobił badania, w jaki sposób przekazano mu informację o zakażeniu, jaka była pierwsza reakcja i kto go w tym momencie wspierał. Za trzeci ważny okres w życiu osoby seropoztywnej uznaliśmy życie z HIV – jak wyglądają obecnie kontakty z rodziną, przyjaciółmi, korzystanie z pomocy medycznej, jak się realizuje w pracy zawodowej, jakie ma marzenia i plany na przyszłość.

Badania prowadzone były przy zastosowaniu metody case study. Każdy przeprowadzony wywiad był czymś wyjątkowym. Dał nam szansę poznania historii życia, indywidualnych doświadczeń, emocji towarzyszących życiu z HIV, sfer aktywności, sposobów zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych.

Prezentowany artykuł stanowi próbę pokazania pracy jako wartości w życiu osób seropoztywnych i próbę odpowiedzi na pytania: jakie pełni funkcje w ich życiu, czy jest przedmiotem aspiracji życiowych?

Kim są nasi respondenci

W badaniach udział wzięło 60 osób seropoztywnych, 14 kobiet i 46 mężczyzn. Respondenci reprezentowali różne grupy wiekowe. Zdecydowanie przeważały osoby młode i w średnim wieku – łącznie 46 osób. Wiek implikuje różne formy aktywności ludzkiej, aspiracje życiowe, styl życia. Z wiekiem utożsamia się również stopień zaangażowania w pracę zawodową. Wśród przebadanych respondentów przeważają więc ci, dla których praca powinna stanowić jedną z ważniejszych wartości życiowych.

Najwięcej osób legitymowało się wykształceniem średnim (26), następnie zasadniczym zawodowym (16), podstawowym (10). Wykształcenie wyższe posiadało tylko pięciu respondentów. Stosunkowo niski poziom wykształcenia znajduje swoje wytłumaczenie. Otóż 1/3 naszych respondentów uwi-

kłana jest w problem narkotyków. Ich problem z zażywaniem środków psychoaktywnych zaczął się bardzo wcześnie, w pierwszych klasach szkoły średniej. Dla tej grupy uzyskiwanie kwalifikacji zawodowych nie stanowi ważnej sprawy życiowej. Celem nadrzędnym jest zdobywanie narkotyków. Na poziomie wykształcenia pośrednio wpływa sytuacja rodzinna. Tylko 1/3 respondentów swoją rodzinę określiła jako „normalną”. Te osoby pochodzą z rodzin pełnych, o stabilnej sytuacji materialnej, bez większych konfliktów wewnątrzrodzinnych. Większość respondentów ma jednak trudną sytuację rodzinną, na którą składają się złe warunki finansowe, często bieda. Konflikty, nadużywanie alkoholu przez rodziców, rozpad rodziny to najczęściej powtarzające się problemy w życiu rodzinnym respondentów. Z całą pewnością problemy te obniżają aspiracje życiowe i przyczyniają się do przejmowania patologicznych wzorów społecznego funkcjonowania. Wskaźnikiem takich zachowań jest występująca często postawa odrzucenia rodziny, bunt wobec innych sformalizowanych instytucji, np. szkoły, a także nadużywanie alkoholu, narkotyków i łamanie norm życia społecznego.

Brak oparcia w rodzinie wyraźnie utrudnia proces radzenia sobie z chorobą. Jest to jeden z powodów niekorzystania z pomocy medycznej. Z terapii antyretrowirusowej korzystało 58% naszych respondentów (35 osób), a więc niewiele ponad połowę. Pozostali respondenci z terapii nie korzystali, najczęściej z powodów osobistych – brak zainteresowania leczeniem, brak wiary w jego skuteczność, nieumiejętność podporządkowania się rygorom terapii. To najczęstsze przyczyny braku zainteresowania specjalistyczną pomocą medyczną. Podawano też inne przyczyny – „filozoficzne”, sprowadzające się do stwierdzenia: „co będzie, to będzie, to moje życie”.

Jaką wartość stanowi praca dla respondentów

Największe znaczenie w życiu człowieka odgrywa jego realizacja w dwóch dziedzinach aktywności społecznej: życiu rodzinnym i pracy. Praca stanowi

wartość szczególnie pożądaną, a jej rola w życiu człowieka jest wieloaspektowa. Czym jest praca, jak można ją zdefiniować? Według Jana Szczepańskiego, praca to „zespół czynności wewnętrznie spójnych, które zmierzają do wytworzenia dóbr i usług zaspokajających potrzeby ludzi”. Definicję tę cechuje zbyt duży stopień ogólności. Bardziej przydatna jest definicja pracy zawodowej, która akcentuje określone kwalifikacje człowieka, systematyczność jej wykonywania oraz podkreśla otrzymywanie wynagrodzenia za jej wykonanie. Praca zawodowa bardzo często decyduje również o pozycji społecznej człowieka. Środowisko pracy jest więc jednym z ważniejszych miejsc samorealizacji. Jak twierdzi Danuta Dobrowolska, znaczenie pracy wykracza poza jej aspekt materialny. Praca umożliwia realizację własnych zdolności, daje szansę twórczego wypowiedzenia się, stanowi również podstawę kontaktów z innymi ludźmi – dzięki niej człowiek nawiązuje nowe znajomości i przyjaźnie, tym cenniejsze, że oparte na bazie wspólnych zainteresowań. Z całą pewnością praca zapewnia określone miejsce w społeczeństwie, przyczynia się do podniesienia prestiżu, daje poczucie własnej wartości. Dla wielu ludzi praca utożsamiana jest z sensem życia.

Czy praca jest również taką wartością dla ludzi żyjących z HIV w Polsce? Ilustracją sytuacji zawodowej są niżej przytoczone fragmenty historii życiowych badanych osób, wyrażające ich stosunek do pracy, a przede wszystkim opisujące ich problemy w miejscu zatrudnienia.

Artur:

Mam 28 lat, od 12 lat biorę narkotyki, z dwuletnią przerwą. Skończyłem szkołę zawodową, ale nigdy nie pracowałem na stałe. Chwytałem się prac dorywczych, po to, żeby mieć na kolejną dawkę. Żyłem z dnia na dzień. Doświadczyłem wszystkiego: głodu narkotycznego, konfliktów z policją, zerwania z rodziną, dna ulicy. Kilkakrotnie podejmowałem próby leczenia, ale bez efektów. Aż się udało. Przetrwiałem leczenie w ośrodku. Wróciłem do swojego miasta i nagle wszystko się zmieniło. Znalazłem pracę w dobrej spółce. Poznałem dziewczynę, która zaakceptowała mnie – byłego narkomana z HIV. Bała się, ale zdecydowała się zamieszkać razem ze mną. Byłem szczęśliwy aż do momentu, kiedy ktoś z mojej brygady przyniósł informację, że jestem narkomanem. Nikt mi tego nie powiedział wprost, że mnie nie chcą, ale atmosfera wokół mnie zagęszczala się. Kiedy szedłem do szatni, ktoś dyskretnie mnie ob-

serwował. Wiadomo – narkoman kradnie albo daje sobie w żyłę. Przestano mi powierzać odpowiedzialne prace. Byłem wyraźnie izolowany. Pewnego dnia obu-
dziłem się i więcej nie poszedłem do pracy.

Nie mam pracy, nie mam domu, nie mam dziewczyny. Jestem znowu na ulicy.

Renata:

Obecnie, jak większość moich znajomych z poradni, jestem na rencie. Nie mogę już dłużej pracować. Mam nadzieję, że to się zmieni, ponieważ moja rodzina przeżywa duży kryzys finansowy. Nie jest jeszcze tragicznie, stać nas na robienie wszystkich opłat, ale musimy odmawiać sobie wielu rzeczy. Pracy nie mogę podjąć z powodu kiepskiej kondycji fizycznej. Jest to dla mnie bardzo poważny problem, drugi po chorobie.

Paweł:

Chwytałem się dorywczych prac. Miałem stałą pracę, ale zwolniono mnie z powodu zbyt częstych zwolnień lekarskich. Mam problemy ze znalezieniem stałej pracy z powodu odnotowania w dokumentach (książeczka wojskowa) informacji o zakażeniu. Dlatego pracuję na budowie, na czarno, ale jest mi bardzo ciężko.

Adam:

Ważną sprawą dla mnie jest podjęcie pracy zawodowej, znalezienie sobie jakiegoś zajęcia. Bezczytność to jeden z powodów mego powrotu do nałogu.

Michał:

Po zmianie miejsca zamieszkania podjąłem pracę, oczywiście nie informując nikogo o zakażeniu HIV. Po roku pracy zostałem zwolniony, ponieważ kierownictwo mojego zakładu dowiedziało się, że jestem zakażony. Pracuję sezonowo i wiem, że kariery zawodowej już nie zrobię. Moim problemem życiowym jest więc brak zrozumienia i tolerancji społeczeństwa, a marzeniem – dobre zarobki, możliwość wyjazdów z żoną na wypoczynek.

Krzysiek:

Dostaję rentę na HIV. Niewiele – 417 zł z ZUS. Metadon jest za darmo, odpada więc problem załatwiania pieniędzy na narkotyki. Załatwiłem sobie pracę na czarno. Chciałem dorobić, z renty na niewiele mi starczało, trochę daję mamie, w końcu jem w domu, mieszkam itp. W pracy zbijałem tynki, wynosiłem gruz, same takie prace. Ciężko pracowałem, nie objąłem się, naprawdę ciężko. Szef dowiedział się od kogoś, że

prawdopodobnie mam HIV. Zrobił się uciążliwy, czepiał się wszystkiego, według niego ciągle robiłem coś złe. Nie mogłem znieść tej atmosfery. Patrzył na mnie, jakbym był jakimś cudakiem. Po 4–5 tygodniach zwolniłem się. Teraz nie mogę znaleźć sobie żadnej pracy. Przynajmniej czas by szybciej leciał. Krucho jest z pieniędzmi. Kupię papierosy i właściwie kończy się moja renta. Starym przyzwyczajeniem od czasu do czasu chodzę na jumę. Jest mi wstyd, ale skądś muszę brać pieniądze. Nie mam żadnych zainteresowań, czuję się wypalony.

Przytoczone opisy sytuacji zawodowej osób seropozytywnych tylko częściowo odzwierciedlają trudności związane z wykonywaniem pracy, możliwością zarabiania pieniędzy, zaspokojenia swoich podstawowych potrzeb życiowych.

W świetle przeprowadzonych przez nas badań, do najczęstszych przyczyn braku możliwości wykonywania pracy należała przede wszystkim zła sytuacja zdrowotna. Respondenci najczęściej dowiadawali się o problemie zakażenia, kiedy ich zdrowie uległo gwałtownemu pogorszeniu. Prowadzony styl życia większości respondentów (narkotyki, alkohol, życie poza rodziną, zła sytuacja finansowa) dodatkowo pogorszył ich kondycję zdrowotną, przyczyniając się do wielu dodatkowych problemów zdrowotnych, takich jak wirusowe zapalenie wątroby typu B i C, zaburzenia o podłożu psychicznym. Kłopoty zdrowotne tej grupy respondentów rzutują na ich system wartości, hierarchię potrzeb życiowych, wśród których potrzeba pracy zeszła na plan dalszy, a cała aktywność życiowa została podporządkowana zdrowiu.

Niektórzy spośród przebadanych korzystają z terapii antyretrowirusowej. Terapia wymusza systematyczne branie leków, częste kontakty z lekarzem. Leki antyretrowirusowe powodują skutki uboczne, złe samopoczucie. Często konieczne jest korzystanie ze zwolnień lekarskich. Sytuacja taka utrudnia pracę zawodową, niekiedy wręcz uniemożliwia łączenie pracy z procesem leczenia. Osoby te nie mogą liczyć na wyrozumiałość zakładów pracy, np. ustalenie nienormowanego czasu pracy, swobodne wyjścia na badania kontrolne. W trakcie naszych badań nie spotkaliśmy się z sytuacją życzliwości zakładu pracy w stosunku do respondentów. Z tej sytuacji doskonale zdają sobie sprawę osoby seropoztywne. To jeden z argumentów hamujących ich kreatywność zawodową, przedsiębior-

czość. Mają świadomość tego typu kłopotów i po prostu wycofują się.

Drugim, niezwykle istotnym, często powtarzającym się problemem związanym z wykonywaniem pracy zawodowej jest brak akceptacji osób seropozytywnych w miejscu pracy. O takiej sytuacji informują zacytowane doświadczenia Artura, Krzyśka, ale z badań, jak również naszych wieloletnich doświadczeń w pracy z osobami żyjącymi z HIV/AIDS wynika, że tylko przemilczenie faktu zakażenia gwarantuje stałość zatrudnienia. Powodem tej sytuacji jest brak wiedzy pracodawców na temat istoty zakażenia, posługiwanie się stereotypami, nie najlepszymi w Polsce wzorami stosunków międzyludzkich w miejscu pracy. Jest to efektem wielu uwarunkowań społeczno-kulturowych, np. ograniczonego rynku pracy, zasad zatrudniania pracowników, nastawienia pracodawców na osiąganie maksymalnego zysku z pominięciem czynnika ludzkiego. Respondenci, którzy mają stałą pracę, starają się konsekwentnie ukrywać swój problem zdrowotny, co jest przyczyną licznych napięć i lęków, spowodowanych pytaniem: „co się stanie, jak poczuje się gorzej?”. Odgrywanie roli kogoś innego, „osoby kreatywnej, dyspozycyjnej wobec zakładu pracy, sprawnej, dobrze zorganizowanej” stanowi czasami wysiłek ponad możliwości psychiczne i fizyczne osób seropozytywnych. W takich przypadkach satysfakcja z pracy również schodzi na plan dalszy, a cały wysiłek nastawiony jest na przetrwanie.

Trzecią, ważną przeszkodą w wykonywaniu pracy jest brak odpowiednich kwalifikacji zawodowych. Aż 1/6 respondentów nie ukończyła nawet szkoły podstawowej, a ci, którzy zdobyli wykształcenie średnie i zawodowe, nie mogą się wykazać stażem pracy, praktycznymi umiejętnościami. Tę grupę respondentów często charakteryzują niskie aspiracje życiowe, brak umiejętności radzenia sobie w różnych sytuacjach życiowych, również lęk przed sformalizowanymi instytucjami. Niskie poczucie własnej wartości sprawia, że świadomie wybierają styl życia na marginesie społeczeństwa.

Jakie są więc źródła utrzymania naszych respondentów, w jaki sposób zaspokajają swoje podstawowe potrzeby bytowe? Z analizy danych wynika, że na etacie pracowało tylko 13 osób. Część osób utrzymywała się z renty, w tym:

- renty z powodu zakażenia HIV – 15 osób,
- renty oraz pracy dorywczej, przeważnie na umowę-zlecenie – 10 osób,

- renty wraz ze wsparciem finansowym rodziny – 7 osób.

Czterech respondentów otrzymywało zasiłek z Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej. Pozostałe osoby nie posiadały stałego źródła utrzymania. Spośród tych osób 2 przyznawały się do żebractwa, kradzieży. W stosunku do pozostałych nie posiadamy informacji na temat ich źródeł utrzymania, ponieważ nie chcieli takiej informacji udzielić.

Z powyższych danych wynika, że skutkiem złej sytuacji zawodowej jest wręcz tragiczna sytuacja materialna. Tylko 13 respondentów utrzymywało się z pracy zarobkowej, pozostali z renty, pracy dorywczej, pomocy rodziny, pomocy społecznej, kradzieży, żebractwa. Te źródła dochodu nie gwarantują zabezpieczenia podstawowych potrzeb życiowych, zmuszają do łamania norm życia społecznego. Brak możliwości zmiany tej sytuacji dodatkowo kompli-

kuje życie osób zakażonych HIV. Bieda towarzysząca problemom zdrowotnym, stygmatyzowanie zakażonych daje dodatkowe poczucie klęski życiowej, czego ilustracją jest wypowiedź jednego z naszych respondentów:

Krzysiek:

Ostatnio jestem w kiepskim nastroju. Jakbym miał wyłącznik, to bym siebie wyłączył. Czuję się skrzywdzony i oszukany. Miewam myśli samobójcze. Nie wiem, jak to będzie dalej. Sknociłem całe swoje życie, nie wiem, jak je naprawić. Czasami czuję w sobie straszną wściekłość, chodzę zły, na wszystkich warczę, szukam zaczepki do zadymy. Wkurzam się na siebie, na swoje życie, na chorobę. Myślę sobie: czemu akurat ja zakażyłem się? To mnie hamuje w kontaktach z innymi ludźmi. Boję się, że jak ktoś znajomy się dowie, to mnie odrzuci.

Opinie lekarzy, pielęgniarek i pracowników socjalnych na temat rutynowego testowania w celu wykrycia zakażenia HIV

Badania przeprowadzone zostały metodą bezpośrednich wywiadów kwestionariuszowych. Wykonawcą badań była firma RUN Badania Rynkowe i Społeczne na zlecenie i pod nadzorem Krajowego Biura Koordynacyjnego ds. Zapobiegania AIDS (od 2000 roku Krajowego Centrum ds. AIDS), gdzie sformułowano założenia badawcze, szczególną uwagę przywiązując do narzędzi badawczych, kryteriów doboru prób oraz kierunków analiz merytorycznych*.

Założono niezmiennosć kryteriów doboru prób badawczych we wszystkich trzech badaniach. Pierwsze badanie, wśród lekarzy, miało miejsce w 1997 roku, przed reformą administracyjną kraju. Pomimo to wszystkie próby badawcze zachowały przyjęty schemat losowania. Zostały one wylosowane z 21 województw dobranych celowo na podstawie danych o liczbie zakażeń w latach 1985-1996.

Przyjęto następujące założenia:

1. We wszystkich badanych grupach zastosowano prawie identyczne narzędzie badawcze. Niewielkie różnice wynikały w każdej z grup ze specyfiki wykonywanego zawodu. Takie rozwiązanie pozwoliło na dokonywanie porównań pomiędzy badanymi grupami.
2. Z badania wykluczono osoby pracujące w placówkach specjalizujących się w opiece nad żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS lub lepiej

* W tekście wykorzystano fragmenty analiz z książki: E. Ciastoń-Przeclawska *Lekarze, pielęgniarki i pracownicy służb socjalnych wobec wybranych zagadnień HIV i AIDS*, Krajowe Centrum ds. AIDS, Warszawa 2001

przygotowane do niej ze względu na posiadaną specjalizację.

Lekarze

Badanie zostało zrealizowane na przełomie października i listopada 1997 roku na imiennie-adresowej próbie lekarzy, N=750 osób.

Pielęgniarki

Badanie zrealizowano w pierwszej połowie lipca 1998 roku. Projekt badania zakładał wylosowanie próby N=750 osób, na terenie 21 województw (tych samych, w których przeprowadzono badanie w grupie lekarzy). Ogółem zrealizowano 753 wywiady.

Pracownicy socjalni

Badanie przeprowadzono w październiku 1999 roku. Wzięło w nim udział łącznie 752 pracowników ośrodków pomocy społecznej zatrudnionych w charakterze pracowników socjalnych w placówkach podległych Ministerstwu Pracy i Polityki Społecznej.

W niniejszym tekście przedstawione zostaną odpowiedzi badanych na następujące trzy pytania ankiety:

1. Czy w badaniach wstępnych prowadzonych przed przyjęciem do pracy w niektórych zawodach należałoby wprowadzić obowiązkowe testy w kierunku HIV?
2. Czy w badaniach okresowych w niektórych zawodach powinno się wprowadzić obowiązkowo takie testy?
3. Czy pracownicy, wykonujący wybrane zawody, którzy sami ulegli zakażeniu, powinni nadal wykonywać swój zawód?

Wszystkim respondentom przedstawiono następującą listę zawodów: nauczyciele, policjanci, pracownicy straży pożarnej, pielęgniarki, lekarze, kucharze, fryzjerzy, kosmetyczki, pracownicy socjalni, laboranci. Interesowało mnie, w jakim stopniu w świadomości badanych grup istnieje przyzwolenie na wykonywanie testów w sytuacjach rutynowych wobec osób pracujących w różnych zawodach. Uważam, że niezwykle istotne jest sprawdzenie, czy lekarze, pielęgniarki i pracownicy socjalni, bez skojarzeń odwołujących się do odmiennej orientacji seksualnej, uzależnienia od środków psychoaktywnych lub uprawiania prostytucji, są skłonni do zgody na powszechność testowania. Ważne jest też, w jakim

stopniu i wobec jakich zawodów badani dopuszczają zakaz wykonywania pracy wyłącznie z powodu zakażenia HIV.

Otrzymane wyniki wyraźnie pokazują, że zdecydowana większość badanych jest skłonna opowiedzieć się za obowiązkiem wstępnych i okresowych badań na obecność wirusa HIV oraz koniecznością odejścia z zajmowanego stanowiska przedstawicieli tych zawodów, które wymagają bezpośredniego kontaktu z tkankami lub płynami ustrojowymi człowieka (lekarze, pielęgniarki, kosmetyczki, laboranci, fryzjerzy). Wobec osób pracujących w zawodach, które związane są wprawdzie z częstymi relacjami z innymi ludźmi, ale bez kontaktu fizycznego (policjant, nauczyciel, pracownik socjalny, strażak), wymagania dotyczące badań wstępnych i okresowych zdecydowanie maleją.

W przypadku zawodów medycznych respondenci ze wszystkich grup położyli ponadprzeciętny nacisk na wymagania przeprowadzania badań wstępnych i okresowych oraz postulat zmiany stanowiska pracy w przypadku zakażenia HIV. Widoczne są jednak pewne różnice przyzwolenia między lekarzami, pielęgniarkami i pracownikami socjalnymi.

Lekarze

Blisko 70% lekarzy opowiedziało się za obowiązkowym wprowadzeniem testów na HIV w badaniach wstępnych i okresowych w takich zawodach, jak lekarz i pielęgniarka. Nieco mniejszy odsetek badanych był za wprowadzeniem takiej procedury dla kosmetyczek (62% – w badaniach wstępnych, 59,5% – w badaniach okresowych), laborantów (odpowiednio 59,2% i 60,8%) oraz fryzjerów (55,6%, 52,3%). Wysoki poziom akceptacji, chociaż najniższy w porównaniu z grupą pielęgniarek i pracowników socjalnych, uzyskał postulat dotyczący zmiany stanowiska pracy w związku z zakażeniem. 47,7% respondentów wyraziło na niego zgodę w przypadku zakażonego lekarza, 53,2% – pielęgniarki, 54,6% – kosmetyczki, 51,4% – fryzjera.

Pielęgniarki

Wśród ankietowanych pielęgniarek zaobserwowano podobne, jak w grupie lekarzy, tendencje w odniesieniu do wyboru grup zawodowych, które po-

winny zostać objęte obowiązkowym testowaniem w badaniach wstępnych i okresowych. Wyższy jest natomiast – średnio o około 10% – odsetek badanych podzielających te poglądy. Pielęgniarki są więc grupą w większym stopniu akceptującą wprowadzenie takich zasad postępowania. Również częściej zgadzają się one z postulatem odejścia z zajmowanego stanowiska. Wymaganie takie poparło 53,9% respondentek w odniesieniu do zawodu lekarza, 53,2% – pielęgniarki, 57,1% – kosmetyczki i 53,2% – fryzjera.

Pracownicy socjalni

Podobnie w tej grupie badanych nie uwidoczniły się zasadnicze różnice, dotyczące wskazywania grup zawodowych, które powinny poddawać się testom w kierunku HIV w badaniach wstępnych i okresowych. Zwiększa się jednak odsetek zgadzających się na tego typu procedury, osiągając – w odniesieniu

do zawodu lekarza i pielęgniarki – niezwykle wysokiego poziomu: około 90%. Jedyną różnicę stanowi opinia pracowników socjalnych w odniesieniu do zawodu kucharza, będąca, jak sądzę, odzwierciedleniem niskiego poziomu wiedzy o mechanizmach przenoszenia zakażeń. Brak zgody na pozostanie na zajmowanym stanowisku w związku ze stwierdzonym zakażeniem HIV osiąga w tej grupie badanych najwyższy poziom, a zawody, wobec których wymagania takie ujawniają się najsilniej, to: pielęgniarki (65,8%), lekarze (64,1%), kosmetyczki (63,7%), fryzjerzy, laboranci i kucharze (około 60%).

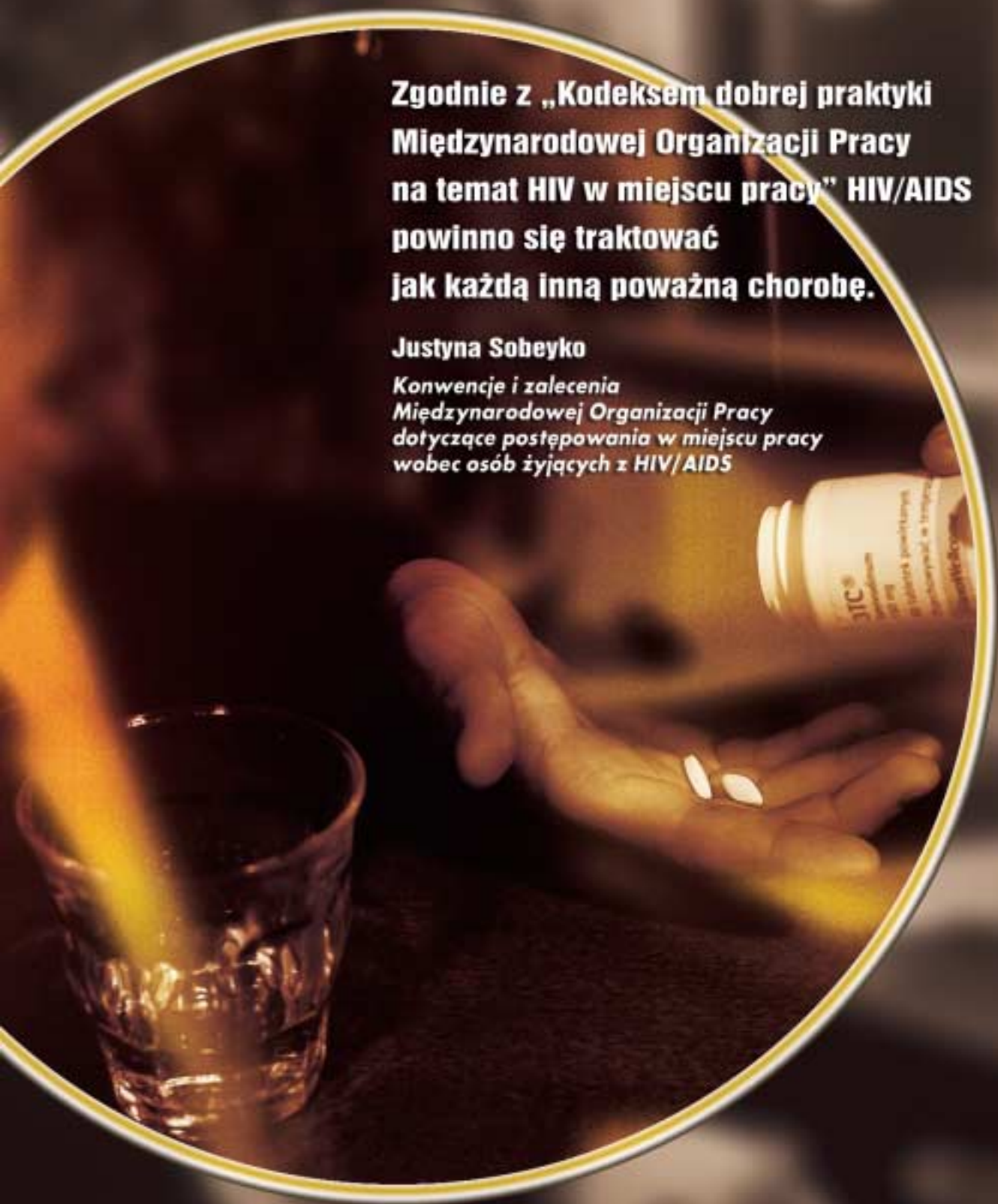
Przedstawione powyżej wyniki budzą niepokój i zdziwienie. Zdecydowana większość badanych zaprezentowała irracjonalne postawy, co jest konsekwencją braku rzetelnej i ugruntowanej wiedzy na temat HIV i AIDS oraz – prawdopodobnie – odzwierciedla obiegowe, silnie zakorzenione schematy myślenia o zakażeniach HIV.

część II

**Zgodnie z „Kodeksem dobrej praktyki
Międzynarodowej Organizacji Pracy
na temat HIV w miejscu pracy” HIV/AIDS
powinno się traktować
jak każdą inną poważną chorobę.**

Justyna Sobeyko

*Konwencje i zalecenia
Międzynarodowej Organizacji Pracy
dotyczące postępowania w miejscu pracy
wobec osób żyjących z HIV/AIDS*



Konwencje i zalecenia Międzynarodowej Organizacji Pracy dotyczące postępowania w miejscu pracy wobec osób żyjących z HIV/AIDS

Międzynarodowa Organizacja Pracy (MOP) docenia wagę problemu postępowania w miejscu pracy wobec osób zakażonych HIV, dlatego od lat prowadzi aktywną politykę, zmierzającą do rozwiązania tego zagadnienia. MOP stara się zaangażować w tę politykę cały szereg podmiotów, rozumiejąc, że bez ścisłej współpracy między pracodawcami, pracownikami i ich organizacjami, a także władzami lokalnymi i centralnymi, walka z uprzedzeniami i dyskryminacją osób żyjących z HIV/AIDS nie będzie skuteczna.

Wprawdzie żadna z licznych konwencji czy rekomendacji MOP nie odnosi się bezpośrednio do kwestii postępowania w zakładzie pracy wobec osób żyjących z HIV/AIDS, wiele z nich ma jednak charakter na tyle uniwersalny, że dzięki wykładni mogą znaleźć również zastosowanie do problemów osób z HIV/AIDS. Te regulacje dotyczą nie tylko ludzi żyjących z HIV/AIDS, lecz także osób, które same nie są zakażone, a mają osoby seropoztywne w swojej rodzinie lub wśród przyjaciół. Wspomniane regulacje w szczególności dotyczą prawa do zdrowego, przyjaznego środowiska pracy, wykonywania pracy w szczególnie trudnych warunkach, pracy osób niepełnosprawnych, do których wykładnia Międzynarodowej Organizacji Pracy zalicza także ludzi żyjących z HIV. Istnieją również dokumenty, odnoszące się w całości do problematyki HIV w miejscu pracy, choć nie mają mocy wiążącej – takie jak wydany w 2001 r. **Kodeks dobrej praktyki Międzynarodowej Organizacji Pracy na temat HIV w miejscu pracy** (*An ILO code of practice on HIV/AIDS and the world of work*) – zawierają modelowe podejście do problemu HIV w środowisku pracy.

Deklaracja podstawowych zasad i praw w pracy (Declaration on Fundamental Principles and Rights at Work), uchwalona przez Międzynarodową Organizację Pracy w 1998 roku, kładzie nacisk na problemy osób o szczególnych potrzebach i proklamuje zasady, które zasługują na poszanowanie i realizację bez względu na to, czy dana konwencja jest przez państwo-stronę ratyfikowana, czy też nie. Zasada niedyskryminacji w zatrudnieniu to jedna z fundamentalnych zasad, a polityka Międzynarodowej Organizacji Pracy wobec HIV/AIDS opiera się na tej właśnie zasadzie.

Konwencja nr 111, dotycząca dyskryminacji w zakresie zatrudnienia i wykonywania zawodu (*Discrimination <Employment and Occupation> Convention*) z roku 1958, ratyfikowana przez Polskę w maju 1961 roku¹, zawiera w art. 1 pkt 1a definicję dyskryminacji, zamieszczając wyliczenie przyczyn, stanowiących podstawę dyskryminacji. Mimo iż wyliczenie to jest wyczerpujące, konwencja w punkcie 1b postanawia, że dyskryminacją są również wszelkie inne rozróżnienia, wyłączenia lub uprzywilejowania, powodujące zniweczenie albo naruszenie równości szans bądź traktowania w zakresie zatrudnienia lub wykonywania zawodu, które będzie mogło być wyodrębnione przez zainteresowanego członka (państwo-stronę) po zasięgnięciu opinii reprezentatywnych organizacji pracodawców i pracowników (o ile takie istnieją) oraz innych właściwych organizacji.

Komisja Ekspertów ds. Stosowania Konwencji i Rekomendacji opracowała protokół dodatkowy do konwencji nr 111, w którym „niepełnosprawność traktuje się jako jedną z przyczyn niedopuszczalnej dyskryminacji. Wykładnia MOP zalicza HIV i AIDS do kategorii „niepełnosprawność”.

Konwencja nr 111 nie tylko zabrania dyskryminacji, ale również zaleca podejmowanie specjalnych środków, mających na celu ochronę lub pomoc dla poszczególnych osób, wymagających specjalnego traktowania. Artykuł 5 pkt 2 stanowi, że każde państwo-strona może, po porozumieniu się z reprezentatywnymi organizacjami pracodawców i pracowników, tam gdzie takie organizacje istnieją, określić jako nie stanowiące dyskryminacji wszelkie inne specjalne środki, mające na celu uwzględnienie specyficznych potrzeb osób, wobec których specjalna ochrona lub opieka jest powszechnie uznana za potrzebną z takich względów, jak: płeć, wiek, inwalidztwo (niepełnosprawność), obciążenia rodzinne albo poziom społeczny lub kulturalny. Powszechna wykładnia MOP dotycząca inwalidztwa zalicza do niego na

gruncie stosunków pracy również osoby żyjące z HIV. Pozwala im to skorzystać z ochrony prawnej przyznanej przez konwencję. Rekomendacja nr 111, która towarzyszy tej konwencji, zaleca założenie stosownych komitetów doradczych i agencji, złożonych z przedstawicieli organizacji pracowników i pracodawców, które miałyby na celu promowanie zasady niedyskryminacji w zatrudnieniu oraz prowadzenie kampanii edukacyjnych i informacyjnych.

Konwencja nr 158 z 1982 roku, dotycząca rozwiązania stosunku pracy z inicjatywy pracodawcy (*Termination of Employment Convention*), nie ratyfikowana przez Polskę, precyzuje międzynarodowe stanowisko, określające możliwości zwolnienia pracownika. Zgodnie z artykułem 4 tej konwencji zwolnienie może mieć miejsce tylko wówczas, kiedy istnieje ważna przyczyna związana z umiejętnościami lub zachowaniem się pracownika albo też z organizacyjnymi potrzebami pracodawcy. Artykuł 5 konwencji określa przykładowo przyczyny, które nie mogą zostać uznane za miarodajne i ważne dla rozwiązania stosunku pracy. Konwencja stanowi również w art. 6, że czasowa nieobecność w pracy z powodu choroby lub wypadku nie będzie stanowić ważnej przyczyny rozwiązania stosunku pracy. Przepisy te znajdują zastosowanie wobec pracowników żyjących z HIV oraz w przypadku ich czasowej nieobecności w pracy z powodu choroby. Konwencja przyznaje również zwolnionemu pracownikowi prawo do obrony przed postawionymi mu zarzutami, stanowiąc w art. 7, że stosunek pracy nie zostanie rozwiązany, dopóki nie umożliwi się pracownikowi obrony.

Konwencja nr 159, również nie ratyfikowana przez Polskę, dotyczy rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia osób niepełnosprawnych (*Vocational Rehabilitation and Employment <Disabled Persons> Convention*), wyraźnie zakazuje dyskryminowania z powodu niepełnosprawności pracownika oraz konstruuje definicję niepełnosprawności, zgodnie z którą osobą niepełnosprawną jest osoba, której możliwości uzyskania i utrzymania odpowiedniego zatrudnienia oraz awansu zawodowego są znacznie ograniczone w wyniku właściwie orzeczonego ubytku zdolności fizycznych lub umysłowych. Definicja ta jest więc na tyle szeroka, że obejmuje również osoby żyjące z HIV, ważne jest jednak, żeby ich zakażenie zostało stwierdzone przez właściwy podmiot. Konwencja określa wytyczne dla polityki krajowej państw człon-

¹ Dz. U. 61.42.218.

kowskich w zakresie rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Polityka ta ma popierać możliwość zatrudnienia osób niepełnosprawnych na wolnym rynku pracy (art. 3) i ma być oparta na zasadzie równości szans pracowników niepełnosprawnych i pozostałych. Konwencja nakazuje również przestrzeganie zasady równości szans między niepełnosprawnymi pracownikami różnych płci. Podkreśla natomiast, że pewne środki szczególne, które zmierzają do zagwarantowania rzeczywistej równości szans i równego traktowania pracowników niepełnosprawnych i innych (takie jak np. zakwaterowanie pracownika w miejscu pracy, by umożliwić mu stawiennictwo w pracy), nie będą uważane za dyskryminujące pracowników niepełnosprawnych. Konwencja zobowiązuje również państwa-strony do organizowania poradnictwa i kształcenia zawodowego oraz innych procedur, pozwalających osobom niepełnosprawnym na uzyskanie i utrzymanie zatrudnienia oraz awansu zawodowego. Towarzysząca tej konwencji rekomendacja nr 168, dotycząca rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia osób niepełnosprawnych podkreśla, że celem rehabilitacji zawodowej jest umożliwienie niepełnosprawnym uzyskania i utrzymania odpowiedniego zatrudnienia oraz awansu zawodowego, aby w ten sposób ułatwić im włączenie się lub powrót do społeczeństwa (pkt 2).

Problem ochrony osób z HIV może być również podjęty w rokowaniach, dotyczących porozumień zbiorowych prawa pracy. Konwencja nr 98 (*Right to Organise and Collective Bargaining Convention*) z 1949 roku, ratyfikowana przez Polskę w 1958 roku pod nazwą: *Konwencja dotycząca zasad prawa organizowania się i rokowań zbiorowych oraz konwencja nr 154 (Promotion of Collective Bargaining Convention)* z 1981 roku nakazują państwom-stronom zachęcać do prowadzenia na równych zasadach rokowań zbiorowych, które w wyniku powinny prowadzić do podpisania wiążących porozumień zbiorowych.

Szereg międzynarodowych standardów dotyczy bezpieczeństwa i zdrowia w środowisku pracy. Konwencja nr 155 z 1981 roku (*The Occupational Safety and Health Convention*) wskazuje podstawowe wymagania, takie jak: nakaz noszenia ubrań i sprzętu ochronnego na koszt pracodawcy, prawo pracownika do przeniesienia do mniej niebezpiecznej pracy oraz prawo do opuszczenia stanowiska pracy w razie bezpośrednio grożącego niebezpieczeństwa, mające na celu ochronę zatrudnionych również przed zakażeniem HIV. Konwencja nr 161 z 1985 roku

(*Occupational Health Services Convention*), dotycząca pracowniczych służb zdrowia, nakłada na państwa-strony obowiązek stopniowego tworzenia dla wszystkich zatrudnionych pracowniczych służb zdrowia, odpowiedzialnych m.in. za doradzanie pracodawcy, pracownikom i ich przedstawicielom, jak stworzyć i utrzymać bezpieczne i zdrowe środowisko pracy w przedsiębiorstwie, sprzyjające optymalnemu zdrowiu fizycznemu i psychicznemu w związku z pracą, a także jak przystosować zadania do możliwości pracowników, biorąc pod uwagę stan ich zdrowia fizycznego i psychicznego. Towarzysząca tej konwencji rekomendacja nr 171 nakazuje podjęcie środków dla ochrony życia prywatnego pracowników oraz zapewnienie, by nadzór nad ich zdrowiem nie był wykorzystywany dla celów dyskryminacyjnych lub w sposób szkodliwy dla ich interesów. Rekomendacja zawiera również szczegółowe wymagania dotyczące gromadzenia i przechowywania danych na temat zdrowia pracowników oraz dostępu osób trzecich do tych danych.

Wiele dokumentów MOP zaadresowanych jest do tych grup zawodowych, które ze względu na specyficzny charakter swojej pracy narażone są na zakażenie wirusem HIV. Rekomendacja nr 157 z 1977 roku, dotycząca zatrudnienia oraz warunków pracy i życia personelu pielęgniarskiego (*The Nursing Personnel Recommendation*), nakazuje podjęcie niezbędnych działań w celu kontroli, redukcji lub wyeliminowania zagrożeń dla zdrowia i bezpieczeństwa personelu pielęgniarskiego². Rekomendacja ta nakazuje również poddawać personel pielęgniarski badaniom lekarskim przy przyjmowaniu do pracy i po jej zakończeniu oraz regularnym badaniom w okresie trwania zatrudnienia. Należy jednak skrupulatnie przestrzegać wymogu poufności tych badań, zaleca się również, by nie były one wykonywane przez lekarzy, z którymi współpracują badane osoby. Rekomendacja zaleca również, by w celu zmniejszenia ryzyka dla zdrowia podejmować takie środki, jak np. dostarczanie i stosowanie odzieży i akcesoriów ochronnych, skrócony czas pracy, czasowe przesunięcie do innej pracy w razie przemijającego zagrożenia. Zawodowe zakażenie HIV stanowić może również szczególny rodzaj wypadku przy pracy, do czego odnosi się konwencja nr 121 z 1964 roku (*Employment Injury Benefits Convention*) oraz towarzysząca jej rekomendacja nr 121.

² R. IX pkt 46.2

Konwencję nr 175, dotyczącą pracy w niepełnym wymiarze czasu, oraz towarzyszącą jej rekomendację nr 182 można zastosować także wobec osób żyjących z HIV. Artykuł 4 konwencji nakazuje podjęcie działań zapewniających pracownikom zatrudnionym w niepełnym wymiarze czasu korzystanie z takiej samej ochrony, jaka jest zapewniona pracownikom zatrudnionym w pełnym wymiarze czasu, co m.in. odnosi się do zakazu dyskryminacji w zatrudnieniu i wykonywaniu zawodu oraz bezpieczeństwie i higienie pracy.

Od Międzynarodowej Organizacji Pracy i Organizacji Narodów Zjednoczonych pochodzą również akty nie mające wiążącej mocy, w szczególności uwzględniające problem HIV/AIDS w miejscu pracy. W 1988 roku Międzynarodowa Organizacja Pracy i Światowa Organizacja Zdrowia podpisały porozumienie w sprawie HIV w miejscu pracy, określając wytyczne dotyczące osób, starających się o pracę, a także osób już zatrudnionych. Osoby starające się o pracę nie powinny być obligowane do badania na okoliczność zakażenia HIV, zarówno poprzez bezpośrednie wykonywanie testów, jak i pośrednio przez pytania o zachowania ryzykowne. Sformułowano 5 punktów, dotyczących osób już zatrudnionych, zawarto w nich zakaz testowania na obecność wirusa HIV, obowiązek zachowania w tajemnicy wszystkich danych medycznych, zakaz dyskryminacji, dostęp do usług i różnych świadczeń, racjonalne, rozsądne zmiany w porozumieniach zbiorowych w pracy oraz zakaz zwalniania pracownika z powodu zakażenia wirusem HIV. W 1996 roku państwa członkowskie Międzynarodowej Organizacji Pracy przyjęły *Kodeks praktyki ochrony prywatności pracowników*, który zabrania gromadzenia medycznych danych osób zatrudnionych, za wyjątkiem przypadków przewidzianych w ustawie.

Przykładem dobrej działalności MOP jest, wspomniany na wstępie, przyjęty w 2001 r. **Kodeks dobrej praktyki Międzynarodowej Organizacji Pracy na temat HIV w miejscu pracy** (*An ILO code of practice on HIV/AIDS and the world of work*). Kodeks nie ma mocy konwencji, nie jest więc umową międzynarodową, której ratyfikacja przez państwo spowodowałaby wprowadzenie jej postanowień do państwowego porządku prawnego. Kodeks zaleca modelowe podejście do problemu HIV/AIDS w miejscu pracy, zawiera kluczowe zasady, którymi należy się kierować rozpatrując ten problem. Między innymi podkreśla się, że HIV/AIDS powinno się traktować jak każdą inną poważną chorobę (punkt 9). Zabrania się dyskryminacji pracowników, wynikającej z faktu za-

każenia HIV. Kodeks zwraca w tym kontekście również uwagę na zagadnienie równouprawnienia płci, ze względu na większą podatność kobiet na zakażenie, a także nawiązuje do wspomnianej wyżej konwencji, dotyczącej bezpieczeństwa i zdrowia w środowisku pracy z 1981 r. (nr 155), podkreślając znaczenie zdrowego i bezpiecznego środowiska pracy. Aby skutecznie prowadzić politykę zatrudnienia osób z HIV/AIDS, niezbędna jest współpraca i wzajemne zaufanie między pracodawcami, pracownikami, ich przedstawicielstwami oraz rządem, a także zaangażowanie się w jej realizację pracowników zakażonych HIV oraz dotkniętych HIV/AIDS.

Kodeks porusza bardzo drażliwą kwestię dotyczącą testowania pracowników na obecność HIV (punkt 8) i wyraźnie uznaje, że przeprowadzenie takich testów nie powinno być od kandydatów na pracowników wymagane jako warunek przyjęcia do pracy. Testów na obecność HIV nie powinno się również wymagać dla potrzeb ubezpieczenia zdrowotnego pracownika. Nie wolno ponadto wymagać od kandydatów na pracowników ujawniania danych związanych z ich statusem HIV. Również współpracownicy osoby zakażonej obowiązani są do zachowania takich informacji w tajemnicy. Dostęp do danych związanych ze statusem serologicznym pracowników odbywać się może jedynie na zasadach określonych w kodeksie praktyki MOP dotyczącym ochrony pracowników danych osobowych z 1996 roku.

Zakażenie HIV nie może także stanowić przyczyny rozwiązania stosunku pracy. Osoby żyjące z HIV powinny mieć możliwość prowadzenia aktywnego życia zawodowego tak długo, jak tylko są do tego zdolne z medycznego punktu widzenia. Kodeks podkreśla, że AIDS jest chorobą, której można uniknąć przez prewencję oraz zaleca stosowanie profilaktyki w miejscu pracy. Istotna jest zwłaszcza działalność edukacyjna, która ma na celu nie tylko ochronę pracowników przed zakażeniem (punkt 6), ale powinna również zmierzać do eliminowania przesądów i uprzedzeń dotyczących HIV, jak również przełamywać strach, wynikający z braku wiedzy o faktycznych możliwościach zakażenia się wirusem HIV.

Kodeks dostrzega konieczność współpracy między różnymi podmiotami w zakresie postępowania w miejscu pracy wobec osób z HIV/AIDS, stawiając przed rządem oraz jego agendami, pracodawcami i organizacjami pracodawców, a także pracownikami i ich organizacjami liczne zadania (punkt 5). Tylko dzięki efektywnej współpracy wszystkich podmio-

tów możliwe jest prowadzenie skutecznej polityki HIV/AIDS w miejscu pracy.

Informowanie i edukacja są najlepszymi sposobami prewencji HIV, jako że dzięki nim można pokazać pracownikom, jak skutecznie zabezpieczyć się przed zakażeniem HIV (punkt 6). Działalność edukacyjna może również zwalczyć strach przed HIV, a także spowodować zmiany w nastawieniu ludzi do problemu HIV/AIDS i osób zakażonych. Programy edukacyjne powinny być dostosowane do wieku, płci, orientacji seksualnej, charakteru pracy i stopnia zagrożenia zakażeniem w miejscu pracy. Najlepsze efekty, według kodeksu, dają programy edukacyjne prowadzone przez przeszkolonych członków zespołów pracowniczych.

Kodeks dobrej praktyki zaleca organizowanie szkoleń dla poszczególnych grup osób: personelu kierowniczego, przedstawicieli pracowników, pracowników służby zdrowia, inspektorów pracy oraz dla pracowników, którzy mają kontakt z ludzką krwią (punkt 7). Szkolenia powinny uczyć, jak radzić sobie z uprzedzeniami związanymi np. z odmienną orientacją seksualną. Członkowie personelu kierowniczego powinni uczestniczyć w szkoleniach, dzięki którym byłoby w stanie wyjaśnić pozostałym pracownikom politykę zakładu pracy w dziedzinie HIV/AIDS, rozwiązać wiele wątpliwości dotyczących możliwości zakażenia w miejscu pracy. Członkowie personelu medycznego w zakładzie pracy powinni przejść szkolenie, dzięki

któremu zyskaliby wystarczającą wiedzę na temat metod prewencji HIV, którą mogliby później rozpowszechniać wśród pracowników.

Pracownicy zakażeni wirusem HIV, którzy ujawnili swój status serologiczny, powinni móc liczyć na wsparcie i zrozumienie w pracy. Pracodawca powinien zorganizować poradnictwo oraz inne formy społecznego wsparcia dla pracowników żyjących z HIV. Jeśli w miejscu pracy zorganizowano opiekę medyczną, to pracownicy powinni mieć zapewnione odpowiednie leczenie na miejscu, a jeśli takiej opieki nie ma, to pracownicy powinni zostać poinformowani o innej poradni medycznej, do której mogą się zgłosić.

Wyżej wymienione konwencje i zalecenia, poddane wykładni adaptacyjnej, rozszerzającej ich zastosowania, w sposób wyczerpujący regulują postępowanie wobec osób zakażonych w miejscu pracy. Dlatego konstruowanie nowej konwencji, odnoszącej się wyłącznie do tej tematyki, nie wydaje się niezbędne. Natomiast fakt, że niemal żadna z wyżej wymienionych konwencji nie została przez Polskę ratyfikowana, jest wysoce niepokojący, jako że dzięki ratyfikacji umowa międzynarodowa zostaje włączona do wewnętrznego porządku prawnego i zyskuje moc powszechnie obowiązującą. Ratyfikacja tych konwencji jest z pewnością celowa, zwłaszcza ze względu na ich uniwersalny charakter oraz możliwość zastosowania wobec wielu problemów pojawiających się w miejscach pracy.

Prawa osób żyjących z HIV i chorych na AIDS w miejscu pracy w świetle regulacji prawnych Unii Europejskiej

I. Wprowadzenie

W wyniku traktatu rzymskiego¹ podpisanego w roku 1957 powstała Europejska Wspólnota Gospodarcza. W roku 1986 *Jednolitym aktem europejskim*² wzmocniono podstawę prawną regulacji odnoszących się do ochrony zdrowia oraz spójności polityki ekonomicznej i społecznej. Podpisana w 1989 roku przez 11 państw *Europejska karta praw społecznych* wyznaczyła zasadnicze cele, do których państwa członkowskie powinny dążyć i zainspirowała powstanie wielu programów socjalnych, w tym programu dotyczącego problemu niepełnosprawności.

Traktat o ustanowieniu Unii Europejskiej podpisany w Maastricht 7 lutego 1992 roku³ uwzględnił *Europejską kartę społeczną*, przyjętą przez wszystkie państwa członkowskie, za wyjątkiem Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii. Uprawnienia przyznane organizacjom pozarządowym spowodowały powstanie znacznej presji na instytucje Wspólnoty Europejskiej (WE) w kierunku wprowadzenia zasady niedyskryminacji. Organizacje osób nie-

¹ 25 marca 1957 roku podpisano w Rzymie traktat, ustanawiający Europejską Wspólnotę Gospodarczą, który wszedł w życie 1 stycznia 1958 roku.

² 1 lipca 1987 roku wszedł w życie *Jednolity akt europejski* w sprawie tworzenia i rozwijania wspólnych polityk oraz wprowadzenia jednolitego rynku w terminie do 31 grudnia 1992.

³ 1 listopada 1993 roku wszedł w życie traktat o Unii Europejskiej podpisany w Maastricht, ustanawiający Unię opartą na Wspólnotach Europejskich i uzupełnioną o nowe polityki: monetarną, wspólną politykę zagraniczną i bezpieczeństwa, współpracę w zakresie bezpieczeństwa wewnętrznego i wymiaru sprawiedliwości.

pełnosprawnych, a szczególnie Europejska Międzynarodowa Organizacja Osób Niepełnosprawnych, wywierały nacisk na przyjęcie przez Unię Europejską i Organizację Narodów Zjednoczonych standardów wyrównywania szans. Standardy przyjęto w 1993 roku, a formalnie potwierdzono przez Radę UE w rezolucji w sprawie równości szans osób niepełnosprawnych (20 grudnia 1996 roku).

Dalsze starania lobby organizacji pozarządowych, w tym organizacji zrzeszających osoby niepełnosprawne, zaowocowały w artykule 13 traktatu z Amsterdamu przyjęciem zobowiązania do prowadzenia odpowiednich działań ukierunkowanych na zwalczanie dyskryminacji ze względu na płeć, pochodzenie etniczne i rasę, niepełnosprawność, religię i wierzenia oraz wiek i orientację seksualną. Umożliwia to UE udzielanie pomocy krajowym i lokalnym agendum, działającym na rzecz integracji i wyrównywania szans osób niepełnosprawnych. Na podstawie artykułu 13 Rada Europejska przyjęła 27 listopada 2000 roku dyrektywę, ustawiającą generalne zasady równego traktowania przy zatrudnieniu i uzyskiwaniu kwalifikacji oraz program działania na lata 2001-2006, dotyczący zwalczania dyskryminacji.

W celu wypełnienia swych zobowiązań wobec obywateli Wspólnoty, Komisja Europejska ogłosiła 12 maja 2000 roku komunikat pt. *W kierunku Europy wolnej od barier dla osób niepełnosprawnych*, zobowiązując się do opracowania i wspierania kompleksowej, zintegrowanej strategii przezwycięzania wszystkich barier, które utrudniają osobom niepełnosprawnym dostęp do społecznego i ekonomicznego rozwoju. Komisja zaproponowała również ogłoszenie roku 2003 Europejskim Rokiem Osób Niepełnosprawnych.

2. Prawa człowieka a ochrona zdrowia publicznego

Państwa Wspólnoty przyjęły zasadę⁴, że narodo-
wa suwerenność nie upoważnia poszczególnych rzą-
dów i przywódców państw do złego traktowania
swych obywateli. W dziedzinie praw człowieka sko-
dyfikowano zasady i normy postępowania, od
których nie ma odstępstwa. Tak więc każdy może

być pociągnięty do odpowiedzialności za pogwałce-
nie nienaruszalnych standardów zwyczajowego pra-
wa międzynarodowego, jeżeli popełnia, zachęca do
bądź osłania: ludobójstwo, niewolnictwo lub handel
niewolnikami, morderstwo albo spowodowanie zni-
kania ludzi, tortury lub inne okrutne, niehumanitarne i de-
graduujące traktowanie czy karanie, jak również
przedłużone, arbitralne zatrzymywanie oraz syste-
matyczną dyskryminację rasową.

Dotyczy to także innych przypadków pogwałcenia
prawa zwyczajowego, jeżeli narusza się je często
i zgodnie z polityką danego państwa. Tak więc pań-
stwo narusza prawo międzynarodowe, jeżeli popeł-
nia, zachęca do lub osłania długotrwały ciąg poważ-
nych przekroczeń uznanych powszechnie praw czło-
wieka. Przekroczenia nie definiowane jako poważne,
mogą być uznane za takie, jeżeli stanowią część długo-
trwałej sekwencji, np.: ciągłe nękanie, zakłócanie pry-
watności miejsca zamieszkania, odmowa prawa po-
wrotu do własnego kraju, masowe wynaradawianie,
negowanie wolności przekonań i wierzeń religijnych
oraz dyskryminacja ze względu na rasę czy wyznanie.

Międzynarodowe konwencje dotyczące praw
człowieka, jakkolwiek prawnie wiążące, nie mają
mocy sprawczej. Oznacza to, że każde państwo mu-
si uchwalić własne przepisy. Główne konwencje czę-
sto wymagają ustanowienia komisji, prowadzących
monitoring przestrzegania postanowień.

Ochrona zdrowia publicznego, w ramach której
stosowano środki przymusu, była często uznawana
za uzasadniony powód ograniczania praw człowieka.
Pojawienie się HIV/AIDS zostało szybko skojarzone
z pewnymi grupami populacji (homoseksualiści, oso-
by świadczące usługi seksualne, uchodźcy i pracow-
nicy migrujący), które w większości przypadków już
wcześniej izolowano społecznie. Wymienione grupy
stawały się łatwym obiektem poczynań restrykcyj-
nych, wynikających ze strachu i poczucia odmiennos-
ci. Przyspieszyło to mobilizację obrońców praw
człowieka, którzy kwestionowali skuteczność tego
rodzaju środków i dążyli do znalezienia alternatyw-
nych sposobów zapobiegania epidemii HIV. Dopro-
wadziło to do konfrontacji między działaczami na
rzecz ochrony zdrowia publicznego a obrońcami
praw człowieka.

W końcu lat osiemdziesiątych Światowa Organi-
zacja Zdrowia rozpoczęła promocję polityki respek-

⁴ Na podstawie opracowania: Hnin H. Pyne, *International law and the rights of people living with HIV/AIDS*.

towania praw człowieka jako integralnego składnika prewencji HIV. Zaczęto rozpowszechniać pogląd, że dyskryminacja osób żyjących z HIV/AIDS i przypisywanie winy pewnym grupom populacji jako nośnikom wirusa powoduje ukrywanie zakażenia oraz hamuje działania profilaktyczne i zmniejszające zasięg epidemii. Stygmatyzacja i dyskryminacja zniechęca potrzebujących pomocy do jej szukania w placówkach służby zdrowia i opieki społecznej. Środki przymusu wzmacniają opór przed przyjmowaniem pomocy, utrudniając dotarcie do osób potrzebujących tej pomocy i niwecząc działania edukacyjne.

Nieprzestrzeganie praw osób żyjących z HIV/AIDS polega m.in. na wykonywaniu przymusowych badań i nieprzestrzeganiu tajemnicy lekarskiej, dyskryminacji w miejscu pracy i nauki, dyskryminacji w miejscu zamieszkania i dyskryminacji w placówkach opieki zdrowotnej. Cytowane przez Hnin H. Pyne, przeprowadzone w latach 1993-1994, badania w sprawie przestrzegania praw osób żyjących z HIV/AIDS wykazały, że w 5 krajach istniały przepisy zabraniające osobom zakażonym zawierania związków małżeńskich, a 3 kraje (4% respondentów) zgłosiło stosowanie tej zasady⁵. Około 12% krajów wprowadziło prawny zakaz komercyjnego świadczenia usług seksualnych przez osoby zakażone. W 8 krajach (9% respondentów) osoby żyjące z HIV/AIDS były zatrzymywane w specjalnych ośrodkach, a w 11 krajach istniały przepisy nakazujące przymusowe odosobnienie lub kwarantannę osób seropozytywnych. Przepisy ograniczające swobodę przemieszczania się stosowały: Azerbejdżan, Algieria, Kirgizja, Turkmenia oraz Malezja. W Wenezueli i Mali stosowano restrykcje pomimo braku odpowiedniej legislacji.

Wymienione sytuacje można zakwalifikować jako naruszanie prawa do prywatności, prawa do wolności osobistej i bezpieczeństwa, prawa do zawierania małżeństwa i zakładania rodziny, swobody przemieszczania się oraz łamanie zasady niedyskryminacji. Stosownie do art. 12 *Powszechnej deklaracji praw człowieka* oraz art. 17 *Międzynarodowego paktu praw politycznych i obywatelskich* nie można arbitralnie i bezprawnie zakłócać prywatności miejsca zamieszkania lub tajemnicy korespondencji, jak również dokonywać bezprawnych naruszeń godności osobistej. Ochrona zdrowia publicznego może być powodem ingerencji w prawo do prywatności tylko wówczas, gdy ograniczenia są nakładane zgodnie z prawem, służą interesowi społecznemu, są wprowadzane przy braku innych stosownych i mniej dokuczli-

wych środków oraz nie są narzucane w sposób arbitralny i dyskryminacyjny. Według ŚOZ, środki restrykcyjne w rodzaju przymusowych badań nie spełniają ww. warunków, a nawet mogą utrudniać profilaktykę HIV i ograniczanie szerzenia się epidemii.

3. Regulacje prawne Unii Europejskiej

1. *Rezolucja Rady Unii Europejskiej w sprawie równości szans osób niepełnosprawnych* przyjęta 20 grudnia 1996 roku.⁶

Osoby niepełnosprawne stykają się z licznymi trudnościami, które utrudniają im osiągnięcie pełnej niezależności i integracji ekonomiczno-społecznej. Ogólnym celem wyrównywania szans jest spowodowanie, aby każda osoba, w tym niepełnosprawna, mogła korzystać z tych samych praw i obowiązków. Komisja Europejska⁷ poparła podstawowe zasady ONZ w zakresie wyrównywania szans niepełnosprawnych, przyjęte na Zgromadzeniu Ogólnym Organizacji Narodów Zjednoczonych w dniu 20 grudnia 1993 r. Zasada równości szans dla wszystkich stanowi podstawową wartość wspólną dla państw członkowskich, a to oznacza konieczność eliminowania dyskryminacji wobec niepełnosprawnych i poprawę jakości ich życia. Karta Wspólnoty⁸, dotycząca podstawowych praw społecznych pracowników, proklamuje m.in., że wszystkie osoby niepełnosprawne, niezależnie od pochodzenia i rodzaju upośledzenia, muszą mieć prawo do dodatkowych, konkretnych środków, których celem jest poprawa stopnia integracji społecznej i zawodowej. Zgodnie

⁵ W Kolumbii, Mołdawii i St. Lucia prawo to nie jest wykonywane, w Panamie i w Peru istnieje prawny zakaz takich małżeństw, który jest egzekwowany; w Omanie mimo braku legislacji stosowana jest praktyka zabraniająca zawierania związków małżeńskich osobom zakażonym.

⁶ *Resolution of the Council and of the Representatives of the Governments of the Member States Meeting within the Council of 20 December 1996 on equality of opportunity for people with disabilities* (O J 97/C 12/01)

⁷ *Europejska polityka społeczna – przyszłość Unii*, Biała Księga przyjęta 27 lipca 1994 r.

⁸ Przyjęta na zgromadzeniu Rady Europejskiej w Strasburgu 9 grudnia 1989 r.

z możliwościami środki te muszą dotyczyć w szczególności szkolenia zawodowego, warunków pracy, dostępu do rynku pracy, mobilności, środków transportu i zamieszkania. Ponieważ odpowiedzialność w tym zakresie spoczywa na państwach członkowskich, Wspólnota Europejska zachęca do współpracy, a także sprzyja wymianie doświadczeń i wdrażaniu najlepszych wzorców postępowania we Wspólnocie oraz w ramach polityki i działalności samych instytucji i organów Wspólnoty.

Rezolucja w szczególności wzywa państwa członkowskie do uwzględnienia w odpowiednich krajowych politykach następujących kierunków: umożliwienia osobom niepełnosprawnym pełnego uczestnictwa w życiu społeczeństwa, przy jednoczesnym zabezpieczeniu potrzeb i interesów ich rodzin i opiekunów, włączenia zagadnienia niepełnosprawności do wszystkich dziedzin polityki, usuwania barier uniemożliwiających osobom niepełnosprawnym pełną partycypację w aktywności społecznej, oddziaływania na opinię społeczną poprzez ukazywanie umiejętności osób niepełnosprawnych i strategię oparte na wyrównywaniu szans oraz promocję zaangażowania przedstawicieli osób niepełnosprawnych w implementację i monitorowanie działań korzystnych dla osób niepełnosprawnych.

2. Komunikat Komisji Europejskiej *W kierunku Europy wolnej od barier dla osób niepełnosprawnych*

Osoby niepełnosprawne z uwagi na poważne bariery, utrudniające dostęp do wszystkich możliwości ekonomicznego i społecznego rozwoju, stanowią jedną z najbardziej pokrzywdzonych grup społecznych. Przyjęte przez Unię Europejską podejście do zagadnienia niepełnosprawności zakłada, że istniejące bariery środowiskowe są większą przeszkodą w integracji społecznej niż ograniczenia funkcjonalne. Usuwanie tych barier, między innymi przez odpowiednią legislację, jest kluczowym elementem wyrównywania szans. Podczas gdy odpowiedzialność za rozwiązywanie problemów spoczywa głównie na państwach członkowskich, obecny zakres kompetencji Wspólnoty Europejskiej pozwala – poprzez koordynację działań – na osiągnięcie lepszych możliwości wyrównywania szans dla osób niepełnosprawnych.

Włączenie do *Traktatu amsterdamskiego* postanowienia o zakazie dyskryminacji, obejmującego zaganienienie niepełnosprawności, zapewniło podstawę dokonania zasadniczego postępu w kierunku zapew-

nienia równych praw dla osób niepełnosprawnych. Działając na podstawie art. 13 *Traktatu o ustanowieniu Wspólnoty Europejskiej*, Komisja Europejska ogłosiła w dniu 26 listopada 1999 roku propozycję dyrektywy zabraniającej dyskryminacji osób niepełnosprawnych przy zatrudnieniu i uzyskiwaniu kwalifikacji.

Uzupełniając powyższe inicjatywy, Komisja w swym komunikacie dokonuje rewizji dziedzin polityki kluczowych dla osób niepełnosprawnych. Podczas gdy działania w tym zakresie mają miejsce w całości kształcie polityki Wspólnoty, dokument koncentruje się na najważniejszych kierunkach aktywności zmierzającej do „Europy bez barier” dla osób niepełnosprawnych. Szczególna uwaga poświęcona jest więc osiągnięciu lepszej synchronizacji w kwestii zatrudnienia, kształcenia i szkolenia zawodowego, komunikacji, regulacji wspólnego rynku, rozwoju społeczeństwa informacyjnego i nowych technologii oraz ochrony konsumenta.

W celu osiągnięcia równości szans – poza opracowaniem i wspieraniem kompleksowej, zintegrowanej strategii przezwycięzania wszystkich barier, które utrudniają osobom niepełnosprawnym możliwości rozwoju – działania muszą obejmować zwalczanie postaw społecznych negatywnych wobec zagadnienia niepełnosprawności.

3. Dyrektywa Rady Europejskiej z 27 listopada 2000 roku, ustawiająca generalne zasady równego traktowania przy zatrudnieniu i uzyskiwaniu kwalifikacji⁹

Stosownie do art. 6(2) *Traktatu o ustanowieniu Wspólnoty Europejskiej*, Unia Europejska jest zobowiązana do przestrzegania podstawowych praw zagwarantowanych przez *Europejską konwencję w sprawie praw człowieka i podstawowych swobód* oraz ogólnych zasad prawa wspólnotowego. Artykuł 13 *Traktatu o ustanowieniu Wspólnoty Europejskiej* upoważnia Radę Europejską do podejmowania stosownych działań w celu zwalczania dyskryminacji z uwagi na płeć, rasę i pochodzenie etniczne, religię i wierzenia, niepełnosprawność, wiek oraz orientację seksualną. Prawo do równego traktowania i ochrony przed dyskryminacją osób niepełnosprawnych wynika m.in. z *Powszechnej deklaracji praw człowieka* i *Międzynarodowego paktu praw ekonomicz-*

⁹ Council Directive 2000/78/EC of 27 November 2000 Establishing a General Framework for equal treatment in Employment and Occupation (Official Journal C/303 02/12/2000 P).

nych, społecznych i kulturalnych oraz konwencji III Międzynarodowej Organizacji Pracy. Wspólnotowa Karta podstawowych pracowniczych praw społecznych uznaje doniosłość zwalczania każdej formy dyskryminacji, w tym potrzebę stosownych działań ukierunkowanych na społeczną i ekonomiczną integrację osób niepełnosprawnych. Za dyskryminację powinny być uznane działania, które mają na celu albo przynoszą w rezultacie pogwałcenie godności osobistej oraz przyczyniają się do tworzenia nieprzyjaznego środowiska lub nawet degradującego, nieprzyjaznego i agresywnego.

Z uwagi na powyższe dyrektywa zobowiązuje państwa członkowskie do przestrzegania zasady równego traktowania wszystkich osób niezależnie od religii i wierzeń, niepełnosprawności, wieku lub orientacji seksualnej, w zakresie zatrudnienia i zdobywania kwalifikacji, w tym awansu na wyższe stanowiska, możliwości szkolenia zawodowego, warunków pracy oraz członkostwa w stowarzyszeniach. Aby niepełnosprawnym zagwarantować przestrzeganie zasady równego traktowania, dyrektywa przewiduje konieczność odpowiedniego przystosowania miejsca pracy. Dyrektywa zobowiązuje też państwa członkowskie do zapewnienia dostępu do odpowiednich procedur sądowych i/lub administracyjnych, w tym procedur rozjemczych, wszystkim osobom, które uważają się za poszkodowane w wyniku nieprzestrzegania zasady niedyskryminacji, nawet po ustaniu zatrudnienia. Państwa powinny umożliwić działalność na rzecz osób, wnoszących zażalenia, odpowiednim stowarzyszeniom, zrzeszeniom i innym organizacjom posiadającym osobowość prawną oraz wprowadzić do swego ustawodawstwa przepisy prawne chroniące pracowników przed utratą pracy i innymi negatywnymi skutkami wnoszonych przez nich spraw, zmierzających do zapewnienia przestrzegania zasady równego traktowania. Dyrektywa zobowiązuje też do promowania dialogu społecznego pomiędzy organizacjami pracodawców i pracowników, monitorowania przestrzegania w praktyce zasady niedyskryminacji w zakładach pracy, monitorowania postanowień układów zbiorowych, kodeksów postępowania, badań i wymiany informacji oraz upowszechniania prawidłowych praktyk. Państwa członkowskie powinny do dialogu zachęcać również organizacje pozarządowe. Dostosowanie prawodawstwa poszczególnych krajów do wymogów dyrektywy powinno zostać ukończone do 2 grudnia 2003 roku.

4. Podsumowanie

W Unii Europejskiej, jak dotychczas, brakuje szczegółowych uregulowań prawnych dotyczących praw osób żyjących z HIV/AIDS w miejscu pracy. Przyjmując zakażenie HIV za stan swoistej niepełnosprawności, należy uznać, że sytuację prawną w zakresie praw osób z HIV/AIDS w miejscu pracy określa dyrektywa Rady Europejskiej z 27 listopada 2000 roku, określająca generalne zasady równego traktowania przy zatrudnieniu i uzyskiwaniu kwalifikacji, istniejące uregulowania traktatowe oraz międzynarodowe prawo zwyczajowe, chroniące osobom żyjącym z HIV i AIDS prawa człowieka, ustanowione m.in. poprzez zasadę niedyskryminacji. Według Podkomisji ONZ ds. Zapobiegania Dyskryminacji i Ochrony Mniejszości, pomimo że zakażenie HIV/AIDS nie jest w sposób wyraźny wymienione w powszechnie uznawanej zasadzie niedyskryminacji, dyskryminacja z powodu HIV/AIDS jest zabroniona przez zwyczajowe prawo międzynarodowe, a interpretacja sformułowania o niedyskryminowaniu „także z innych powodów” powinna obejmować stan zdrowia, w tym zakażenie HIV/AIDS.

W poszczególnych krajach UE przygotowywane są obecnie projekty, zmierzające do opracowania i upowszechnienia zasad prawidłowej praktyki w zakresie praw osób żyjących z HIV/AIDS w miejscu pracy. Wymienić tu można projekt *PFPL – Positive Futures Initiative*, z Londynu, obejmujący wielopłaszczyznowe doradztwo i szkolenie dla osób żyjących z HIV/AIDS, oraz francuski *AIDES Back to Work Project*, analizujący sytuację zawodową osób żyjących z HIV/AIDS. W państwach członkowskich Unii Europejskiej prowadzi się monitoring sytuacji, przekazuje się wiedzę i doświadczenia, analizuje stopień integracji społecznej i zawodowej osób zakażonych w poszczególnych krajach oraz opracowuje zalecenia w sprawie prawidłowej praktyki zatrudnienia osób żyjących z HIV/AIDS. Zalecenia te mają dotyczyć uprawnień do zatrudnienia osób niepełnosprawnych lub chorych z powodu HIV/AIDS, możliwości kontynuowania przez nich pracy, możliwości powrotu do pracy osób leczonych, podnoszenia poziomu świadomości w środowisku pracy i szkolenia w zakresie problematyki integracji osób żyjących z HIV/AIDS, zmiany kwalifikacji osób, które pracę utraciły, podnoszenia świadomości i szkolenia przedsiębiorców oraz wypracowania rekomendacji dla władz administracyjnych, zakładów pracy i organizacji pozarządowych.

Piśmiennictwo

Confronting AIDS: Evidence from the Developing World. Selected background papers for the World Bank Policy Research Report, Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic. The European Commission Brussels, Belgium and the World Bank Washington, DC, USA. Published by the European Commission

Positive Futures Initiative SRB 6 Final Bid: Gol Ref:00/123 BP

Employment survey of people living with HIV/AIDS – into AIDES network, AIDES October 2000

Resolution of the Council and of the Representatives of the Governments of the Member States Meeting within the Council of 20 December 1996 on equality of opportunity for people with disabilities (Official Journal 97/C 12/01)

Proposal for a Council Directive Establishing a General Framework for equal treatment in Employment and Occupation. COM (1999) 565 final Brussels 25.11.1999

Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions – Towards a Barrier Free Europe for People with Disabilities. COM (2000) 0284 final Brussels 15.05.2000

Amended proposal for a Council Directive Establishing a General Framework for equal treatment in Employment and Occupation. COM (2000) 625 final Brussels 12.10.2000

Council Directive 2000/78/EC of 27 November 2000 Establishing a General Framework for equal treatment in Employment and Occupation (Official Journal C/303 02/12/2000 P)

Ustawodawstwo polskie a międzynarodowe standardy praw człowieka, dotyczące żyjących z HIV w miejscu pracy

I. Prawo do pracy

Po raz pierwszy prawo do pracy proklamowała Powszechna deklaracja praw człowieka ONZ z 1948 roku. Deklaracja w art. 23 ust. 1 stanowi, że każdy człowiek ma prawo do pracy, do swobodnego wyboru zatrudnienia, do sprawiedliwych warunków pracy i do ochrony przed bezrobociem. Jednak deklaracja ta, jako rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ, nie ma mocy wiążącej.

W 1966 r. prawo do pracy zostało potwierdzone w innym dokumencie ONZ – *Międzynarodowym pakcie praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych*¹, który po ratyfikowaniu przez Polskę w 1977 roku ma dla naszego kraju charakter wiążący. Artykuł 6 ust. 1 nakazuje państwom-stronom uznać prawo do pracy, co oznacza prawo każdego człowieka do uzyskania możliwości utrzymania się przez pracę swobodnie wybraną lub przyjętą. Umowa zawiera również zobowiązanie państw do podjęcia odpowiednich kroków w celu zapewnienia swym obywatelom prawa do pracy. Pakt zobowiązuje też państwa-sygnatariuszy do określenia działań, zapewniających realizację tego prawa, czyli: programów technicznego i zawodowego poradnictwa i szkolenia, polityki zmierzającej do stałego rozwoju gospodarczego, społecznego i kulturalnego oraz do pełnego, produktywnego zatrudnienia przy jednoczesnym zapewnieniu każdemu obywatelowi możliwości korzystania z podstawowych wolności politycznych i gospodarczych.

¹ Dz. U. 77.38.169.

Wykładnia prawa do pracy w ujęciu Międzynarodowego paktu praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych wynika z ogólnych zasad przyjętych w interpretacji aktów międzynarodowych, mających swe źródło w ONZ², w tym z różnych konwencji antydyskryminacyjnych. Chodzi tu m.in. o konwencję ONZ o eliminacji wszelkich form dyskryminacji rasowej z 7 marca 1966 roku, konwencję w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet z 18 grudnia 1979 roku, a także szereg dokumentów Międzynarodowej Organizacji Pracy, szczególnie konwencji nr III, dotyczącej dyskryminacji w zakresie zatrudnienia i wykonywania zawodu. Przyjęta wykładnia obejmuje całkowity zakaz dyskryminacji w korzystaniu z prawa do pracy, w związku z czym dotyczy również osób żyjących z HIV.

Europejska karta społeczna³, ratyfikowana przez Polskę w 1997 roku, gwarantuje każdemu w części I pkt I możliwość zarabiania na życie przez pracę swobodnie wybraną, natomiast w części II, zatytułowanej *Prawo do pracy*, państwa-strony zobowiązują się m.in., że osiągną i utrzymają możliwie najwyższy i stabilny poziom zatrudnienia po to, by w rezultacie dojść do stanu pełnego zatrudnienia. Sygnatariusze karty zobowiązują się również do zapewnienia ochrony pracowniczego prawa do zarabiania na życie przez pracę swobodnie wybraną, a także do popierania odpowiedniego poradnictwa zawodowego, szkolenia i readaptacji zawodowej. Tak więc, wbrew tytułowi art. I części II, karta nie formułuje w rzeczywistości prawa do pracy, lecz jedynie zobowiązuje państwa do działania z myślą o osiągnięciu pełnego zatrudnienia⁴. Państwa-strony są zobowiązane do stworzenia warunków odpowiednich do realizacji tego celu.

Konstytucja RP z 1997 roku gwarantuje w art. 65 wolność wyboru zawodu i wolność jego wykonywania, co oznacza możliwość wykonywania pracy także poza ramami stosunku pracy. Konstytucja zobowiązuje w art. 65 ust. 5 władze do prowadzenia polityki, zmierzającej do pełnego zatrudnienia poprzez realizowanie programów zwalczania bezrobocia, w tym organizowanie i wspieranie poradnictwa i szkolenia zawodowego oraz robót publicznych i prac interwencyjnych.

Kodeks pracy stanowi w art. 10 § 1, że każdy ma prawo do swobodnie wybranej pracy. To sformułowanie obejmuje zarówno swobodę wyboru pracy, jak i wolność od przymusu pracy. Kodeks ponadto stanowi, iż nikomu nie można zabronić wykonywania zawodu, z wyjątkiem przypadków określonych w ustawie. Zakaz wykonywania zawodu może wynikać tak-

że z ustaw szczególnych, np. z ustawy o izbach lekarskich⁵. Zakaz ten dotyczy jednak tylko wykonywania zawodu, a nie jego wyboru.

Jeżeli dana osoba, zdolna do pracy, nie jest w drodze ustawy ograniczona w wyborze wykonywania zawodu, to ma prawo pracować i musi być w swej pracy traktowana na równi z innymi. W takiej sytuacji znajdują się osoby zakażone wirusem HIV, nie posiadające przyznanej grupy niepełnosprawności.

Na treść prawa do pracy składają się w szczególności: możliwość uzyskania pracy odpowiedniej do posiadanych kwalifikacji, zasada dobrowolności pracy, wolność od dyskryminacji w dziedzinie zatrudnienia, ochrona trwałości stosunku pracy, czyli ochrona pracownika przed bezzasadnym zwolnieniem.

Prawo do pracy nie ma charakteru prawa przedmiotowego. Nie daje jednostce prawa domagania się zatrudnienia od pracodawcy, gwarantując jedynie możliwość korzystania z uruchamianych przez państwo mechanizmów społeczno-ekonomicznych, mających na celu osiągnięcie pełnego zatrudnienia. Pokrzywdzonemu pracownikowi nie przysługuje więc skonkretyzowane roszczenie, tj. nie może się domagać np. zatrudnienia lub odszkodowania, brak jest bowiem podmiotów zobowiązanych w konkretnych sytuacjach.

2. Prawo do sprawiedliwych i korzystnych warunków pracy

W nauce prawa pracy pojęcie „warunki pracy” jest rozumiane jako składniki treści stosunku pracy, czyli np. rodzaj wykonywanej pracy, miejsce pracy, wysokość wynagrodzenia. Stąd też prawo do sprawiedliwego wynagrodzenia stanowi komponent prawa do właściwych warunków pracy⁶.

² *United Nations Action in the Field of the International Conference on Human Rights in 1968*; UN Document, przywołuję za: Maria Matey, *Prawo do pracy w Prawa człowieka. Model prawny*, Ossolineum; Wrocław 1991 r.

³ Dz. U. 77.38.169.

⁴ Maria Matey, *Prawo do pracy w: Prawa człowieka. Model prawny*; Ossolineum, Wrocław 1991 r., s. 776.

⁵ Dz. U. 89.30.158.

⁶ Maria Matey, *Prawo do wynagrodzenia za pracę oraz właściwych warunków pracy w: Prawa człowieka. Model prawny*, Ossolineum, Wrocław 1991 r.

Istotne znaczenie mają gwarancje równej płacy za pracę równej wartości, a także prawo do ewentualnego zabezpieczenia socjalnego w razie niezdolności do pracy z powodu choroby, które to prawa gwarantują zarówno umowy międzynarodowe, jak i prawo wewnętrzne.

Powszechna deklaracja praw człowieka w art. 23 ust. 2 przyznaje każdemu człowiekowi bez żadnej dyskryminacji prawo do równej płacy za równą pracę. Deklaracja nakazuje zapewnić także każdemu pracującemu prawo do odpowiedniego, zadowalającego wynagrodzenia, uzupełnianego w razie potrzeby środkami pomocy społecznej. Także *Międzynarodowy pakt praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych* w art. 7 lit. a) nakazuje państwom-stronom uznać prawo każdego do korzystania ze sprawiedliwych i korzystnych warunków pracy, obejmujących między innymi dla wszystkich pracujących, bez jakiegokolwiek różnicy, godziwy zarobek i równe wynagrodzenie za pracę o równej wartości.

Natomiast *Europejska karta społeczna* w art. 4, zatytułowanym *Prawo do sprawiedliwego wynagrodzenia*, pod lit. b) nakazuje państwom-stronom uznanie prawa pracowników do takiego wynagrodzenia, które zapewni im i ich rodzinom godziwy poziom życia, jak również uznanie prawa pracowników, mężczyzn i kobiet, do jednakowego wynagrodzenia za pracę jednakowej wartości. Te wymagania wynikają z ogólnej reguły, że za jednakową pracę należy się jednakowe wynagrodzenie. Reguła ta znajduje również zastosowanie do pracowników zakażonych, którzy, wykonując taką samą pracę jak inni pracownicy, powinni otrzymywać takie samo wynagrodzenie. *Karta społeczna* w art. 12 zobowiązuje ponadto państwa-strony do skutecznego zapewnienia pracownikom zabezpieczenia społecznego.

Art. 11² polskiego kodeksu pracy stanowi, że pracownicy mają równe prawa z tytułu jednakowego wypełniania takich samych obowiązków. Oznacza to, że pracodawca nie może oferować niższego zarobku osobom z HIV aniżeli innym pracownikom, jeśli wykonują taką samą pracę. Dopuszczalnymi kryteriami różnicowania wysokości wynagrodzenia są staż pracy, doświadczenie, kwalifikacje, sposób wykonywania pracy, natomiast nie może to być fakt zakażenia wirusem HIV. Jeśli zatem pracownik zostaje w jakiś sposób finansowo pokrzywdzony przez pracodawcę, mimo że wykonuje pracę równie starannie i wydajnie jak inni pracownicy, to wówczas pracodawca narusza nie tylko zasadę równej płacy za pracę równej wartości,

ale dopuszcza się także naruszenia zakazu dyskryminacji pracowników. Pracodawca nie może więc np. pominąć pracownika przy przyznawaniu premii tylko dlatego, że jest zakażony wirusem HIV, jeśli również przyczynił się do wypracowania zysku pracodawcy, gdyż zgodnie z orzecnictwem Sądu Najwyższego⁷ pracownicy, mający jednakowy wkład w wypracowanie zysku, mają równe prawo do premii. Z brzmienia art. 11² kp wynika, że sytuacja prawna pracowników może być zróżnicowana ze względu na odmienności, wynikające z ich cech osobistych i różnic w wykonywaniu pracy. Jest to tzw. dyferencjacja prawa pracy. Trybunał Konstytucyjny w orzeczeniu z 12 grudnia 1994 roku uznał, że „wszystkie podmioty, charakteryzujące się w równym stopniu daną cechą istotną (relevantną) powinny być potraktowane równo, a więc według jednej miary, bez zróżnicowań zarówno dyskryminujących, jak też faworyzujących”⁸. Gdy więc pracownik znajduje się ogólnie w dobrej formie, pracuje równie efektywnie jak inni, to zakażenie nie należy do owych cech relevantnych. Wobec czego ma wówczas zastosowanie zasada równości praw z tytułu jednakowego wypełniania takich samych obowiązków.

Jeżeli jednak stan zdrowia ulega pogorszeniu, pracownik coraz częściej zaczyna korzystać ze zwolnień lekarskich i pracuje mniej wydajnie, to nierówne traktowanie pracowników nie może być uważane za naruszenie zasady równości praw z tytułu jednakowego wypełniania takich samych obowiązków. Nierówne traktowanie takiego pracownika, czyli np. wypłacanie mu niższej płacy, stosownie do rzeczywistości wykonywanej pracy, nie będzie z prawnego punktu widzenia dyskryminowaniem.

Naruszenie przez pracodawcę zasady równego traktowania pracowników, wykonujących jednakowo takie same obowiązki, może równocześnie naruszać ustanowiony przez art. 94 pkt 9 kp nakaz stosowania przez pracodawcę obiektywnych i sprawiedliwych kryteriów oceny pracowników oraz wyników ich pracy. Natomiast ciężkie naruszenie obowiązków przez pracodawcę (w tym przypadku obowiązku ustanowionego przez art. 94 pkt 9) stanowi podstawę do rozwiązania przez pracownika umowy o pracę bez wypowiedzenia.

Prawo do zabezpieczenia socjalnego w razie niezdolności do pracy, wyrażone w *Deklaracji praw czło-*

⁷ OSNCP 1989, z. 5, poz. 64.

⁸ OTK 1995, s. 142.

wieka i Karcie społecznej (art. 12), potwierdzone zostało w polskiej konstytucji w art. 67 ust. 1. Stanowi on, że obywatel ma prawo do zabezpieczenia socjalnego w razie niezdolności do pracy ze względu na chorobę lub inwalidztwo. Z tego przepisu wynika, że jeśli z jakiegoś powodu (np. choroby) pracownik nie może wykonywać swojej dotychczasowej pracy, natomiast nie stracił zupełnie zdolności do pracy i nadal chce pracować, to obowiązkiem państwa jest udzielenie mu pomocy w przekwalifikowaniu się i rozpoczęciu wykonywania takiego zajęcia, jakie może wykonywać w danych okolicznościach.

3. Zakaz dyskryminacji

Zakaz dyskryminacji jest to zasada ogólna i zarazem międzynarodowy standard, ale znajduje także odzwierciedlenie w prawie polskim. Umowy międzynarodowe ustanawiają ją bez odniesienia do jakiegoś miejsca, jednakże już konwencje Międzynarodowej Organizacji Pracy (MOP) wyraźnie stanowią o zasadzie niedyskryminacji w miejscu pracy. Artykuł 2 *Powszechnej deklaracji praw człowieka* podkreśla, że każdy człowiek jest uprawniony do korzystania ze wszystkich praw i wolności proklamowanych w deklaracji, bez względu na jakiekolwiek różnice. Natomiast art. 2 *Międzynarodowego paktu praw obywatelskich i politycznych*⁹ nakazuje wszystkim państwom-stronom (tj. także Polsce) przestrzeganie i zapewnianie wszystkim osobom, które znajdują się na jego terytorium i podlegają jego jurysdykcji, praw uznanych w pakcie, bez względu na jakiekolwiek różnice, takie jak rasa, kolor skóry, płeć, język, religia, poglądy polityczne bądź inne, pochodzenie narodowe lub społeczne, sytuacja majątkowa, urodzenie lub jakiekolwiek inne okoliczności. Podobną treść ma art. 14 *Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności*¹⁰, który stanowi, że korzystanie z praw wymienionych w konwencji powinno być zapewnione bez dyskryminacji, wynikającej z takich powodów, jak: płeć, rasa, język, przekonania polityczne i inne, pochodzenie narodowe lub społeczne, przynależność do mniejszości narodowej, majątek, urodzenie bądź z jakichkolwiek innych przyczyn. Konwencja nie obejmuje praw społecznych, do których zalicza się m.in. prawo do pracy.

Państwa członkowskie Rady Europy są zobowiązane do przestrzegania zakazu dyskryminacji również na podstawie *Europejskiej karty społecznej*. W jej preambule m.in. czytamy: „korzystanie z praw społecznych powinno być zapewnione bez dyskryminacji ze względu na rasę, kolor, płeć, religię, poglądy polityczne, pochodzenie narodowe i społeczne”.

Prawo do pracy i sprawiedliwych warunków pracy należy więc odczytywać przez pryzmat ww. postanowień o zakazie dyskryminacji. Fakt zakażenia wirusem HIV nie jest wprawdzie nigdzie *expressis verbis* wymieniony, ale jako przesłanka zakazu dyskryminacji mieści się w sformułowaniu „jakiegokolwiek inne okoliczności”.

Polska, będąc członkiem Rady Europy, obowiązana jest dążyć do zagwarantowania wszystkim pracownikom ochrony prawnej przed dyskryminacją, również w zakresie wskazanym w *Protokole dodatkowym do Europejskiej karty społecznej* z 1961 roku. Dokument ten nie został wprawdzie objęty ratyfikacją z 1997 roku, jednakże podstawowe treści w nim sformułowane określają warunki ochrony pracowników przed dyskryminacją, które Polska obowiązana jest zapewnić wszystkim osobom pracującym z mocy innych ratyfikowanych traktatów, dotyczących praw człowieka. Protokół ten zwraca uwagę na potrzebę podejmowania środków „mających zaradzić faktycznym nierównościami (art. 1 ust 3). To oznacza, że pracownicy powinni być chronieni nie tylko przed dyskryminacją bezpośrednią (złamaniem zakazu nierównego traktowania pracowników ze względu na płeć, rasę, pochodzenie, przekonania itd.), lecz również przed tzw. dyskryminacją pośrednią. Według definicji dyrektywy Rady Unii Europejskiej (*Council Directive 2000/78/EC*)¹¹ ma ona miejsce wówczas, gdy jakiś pozornie neutralny przepis, kryterium lub praktyka stawia osobę określonego wyznania lub wiary, osobę niepełnosprawną, osobę w określonym wieku lub o określonej orientacji seksualnej w sytuacji mniej korzystnej, chyba że ten przepis, kryterium lub praktyka są obiektywnie uzasadnione przez zgodny z prawem cel, a środki służące do jego osiągnięcia są odpowiednie i niezbędne oraz w przypadku osób niepełnosprawnych, gdy pracodawca bądź inne podmioty, do których adre-

⁹ Dz. U. 77.38.167.

¹⁰ Dz. U. 93.61.284.

¹¹ Council Directive 2000/78/EC establishing a general framework for equal treatment in employment and occupation.

sowana jest ta dyrektywa, są ustawodawstwem wewnętrznym zobowiązani do podjęcia odpowiednich środków zgodnie z zasadami wyrażonymi w art. 5 dyrektywy w celu eliminacji negatywnych skutków, jakie pociąga za sobą wobec osób niepełnosprawnych dany przepis, kryterium lub praktyka. W polskim kodeksie pracy¹² również znajduje się definicja dyskryminacji pośredniej, jednakże definicja ta znajduje zastosowanie tylko wobec dyskryminacji ze względu na płeć. Natomiast w literaturze przedmiotu dyskryminację pośrednią definiuje się jako postępowanie, które wprawdzie nie opiera się na zabronionych podstawach, lecz mimo to wywołuje taki sam efekt, jak kryteria zabronione.¹³

Polskie prawo spełnia w zasadzie międzynarodowe wymagania w zakresie zakazu dyskryminacji, gdyż ustanawia zarówno ogólny zakaz dyskryminacji, odnoszący się do wszystkich dziedzin życia, jak i zakaz dyskryminacji w pracy zamieszczony w kodeksie pracy. Oznacza to, że na mocy tych regulacji nie można dyskryminować osoby zakażonej wirusem HIV, zarówno w życiu społecznym, jak i w stosunkach wynikających z zatrudnienia.

Konstytucja w art. 32 ust. 2 stanowi, że nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiejkolwiek przyczyny. Zakaz ten odnosi się również do dyskryminacji w zatrudnieniu, które mieści się w pojęciu życia gospodarczego. Co prawda w przeciwieństwie do aktów prawa międzynarodowego konstytucja nie wymienia przyczyn dyskryminacji, posługując się pojęciem ogólnym „jakiegokolwiek przyczyny”, lecz do przyczyn tych można oczywiście zaliczyć także fakt zakażenia wirusem HIV.

Również kodeks pracy zawiera zakaz dyskryminacji, odnosząc go konkretnie do zatrudnienia. W nawiązaniu do wspomnianej dyrektywy WE zakazuje zarówno dyskryminacji bezpośredniej, jak i pośredniej¹⁴. W odróżnieniu jednak od konstytucji, a podobnie jak międzynarodowe instrumenty ochrony praw człowieka, wymienia przyczyny, które mogą stać się jej źródłem. W przepisie art. 11³ kp wyodrębnia się takie powody dyskryminacji, jak: płeć, wiek, niepełnosprawność, rasa, narodowość, przekonania, zwłaszcza polityczne lub religijne albo przynależność związkowa. Ze względu na użycie przez kp w odniesieniu do wymienianych przyczyn sformułowania „w szczególności” należy uznać, że jest to jedynie przykładowe wyliczenie, a nie wyczerpująca egzemplifikacja. Z tego względu nie ma potrzeby

kwalifikowania zakażeń HIV jako przejawów niepełnosprawności, o której *expressis verbis* jest mowa w tym artykule. Inne jednak stanowisko zajął Sąd Najwyższy, który w orzeczeniu z 10 września 1997 roku zdefiniował dyskryminację jako „bezprawne pozbawienie lub ograniczenie praw wynikających ze stosunku pracy lub nierównomierne traktowanie pracowników ze względu na płeć, wiek, niepełnosprawność, narodowość, rasę, przekonania, zwłaszcza polityczne lub religijne oraz przynależność związkową, a także przyznanie z tych względów niektórym pracownikom mniejszych praw, niż te, z których korzystają pracownicy, znajdujący się w tej samej sytuacji faktycznej i prawnej¹⁵. Sposób sformułowania cytowanej tezy sugeruje niesłusznie, że przyczyny dyskryminacji wymienione w art. 11³ kodeksu pracy są wyliczone taksatywnie (wyczerpująco), co oznaczałoby, że dla objęcia ochroną z art. 11³ osoby zakażonej wirusem HIV, dyskryminowanej w zatrudnieniu, konieczne byłoby zaliczenie jej do osób niepełnosprawnych.

4. Prawo do poszanowania godności osobistej

Przejawy dyskryminacji przez pracodawcę lub innych współpracowników pracownika zakażonego wirusem HIV mogą przyjąć formę naruszania jego godności osobistej. Zrewidowana *Europejska karta społeczna* z 3 maja 1996 roku stanowi w art. 26 o godności pracowników w miejscu pracy. Artykuł ten zobowiązuje strony-sygnatariuszy w porozumieniu z organizacjami pracodawców i pracowników do:

¹² „Dyskryminowanie pośrednie istnieje wtedy, gdy występują dysproporcje w zakresie warunków zatrudnienia na niekorzyść wszystkich lub znacznej liczby pracowników jednej płci, jeżeli nie mogą być one obiektywnie uzasadnione innymi względami niż płeć” – art. 18³ a § 3 w brzmieniu ustawy z dnia 24.08.2001 o zmianie ustawy – *Kodeks pracy oraz o zmianie niektórych innych ustaw*; wszedł w życie 1.01.2002.

¹³ Irena Boruta, *Równość kobiet i mężczyzn w pracy w świetle prawa Wspólnoty Europejskiej. Implikacje dla Polski*, Łódź, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 1996.

¹⁴ Przepis w brzmieniu ustawy z 24.08.2001 o zmianie ustawy – *Kodeks pracy oraz o zmianie niektórych innych ustaw*; wszedł w życie 1.01.2002.

¹⁵ I PKN 246/97 – OSNAP 1998, z.12, poz.360.

- popierania takich działań, jak: uczulanie, informowanie i zapobieganie w kwestii czynów karalnych lub wyraźnie nieprzyjaznych i obraźliwych, skierowanych przeciw poszczególnym pracownikom w miejscu pracy lub w związku z pracą oraz w kwestii molestowania seksualnego w miejscu pracy lub w związku z pracą,
- podejmowania odpowiednich środków w celu ochrony pracowników przed takimi zachowaniami.

Polska wprowadziła nie ratyfikowała zrewidowanej karty, niemniej jednak spełnia w swoim ustawodawstwie wymagania w niej przewidziane. Godność osobista jest dobrem prawnie chronionym, zarówno przez normy konstytucyjne, jak i ustawy zwykłe. Według przepisu art. 30 konstytucji godność jest przyrodzona i niezbywalna, stanowiąc źródło wolności oraz praw człowieka i obywatela. Jest nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych. Godność osobista, jako jeden z desygnatów pojęcia „cześć”, jest również dobrem osobistym chronionym przez kodeks cywilny w art. 23 i 24. W ramach pojęcia „czci” wyróżnia się „cześć zewnętrzną”, która się wiąże z opinią, jaką inni ludzie mają o wartości człowieka (chodzi tu o dobre imię danej osoby), oraz „cześć wewnętrzną”, czyli jego godność osobistą, wyobrażenie o własnej wartości.¹⁶ Prawo chroni godność człowieka w znaczeniu obiektywnym, to znaczy niezależnie od tego, czy dana osoba ma poczucie własnej godności w znaczeniu subiektywnym.

Kodeks pracy w art. 111¹ formułuje nakaz poszanowania przez pracodawcę godności i innych dóbr osobistych pracownika. Poszanowanie godności pracownika w rozumieniu art. 111¹ należy rozumieć jako „przejaw nieinstrumentalnego traktowania pracownika przez pracodawcę”.¹⁷ Pracodawca nie może negatywnie odnosić się do pracownika i wyrażać się o nim w sposób poniżający wobec innych współpracowników. Sąd Najwyższy uznał godność i cześć za najwyższe wartości, które obejmują wszystkie dziedziny życia osobistego, zawodowego i społecznego.¹⁸ Naruszenie tych dóbr osobistych może nastąpić przez pomówienie o ujemne postępowanie w życiu osobistym i rodzinnym, jak również przez bezpodstawne zarzucenie pracownikowi niewłaściwego zachowania w życiu zawodowym.¹⁹ Jeśli więc pracodawca, którego zakazony pracownik obdarzył zaufaniem i powie dział mu o swym zakażeniu, ujawnia tę informację innym, to narusza godność osobistą tego pracownika.

Kodeks pracy nie przewiduje specjalnych sankcji za naruszenie przez pracodawcę godności osobistej pracownika. Pracownikowi przysługuje więc ochrona godności na zasadach ogólnych, czyli na podstawie art. 23 i 24 kodeksu cywilnego (w związku z art. 300 kp). Jednakże rażące naruszenie przez pracodawcę obowiązku poszanowania godności pracownika stanowi ciężkie naruszenie obowiązków pracodawcy, przez co stanowi podstawę do rozwiązania przez pracownika umowy o pracę bez wypowiedzenia na podstawie art. 55. § 1¹ kp.

5. Prawo do poszanowania prywatności

Wymienione regulacje mogą mieć zastosowanie wówczas, jeśli pracodawca dowie się o zakażeniu pracownika wirusem HIV. Jednakże pracownik wcale nie ma obowiązku o tym informować ani pracodawcy, ani współpracowników. Jeśli pracownik zdecyduje się zaufać pracodawcy i powie mu o swoim zakażeniu, to musi mieć pewność, że pracodawca nie przekaze tej informacji innym pracownikom. Taką pewność powinny pracownikowi zapewnić standardy międzynarodowe, nakazujące poszanowanie życia prywatnego, realizowane również w prawie polskim.

Termin **prawo do prywatności** pojawił się pierwszy raz w artykule opublikowanym przez S.D. Warrena i L.D. Brandeisa w *Harvard Law Review* pod koniec XIX w.²⁰ Z tego artykułu wywodzi się najprostsza definicja prawa do prywatności, które według autorów oznacza **prawo do pozostawienia w spokoju**. Jedną z definicji stanowi, że „prywatność jest to pewnego rodzaju stan niezależności, w ramach którego jednostka może decydować o zakresie i zasięgu udostępniania i komunikowania innym osobom informacji o swoim życiu.”²¹ Inna definicja

¹⁶ Adam Szpunar, *Szkoda niematerialna*, Oficyna Wydawnicza Bantura, Warszawa 2000, s. 102.

¹⁷ H. Szewczyk *Prawo pracownika do godności (uwagi de lege lata i de lege ferenda)*, Państwo i Prawo, listopad 2001, zeszyt 11, s. 44.

¹⁸ OSN z 8.10.1987 r., II CR 269/87, OSNCP 1989 nr 4 poz. 66

¹⁹ H. Szewczyk, *Prawo pracownika...*, s.44.

²⁰ S. D. Warren, L. D. Brandeis, *The right to privacy*; *Harvard Law Review* vol. 4, 1890, s. 193.

²¹ L. Kański, *Prawo do prywatności, nienaruszalności mieszkania i tajemnicy korespondencji*; *Prawa człowieka. Model prawny*, Ossoli-neum. Wrocław 1991.

mówi, że prawo do prywatności to „prawo jednostki do życia własnym życiem układanym według własnej woli z ograniczeniem do niezbędnego minimum wszelkiej ingerencji zewnętrznej”²².

Prawo to potwierdzone jest przez międzynarodowe instrumenty ochrony praw człowieka. Międzynarodowy pakt praw obywatelskich i politycznych zapewnia ochronę prywatności w art. 17, stanowiąc w ust. 1, że nikt nie może być narażony na samowolną lub bezprawną ingerencję w jego życie prywatne, rodzinne, dom czy korespondencję, ani też bezprawne zamachy na jego cześć lub dobre imię. Pakt przyznaje ponadto każdemu prawo do ochrony prawnej przed tego rodzaju ingerencjami i zamachami. Przyjmuje się jednak swobodę stron-sygnatariuszy paktu w zakresie ustalania kryteriów legalności ingerencji w czyjąś prywatność. Natomiast Europejska konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, która w art. 8 gwarantuje każdemu prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, mieszkania i korespondencji, wymieniając również katalog przypadków, uzasadniających ingerencję organów państwowych w dobra chronione przez ten artykuł. Takie rozwiązanie być może wynikało z obawy, że gdyby kwestię wyjątków pozostawiono uznaniu państw-stron konwencji, to ograniczenia prawa do prywatności byłyby zbyt daleko idące.

Do czasu wejścia w życie konstytucji z 1997 roku prawo do prywatności występowało jedynie w instrumentach prawa międzynarodowego, co stwarzało problem wzajemnego stosunku prawa międzynarodowego oraz prawa krajowego, dotyczącego ochrony dóbr osobistych. Obowiązująca konstytucja RP w art. 47 gwarantuje ochronę życia prywatnego, rodzinnego, czci, dobrego imienia oraz decydowania o swoim życiu osobistym. Niemniej jednak nadal aktualne jest orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 1984 roku, w którym sferę życia prywatnego uznano za dobro osobiste, podlegające ochronie w trybie art. 23 i 24 kodeksu cywilnego²³. W orzeczeniu tym Sąd Najwyższy wywodził, że „Otwarty katalog dóbr osobistych (w art. 23 i 24 kc) pozwala na włączenie do ich zakresu dóbr, które są związane ze sferą życia prywatnego, rodzinnego, ze sferą intymności. Ochrona w tym zakresie może odnosić się do wypadków ujawniania faktów z życia osobistego i rodzinnego, nadużywania uzyskanych informacji.” Oznacza to, że prywatność w prawie polskim może być chroniona jako dobro osobiste, nawet gdy brakowało innej podstawy do ochrony

prawnej. Taką podstawę stanowi np. w przypadku danych osobowych ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych²⁴.

Ochrona prywatności ma więc zastosowanie w następujących kwestiach²⁵:

1) ochrona przed zbieraniem informacji o życiu prywatnym jednostki w celu ich ujawnienia lub rozpowszechnienia;

2) ochrona przed ujawnieniem faktów z życia osobistego;

3) ochrona przed niewłaściwym wykorzystaniem informacji (uzyskanych legalnie) o życiu jednostki.

Fakt zakażenia wirusem HIV czy nawet fakt ryzykownych zachowań jest czymś, co należy do sfery prywatności jednostki i co może być istotne np. dla lekarza, ale nie powinno mieć najmniejszego znaczenia dla pracodawcy i współpracowników.

Według innej klasyfikacji naruszenie prawa do prywatności następuje w sytuacjach²⁶:

1) wkroczenia w sferę, którą jednostka chce zachować dla siebie i ma w tym uzasadniony interes (czyli np. osoba żyjąca z wirusem stara się o przyjęcie do pracy, zachowując w tajemnicy fakt swego zakażenia w obawie, że pracodawca jej nie zatrudni);

2) zbierania materiałów o osobie, zarówno bez zgody zainteresowanego, jak i za pomocą innych metod uważanych za niewłaściwe;

3) czynienia użytku z materiałów o danej osobie (bez względu na sposób ich uzyskania) dla publikacji lub innych specjalnych celów (np. współpracownik dowiady się o zakażeniu pracownika i postanawia poinformować o tym pracodawcę).

Według autora tej specyfikacji działania, należące do dwóch pierwszych kategorii naruszeń, mogą dotyczyć m.in. dokonywania analiz, np. krwi na obecność wirusa HIV, co jest absolutnie niedozwolone, choć czasem wymagane przez pracodawców dla zwiększenia „poczucia bezpieczeństwa”.

Ochrona pracownika zakażonego, którego prawa zostały z powodu zakażenia naruszone w miejscu pracy, może przybierać różną postać. W sytuacji, w której dyskryminowany pracownik nie zostaje

²² A. Kopff, *Koncepcja prawa do intymności i do prywatności życia osobistego*, S.C. vol. XX, s. 30.

²³ I CR 400/83 z 18.01.1984 r. – OSN 111/1984, nr 195.

²⁴ Dz. U. 97.133.883.

²⁵ L. Kański, op.cit. s. 369.

²⁶ S. Strömholm, *Right of Privacy and Rights of the Personality, A Comparative Survey*. Acta Instituti Upsaliensis Jurisprudentiae Comparativae, vol. VII (Stockholm) 1967, s. 61.

zwolniony z pracy, dochodzenie roszczeń następuje na podstawie kodeksu cywilnego i szczególnych przepisów o ochronie dóbr osobistych, co jest dla pracownika o tyle niekorzystne, że powództwo, które wytacza żądający ochrony pracownik, musi zostać opłacone, zaś koszty zostaną pracownikowi zwrócone tylko w przypadku uznania żądania pozwu. Ponadto pracownik sam musi udowodnić, iż pracodawca naruszył jego dobra osobiste. Naruszenie lub zagrożenie naruszenia dóbr osobistych pracownika musi być bezprawne, co wynika z art. 24 kc, z tym, że przepis ten zawiera również domniemanie bezprawności, której pracownik nie musi udowadniać.

Aby dochodzić swych praw z tytułu ochrony dóbr osobistych, powód, czyli pracownik, którego dobro zostało naruszone, może na podstawie art. 189 kodeksu postępowania cywilnego wytoczyć powództwo o ustalenie, że określone dobro przysługuje powodowi lub że zostało zagrożone lub naruszone²⁷. Jeśli doszło tylko do zagrożenia naruszenia, żądanie zaniechania może być jedynym żądaniem pozwu. Jeśli zaś dobro zostało już naruszone (co w sferze stosunków pracy jest wobec pracowników zakażonych wirusem HIV bardziej prawdopodobne, to znaczy jeśli pracodawca lub inni współpracownicy naruszają prywatność pracownika, zdradzają innym, że jest zakażony, stygmatyzują go, wytykają czyli naruszają jego godność), wówczas żądanie zaniechania może wystąpić obok żądania usunięcia skutków naruszenia.

Naruszeniem prawa do prywatności można wyrazić szkodę, co będzie mieć miejsce np. wtedy, gdy współpracownik zdradzi pracodawcy informację o zakażeniu pracownika wirusem HIV, przez co pracodawca zwolni zakażonego. W tej sytuacji współpracownik, który zdradził tę informację, nie tylko naruszył prywatność pracownika zakażonego, zdradzając informację, do czego nie miał prawa, ale także naraził pracownika na szkodę materialną w postaci utraty pracy. W przypadku, gdy naruszona zostanie prywatność pracownika, jego cześć lub inne dobro, należące do dóbr osobistych prawnie chronionych, wówczas pracownik może na mocy art. 448 kc domagać się zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

W sytuacji, w której pracownik zostałby zwolniony z pracy z powodu swego zakażenia, co w praktyce dość trudno sobie wyobrazić, to może dochodzić swych praw na podstawie kodeksu pracy. Pracownik zwolniony z pracy może przed sądem pracy domagać się uznania wypowiedzenia za bezskuteczne (jeśli jeszcze nie upłynął termin wypowiedzenia i stosunek

pracy nie uległ rozwiązaniu) lub przywrócenia do pracy (po ustaniu stosunku pracy) albo też może domagać się odszkodowania. Sąd zasądza odszkodowanie na korzyść pracownika, jeśli zostanie ustalone, że wypowiedzenie umowy o pracę jest nieuzasadnione (lub przyczyna podana w oświadczeniu o wypowiedzeniu nie jest rzeczywista i konkretna) albo narusza przepisy o wypowiedzaniu umów o pracę. Wprawdzie nie zostaje tu uchylona ogólna reguła z art. 6 kc, że ciężar dowodu spoczywa na tym, kto z danego faktu wywodzi skutki prawne (czyli na pozwanym), ale przez to, że wypowiedzenie musi być uzasadnione, to w praktyce postępowania przed sądem pracy, pracodawcę wzywa się do udowodnienia okoliczności określonych w uzasadnieniu. Postępowanie przed sądem pracy w sprawach o roszczenia pracownika ze stosunku pracy jest wolne od opłat sądowych.

6. Podsumowanie

Jak wynika z powyższych rozważań, osoby żyjące z HIV są w Polsce objęte ochroną prawną, spełniającą wymogi stawiane przez standardy międzynarodowe. Dlatego wydaje się, że głównym problemem nie jest brak konkretnych rozwiązań prawnych i konieczność ich wprowadzenia lub potrzeba zmiany już istniejących, ale raczej nietolerancja wobec osób zakażonych, wynikająca z licznych uprzedzeń społecznych i braku dostatecznej wiedzy o drogach zakażenia wirusem HIV i rozwoju choroby AIDS. Tylko szeroka informacja i popularyzacja wiedzy medycznej i prawnej, dotyczącej tej tematyki, może stworzyć humanitarny model współżycia pomiędzy społecznością osób zdrowych a osobami dotkniętymi zakażeniem HIV.

²⁷ Ten pogląd przeważa w literaturze. Por. M. Pazdan, Kodeks cywilny. Komentarz; wyd. C.H. BECK, s. 93

Ochrona osób zakażonych HIV przed dyskryminacją w okresie poprzedzającym nawiązanie stosunku pracy, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet

Jeden z najbardziej istotnych problemów polityki zwalczania i zapobiegania epidemii AIDS stanowi w różnych dziedzinach życia dyskryminacja osób z HIV/AIDS. Praca czy szerzej pojęte zatrudnienie to sfera, w której ryzyko dyskryminacji jest bardzo duże, zarówno ze stronyodawcy ustanawiającego przepisy w tej dziedzinie, jak i pracodawców czy też współpracowników. Niekwestionowany fakt, iż kobiety są dyskryminowane już na etapie przyjmowania do pracy, o czym świadczy m.in. bezrobocie szybciej rosnące wśród kobiet niż mężczyzn, stale utrzymujące się na ich niekorzyść zróżnicowanie płacy za równą pracę lub pracę jednakowej wartości co wykonywana przez mężczyzn, niewielki udział kobiet w organach decyzyjnych oraz wyraźna nadreprezentacja kobiet wśród ofiar molestowania seksualnego w miejscu pracy, powodują, że kobiety ponoszą w związku z HIV ryzyko podwójnej dyskryminacji. Po pierwsze – z powodu swojej płci, po drugie – z powodu swego stanu zdrowia. Świadomość tego faktu sprawia, że chcąc poprawić sytuację kobiet, należy nie tylko eliminować czynniki, które mogą stanowić źródło dyskryminacji ze względu na stan zdrowia, lecz ponadto zwrócić uwagę na te szczególne czynniki, które mogą stać się powodem dyskryminacji kobiet – pracownic.

W *Kodeksie postępowania Międzynarodowej Organizacji Pracy*, dotyczącym HIV/AIDS i świata pracy¹ poświęca się „perspektywie płci” dużo uwagi. Podkreślając większe prawdopodobieństwo zaka-

¹ ILO/AIDS/ 2001/2.

żenia u kobiet niż u mężczyzn, a także dotkliwsze dla kobiet skutki epidemii HIV/AIDS, zwraca się nie tylko uwagę na potrzebę wzmocnienia ich pozycji jako czynnika sprzyjającego skutecznemu zapobieganiu rozprzestrzeniania się zakażeń (pkt 4.3), lecz również na konieczność tworzenia odrębnych programów zapobiegawczych, dostosowanych do potrzeb poszczególnych płci (pkt 6.3). Przy ustalaniu zasad przeprowadzania dobrowolnych badań na zakażenie HIV sygnalizuje się konieczność zapewnienia przed i po badaniach poradnictwa, które m.in. powinno być prowadzone ze szczególnym uwzględnieniem społeczno-kulturowych uwarunkowań płci (związanych zwłaszcza z faktem, że kobiety są bardziej podatne na piętno społeczne i ostracyzm związany z HIV) oraz specyficznych zagrożeń, potrzeb i oczekiwań zarówno mężczyzn, jak i kobiet (pkt 8.4), w tym także będących w ciąży (pkt 9.8). Przewidując potrzebę tworzenia specjalnych programów pomocy pracownikom i ich rodzinom w związku z HIV/AIDS zwraca się też uwagę, że należy w nich uwzględniać fakt, iż to zwykle kobiety opiekują się osobami cierpiącymi na choroby związane z AIDS, co zwiększa nie tylko obciążenie pracą, lecz również zmniejsza możliwość zarabkowania i nauki.

W tym miejscu ograniczam się tylko do zasygnalizowania powyższych zagadnień. Celem bowiem niniejszego opracowania jest identyfikacja niektórych czynników, które mogą stanowić źródło dyskryminacji w nawiązywaniu stosunków pracy oraz wskazanie środków, zarówno specjalnych, jak i bardziej ogólnych, które mogą być wykorzystywane dla przeciwdziałania dyskryminacji.

Dziedziny szczególnych zagrożeń

I. Badania lekarskie. W świetle przepisu art. 229 § 1 kp osoba przyjmowana do pracy podlega wstępnym badaniom lekarskim. Zasady przeprowadzania takich badań określa rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 roku w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w kodeksie

pracy². Badanie, zaliczane do grupy badań profilaktycznych, przeprowadza się na podstawie skierowania wydanego przez pracodawcę i na jego koszt. W skierowaniu wskazuje się, na jakim stanowisku jest planowane zatrudnienie danej osoby oraz prosi o wydanie orzeczenia o stanie zdrowia kandydata i ustalenie ewentualnych przeciwwskazań do pracy na tym stanowisku³. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że w myśl tego przepisu wstępnym badaniem lekarskim podlega osoba przyjmowana do pracy, a nie ubiegająca się o zatrudnienie⁴. Można z tego wyciągnąć wniosek, że kandydat do pracy nie może być podczas wstępnych etapów rekrutacji proszony o przedstawienie wyników badań. Dopiero po zakończeniu rekrutacji i wyłonieniu jednej osoby na dane stanowisko, dopuszczenie jej do pracy uzależnione jest od przeprowadzenia badań.

Badania wstępne mają zmierzać do ustalenia ewentualnych przeciwwskazań medycznych do wykonywania pracy danego rodzaju, na określonym stanowisku, nie zaś ogólnego stanu zdrowia danej osoby. Pracodawca w skierowaniu zobowiązany jest podać informacje o występowaniu na danym stanowisku czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych oraz aktualne wyniki badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, wykonanych na tych stanowiskach.

Załącznik nr I do rozporządzenia z 1996 roku, zawierający wskazówki metodyczne w sprawie przeprowadzania badań, nie przewiduje w żadnym wypadku przeprowadzenia testu na obecność wirusa HIV w organizmie. Można na tej podstawie wnioskować, że badania takie w przypadku ogółu pracowników nie mogą być przeprowadzane.

Mogłoby się wydawać, że odmiennie wygląda sytuacja w przypadku osób, podejmujących pracę, przy wykonywaniu której istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby. Jednak i w tym przypadku tak nie jest. Ustawa z 6 września 2001 roku o chorobach zakaźnych i zakażeniach⁵ wprawdzie przewiduje w art. 6 ust. 4 obowiązkowe badania, którym podlegają osoby podejmujące pracę, przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia

² Dz. U. Nr 69 poz.332, ze zm.

³ Por. wzór skierowania pracownika na wstępne badania lekarskie.

⁴ Andrzej Drozd, *Uprawnienie podmiotu zatrudniającego do pozyskiwania informacji o kandydacie na pracownika*. Państwo i Prawo 2000, nr 12, s. 66.

⁵ Dz. U. Nr 126, poz.1384.

na inne osoby, jednakże wśród tych badań nie wymienienia się badań w kierunku zakażenia HIV⁶. Należy podkreślić, że wszystkie przypadki, w których przeprowadzenie badań jest obowiązkowe, są wymienione w omawianym przepisie taksatywnie, co oznacza, iż ich katalog nie może być interpretowany rozszerzająco⁷. Warto na marginesie zaznaczyć, że w świetle ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych jedną z grup osób, podlegających obowiązkowym badaniom, mającym na celu wykrywanie zakażenia HIV, są kobiety w ciąży, które były narażone na zakażenie HIV (oraz noworodki urodzone przez matki zakażone HIV – art. 6 ust. 1 pkt 1). Celem tych badań jest wczesne wykrycie zakażenia, aby opóźnić rozwój choroby u płodu lub noworodka. W związku z tym oczywiste jest, że informacja o wyniku tego typu badań, jeżeli zostały one przeprowadzone u pracownicy, nie może być przekazana pracodawcy.⁸

O braku przeciwwskazań do pracy na danym stanowisku lekarz orzeka na podstawie wyników przeprowadzonego badania lekarskiego oraz oceny zagrożeń dla zdrowia i życia pracownika, występujących na danym stanowisku pracy. W konsekwencji zaświadczenie lekarskie, wydane po przeprowadzeniu tych badań i przedstawiane pracodawcy, ogranicza się do informacji o istnieniu lub braku takich przeciwwskazań. Nie powinno natomiast zawierać szczegółowej oceny stanu zdrowia osoby przyjmowanej do pracy czy też jej ogólnej odporności na wszelkiego rodzaju infekcje i zachorowania. Słusznie podkreśla się, że jest to istotne zastrzeżenie, gdyż współczesna technologia genetyczna umożliwia badanie ogólnych skłonności do chorób oraz prognozowanie przyszłych zachorowań, a postawienie takiej diagnozy dostarcza pracodawcy informacji, które mogą być wykorzystane do dyskryminacji pracownika w trakcie rekrutacji. Dlatego też w niektórych krajach zakazuje się wyraźnie przeprowadzania takich badań⁹.

Wyniki badań, np. morfologii, analizy moczu, są dołączane do dokumentacji medycznej pracownika i objęte na ogólnych zasadach tajemnicą lekarską. To samo dotyczy również faktu ujawnienia przez pracownika zakażenia wirusem HIV lekarzowi przeprowadzającemu wywiad.

Należy przy tym dodać, że pracownik (lub pracodawca), który nie godzi się z treścią wydanego zaświadczenia, może w ciągu siedmiu dni od wydania zaświadczenia wystąpić, za pośrednictwem lekarza, który wydał zaświadczenie, z wnioskiem o przepro-

wadzenie ponownego badania. Ponowne badanie przeprowadza się w wojewódzkim ośrodku pracy właściwym ze względu na miejsce świadczenia pracy lub siedzibę jednostki organizacyjnej, w której ma być zatrudniony pracownik (§5 rozporządzenia z 1996 roku).

2. Pozyskiwanie informacji o stanie zdrowia w inny sposób. Badania stanowią jedną z metod poznania przez pracodawcę stanu zdrowia potencjalnego pracownika. Nasuwa się pytanie, czy pracodawca w procesie rekrutacji pracownika może zmierzać w inny – niż poprzez przeprowadzenie badań – sposób do ustalenia stanu zdrowia kandydata, a w szczególności stwierdzenia, czy kandydat jest zakażony HIV. Kwestia ta wchodzi w zakres szerszego problemu uprawnień podmiotu zatrudniającego do pozyskiwania informacji o kandydacie na pracownika. Wyrażany jest pogląd, że pracodawca może od osoby ubiegającej się o pracę żądać wyłącznie dokumentów określonych w przepisie §1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 28 maja 1996 roku

⁶ Badania mogą być przeprowadzone w kierunku zakażenia prątkami gruźlicy, pałeczkami duru brzuszego, durów rzekomych A, B, C i innymi pałeczkami z rodzaju *Salmonella* i *Shigella*. Badaniom tym podlegają ponadto uczniowie szkół i szkół wyższych bezpośrednio przed rozpoczęciem praktycznej nauki zawodu (art. 6 pkt 5).

⁷ Na marginesie warto zwrócić uwagę na nieuzasadnione różnicowanie w prawie międzynarodowym pracowników pod względem płci narażonych na zakażenie HIV lub którzy z racji zakażenia HIV mogą stanowić zagrożenie dla innych osób. Powszechny jest pogląd, że lekarze nie powinni być poddawani przymusowym badaniom na zakażenie HIV. Natomiast rekomendacja Międzynarodowej Organizacji Pracy nr 157 z 1977, dotycząca zatrudnienia i warunków pracy i życia personelu pielęgniarskiego, wydana na podstawie konwencji nr 149 z tegoż roku, wprowadza obowiązkowe badania pielęgniarek przed przyjęciem do pracy i po jej zakończeniu oraz badania okresowe, co traktuje się jako upoważnienie do przeprowadzania również badań w kierunku zakażenia HIV. Biorąc pod uwagę zbliżone ryzyko zakażenia w obu zawodach, a ponadto sfeminizowanie zawodu pielęgniarki oraz dominację w wielu krajach mężczyzn w zawodzie lekarza, można twierdzić, że upoważnienie zawarte w rekomendacji może stanowić podstawę do pośredniej dyskryminacji kobiet-pielęgniarek.

⁸ Przepis art. 6 pkt 1 może być ponadto krytykowany za to, że nie określa, kto miałby decydować o tym, iż dana kobieta „narażona była na zakażenie HIV”, czy sama kobieta (wtedy badanie miałoby zawsze charakter dobrowolny), czy np. lekarz. Ponadto jeśli decyzja miałaby być pozostawiona osobie trzeciej, to brak jasności co do tego, na jakiej podstawie taka osoba miałaby ustalać „stan narażenia”. Wobec wątpliwości przepis ten, niewątpliwie podyktowany potrzebą ochrony płodu, stwarza poważne zagrożenie dla praw kobiet.

⁹ Andrzej Kijowski, *AIDS a prawo pracy i prawo ubezpieczeń społecznych w: Prawne problemy AIDS*, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1990, s. 215.

w sprawie zakresu prowadzenia przez pracodawców dokumentacji w sprawach związanych ze stosunkiem pracy oraz sposobu prowadzenia akt osobowych pracownika, który to akt normatywny został wydany na podstawie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 298¹ kodeksu pracy.¹⁰ Z poglądem tym słusznie się polemizuje wskazując, że przepis ten odnosi się do stadium przyjmowania do pracy, późniejszego niż wstępne wyłanianie kandydata, a ponadto, że akceptacja takiego formalistycznego podejścia oznaczałaby, iż żądanie przez potencjalnego pracodawcę przedłożenia przez kandydatów np. życiorysu czy też listu intencyjnego byłoby nielegalne¹¹.

Niemniej dominuje pogląd, że konieczna jest ochrona pracownika przed „nadmierną ciekawością” potencjalnego pracodawcy. Poszukując źródeł ochrony kandydata na pracownika wskazuje się, że niedopuszczalne jest żądanie przez podmiot zatrudniający informacji naruszających normy o ochronie dóbr osobistych (art. 23 i 24 kc) lub normy ustawy o ochronie danych osobowych czy też innych informacji, których ujawnienie mogłoby stać się powodem dyskryminacji kandydata na pracownika (art. 11³ kp oraz art. 33 konstytucji). Ograniczenia więc wolności podmiotu zatrudniającego co do pozyskiwania informacji o kandydacie na pracownika odnoszą się do działań bezprawnych w świetle różnych gałęzi prawa, a także są wyznaczane przez normy konstytucyjne, które chronią sprzeczne interesy kandydata na pracownika oraz podmiotu zatrudniającego¹². Uważa się, że wobec braku przepisu, który precyzyjnie określałby zakres obowiązku udzielania przez kandydata do pracy informacji podmiotowi zatrudniającemu, ocena, czy treść tych informacji nie stanowi jednej z ww. kategorii, pozostawiona być powinna uznaniu kandydata i to on musi ostatecznie decydować, czy daną informację ujawnić¹³. Jako przykład informacji, których osoba ubiegająca się o zatrudnienie nie jest obowiązana ujawniać, podaje się: otrzymanie powołania do służby wojskowej (ujawnienie tego faktu mogłoby utrudnić pracownikowi uzyskanie zatrudnienia w okresie między powołaniem a wcieleniem do służby). Inne przykłady to fakt pozostawiania przez pracownicę w ciąży (wiąże się z tym zakaz poddawania kandydatek do pracy badaniom ginekologicznym oraz umieszczania w zaświadczeniach lekarskich wzmianek o stwierdzonym stanie ciąży), inwalidztwa wojennego lub wojskowego (jeżeli nie zmniejsza ono przydatności pracownika do danej pracy)¹⁴. Chociaż autor, którego pogląd

przedstawiamy, nie podaje tego przykładu, wydaje się, że również stanąłby na stanowisku co do zasady, że osoba, ubiegająca się o pracę, nie ma obowiązku ujawniać faktu zakażenia HIV. Konsekwentnie należy uznać, że jeżeli podmiot zatrudniający postawił kandydatowi jedno z pytań należących – w ocenie pracownika – do kategorii „niedozwolonych”, ma on prawo odmówić udzielenia na nie odpowiedzi, a nawet dać odpowiedź nieprawdziwą¹⁵.

Istnienie listy prac, których wykonywanie jest wzbronione kobietom, a w szczególności kobietom w ciąży, powoduje wystąpienia poważnego ryzyka, że niektóre z wyrażonych wyżej zasad, odnoszących się do ogółu pracowników, nie będą w praktyce miały zastosowania do kobiet. Można już np. spotkać się z poglądem, że zadawanie pytań o ciążę jest konieczne przy uwzględnieniu przepisów z zakresu szczególnej ochrony pracy kobiet w tym stanie¹⁶. Warto jednak zaznaczyć, że pracę podejmuje się z założenia

¹⁰ Roksolana Semerak-Nebeś, *Kilka uwag o dokumentacji związanej z zatrudnianiem pracowników*. Praca i Zabezpieczenie Społeczne 1998, nr 1, s. 32. Przepis ten traktujący o dokumentowaniu podjęcia pracy przez pracownika stanowi, iż pracodawca może żądać od osoby, ubiegającej się o zatrudnienie, złożenia następujących dokumentów: 1) wypełnionego kwestionariusza osobowego wraz z niezbędną liczbą fotografii, 2) świadectwa pracy z poprzedniego miejsca pracy, 3) dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe, wymagane do wykonywania oferowanej pracy, 4) świadectwa ukończenia szkoły podstawowej – w przypadku osoby niepełnoletniej, ubiegającej się o zatrudnienie w celu przygotowania zawodowego, 5) orzeczenia lekarskiego, stwierdzającego brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku, 6) innych dokumentów, jeżeli obowiązek ich przedłożenia wynika z odrębnych przepisów. Osoba ubiegająca się o zatrudnienie może dodatkowo przedłożyć dokumenty, potwierdzające umiejętności i osiągnięcia zawodowe, świadectwa pracy z poprzednich miejsc pracy oraz dokumenty, stanowiące podstawę do korzystania ze szczególnych uprawnień w zakresie stosunku pracy.

¹¹ Andrzej Drozd, *Uprawnienie podmiotu zatrudniającego do pozyskiwania informacji o kandydacie na pracownika*. Państwo i Prawo 2001, nr 12, s. 71.

¹² Andrzej Drozd, *Uprawnienie podmiotu zatrudniającego do pozyskiwania informacji o kandydacie na pracownika*. Państwo i Prawo 2001, nr 12, s. 75 oraz wskazana tam literatura.

¹³ Wacław Szubert, *Zarys prawa pracy*. Warszawa 1980, s. 108-109.

¹⁴ Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. Nr 133, poz. 883 ze zm.

¹⁵ W tym miejscu należy jednak zasygnalizować, że zwraca się uwagę, iż zadawanie takich pytań może być konieczne przy uwzględnieniu regulacji prawnych istotnych z punktu widzenia przyszłego stosunku pracy, np. przepisów z zakresu szczególnej ochrony pracy kobiet, co będzie miało wpływ na ocenę legalności pozyskiwania określonych informacji, np. pytania o ciążę.

¹⁶ Andrzej Drozd, *Uprawnienie podmiotu zatrudniającego do pozyskiwania informacji o kandydacie na pracownika*. Państwo i Prawo 2001, nr 12, s. 75.

na dłuższy czas, a ciąża trwa tylko kilka miesięcy. Na okres ciąży kobieta może więc być przesunięta do innej pracy.

W niektórych państwach ogranicza się prawnie dopuszczalną tematykę pytań zadawanych osobie, ubiegającej się o zatrudnienie, wychodząc z założenia, że niektóre pytania podmiotu zatrudniającego mają charakter potencjalnie dyskryminujący. Na przykład we Włoszech istnieje ustawowy zakaz przeprowadzania przez pracodawców (zarówno publicznych, jak i prywatnych) badań na obecność wirusa HIV, i to nie tylko w stosunku do pracowników, lecz również do osób ubiegających się o zatrudnienie¹⁷. W orzecznictwie francuskim podkreśla się, że pytania stawiane kandydatowi do pracy muszą pozostawać w bezpośrednim związku z przyszłym zatrudnieniem i zamykać się w granicach konieczności¹⁸. Pytania dotyczące stanu zdrowia w zasadzie należą do sfery prywatności jednostki i z tego tytułu podlegają ochronie. Niemniej jednak np. w Niemczech przyjmuje się, że o ile, podobnie jak we Włoszech czy Francji, nie można pytać pracownika o to, czy jest zakażony wirusem HIV, to pytanie, czy choruje na AIDS lub inną chorobę zakaźną, jest już dopuszczalne, jako że bezpośrednio wpływa na zdolność do wykonywania pracy¹⁹. We wszystkich wymienionych krajach kandydat do pracy nie może ponosić negatywnych konsekwencji za unikanie odpowiedzi lub odpowiedzi wymijające na pytania niedozwolone. Przyjmuje się też, że pracodawca nie ma prawa do rozwiązania umowy o pracę po wyjściu na jaw, że pracownik na niedozwolone pytanie udzielił odpowiedzi nieprawdziwej.

Zasady te zasługują również na pełną akceptację w prawie polskim. Nie kwestionując umownego charakteru stosunku pracy, trudno nie dostrzec, że osoba ubiegająca się o przyjęcie do pracy z reguły znajduje się na słabszej pozycji niż potencjalny pracodawca. W związku z tym nie można braku ograniczeń w zakresie pozyskiwania informacji przez pracodawcę o kandydacie na pracownika tłumaczyć tym, że potencjalny pracownik ma wolną wolę i może nie odpowiadać na pewne pytania, a jeśli odpowie, to w myśl zasady „chcęmu nie dzieje się krzywda” powinien ponieść tego konsekwencje.

W tym kontekście warto zasygnalizować, że źle się stało, iż zamieszczony w rządowym projekcie zmian kp z 2001 roku nowy art. 22¹ nie został przyjęty przez Sejm. W przepisie tym proponowano wyraźne określenie, jakich danych osobowych prac-

odawca ma prawo żądać od osoby ubiegającej się o zatrudnienie²⁰.

3. Odmowa zatrudnienia z powodu stanu zdrowia.

W polskim prawie brak jest skutecznych gwarancji ochrony dóbr osób, ubiegających się o zatrudnienie, zwłaszcza wspierających zakaz dyskryminacji²¹. Wprawdzie w świetle obowiązujących od 1 stycznia 2002 roku zmian przepisów kodeksu pracy przyznano prawo do odszkodowania osobie dyskryminowanej (art. 18^{3d}). Dotyczy to jednak tylko naruszenia zasady równego traktowania kobiet i mężczyzn, a nie dyskryminacji z innego powodu, np. ze względu na stan zdrowia czy niepełnosprawność. Oczywiście przepis ten może mieć zastosowanie w przypadku podwójnej dyskryminacji: ze względu na płeć oraz ze względu na stan zdrowia, niemniej jednak celowe wydaje się w przyszłości wprowadzenie przez ustawodawcę regulacji, która wyraźnie przewidywałaby również możliwość dochodzenia odszkodowania w przypadku dyskryminacji z innych powodów niż płeć. Odniesienie się w postulowanych przepisach do takich powodów, jak stan zdrowia czy niepełnosprawność, nie tylko zapewniłoby ułatwienie dochodzenia roszczeń przez osoby pokrzywdzone, lecz równocześnie pełniłoby ważną rolę informacyjno-edukacyjną, zarówno w odniesieniu do pracodawców, jak i pracowników, wskazując ponadto na wagę, jaką przywiązuje ustawodawca właśnie z tych względów do ochrony przed dyskryminacją w zatrudnieniu.

¹⁷ Art. 5 i 6 ustawy Nr 153 z 5.6.1990 r. Por. *Etude comparative sur la discrimination a l'encontre des seropositifs et des malades du SIDA. Conseil de l'Europe. Strasbourg 1993*, s. 112

¹⁸ Cassation, Chambre Sociale, 17 decembre 1973. *Jurisprudence constante*. Cyt. za *Etude comparative sur la discrimination a l'encontre des seropositifs et des malades du SIDA. Conseil de l'Europe. Strasbourg 1993*, s. 111

¹⁹ Por. wyrok Bundesarbeitsgericht z 7.6.1984; *Neue Juristische Wochenschrift 1985*, s. 645

²⁰ Dane te pokrywały się z danymi, o których mowa w cytowanym wyżej rozporządzeniu. Charakterystyczne jest przy tym, że danych dotyczących stanu rodzinnego pracownika (liczby i wieku dzieci) mógł żądać pracodawca dopiero po zatrudnieniu kandydata (od „pracownika”).

²¹ Irena Boruta, *Zakaz dyskryminacji w stosunkach pracy w: Polskie prawo pracy w okresie transformacji i w oświeceniu prawa wspólnotowego*, red. Henryk Lewandowski, Warszawa 1997, s. 227.

Ocena zabezpieczenia pracowników zakładów, w których istnieje ryzyko zakażenia HIV

I. Wprowadzenie

Według danych Komisji Europejskiej, od początku epidemii HIV/AIDS do końca 1997 roku zanotowano na świecie 286 zakażeń zawodowych HIV u pracowników medycznych (95 udokumentowanych i 191 prawdopodobnych). Spośród nich 166 (52 udokumentowanych i 114 prawdopodobnych) wystąpiło w Stanach Zjednoczonych, 96 (32 udokumentowane i 64 prawdopodobne) w Europie i pozostałe 24 w innych regionach świata. Znaczącą większość zakażeń zawodowych zarejestrowano w krajach o dobrze działającym systemie rejestracji i zgłaszalności zakażeń krwiopochodnych i ekspozycji zawodowych związanych z tymi zakażeniami (poprzez ekspozycję zawodową należy rozumieć bezpośredni kontakt materiału zakaźnego, krwi i innych płynów ustrojowych, z uszkodzoną skórą lub błonami śluzowymi zdrowego człowieka, wykonującego czynności zawodowe).

U wszystkich osób, które uległy zakażeniu, stwierdzono w wywiadzie ekspozycję zawodową z krwią osoby zakażonej HIV. Równocześnie w dochodzeniu epidemiologicznym, dotyczącym tych osób, nie wykazano innych ryzykownych zachowań, mogących stanowić przyczynę zakażenia. Do większości zakażeń doszło w wyniku zakłucia lub skaleczenia ostrym narzędziem zanieczyszczonym krwią osoby zakażonej HIV. W sporadycznych przypadkach ekspozycja dotyczyła kontaktu krwi z błonami śluzowymi lub uszkodzoną skórą pracownika.

Fakty te potwierdzają możliwość zakażenia HIV w następstwie zawodowego kontaktu z krwią lub innym materiałem zakaźnym, pochodzącym od osób zakażonych. Dotyczy to głównie personelu medycznego, ale możliwe jest również u pracowników, mających sporadyczne kontakty z krwią w trakcie wykonywania czynności służbowych, np. u policjantów, funkcjonariuszy straży miejskich, pracowników ochrony oraz innych służb ratowniczych i penitencjarnych. U pracowników medycznych ryzyko zawodowego zakażenia HIV wynosi 0,3%, co oznacza trzy zakażenia na tysiąc ekspozycji z krwią pacjentów zakażonych HIV.

Według rejestru zakażeń zawodowych prowadzonego przez Centrum Kontroli Chorób i Profilaktyki (CDC) w Atlancie, zakażenie HIV związane z wykonywaniem pracy dotyczy w Stanach Zjednoczonych najczęściej pielęgniarek (63% wszystkich zakażeń zawodowych HIV), w znacznie mniejszym stopniu lekarzy (14%), pracowników laboratoryjnych (11%) i pomocniczego personelu medycznego (10%).

2. Uwarunkowania i zasady profilaktyki zakażeń zawodowych HIV

W poszczególnych krajach ryzyko zakażenia HIV w następstwie ekspozycji zawodowej zależy od wielu czynników, wśród których wymienić należy przede wszystkim wskaźnik wyrażony procentem populacji zakażonej HIV. Im wyższy wskaźnik, tym większe ryzyko kontaktu z krwią osoby zakażonej. W poszczególnych krajach wskaźnik ten waha się od 0,01% do 35,8% (Botswana) i zależy, między innymi, od czasu trwania epidemii i podjętych działań prewencyjnych. Działania te, podejmowane zwykle w ramach narodowych programów zapobiegania zakażeniom HIV, mogą mieć znaczący wpływ na zmniejszenie narażenia na zawodowe zakażenie HIV przy pracy w kontakcie z krwią.

Istotne znaczenie dla oceny ryzyka zawodowego zakażenia HIV w określonym kraju lub regionie może mieć również informacja o zasięgu stosowania terapii antyretrowirusowej u osób zakażonych HIV i chorych na AIDS. Jakkolwiek do chwili obecnej nie udowodniono ewentualnego wpływu tej terapii na

ograniczenie szerzenia się HIV (w związku z obniżeniem zakaźności osób poddanych leczeniu), to z całą pewnością wiadomo, że relacja taka istnieje w zakażeniach wertykalnych (z ciężarnej na dziecko), znacząco zmniejszając częstość zakażeń HIV u noworodków urodzonych z zakażonych matek, które w ciąży i w czasie porodu otrzymywały leki antyretrowirusowe. Jest więc wielce prawdopodobne, że szerokie stosowanie tych leków, tj. objęcie programem leczenia antyretrowirusowego większości zakażonych HIV i chorych na AIDS w danym kraju – co wymaga przeznaczenia na ten cel odpowiednich środków – ma nie tylko znaczenie terapeutyczne dla pacjentów, ale ponadto może mieć wpływ na zmniejszenie ilości potencjalnych źródeł zakażenia dla pracowników medycznych, gdyż nie każdy pacjent zakażony HIV będzie stwarzać dla nich ryzyko zakażenia w przypadku kontaktu z jego krwią. Leki antyretrowirusowe pozwalają bowiem na znaczne zmniejszenie ilości cząstek wirusa we krwi osób zakażonych, czyli tzw. wiremii, od której zależy – w dużym stopniu – ryzyko zakażenia pracownika, mającego kontakt z tą krwią. Im niższy poziom wiremii u pacjenta, tym mniejsze niebezpieczeństwo zakażenia pracownika w przypadku ekspozycji zawodowej.

W zakładach opieki zdrowotnej duże znaczenie prewencyjne ma rygorystyczne przestrzeganie zasad profilaktyki zakażeń, szerzących się poprzez krew, w ramach obowiązujących standardów i procedur postępowania przewidzianych w zapobieganiu zakażeniom szpitalnym. Wymaga to zapewnienia w placówkach medycznych prawidłowej sterylizacji i dezynfekcji oraz wystarczającej ilości i jakości sprzętu jednorazowego i wielokrotnego użytku, środków czystości i dezynfekcyjnych, a także odzieży ochronnej. Duże znaczenie ma ponadto dobra organizacja pracy w poszczególnych oddziałach szpitalnych i przychodniach oraz prawidłowa utylizacja odpadów.

Podstawowa wiedza o zasadach higieny i bezpieczeństwa pracy oraz aseptyki medycznej pozwala w wielu przypadkach na uniknięcie ryzyka zakażenia. Szczególną częścią tych zasad, opierających się na założeniu, że „każdy pacjent jest potencjalnie zakaźny”, są tzw. uniwersalne zasady ostrożności, nakładające rozważne i ostrożne wykonywanie wszelkich procedur medycznych. Zaniedbania w tej dziedzinie mogą stwarzać poważne zagrożenia zakażeń wirusami krwiopochodnymi, w tym HIV. Podstawowa z tych zasad, mówiąca o stosowaniu rękawiczek ochronnych przy każdym kontakcie z krwią i innymi

płynami ustrojowymi oraz wydzielinami i wydalinami, odnosi się nie tylko do pracowników medycznych, ale do wszystkich, którzy w trakcie wykonywania czynności służbowych mogą być ekspozowani na krew lub inny materiał zakaźny. Stosowanie rękawiczek ochronnych zmniejsza o około 50% ryzyko zakażenia HIV w przypadku zakłucia lub skaleczenia, gdyż ilość krwi, która wówczas wnika do ustroju osoby ekspozowanej, jest znacznie mniejsza i może nie wystarczyć do wywołania zakażenia.

Z licznych obserwacji wynika, iż – w większości przypadków – sytuacje, w których dochodzi do zakażenia, są wynikiem nieprzestrzegania aseptyki medycznej i zasad bezpieczeństwa pracy. Wskazuje to na potrzebę systematycznego szkolenia, uwzględniającego zasady bezpiecznego wykonywania procedur medycznych i równoczesną dbałość o przyswojenie sobie przez pracowników medycznych i innych, mogących w pracy mieć kontakt z krwią, określonych nawyków higienicznych, ograniczających ryzyko ekspozycji zawodowych.

Odpowiedzialny za przeszkolenie pracowników, opracowanie zasad postępowania z materiałem potencjalnie zakaźnym na różnych stanowiskach pracy, jak również za wyposażenie pracowników w podstawowe środki ochrony osobistej jest pracodawca. Podstawowe środki ochrony osobistej sprowadzają się do rękawiczek ochronnych oraz – w przypadku możliwości rozprysku krwi – osłon na twarz (względnie okularów ochronnych i maseczek) i ewentualnie nieprzemakalnych z przodu fartuchów.

Dotychczasowe doświadczenia wskazują, że nawet najbardziej rygorystyczne przestrzeganie higieny, aseptyki oraz zasad ostrożności i bezpieczeństwa pracy nie wyklucza całkowicie ekspozycji zawodowych, w następstwie których może dojść do zakażeń wirusami krwiopochodnymi, w tym HIV. Przewidziane w takiej sytuacji zasady postępowania uwzględniają profilaktyczne podanie leków antyretrowirusowych pracownikowi, który uległ ekspozycji. Z licznych badań przeprowadzonych w różnych krajach Europy i w Stanach Zjednoczonych wynika jednoznacznie, iż zapobiegawcze zastosowanie leków antyretrowirusowych (w szczególności zydowudyny, AZT) zmniejsza ryzyko zakażenia o 80%. Wynika z tego konieczność podania leków antyretrowirusowych pracownikom w przypadku ekspozycji zawodowej, jeśli istnieją wskazania do ich zastosowania. Schemat postępowania poekspozycyjnego, uwzględniającego terapię antyretrowirusową, ustala się we-

dle określonych kryteriów, do których zalicza się między innymi rodzaj ekspozycji i domniemany poziom wirerii u pacjenta, będącego źródłem ekspozycji (wysoki poziom występuje w ostrej fazie choroby retrowirusowej i w zaawansowanym AIDS, względnie niski poziom – w długim okresie bezobjawowym zakażenia).

Skuteczność profilaktycznej kuracji lekami antyretrowirusowymi zależy od czasu jej rozpoczęcia po ekspozycji; im krótszy czas (najlepiej pierwsza godzina), tym większa szansa na jej skuteczność. Większość autorów jest zgodna, iż profilaktykę poekspozycyjną należy rozpocząć w ciągu 24 godzin od wypadku, chociaż nie wyklucza się ewentualności jej zastosowania po 36-72 godzinach, a nawet później, zwłaszcza jeśli istnieje duże prawdopodobieństwo zakażenia, np. głębokie zakłucie igłą iniekcijną, zanieczyszczoną krwią osoby z objawami AIDS.

Z profilaktycznym stosowaniem leków antyretrowirusowych wiąże się zatem kilka praktycznych, zasadniczych kwestii. Dotyczą one łatwości i szybkości dostępu do tych leków w przypadku ekspozycji oraz możliwości bezzwłocznego zbadania krwi w kierunku HIV osoby, będącej źródłem ekspozycji.

Zgodnie z definicją pacjent staje się dla pracownika medycznego źródłem ekspozycji zawodowej tylko wówczas, gdy jego krew dostanie się na uszkodzoną skórę lub błony śluzowe pracownika medycznego. Konieczne jest wówczas zbadanie krwi pacjenta na obecność wirusa HIV.

Wiąże się z tym niezwykle istotny problem etyczny i prawny. Zgodnie bowiem z przyjętymi zasadami deontologii i wymogami prawa, wykonanie testu wykrywającego zakażenie HIV wymaga zgody pacjenta. Jedną z zasad *Powszechnej deklaracji praw chorych na AIDS i nosicieli wirusa HIV*¹ głosi, iż „w żadnym przypadku badanie w kierunku obecności zakażenia HIV nie może być przeprowadzone bez zgody pacjenta”. W przypadku ekspozycji zawodowej pracownika medycznego wykonanie testu nie leży w interesie pacjenta, będącego źródłem ekspozycji, może więc zdarzyć się, że pacjent odmówi zgody na jego przeprowadzenie. Jednakże od wyniku testu pacjenta zależy, w dużym stopniu, decyzja o podjęciu terapii antyretrowirusowej u ekspozowanego pracownika. Gdyby więc pacjent zakażony HIV, który zachował

¹ Cyt. za *AIDS problemem zdrowotnym i wychowawczym*, IV Konferencja Naukowa, Zeszyty Naukowe nr 62, AWF Kraków 1990.

w tajemnicy fakt swego zakażenia lub był tego faktu nieświadomy, nie zgodził się na wykonanie testu, mógłby narazić na zakażenie pracownika medycznego, czego można było uniknąć w przypadku zastosowania terapii antyretrowirusowej.

Ekspozycja zawodowa bez tej terapii spowodowałaby, możliwy do uniknięcia, stan zagrożenia dla zdrowia, a nawet dla życia pracownika medycznego, gdyż AIDS pozostaje nadal chorobą śmiertelną. Gdyby natomiast zastosowano terapię antyretrowirusową u pracownika ekspozowanego na krew pacjenta niezakażonego HIV, mogłoby to niepotrzebnie narazić pracownika na wystąpienie ubocznego działania leków antyretrowirusowych. W praktyce problem ten jest bardziej skomplikowany, niż wynikałoby to z przedstawionych wyżej rozważań. Może się bowiem zdarzyć, że pacjent-źródło ekspozycji pozostaje w okresie tzw. okienka serologicznego, będzie więc zakażony HIV, ale od chwili zakażenia nie upłynął jeszcze okres, wystarczający do wytworzenia w jego krwi przeciwciał, od obecności których zależy wykrycie zakażenia w rutynowo stosowanych testach. Test wykonany u takiego pacjenta nie wykaże istniejącego zakażenia, co mogłoby spowodować zaniechanie profilaktycznego zastosowania leków antyretrowirusowych u pracownika, który uległ ekspozycji. Czasem problem ten daje się rozwiązać przez dodatkowe zbadanie krwi pacjenta na obecność antygeny P24, będącego bezpośrednim dowodem obecności wirusa HIV w organizmie. Antygen ten można wykryć w okresie 1–2 tygodni od zakażenia. W rutynowej diagnostyce są już nawet stosowane testy umożliwiające wykrycie we krwi zarówno przeciwciał, jak i antygeny P24. Jednakże nawet ta nowoczesna diagnostyka nie wyklucza niezwykle rzadkiej, ale możliwej sytuacji, w której u pacjenta zakażonego HIV wykonane testy będą ujemne. Z tego względu decyzję o profilaktycznym zastosowaniu leków antyretrowirusowych u pracownika po ekspozycji zawodowej podejmuje się nie tylko na podstawie badania krwi pacjenta w kierunku obecności HIV, ale również wywiadu i badania pacjenta, będącego źródłem ekspozycji. Jeżeli dane uzyskane w wywiadzie lub badaniu przedmiotowym będą wskazywały na możliwość zakażenia HIV, to lekarz może podjąć decyzję o zastosowaniu leków antyretrowirusowych pomimo ujemnego wyniku testu. Podobnie należy postąpić także w przypadku, gdy nie jest możliwe ustalenie, czy np. krew, która prysnęła do oka laborantce, zawiera wirusa HIV, a dotarcie do osoby, od

której pochodziła ta krew, także nie jest możliwe. Podkreśla się, że zawsze jednak, gdy możliwość taka istnieje, krew pacjenta, będącego źródłem ekspozycji, powinna być zbadana na obecność wirusów HIV, HBV i HCV. Nie ma bowiem wystarczająco przekonującego uzasadnienia, dla którego pacjent mógłby odmówić zgody na wykonanie testu w kierunku HIV w sytuacji, gdy od wyniku testu może zależeć zdrowie i życie pracownika medycznego lub innego, który uległ ekspozycji. W przedstawionej sytuacji zasadne wydaje się zatem przyzwolenie na wykonanie testu wykrywającego zakażenie HIV nawet bez zgody pacjenta. Nie powinno to jednak zwalniać od próby uzyskania zgody na wykonanie testu. Problem ten wymaga klarownych uregulowań z etycznego i prawnego punktu widzenia.

Ważne znaczenie ma również ustalenie zasad odpłatności za leki i badania diagnostyczne przeprowadzone w ramach postępowania poekspozycyjnego. W wielu publikacjach podkreśla się, iż decyzję o ilości i rodzaju leków antyretrowirusowych w każdym indywidualnym przypadku ekspozycji zawodowej powinien podjąć lekarz w specjalistycznym ośrodku. Gdy natychmiastowy kontakt z ośrodkiem nie jest możliwy, zaleca się podanie bezpośrednio po ekspozycji pierwszej dawki zydowudyny (powinna znajdować się w każdym zakładzie służby zdrowia, w którym możliwa jest ekspozycja zawodowa), pozostawiając specjalście decyzję o dalszym postępowaniu. Powinno to nastąpić tak szybko, jak tylko jest możliwe.

Optymalne zabezpieczenie dla pracownika po ekspozycji zawodowej, zgodne z wiedzą i możliwościami współczesnej medycyny, to podanie leków antyretrowirusowych w pierwszej godzinie po ekspozycji na krew zanieczyszczoną HIV. Koszty związane z postępowaniem poekspozycyjnym (leki antyretrowirusowe i badania diagnostyczne) powinien ponosić pracodawca lub ubezpieczenia zdrowotne, względnie budżet państwa.

Pełne zabezpieczenie pracownika przed skutkami ekspozycji zawodowej możliwe jest wówczas, gdy w zakładzie opracowano precyzyjny system postępowania poekspozycyjnego i opublikowano w formie instrukcji, uwzględniającej obowiązek bezwłocznego zgłoszenia do określonego lekarza (zespołu lekarzy) każdego przypadku ekspozycji zawodowej oraz zasady dalszego postępowania oraz precyzującej odpowiedzialność poszczególnych osób, poczynwszy od poszkodowanego pracownika, który –

we własnym interesie – powinien bezzwłocznie poinformować właściwego lekarza o swojej ekspozycji. Instrukcje poszczególnych zakładów pracy powinny opierać się na ustalonej procedurze postępowania poekspozycyjnego i pozostawać w zgodności z obowiązującymi w danym kraju zasadami rejestracji i zgłaszania określonym instytucjom zarejestrowanych ekspozycji zawodowych.

Zarówno zasady rejestracji i zgłaszania ekspozycji zawodowych, jak i instrukcje w poszczególnych zakładach pracy powinny uwzględniać wymóg zachowania tajemnicy zawodowej i służbowej wobec pracowników podejrzanych o zakażenia HIV w następstwie ekspozycji zawodowych oraz pracowników, u których – w następstwie ekspozycji – doszło do zakażenia HIV. Zgłaszanie, gromadzenie i przekazywanie tych danych uprawnionym instytucjom musi być zgodne z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

Ocena zabezpieczenia pracowników zakładów pracy, gdzie możliwe jest zawodowe zakażenie HIV, obejmuje także sytuacje, w których – niezależnie od poziomu ochrony pracownika – wystąpi zakażenie HIV w następstwie ekspozycji zawodowej. W takiej sytuacji pracownik musi mieć zapewnioną możliwość kontynuacji pracy na dotychczasowym stanowisku. W żadnym cywilizowanym kraju nie istnieją przepisy, zabraniające wykonywania pracy w jakimkolwiek zawodzie z powodu zakażenia HIV, poza zaleceniami ewentualnych ograniczeń, wynikających ze stanu zdrowia, podyktowanych dobrem pacjenta- pracownika zakażonego HIV. Prawnicy zwracają jednak uwagę na „szczególny obowiązek zakładów opieki zdrowotnej, dotyczący zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa pobytu”, co – jak twierdzą – „nie pozwala przejść do porządku nad możliwością wykonywania zabiegów medycznych przez pracowników zakażonych HIV”². Jeśli bowiem doszłoby do zakażenia pacjenta, to zakażony pracownik medyczny lub zatrudniający go zakład opieki zdrowotnej byłoby zobowiązani wypłacić pacjentowi odszkodowanie. Zwolnienie z tego zobowiązania byłoby możliwe tylko wówczas, gdyby pacjent wyraził zgodę na udzielenie mu świadczenia przez pracownika zakażonego HIV.

Zbliżony pogląd wyraził Komitet Ministrów Rady Europy w rekomendacji (89)14 z dnia 24 października 1989 roku w sprawie etycznych problemów zakażenia HIV w zakładach opieki zdrowotnej i placówkach społecznych. W punkcie 66 rekomendacji stwierdzono, iż „(...) pracownik medyczny (lekarz,

pielęgniarka itp.) zakażony HIV powinien powstrzymać się od podejmowania jakiejkolwiek działalności medycznej, która mogłaby stwarzać ryzyko przekazania zakażenia pacjentowi”³. Ryzyko to, zgodnie z badaniami przeprowadzonymi w CDC, waha się – w przypadku operacji dokonywanych przez chirurga zakażonego HIV od 0,0024% (w przybliżeniu jedno zakażenie na 42 000 zabiegów) do 0,00024% (1 zakażenie na 420 000 zabiegów). W literaturze medycznej na świecie opisano dotychczas tylko dwa przypadki, w których dopuszczono możliwość zakażenia pacjentów przez lekarzy żyjących z HIV; dotyczyły one stomatologa i ortopedy. Wobec tak niewielkiego ryzyka przeniesienia zakażenia z lekarza na pacjenta uznano, iż nie ma podstaw do wydania prawnego zakazu wykonywania zabiegów medycznych przez lekarzy i innych pracowników medycznych zakażonych HIV. Uznano, że pracownik medyczny zakażony HIV ma prawo wykonywać swój zawód, jeżeli tylko pozwala mu na to jego stan zdrowia, stosowanie bowiem środków ochrony osobistej w dostateczny sposób eliminuje ryzyko zakażenia pacjenta.

Zgodnie z powyższym, w żadnym z krajów rozwiniętych nie wprowadzono obowiązku wykonywania testów wykrywających zakażenie HIV u pracowników służby zdrowia i innych narażonych na kontakt z krwią, w ramach wykonywanej pracy. Warto zauważyć, iż obowiązek taki został w Polsce wprowadzony rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w kodeksie pracy (Dz. U. Nr 69, poz. 332 ze zm.). Jednakże, w wyniku protestu lekarzy, minister w krótkim czasie po ukazaniu się owego rozporządzenia zmienił je w części dotyczącej obowiązku badań pracowników medycznych w kierunku HIV i innych wirusów krwiopochodnych. Zmiana ta nastąpiła w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 20 maja 1997 roku (Dz. U. Nr 60, poz. 375).

Terapia antyretrowirusowa nie umożliwia wprawdzie eliminacji wirusa z ustroju, ale opóźnia rozwój choroby i wystąpienie zespołu AIDS. Jest

² Rafał Szczepaniak, *Odpowiedzialność odszkodowawcza za zakażenie HIV*, seria *AIDS i prawo*, pod red. prof. A. J. Szwarcza, Poznań 1999.

³ Cyt. za *HIV/AIDS. Standardy europejskie. Wybór materiałów*, wstęp, tłum. i oprac. Tadeusz Jasudowicz, Toruń, 1998.

więc niezwykle ważne, aby osoba zakażona HIV w następstwie ekspozycji zawodowej miała zapewniony dostęp do bezpłatnych leków antyretrowirusowych i innych, w każdym przypadku istnienia wskazań do ich zastosowania. Zapewnienie bezpłatnego leczenia dla tych pracowników powinno wynikać z przepisów prawa. To samo dotyczy uznania zakażenia HIV po ekspozycji zawodowej za chorobę zawodową i przyznania przysługujących z tego tytułu świadczeń.

3. Wnioski

Dbłość o pracowników zakładów pracy, w których możliwe jest zawodowe zakażenie HIV, obejmuje dwie zasadnicze kwestie, a mianowicie ochronę pracowników przed zakażeniem HIV i zabezpieczenie w przypadku zakażenia HIV.

Ochrona pracowników przed zakażeniem HIV wymaga stworzenia precyzyjnego i spójnego systemu, w ramach którego byłyby spełnione wymogi, dotyczące:

1. Przestrzegania w zakładach opieki zdrowotnej i innych świadczących usługi medyczne zasad higieny i aseptyki, ze szczególnym uwzględnieniem skutecznej sterylizacji i dezynfekcji oraz prawidłowej utylizacji odpadów;
 - *osoby odpowiedzialne: pracodawcy i pracownicy zakładów opieki zdrowotnej i innych świadczących usługi medyczne,*
 - *wskazane regulacje prawne zobowiązujące pracodawców do zapewnienia warunków, umożliwiających przestrzeganie wyżej wymienionych zasad.*
2. Zaopatrzenia w środki ochrony osobistej pracowników zakładów opieki zdrowotnej i innych, w których możliwe jest zakażenie HIV;
 - *osoby odpowiedzialne: pracodawcy,*
 - *wskazane regulacje prawne zobowiązujące pracodawców do zapewnienia pracownikom środków ochrony osobistej w wystarczającej ilości i dobrej jakości.*
3. Systematycznego szkolenia pracowników w zakładach, w których możliwe jest zakażenie HIV, w zakresie bezpiecznego wykonywania procedur medycznych, przestrzegania uniwersalnych zasad ostrożności i postępowania w przypadkach ekspozycji zawodowych.

W zakładach opieki zdrowotnej szkolenie powinno ponadto dotyczyć zasad higieny ogólnej i aseptyki;

 - *osoby odpowiedzialne: pracodawcy,*
 - *wskazane regulacje prawne zobowiązujące pracodawców do ciągłego szkolenia personelu.*
4. Przestrzegania przez pracowników zasad aseptyki i uniwersalnych środków ostrożności oraz bezpiecznego wykonywania procedur medycznych;
 - *osoby odpowiedzialne: pracownicy zakładów opieki zdrowotnej i innych, w których możliwe jest zakażenie HIV.*
5. Opracowania procedury postępowania po ekspozycji na krew i inny infekcyjny materiał mogący być źródłem zakażenia HIV i innymi drobnoustrojami przenoszonymi drogą krwi;
 - *osoby odpowiedzialne: autorytety medyczne, klinicyści, naukowcy itd.*
6. Opracowania szczegółowych instrukcji postępowania poekspozycyjnego w poszczególnych zakładach opieki zdrowotnej. Instrukcje powinny wskazać osoby odpowiedzialne za poszczególne czynności w postępowaniu poekspozycyjnym oraz zapewnić szybkie i sprawne ich przeprowadzenie;
 - *osoby odpowiedzialne: pracodawcy.*
7. Opracowanie i wdrożenie systemu rejestracji i zgłaszania ekspozycji zawodowych na krew i inny potencjalnie infekcyjny materiał, mogący przenosić zakażenia HIV, HBV, HCV i inne. System powinien uwzględniać rejestr wewnątrz zakładu i dalsze przekazywanie informacji do wyznaczonej centralnej instytucji w kraju;
 - *odpowiedzialne: urzędy i instytucje realizujące politykę państwa w zakresie HIV/AIDS, pracodawcy w poszczególnych zakładach i wyznaczeni przez nich pracownicy,*
 - *konieczne regulacje prawne.*
8. Zachowania tajemnicy lekarskiej i służbowej w ramach istniejącego systemu rejestracji i zgłaszania ekspozycji zawodowych. Dotyczy to rejestrów zakładowych oraz przekazywania danych do wyznaczonego urzędu centralnego w kraju;
 - *osoby odpowiedzialne: w zakładach opieki zdrowotnej pracownicy, prowadzący postępowanie poekspozycyjne i inni, uczestniczący w procesie rejestracji i zgłaszania ekspozycji zawodowych oraz pracownicy w urzędach i instytucjach centralnych zobowiązanych do prowadzenia ewentualnych imiennych rejestrów zakażeń zawodowych.*

9. Zapewnienia pracownikom, którzy ulegną ekspozycji na krew lub inny materiał infekcyjny pochodzący od osób zakażonych HIV, możliwości szybkiego podania leków antyretrowirusowych oraz zapewnienia specjalistycznej konsultacji i opieki medycznej w okresie sześciomiesięcznej obserwacji, uwzględniającej przeprowadzenie wymaganych badań i profilaktyczną kurację lekami antyretrowirusowymi w przypadku wskazań lekarskich. Zarówno badania, jak i leki powinny być dla pracownika bezpłatne;

- *osoby odpowiedzialne: pracodawcy,*
- *niezbędne regulacje prawne ustalające zasady finansowania badań i leków antyretrowirusowych.*

Zabezpieczenie pracowników w przypadku zawodowego zakażenia HIV wymaga:

1. Umożliwienia pracownikowi kontynuowania pracy na dotychczasowym stanowisku;
 - *osoby odpowiedzialne: pracodawcy,*
 - *nie istnieją przepisy prawne, które zabraniałyby osobom zakażonym HIV pracy na jakimkolwiek stanowisku, w jakimkolwiek zawodzie.*
2. Zapewnienia specjalistycznej opieki medycznej i bezpłatnych leków antyretrowirusowych i innych, zależnie od potrzeb;
 - *odpowiedzialne: urzędy i instytucje realizujące politykę państwa w zakresie HIV/AIDS,*
 - *konieczne regulacje prawne, ustalające zasady polityki w tym zakresie.*
3. Zachowania w tajemnicy faktu zakażenia pracownika.
4. Uznania zakażenia HIV nabytego w następstwie ekspozycji zawodowej za chorobę zawodową i przyznanie przysługujących z tego tytułu świadczeń;
 - *odpowiedzialne: określone ciała i urzędy,*
 - *konieczne regulacje prawne.*
5. Zapewnienia pracownikowi dodatkowych świadczeń, umożliwiających zachowanie jak najdłużej dobrego stanu zdrowia. Dotyczy to m.in. możliwości przeprowadzania wizyt i badań lekarskich w godzinach pracy, pracy na jedną zmianę i innych udogodnień, przysługujących pracownikom w przypadku różnych poważnych schorzeń;
 - *osoby odpowiedzialne: pracodawcy,*
 - *wskazane ewentualne regulacje prawne.*

4. Ocena zabezpieczenia przed zakażeniem HIV pracowników w Polsce

Prawidłowa ocena sytuacji w Polsce wymaga ustosunkowania się do wszystkich uwarunkowań, determinujących ryzyko zawodowego zakażenia HIV i ochrony przed tym zakażeniem, jak również zabezpieczenia pracowników w przypadku ewentualnego zakażenia.

Od 1986 do końca 2001 roku wykryto w Polsce 7307 zakażeń HIV. Faktyczna liczba osób zakażonych wynosi – według danych szacunkowych – około 20.000. Procent zakażonej populacji waha się w przybliżeniu od 0,06 do 0,07, jest więc stosunkowo niski w porównaniu z większością krajów europejskich. Również kontakt z osobą zakażoną HIV, mogącą być źródłem ekspozycji zawodowej dla pracowników w zakładach opieki zdrowotnej i innych, w których występuje ryzyko narażenia na zakażenie HIV, jest w Polsce odpowiednio rzadszy niż w wielu innych krajach.

Do chwili obecnej nie stwierdzono w Polsce ani jednego przypadku zawodowego zakażenia HIV.

Stosunkowo niewielkie – w porównaniu z innymi krajami – rozprzestrzenienie zakażeń HIV w Polsce wynika, między innymi, z wieloletnich, różnorodnych działań profilaktycznych, podejmowanych w ramach *Krajowego programu zapobiegania zakażeniom HIV i opieki nad zakażonymi HIV i chorymi na AIDS*. Program ten, zatwierdzony przez Rząd, realizowany jest przez wiele resortów i wspomagany między innymi przez Kościół katolicki i inne wyznania, radio, telewizję oraz szereg organizacji pozarządowych. Niedopuszczenie do pogorszenia sytuacji wymaga jednak dalszych, intensywnych działań prewencyjnych, które umożliwiłyby utrzymanie wskaźnika częstości zakażeń HIV na obecnym lub niższym poziomie.

Z *Krajowego programu* wynika również dostęp wszystkich osób żyjących z HIV, spełniających kryteria medyczne, do leków antyretrowirusowych, finansowanych z budżetu państwa. Leki te przekazywane są do dwunastu przychodni specjalistycznych dla osób żyjących z HIV, usytuowanych w większości przy klinikach chorób zakaźnych akademii medycznych, do których kierowane są osoby z rozpozna-

nym zakażeniem HIV. Aktualnie leczy się około 1270 pacjentów, co kosztuje budżet państwa około 40 milionów złotych rocznie (około 10 milionów dolarów). Zgodnie z dotychczasowymi obserwacjami klinicznymi, możliwość obniżenia wirerii do poziomu ograniczającego w znacznym stopniu ewentualność zakażenia pracowników medycznych i innych w przypadku zawodowego kontaktu dotyczy około 60% osób poddanych leczeniu, tj. 760 na 20.000 zakażonych. Pozwala to na stwierdzenie, iż leczenie antyretrowirusowe osób zakażonych HIV w Polsce w bardzo niewielkim stopniu może zmniejszyć ryzyko zakażenia pracowników medycznych i innych w przypadku ekspozycji zawodowej. Nie podważa to faktu ogromnego znaczenia terapeutycznego tych leków dla osób żyjących z HIV.

W związku z niezwykle trudną sytuacją budżetową w Polsce istnieje obawa, że fundusze na leki antyretrowirusowe mogą pozostać na dotychczasowym poziomie lub – co gorsze – ulec obniżeniu, co przy wzrastającej liczbie osób zakażonych HIV, kierowanych do leczenia, może spowodować poważne trudności w dostarczeniu tych leków wszystkim, mającym wskazania lekarskie do objęcia ich programem leczenia.

W Polsce istnieje szereg przepisów, zobowiązujących zakłady opieki zdrowotnej do przestrzegania wymaganych standardów postępowania aseptycznego, uniemożliwiających szerzenie się zakażeń zakładowych, w tym zakażeń krwiopochodnych. Najważniejszy z nich to ustawa z 6 września 2001 roku o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384), która uchyliła poprzednią ustawę z 13 listopada 1963 roku (Dz. U. z 1971 r. Nr 50, poz. 279). Ustawa zobowiązuje kierowników zakładów opieki zdrowotnej i osoby, wykonujące zawody medyczne poza tymi zakładami, do zapewnienia przestrzegania wymagań higienicznych i zdrowotnych, obejmujących w szczególności „warunki skutecznej sterylizacji materiałów medycznych, narzędzi i innego sprzętu medycznego oraz prowadzenie prawidłowych procesów dezynfekcji”, a także „postępowania, przeciwdziałającego szerzeniu się zakażeń zakładowych oraz opracowanie i wdrożenie procedur, zapewniających ochronę przed zakażeniami zakładowymi, zgodnie z obowiązującymi standardami” (art. 10). Nadzór nad przestrzeganiem procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami zakładowymi powierzono zespołom kontroli zakażeń zakładowych, których powołanie należy do obowiązków

kierowników zakładów opieki zdrowotnej. Do zadań ww. zespołów należy również nadzór nad przestrzeganiem procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami zakładowymi, analiza występujących zakażeń zakładowych oraz szkolenie personelu w zakresie zasad, praktyki i metod kontroli zakażeń zakładowych (art. 12).

W art. 10 ustawy zobowiązano ponadto kierowników zakładów opieki zdrowotnej do zapewnienia „stosowania indywidualnych środków ochrony pracowników”. Obowiązek ten wynika również z art. 15 i 94 pkt. 4 kodeksu pracy, zgodnie z którymi „pracodawca jest obowiązany zapewnić pracownikowi bezpieczne i higieniczne warunki pracy oraz systematyczne szkolenie w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy”. Zasada zapewnienia pracownikowi bezpiecznych i higienicznych warunków pracy zawarta w kodeksie pracy wynika z art. 66 ust. 1 konstytucji RP. Sposób realizacji tej zasady został rozwinięty i sprecyzowany w przepisach prawa pracy, zwłaszcza w dziale dziesiątym kodeksu pracy, poświęconym bezpieczeństwu i higienie pracy. Warto w tym miejscu przytoczyć orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 19 grudnia 1980 roku I PR 87/80 (niepublikowane, powtórzone za J. Iwulski, *Kodeks pracy. Orzecznictwo*, Kraków 1997, s. 88), stwierdzające, iż „obowiązek pracodawcy, wynikający z unormowania zawartego w treści art. 94 pkt 4 i 15 kodeksu pracy – podniesiony do rangi podstawowej zasady prawa pracy – ma niewątpliwie na celu zapewnienie pracownikowi bezpiecznych i higienicznych warunków pracy. Oznacza to, że pracodawca obowiązany jest do zapewnienia pracownikowi **faktycznego** bezpieczeństwa a nie tylko do realizacji obowiązków wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów bhp.”⁴

W oparciu o te postanowienia niektórzy prawnicy wyrażają opinię, iż pracodawca powinien dostarczyć pracownikom wystarczającą ilość **wszystkich środków minimalizujących ryzyko zakażenia**, a więc nie tylko rękawiczek ochronnych, osłon na twarz itp., ale także leków antyretrowirusowych. Uważają, że brak tych środków może być kwalifikowany jako wina zakładu. Jednakże nie wszyscy są zgodni w kwestii, dotyczącej pokrycia przez pracodawcę kosztów leków antyretrowirusowych, które – w przypadku ekspozycji zawodowej – mogą

⁴ Cyt. za Małgorzata Gensdorf, Krzysztof Rączka, Jacek Skoczyński, *Kodeks pracy – komentarz*, wyd. 2, 2000, s. 40.

ochronić pracownika przed zakażeniem HIV. Zgadzają się oni, że pracodawca jest, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 czerwca 1997 roku o służbie medycyny pracy, obowiązany ponieść koszty profilaktycznej opieki zdrowotnej, niezbędne ze względu na warunki pracy i na zasadach określonych w kodeksie pracy. Jednakże – ich zdaniem – kodeks pracy ogranicza ten obowiązek do zakresu określonego rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 30 maja 1996 roku w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w kodeksie pracy. Zdaniem ich „szczegółowa analiza prawna tego rozporządzenia nie pozwala na stwierdzenie, w sposób jednoznaczny, że w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej mieści się podawanie leków antyretrowirusowych w przypadku wystąpienia ekspozycji zawodowej na zakażenie HIV. *Wskazówki metodyczne w sprawie przeprowadzania badań profilaktycznych pracowników*, stanowiące załącznik nr 1 do powołanego rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, wyszczególniają co prawda – wśród biologicznych czynników szkodliwych związanych z warunkami pracy – zakażenia HIV, HBV i HCV u pracowników służby zdrowia zatrudnionych na stanowiskach, gdzie często następuje kontakt z krwią, lecz dotyczą one jednak wyłącznie zakresu i częstotliwości badań lekarskich wstępnych, okresowych i kontrolnych, których celem jest ustalenie aktualnego stanu zdrowia pracowników i ewentualnego wpływu warunków pracy na stan zdrowia. Przedmiotem ich nie jest natomiast regulacja, odnosząca się do profilaktycznego stosowania jakichkolwiek leków bądź kontynuacji leczenia ewentualnych niekorzystnych skutków, będących następstwem ekspozycji zawodowej na zakażenie HIV. Powyższe wskazuje, iż nie można się posiłkować tym przepisem dla obciążenia pracodawcy kosztami zastosowania leków antyretrowirusowych w przypadku ekspozycji zawodowej. Nie można również w przedmiotowym zakresie posiłkować się art. 22 pkt 1 ustawy o służbie medycyny pracy, który nakłada na pracodawcę obowiązek ponoszenia kosztów badań wstępnych, okresowych i kontrolnych, bowiem obowiązek ten odnosi się wyłącznie do badań w zakresie określonym rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 1996 r.”⁵

Z przedstawionych względów, zdaniem autorki cytowanej opinii, brak w aktualnym stanie prawnym

podstaw do obciążenia pracodawcy kosztami profilaktycznego zastosowania leków antyretrowirusowych u pracowników po ekspozycji zawodowej na zakażenie HIV. Problemu tego nie rozwiązuje również fakt finansowania przez państwo leków antyretrowirusowych, gdyż w wykazie procedur medycznych, stanowiącym załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 2 listopada 1998 roku w sprawie wykazu wysokospecjalistycznych procedur medycznych finansowanych z budżetu państwa (Dz. U. Nr 140, poz. 910) określono, iż leki te przeznaczone są **tylko dla osób zakażonych HIV**.

W korelacji z przedstawionymi opiniami prawnymi, negującymi prawny obowiązek pracodawcy do pokrycia kosztów leków antyretrowirusowych w przypadku ekspozycji zawodowej, pozostaje pierwszy w Polsce wyrok Sądu Rejonowego we Wrocławiu z października 2001 roku,⁶ który odrzucił roszczenia pracownika medycznego domagającego się zwrotu kosztów (5000 zł, tj. ok. 1250 dolarów) poniesionych na zakup leków antyretrowirusowych po ekspozycji zawodowej w laboratorium analitycznym. Zebrany w sprawie materiał dowodowy wykazał, że powódka (mgr analityki) podczas wykonywania obowiązków służbowych uległa wypadkowi przy pracy na skutek prysnięcia surowicy do oka (pracodawca nie zapewnił jej osłony na twarz, względnie okularów ochronnych). Sąd ustalił, że komisja powypadkowa nie stwierdziła winy powódki ani jej przyczynienia się do wypadku. Pomimo tych ustaleń nie uznano jej roszczeń do zwrotu poniesionych kosztów.

Przedstawiony problem wymaga pilnych uregulowań prawnych, które zobowiązywałyby pracodawców lub ubezpieczenia zdrowotne do finansowania leków antyretrowirusowych pracownikom służby zdrowia i innym narażonym na zakażenie HIV w przypadku ekspozycji zawodowej.

Istniejące przepisy wydają się, poza przedstawionym wyjątkiem, świadczyć o wystarczających regulacjach obowiązku zapewnienia przez pracodawcę przestrzegania w zakładach opieki zdrowotnej zasad higieny i aseptyki oraz środków ochrony osobistej dla pracowników.

Odrębną kwestią pozostaje problem realizacji tych przepisów w praktyce. Z informacji uzyskanych

⁵ Grażyna Łukawska-Gasik, *Opinia prawna z 14.05.2001 r.* dostępna w Krajowym Centrum ds. AIDS.

⁶ Korespondencja z poszkodowaną mgr analityki i otrzymana od niej kserokopia wyroku znajdują się w Krajowym Centrum ds. AIDS.

ze stacji sanitarno-epidemiologicznych, przeprowadzających okresowe kontrole sanitarne w zakładach opieki zdrowotnej, wynika, że w większości z nich przestrzegane są standardy dotyczące prawidłowej sterylizacji i dezynfekcji. Najczęstsze zastrzeżenia dotyczą nieprawidłowej utylizacji odpadów, co kierownicy tych zakładów tłumaczą brakiem środków finansowych. Zastrzeżenie może natomiast budzić zaopatrzenie pracowników w środki ochrony osobistej. Wynika to z licznych informacji lekarzy i pielęgniarek, uczestników szkoleń na temat HIV/AIDS z ostatnich dwóch lat. Zakłady pracy są wystarczająco zaopatrzone w rękawiczki ochronne, gorzej – w osłony na twarz czy okulary ochronne.

W niektórych zakładach opieki zdrowotnej, pomimo dobrego zaopatrzenia, środki ochrony nie zawsze są stosowane. Dotyczy to zwłaszcza pielęgniarek starszego pokolenia, które przy zabiegach związanych z kontaktem z krwią nie mają nawyku wkładania rękawiczek bądź uważają, że należy je wkładać tylko wtedy, gdy zabieg dotyczy pacjenta z ustalonym zakażeniem HIV lub wirusami zapalenia wątroby (HBV, HCV). Wymaga to dalszych szkoleń i egzekwowania przez pracodawców standardu pracy w rękawiczkach przy wszelkich zabiegach, stwarzających ryzyko kontaktu z krwią.

W Polsce zespół specjalistów i autorytetów naukowych opracował zasady postępowania po ekspozycji na krew i inny potencjalnie infekcyjny materiał, mogący przenosić zakażenie HIV, HBV i HCV. Wchodzi one w skład wydanych przez Krajowe Centrum ds. AIDS i zatwierdzonych przez Ministra Zdrowia standardów *Postępowania zapobiegawczego i diagnostycznego w przypadku zakażenia HIV i zachorowania na AIDS*⁷, dla pracowników medycznych. Standardy te są zgodne z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia. Pierwsze wydanie z 1997 roku zostało przesłane do wszystkich lekarzy w Polsce za pośrednictwem izb lekarskich.

Obecne, czwarte już, wydanie tej publikacji, uwzględniające nowe osiągnięcia wiedzy w zakresie problematyki HIV/AIDS przekazywane jest głównie do szpitali i placówek służby zdrowia, świadczących opiekę ambulatoryjną.

We wszystkich kolejnych wydaniach podkreślono konieczność konsultowania ze specjalistami doświadczonymi w leczeniu pacjentów zakażonych HIV przypadków ekspozycji zawodowych przed podjęciem decyzji o zastosowaniu i rodzaju profilaktyki poekspozycyjnej. Podano również adresy i telefony oddzia-

łów szpitalnych i przychodni przy klinikach chorób zakaźnych, obejmujących opieką medyczną osoby zakażone HIV i chore na AIDS, w celu ułatwienia konsultacji specjalistycznej. W oparciu o zasady postępowania poekspozycyjnego przedstawione w wyżej wymienionych standardach, poszczególne szpitale i przychodnie powinny opracować szczegółowe instrukcje postępowania przystosowane do struktury i organizacji pracy w różnych oddziałach szpitalnych i pozostałych placówkach służby zdrowia.

W związku ze wzrastającą każdego miesiąca liczbą osób zakażonych HIV i coraz częstszą możliwością zawodowego kontaktu z pacjentem zakażonym HIV, a nie zawsze tego świadomym, potrzebą chwili wydaje się stworzenie jednolitego i spójnego systemu rejestracji i zgłaszania ekspozycji zawodowych na krew i inny potencjalnie infekcyjny materiał, mogący przenosić zakażenie HIV, HBV i HCV. Dotychczas w Polsce nie ma takiego systemu, jakkolwiek zdarzające się ekspozycje zawodowe z pacjentami zakażonymi HIV są konsultowane przez lekarzy zatrudnionych w wymienionych wyżej przychodniach specjalistycznych dla osób zakażonych HIV i osoby po ekspozycji są zwykle obejmowane opieką tych przychodni.

Ponadto, istniejący w Polsce – zgodnie z wymogami kodeksu pracy – obowiązek rejestracji i zgłaszania wypadków przy pracy obejmuje również ekspozycje zawodowe na krew i inny potencjalnie infekcyjny materiał zakaźny. W praktyce jednak rejestr wypadków przy pracy, mających charakter ekspozycji zawodowych, ogranicza się zwykle do poziomu szpitala lub przychodni i obejmuje tylko te ekspozycje, o których a priori było wiadomo, iż są następstwem kontaktu z pacjentem zakażonym HIV.

W niektórych szpitalach przy przyjęciu pacjenta żąda się badania w kierunku zakażenia HIV, stwarzając niepotrzebne dodatkowe koszty dla pacjentów i nie zawsze respektując prawny i etyczny wymóg świadomej i niewymuszonej zgody pacjenta na wykonanie testu. Sytuacja ta, w miarę prowadzonych szkoleń lekarzy i kierowania do nich materiałów edukacyjnych, dotyczących problematyki HIV/AIDS, ulega systematycznej poprawie, coraz częściej ogranicza się zlecanie testu wykrywającego zakażenie HIV do pacjentów, będących źródłem ekspozycji zawodowych, a nie wszystkich przyjmowanych do szpitala.

⁷ *Postępowanie zapobiegawcze i diagnostyczne w przypadku zakażenia HIV i zachorowania na AIDS*, pod red. Marka Beniowskiego, Ireny Głowaczewskiej, Jacka Juszczyka, wyd. IV, Warszawa 2002.

W Polsce, podobnie jak w innych krajach, lekarze są zobowiązani do pytania pacjenta o zgodę na wykonanie badania wykrywającego zakażenie HIV. Obowiązujące przepisy prawne są w tej sprawie jednoznaczne.

Z treści art. 32 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza wynika, że lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem ustawowo przewidzianych wyjątków, po wyrażeniu zgody przez pacjenta. Najbardziej relewantna w tym zakresie ustawa z dnia 6 września 2001 roku o chorobach zakaźnych i zakażeniach, wymieniając taksonomicznie w art. 6 osoby, które podlegają badaniom, mającym na celu wykrywanie zakażeń i chorób zakaźnych, przewiduje obowiązek badań w kierunku zakażeń HIV wyłącznie w odniesieniu do kobiet w ciąży, które były narażone na zakażenie HIV oraz noworodków urodzonych przez matki zakażone HIV. Tak więc brak szczególnej podstawy ustawowej do dokonywania badań krwi w tym kierunku bez zgody pacjenta przyjmowanego do szpitala (również w celu przeprowadzenia zabiegu operacyjnego). Warto dodać, że kodeks karny z 1997 roku, mając na uwadze potrzebę zwiększenia ochrony autonomii pacjenta w związku z wszelkimi interwencjami medycznymi, wprowadził nowy przepis – art. 192 – przewidujący karę za wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta (co nie wyłącza oczywiście możliwości kwalifikowania niektórych niedobrowolnych świadczeń medycznych z innych przepisów tego kodeksu). Natomiast art. 15 ust. 2 Kodeksu etyki lekarskiej (KEL) stanowi, że „wszczęcie postępowania diagnostycznego [...] bez zgody pacjenta może być dopuszczalne tylko wyjątkowo, w szczególnych przypadkach zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób”. Jednakże KEL nie jest aktem normatywnym, a więc wspomniany wyżej art. 15 ust. 2 KEL może mieć zastosowanie wyłącznie w tych przypadkach, kiedy na przymusowe badania wyraźnie zezwala ustawa.

Inny problem stanowi kwestia, czy w ogóle i ewentualnie w jakich okolicznościach lekarz, przeprowadzający bez zgody pacjenta takie badanie, może powoływać się na jedną z okoliczności wyłączających odpowiedzialność karną w postaci stanu wyższej konieczności (art. 26 kk). Sprawa ta jest sporna w doktrynie prawa i może być różnie oceniana w zależności od okoliczności konkretnego przypadku, a w szcze-

gólności od tego, czy badanie bez zgody jest przeprowadzane po tym, jak pracownik medyczny uległ już ekspozycji, czy też np. przy przyjęciu do szpitala na zabieg, którego wykonanie zwiększa ryzyko ekspozycji. Zawsze jednak pod warunkiem, że będą spełnione łącznie wszystkie określone w tym przepisie przesłanki. Jednakże nawet Wioletta Pigulska, reprezentująca najbardziej liberalne w tym zakresie stanowisko, z całą stanowczością zastrzega, że „na gruncie obowiązującego systemu prawnego nie ma absolutnie możliwości traktowania art. 26 kk jako swoistej otwartej furtki do regularnego wyłączania bezprawności niedobrowolnych i nieobowiązkowych testów w każdym przypadku badań w interesie osób trzecich”⁸.

Wydaje się, że w istniejącym stanie prawnym celowe byłoby rozważenie ewentualnego wprowadzenia do ustawy o zawodzie lekarza lub w ustawie o chorobach zakaźnych i zakażeniach przepisu, dopuszczającego możliwość wykonania testu, wykrywającego zakażenie HIV bez zgody zainteresowanego w przypadkach ekspozycji zawodowych, w których weryfikacja źródła zakażenia ma zasadnicze znaczenie dla podjęcia decyzji o profilaktycznym zastosowaniu leków antyretrowirusowych.

Ostatnim problemem, który w zakładach opieki zdrowotnej wymaga podjęcia określonych działań, w celu zabezpieczenia pracowników przed ewentualnym zakażeniem HIV w przypadku ekspozycji zawodowej, jest zapewnienie możliwości szybkiego zbadania krwi pacjenta, będącego źródłem ekspozycji, na obecność HIV i – w przypadku dodatniego wyniku – szybkiego podania pierwszej dawki AZT lub innego leku antyretrowirusowego wskazanego przez specjalistę. Obecnie w niewielu szpitalach w Polsce istnieją takie możliwości. Wynika to zapewne z faktu, iż dotychczas ryzyko ekspozycji zawodowej w kontakcie z pacjentem zakażonym HIV było znikome.

Z informacji uzyskanych z różnych zakładów (poza medycznymi), których pracownicy mogą być w ramach wykonywanych czynności służbowych narażeni na zakażenie wirusami krwiopochodnymi, w tym HIV (pracownicy policji, służb penitencjarnych i ratowniczych) wynika, iż w Polsce prowadzone są systematyczne szkolenia na temat zasad postępowania w przypadku kontaktu z krwią o charakte-

⁸ Por. Wioletta Pigulska, *Diagnostyka zakażeń HIV a prawo karne*. Wydawnictwo Poznańskie, Poznań 1998 r., s. 87 i n.

rze ekspozycji zawodowej. W wyposażeniu tych pracowników z reguły znajdują się rękawiczki ochronne.

Do niedawna zawodowe zakażenie HIV mogło być uznane za chorobę zawodową dopiero po wystąpieniu AIDS. Sytuacja ta uległa zmianie dzięki nowej ustawie z dnia 6 września 2002¹ roku o chorobach zakaźnych i zakażeniach, w której w wykazie chorób zakaźnych – obok choroby AIDS – uwzględniono zakażenie HIV. Stworzyło to podstawy prawne do uznania zakażenia HIV za chorobę zawodową i możliwość przyznania świadczeń, przysługujących z tego tytułu.

Pracownik z zawodowym zakażeniem HIV ma w Polsce prawo – podobnie jak wszystkie osoby zakażone – do specjalistycznej opieki medycznej i bezpłatnych leków antyretrowirusowych w przypadku wskazań lekarskich. W związku z faktem, iż raz nabyte zakażenie HIV trwa całe życie, nie ma bowiem możliwości wyeliminowania wirusa z ustroju, a AIDS – konsekwencja zakażenia HIV – pozostaje nadal chorobą śmiertelną, zasadne wydaje się rozważenie możliwości uproszczenia zasad przyznania jednorazowego odszkodowania pracownikom z zawodowym zakażeniem HIV, co wymagałoby odpowiednich uregulowań prawnych.

Polityka ONZ wobec własnych pracowników z HIV/AIDS

Powszechność zagrożenia epidemią AIDS spowodowała, że Organizacja Narodów Zjednoczonych (ONZ) włączyła się aktywnie w proces zwalczania tej choroby. Walka z nią wymaga bowiem międzynarodowej współpracy na wielu polach: medycznym, społecznym, ekonomicznym, politycznym, kulturalnym. W tym aspekcie jeszcze istotniejsze staje się przestrzeganie praw człowieka, w tym prawa osoby żyjącej z wirusem HIV czy chorego na AIDS do zatrudnienia. Przyjrzyjmy się procedurom stosowanym przez ONZ wobec własnych pracowników.

Informacja jako główna broń przeciw HIV/AIDS

Ponieważ AIDS jest chorobą śmiertelną, budzi zrozumiały lęk. Aby go przezwyciężyć, należy przede wszystkim wiedzieć, w jakich okolicznościach można zakażać się wirusem. Jak można stwierdzić, czy jesteśmy zakażeni HIV? Jak postępować, gdy dowiemy się, że jesteśmy zainfekowani?

AIDS and HIV Infection – Information for United Nations Employees and Their Families (broшура wydana przez UNAIDS, sojusz agend ONZ do walki z AIDS) przede wszystkim dostarcza podstawowych wiadomości pracownikom ONZ i ich rodzinom o możliwości zakażenia wirusem HIV oraz radzenia sobie w sytuacji, gdy zdiagnozowano już AIDS.

Edukacja i zapobieganie zakażeniu jest i pozostanie głównym środkiem walki z tą chorobą, przynajmniej do czasu wynalezienia skutecznego lekarstwa przeciw niej. Służby medyczne ONZ powinny zapewnić swoim pracownikom dostęp do informacji na temat HIV/AIDS, niezależnie od tego, w jakiej części świata pracownik jest zatrudniony.

Działania profilaktyczne

Dorośle osoby mogą zakażać się HIV przez stosunki seksualne, w czasie transfuzji krwi i produktów krwiopochodnych bądź w trakcie przeszczepów tkanki lub organów, a także używając zakażonej strzykawki, igły itp.

Priorytetowym zadaniem kadry kierowniczej ONZ w dziedzinie profilaktyki HIV/AIDS jest podejmowanie działań zapobiegawczych, które zminimalizują możliwość zakażenia.

Kierownictwo ONZ dokłada starań, by pracownicy i ich rodziny wiedzieli, gdzie mogą otrzymać krew bezpieczną, tj. przebadaną na obecność HIV. Ponadto zaleca się dokonywanie transfuzji krwi jedynie w tych przypadkach, kiedy jest to absolutnie niezbędne. Aktualizowana lista bezpiecznych placówek, dokonujących transfuzji krwi powinna być rozsyłana do wszystkich placówek ONZ.

Podejmowane są także środki, zmierzające do ograniczenia liczby wypadków drogowych. Nie chodzi tu tylko o wysoką śmiertelność, lecz także o to, że ranni uczestnicy wypadków mogą otrzymać nieprzebadaną krew, co zwiększa groźbę zakażenia wirusem HIV. W związku z tym proponuje się: zamontowanie pasów bezpieczeństwa we wszystkich pojazdach ONZ, przeprowadzenie szkoleń w posługiwaniu się pojazdami terenowymi, zakaz osobistego prowadzenia pojazdu, jeżeli jest do dyspozycji zawodowy kierowca, obowiązkowe używanie kasków przez kierowców i pasażerów motocykli, organizowanie szkoleń w zakresie pierwszej pomocy oraz wyposażenie wszystkich pojazdów w zestawy do udzielania pierwszej pomocy uczestnikom wypadków.

Służby medyczne ONZ powinny także zadbać, by pracownicy i ich rodziny mogli bez trudności otrzymać jednorazowe strzykawki i igły, zwłaszcza

w tych rejonach, gdzie trudno jest o właściwą sterylizację instrumentów medycznych.

Aby ograniczyć liczbę zakażeń HIV na skutek stosunków seksualnych, rekomenduje się używanie przez pracowników i ich rodziny prezerwatyw, których jakość gwarantowana jest przez UNFPA lub WHO. Prezerwatywy powinny być bezpłatne, a dostęp do nich – łatwy i dyskretny.

Rekrutacja

Zakażenie HIV nie świadczy o braku zdolności do wykonywania danej pracy. W czasie rekrutacji kandydatów na określone stanowisko pracy nie prowadzi się żadnych badań na obecność HIV. AIDS traktuje się tak samo, jak każdą inną chorobę, która z medycznego punktu widzenia warunkuje możliwość wykonania określonej pracy. Przeprowadzenie testów na HIV jest możliwe w stosunku do kandydata, jeśli zostanie poinformowany o badaniu i wyrazi na to zgodę. Taką procedurę można zastosować jedynie w przypadku, kiedy istnieje uzasadnione podejrzenie, że AIDS jest w stanie klinicznym.

Zatrudnienie

Zakażenie HIV nie może stanowić podstawy do rozwiązania umowy o pracę. Gdyby na skutek zakażenia obniżyły się możliwości podołania dotychczasowym obowiązkom, pracodawca powinien rozważyć możliwość zatrudnienia takiego pracownika na innym stanowisku.

Pracownik ONZ chory na AIDS ma prawo do korzystania ze świadczeń medycznych i społecznych w taki sam sposób, w jaki korzystają z tych świadczeń pracownicy chorzy na inne poważne choroby.

Zarówno bezpośrednie badania na obecność wirusa HIV (test) czy pośrednie (ocena ryzykowaności zachowań) lub zadawanie przez pracodawcę pytań na temat już odbytych testów nie powinny mieć miejsca. Zachowanie poufności obejmuje wszystkie medyczne dane pracownika, włączając w to dane, dotyczące HIV/AIDS.

Pracownik nie ma obowiązku informowania pracodawcy o tym, jaki jest jego status serologiczny.

ny. Osoby zakażone, czy też postrzegane jako takie, w miejscu pracy muszą być chronione przed piętnowaniem i dyskryminowaniem przez współpracowników, związki zawodowe, pracodawców i klientów.

Pracownicy zarażeni HIV, a także chorzy na AIDS nie mogą być dyskryminowani w dostępie do korzyści, wynikających ustawowo z programów socjalnych, a także w dostępie do awansów zawodowych.

Kierownictwo ONZ jest obowiązane do nadzorowania i monitorowania przestrzegania powyższych zasad.

Ubezpieczenia zdrowotne

Ubezpieczenia zdrowotne powinny obejmować wszystkich pracowników ONZ, bez względu na to, czy są lub nie są zakażeni HIV. Nie można badać pracowników na obecność HIV/AIDS ani przed podjęciem pracy, ani po jej zakończeniu, niezależnie od typu ubezpieczenia zdrowotnego. Premie ubezpieczeniowe dla pracowników ONZ nie mogą być uzależniane od serologicznego statusu pracownika.

opr. Wojciech Bukat

Rekomendacje Recommendations



Rekomendacje

Z opracowań przedstawionych w niniejszej książce wynika kilka wniosków i postulatów. Publikacje zamieszczone w pierwszej części pracy, w tym zwłaszcza artykuły, relacjonujące wyniki badania opinii społecznej, pokazują, że poziom wiedzy na temat specyficznych problemów, które w miejscu pracy wiążą się z zakażeniem HIV i chorobą AIDS, jest ciągle niewystarczający. Budzi to niepokój przede wszystkim w odniesieniu do personelu medycznego, jak również wobec wykonawców innych zawodów, wystawionych na ryzyko okazjonalnego kontaktu z ludzkimi tkankami lub płynami ustrojowymi. Nie wolno zatem zadowalać się relatywnie korzystną na dziś sytuacją epidemiologiczną i trzeba również w kolejnych wersjach realizowanego od siedmiu lat *Krajowego programu zapobiegania zakażeniom HIV oraz opieki nad żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS* dążyć do upowszechniania rzetelnej i należytej pogłębionej wiedzy na ten temat, jak również eliminowania z tej sfery wszelkich uprzedzeń i stereotypów.

W tę **działalność edukacyjno-profilaktyczną** muszą być **włączone podmioty, korzystające z ludzkiej pracy**, zarówno na podstawie umowy o pracę, jak też na podstawie umów prawa cywilnego. Wyposażenie w wiedzę na temat sposobów zapobiegania zakażeniom HIV, jak też zapewnienie odpowiednich warunków życia z HIV/AIDS oraz form koleżeńskiej współpracy z osobami zakażonymi i chorymi trzeba bowiem traktować jako **integralny element obowiązku zapewnienia zatrudnionym bezpiecznych i higienicznych warunków pracy** (art. 207 § 2 kp). Posiadanie odpowiedniej wiedzy na ten temat jest też niezbędne do prawidłowego wykonywania pracy na kierowniczych stanowiskach, w tym zwłaszcza dla kadry ze szczebla zarządzania zakładami pracy (art. 207 § 3 kp).

Rekomendacja: edukację z zakresu HIV/AIDS uczynić integralnym elementem szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym zwłaszcza dla kadry kierowniczej.

Za najogólniejszą konkluzję rozważań przedstawionych w drugiej części książki można z kolei uznać tezę, że polski system prawny i praktyka jego stosowania mieszczą się w ramach międzynarodowych standardów ochrony, jaka w miejscu pracy przysługuje osobom żyjącym z HIV/AIDS, wobec czego nie są konieczne jakieś zasadnicze zmiany tego systemu. Owe standardy polegają zaś na traktowaniu HIV/AIDS bez specjalnego wyodrębnienia i odróżnienia, a więc w kategoriach „zwykłych” problemów zdrowotnych. Chodzi o to, że stan zdrowia osoby żyjącej z HIV/AIDS może na ogólnych zasadach ograniczyć czy nawet wyłączyć zdolność do wykonywania danej pracy, jak też może dla tej zdolności nie mieć żadnego znaczenia. Podejmowanie decyzji kadrowych ze względu na rodzaj choroby, a w szczególności jej śmiertelny – według aktualnego stanu wiedzy medycznej – charakter, jest zatem niedopuszczalne i w danych okolicznościach może stanowić przejaw łamania zakazu dyskryminacji w zatrudnieniu, a także naruszenia prawa do prywatności – w razie gdy podmiot zatrudniający wyraźnie ujawni lub choćby tylko zasugeruje taki motyw swego działania. Rzecz jednak w tym, że nawet gdyby przesłankę dokonania określonej czynności w sferze zatrudnienia stanowił HIV/AIDS, to żaden pracodawca faktu tego nie ujawni, wskazując inne przyczyny swego zachowania, tym bardziej iż najczęściej dla osiągnięcia zamierzonego celu (np. wypowiedzenia stosunku pracy) wystarczy mu samo ogólne powołanie się na skutki przedmiotowej choroby (np. częstą absencję), bez konieczności wyraźnego nazywania schorzenia.

Szansa udowodnienia tak pojętej bezprawności zachowania pracodawcy, a tym samym dochodzenia ewentualnych roszczeń odszkodowawczych, jest więc dla osób żyjących z HIV/AIDS wysoce teoretyczna. Gdyby więc ustawodawca chciał tę sytuację radykalnie zmienić, to musiałby wzorem uregulowania zasady równego traktowania kobiet i mężczyzn uwolnić żyjącego z HIV/AIDS od ciężaru wykazania faktu dyskryminacji i na pracodawcę przerzucić ciężar dowodu przeciwnego. Zgodnie z art. 18^{3b} § 1 kp za naruszenie wspomnianej zasady równego traktowania uważa się różnicowanie przez pracodawcę sytuacji pracowników ze względu na płeć, którego

skutkiem jest w szczególności: 1) odmowa nawiązania lub kontynuowania stosunku pracy, 2) niekorzystne ukształtowanie wynagrodzenia za pracę lub innych warunków zatrudnienia albo pominięcie przy awansowaniu lub przyznawaniu innych świadczeń związanych z pracą, 3) pominięcie przy typowaniu do udziału w szkoleniach, podnoszących kwalifikacje zawodowe – **chyba że pracodawca udowodni, iż kierował się innymi względami**. Podobne trudności mogłaby zresztą powodować konieczność udowodnienia wysokości poniesionej szkody. Dlatego ustawodawca zryczałtował roszczenia odszkodowawcze, stanowiąc w art. 18^{3d} kp, że osoba dotknięta dyskryminacją ze względu na płeć ma prawo do odszkodowania w wysokości nie niższej niż najniższe wynagrodzenie za pracę i nie wyższej niż sześciokrotność tego wynagrodzenia.

Inna sprawa, iż żyjący z HIV/AIDS mogliby zostać beneficjentami podobnego uregulowania prawnego tylko w razie rozciągnięcia go na wszelkie potencjalne kryteria dyskryminacji, czyli spowodowania, że zarzut odmowy nawiązania lub kontynuowania stosunku pracy albo niekorzystnego ukształtowania warunków pracy z jakichkolwiek dyskryminacyjnych motywów prowadziłby do konieczności udowodnienia przez pracodawcę, iż kierował się innymi względami, a nieprzeprowadzenie tego dowodu rodziłoby dla zainteresowanego roszczenie o zryczałtowane odszkodowanie. Nie sposób natomiast postulować, aby rozszerzenie zakresu zastosowania przepisów, przeciwdziałających dyskryminowaniu kobiet, objęło jedynie osoby żyjące z HIV/AIDS. Co prawda w takim akurat położeniu znajdują się kobiety dotknięte tą chorobą, lecz jednak jest to poniekąd kwestia przypadku, gdyż prawne regulacje międzynarodowe dość wyraźnie unikają traktowania HIV/AIDS jako samoistnego kryterium korzystania z ochrony przed dyskryminacją (np. przed zwolnieniem chorego z pracy), względnie jako przesłanki nabywania uprawnień do różnych świadczeń (np. świadczeń z pomocy społecznej czy świadczeń w ramach form aktywnego przeciwdziałania bezrobociu). Chodzi o to, aby szczególne uprzywilejowanie osób żyjących z HIV/AIDS nie mogło obrócić się w swoje przeciwieństwo i stworzyć wygodny pretekst dla tym większej niechęci wobec tej grupy społecznej. Inna sprawa, że społeczność międzynarodowa nie jest w tym nastawieniu całkowicie konsekwentna. Pomimo niechęci do wyodrębnienia HIV/AIDS jako samoistnej przesłanki ochrony praw człowieka, czuje się

zobligowana do konkretyzacji ogólnych przesłanek wspomnianej ochrony akurat w odniesieniu do HIV/AIDS i za konieczne uznaje przyjęcie szczególnych wytycznych co do postępowania w tych sprawach w miejscu pracy, przyznając pośrednio, że przedmiotowa choroba ma specyficzny charakter.

Rekomendacja: rozważyć możliwość i celowość rozszerzenia zakresu zastosowania przepisów o przeciwdziałaniu dyskryminacji kobiet na wszelkie inne przejawy dyskryminacji, z wyraźnym uwzględnieniem dyskryminacji zakażonych HIV i chorych na AIDS.

Ogólny zakaz dyskryminacji nie sprawił bowiem, że osoby, które zakażeniu HIV uległy w czasie zatrudnienia pozyskanego wcześniej, przestały drzeć na myśl o jego utracie. Dotyczy to zarówno ujawnienia faktu zakażenia, nawet jeśli wypowiedzenie wymagałoby „wymyślenia” przez pracodawcę jakiejś cywilizowanej przyczyny zwolnienia, jak też sytuacji wyjścia zakażenia z fazy klinicznie bezobjawowej i przejścia do fazy chorób wskaźnikowych AIDS. W tym drugim wypadku po upływie ogólnego okresu ochrony przed wypowiedzeniem w związku z absencją wskutek niezdolności do pracy spowodowanej chorobą, dla długości którego to okresu rodzaj choroby jest w zasadzie (poza gruźlicą) pozbawiony znaczenia, w grę, i to bez żadnych problemów, wchodzi rozwiązanie stosunku pracy bez wypowiedzenia. Dobrze, gdy osoba zwolniona ma wówczas okres ubezpieczenia, umożliwiający jej nabycie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy. W przeciwnym razie jest zdana na restrykcyjny system świadczeń przewidzianych w przepisach ustawy z dnia 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej.

Natomiast osoba zakażona HIV, jak też chora na AIDS, która poszukuje stałej pracy, zarówno pierwszej, jak i kolejnej, jest w aktualnej sytuacji na rynku pracy pozbawiona praktycznie wszelkich szans, przy czym w razie, gdy HIV/AIDS wystąpił w stosunkowo młodym wieku, to niemożność znalezienia zatrudnienia jest najczęściej spowodowana również obiektywną przyczyną braku odpowiednich kwalifikacji zawodowych. W takiej sytuacji nie ma możliwości zapracowania na ewentualne przyszłe świadczenie rentowe, ale również na bieżące utrzymanie, przy czym szczególnie trudne staje się położenie osoby żyjącej z HIV w fazie, która nie wywiera istotnego wpływa na zdolność do podjęcia zatrudnienia. *Prima facie* eliminuje to ją bowiem w zasadzie (z za-

strzeżeniem wątpliwości dotyczących lekkiego stopnia niepełnosprawności) z kręgu osób objętych zastosowaniem przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Orzeczenie o niepełnosprawności jest zaś nie tylko przesłanką instytucjonalnego wsparcia w dążeniach do aktywizacji zawodowej danej osoby, ale także – obok między innymi ubóstwa, bezdomności, długotrwałej choroby – jedną z przesłanek udzielania świadczeń z pomocy społecznej.

Rekomendacja: rozważyć potrzebę wydania szczególnych dyrektyw co do zasad orzekania o niepełnosprawności osób zakażonych HIV i chorych na AIDS.

Nie należy zatem uspokajać się ustaleniem, iż polskie prawo zakazuje dyskryminacji osób żyjących z HIV/AIDS w miejscu pracy i trzeba dopuścić myśl, że zakaz ten sam przez się nie ułatwia znalezienia pracy, ani też nie zapobiega jej utracie. Konieczne jest zatem **zbadanie statusu, jaki bezrobotni żyjący z HIV/AIDS mają w świetle prawa socjalnego**, a zwłaszcza w przepisach obu wyżej powołanych ustaw: o pomocy społecznej, jak też o rehabilitacji i zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Chodziłoby tu w szczególności o odpowiedź na pytanie, czy i w jakim stopniu system prawa socjalnego jest adekwatny do specyficznego charakteru zakażenia HIV. Zakażenie trwa bowiem do końca życia, ma śmiertelny charakter, a jednocześnie proces chorobowy może przez kilkanaście lat pozostawać w fazie klinicznie utajonej. Tymczasem istotną przesłankę prawa do świadczeń z tytułu niepełnosprawności stanowi zazwyczaj jej niezwłoczny, czy nieodległy skutek w postaci niezdolności do wykonywania zatrudnienia. Innymi słowy, HIV/AIDS jest w zasadzie schorzeniem śmiertelnym, ale groźba ta przez swe odroczenie w czasie rysuje się początkowo zbyt abstrakcyjne, aby według ustawodawcy czy zdaniem organów stosujących prawo socjalne, spowodować po stronie chorego zaktualizowanie się prawa do szeroko pojętego wsparcia ze środków publicznych.

Rekomendacja: podjąć badania na temat obecnego i postulowanego statusu socjalno-prawnego osób zakażonych HIV i chorych na AIDS.

Charakterystyczny przykład wspomnianej sytuacji stanowi włączenie zakażenia HIV do katalogu cho-

rób zakaźnych, które z kolei należą do kręgu chorób zawodowych, a więc chorób określonych w załączniku do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 18 listopada 1983 r. w sprawie chorób zawodowych, jeżeli zostały spowodowane działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia, występujących w miejscu pracy. Ustalenie zakażenia HIV u osób narażonych na ekspozycję zawodową uprawnia ich zatem do jednorazowego odszkodowania. Jego wysokość zależy jednak od skali uszczerbku na zdrowiu, określanego zasadniczo w procentach, co wobec bezobjawowej fazy choroby stanowi poważny problem. Rozwiązania tego problemu nie zapewnia nawet bardzo liberalne skądinąd uregulowanie zawarte w punkcie 196 załącznika do rozporządzenia Ministra Pracy, Płac i Spraw Socjalnych oraz Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 października 1975 r. w sprawie zasad i trybu orzekania o uszczerbku na zdrowiu oraz wypłacania świadczeń z tytułu wypadków przy pracy, w drodze do pracy i z pracy oraz z tytułu chorób zawodowych, który to przepis stanowi, że procent uszczerbku na zdrowiu w przypadku chorób zakaźnych i inwazyjnych określa się w przedziale od 0 do 100% „w zależności od skutków, jakie choroba pozostawia w narządach i układach”.

Rekomendacja: skonkretyzować skutki, które w „narządach i układach” ludzkiego organizmu powoduje zakażenie HIV i choroba AIDS.

Inicjatorem i koordynatorem wyżej wspomnianych badań może być Krajowe Centrum ds. AIDS,

gdyż ocena stanu prawa socjalnego i ewentualne sugestie co do jego zmiany powinny stanowić element kolejnego *Programu zapobiegania zakażeniom HIV oraz opieki nad żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS*, który obejmie lata po roku 2003. **Programowi** temu należy przypisać **rangę rozporządzenia Rady Ministrów**, wydawanego na podstawie upoważnienia z art. 9 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach, który to przepis stanowi, że rząd może określać programy zapobiegania, eliminacji i wykorzenienia określonych zakażeń i chorób zakaźnych, wynikające z sytuacji epidemiologicznej kraju i dostosowane do programów międzynarodowych. Taki program dobrze korespondowałby z licznymi inicjatywami ONZ. W przepisach wspomnianej ustawy trzeba by też usytuować Krajowe Centrum, jasno określając jego podporządkowanie oraz zadania i kompetencje. **Ustawowe „zakotwiczenie” Krajowego Centrum ds. AIDS** byłoby nie tylko wyrazem uznania dla jego działalności i osiągnięć, ale uniezależniałoby jego byt od dobrej czy złej woli szefa resortu zdrowia, a taką sytuację stwarza dziś działanie Centrum na podstawie zarządzenia tegoż ministra.

Rekomendacja: 1) organizacyjno-prawny status Krajowego Centrum ds. AIDS określić w ustawie o chorobach zakaźnych i zakażeniach; 2) *Krajowym programom zapobiegania zakażeniom HIV oraz opieki nad osobami żyjącymi z HIV i AIDS* nadać rangę rozporządzeń Rady Ministrów wydawanych na podstawie upoważnienia zawartego w powyższej ustawie.

Recommendations

The material contained in the book calls for a few conclusions and postulations. The writings in the first part, particularly articles dealing with the results of public opinion polls, illustrate an insufficient level of knowledge about the specific problems caused by HIV/AIDS in the workplace. This wakes discomfort in the medical and other professions exposed to the risk of direct contact with human tissue and fluids. Hence, the relatively positive epidemiological situation in Poland today should by no means be regarded as satisfactory and Poland's national programme of HIV prevention and assistance to people living HIV, launched seven years ago, will have to concentrate on spreading reliable and in-depth information about HIV/AIDS and eliminating the prejudices and stereotypes typical for this sphere.

Such educational and prophylactic activity must be assisted by parties availing themselves of human labour under work contract and other legal accord. Information on avoiding infection, life with HIV/AIDS and how to coexist with HIV/AIDS carriers at work must become an integral part of employer guarantees in the sphere of work safety and hygiene and should be accessible to all employees (Labor Code, art. 207 § 2). Such knowledge is also vital to the proper execution of managerial duties, particularly in industry (Labor Code, art. 201 § 3).

Recommendation: Make HIV/AIDS education an integral element of work safety and hygiene training (particularly for executive staff).

The broadest conclusion arising from the book's second part appears to be the thesis that Polish legislation and legislative praxis in the protection of people living with HIV/AIDS at work are up to international standards and therefore require no major alteration. These standards assume no specific treatment or isolation of HIV/AIDS and its classification as a general health problem. This is so because the condition of PLWHA may either limit their perfor-

mance – and even make work impossible – or have no influence on it at all. Thus, employment decisions based on a job applicant's disease type – and, in the case of HIV/AIDS and to-date progress in its treatment, its terminal character – are unacceptable and may constitute a breach of anti-discrimination and privacy laws if the employer in question states or even suggests such motivation on his part. The difficulty is, however, that no employer will admit that HIV/AIDS was the determining factor for his decisions (even if this was the case), and will usually ascribe it to other reasons. The more so as employers wishing to rid themselves of ailing employees need merely to point to the adverse side effects of their afflictions (e.g. frequent absence) without naming the disease in question.

Thus, the chance to prove an employer's breach of law and possibly claim compensation for suffered damages is highly theoretical in the case of PLWHA. Radical changes in this sphere would require legislators to pattern themselves on the premise of equal treatment of women and men, thereby freeing PLWHA from the troublesome burden of proving their discrimination and at the same time obliging employers to provide evidence to the contrary. Under art. 18 3b § 1 of the Labor Code the sexual equality principle is breached when an employer differentiates his treatment of employees on grounds of gender, particularly by 1) refusing employment or its prolongation, 2) condonement of unequal pay, advancement opportunities and benefits and 3) exclusion from professional training – “unless the employer is able to prove other motivation on his part”. Similar difficulties could also lead to evidence requirements regarding the extent of suffered damages, which is why art. 18 3b of the Labor Code sets a flat compensation rate for gender discrimination victims at no less than the minimal wage for their work and no more than six times its value.

However, people living with HIV/AIDS could benefit from such legislation only if it embraced all kinds of discrimination. It would not be correct to suggest that anti-discrimination clauses applying to women should be extended solely to include PLWHA. Granted, women living with HIV/AIDS carriers are precisely in that situation, nevertheless this is rather circumstantial and international legislation quite clearly avoids treating HIV/AIDS as a singular factor

in anti-discriminatory protection (e.g. against dismissal), or the sole basis for granting public benefits like social welfare or unemployment. The point here is that particular privileges or benefits to PLWHA may prove countereffective and give society an excuse for increased prejudice towards this group. However, international public opinion is not completely at one in this and in spite of a reluctance to treat HIV/AIDS as a singular premise of human rights protection still feels obliged to specify its rather general rulings when it comes to PLWHA and call for more detailed guidelines in HIV/AIDS discrimination cases at work, thus indirectly admitting that the disease is of a specific character.

Recommendation: Consider the possibility and suitability of extending gender discrimination laws onto all other discrimination forms with a special focus on PLWHA.

A general discrimination ban will not lessen the fears of losing work suffered by PLWHA who developed HIV/AIDS while already employed. This concerns both the disease's disclosure (even if employers are forced to provide “civilized” reasons for dismissal) as well as its transition from the non-symptom HIV phase to complications associated with AIDS. In the latter case, after using up the protection offered by sick leave (whose duration, with the exception of tuberculosis cases, is independent of disease type), employees face immediate contract termination. In such cases dismissed employees are lucky if their health insurance entitles them to file for a disability pension. Otherwise they can only resort to the restrictive welfare regulations of a November 29 1990 social welfare law.

People living with HIV/AIDS (particularly those who already have developed AIDS) searching for their first or consecutive job are practically chanceless on today's labour market. An additional – and objective – hindrance for young PLWHA is their lack of professional experience. In this situation, they are neither able to secure their future with a pension nor earn their daily sustenance. This is particularly hard on people in the dormant phase of HIV/AIDS whose work capability is not limited. In fact, the disease even eliminates such persons from the provisions of an August 27 1997 law on the social and professional rehabilitation and employment of disabled persons

(barring certain light disability rulings). Diagnosed disability is not only a premise for institutional help in pursuing employment but also, alongside poverty, homelessness and prolonged illness, for granting social support.

Recommendation: Consider issuing specific disability rulings for HIV/AIDS cases.

Hence, we should not placate ourselves by claiming that Polish law prohibits the discrimination of PLWHA in the workplace. More, we should realize that such bans *per se* neither make job-seeking easier nor prevent dismissal. Furthermore, it will be imperative to look into the status of unemployed PLWHA under public law, especially the two aforementioned acts (on social assistance and the rehabilitation and employment of disabled persons). Particularly important will be defining if and to what extent current welfare legislation answers to the specific needs of HIV-infected persons. HIV/AIDS is incurable and lethal but its progression may be quiescent for years, while one of the basic premises entitling to welfare aid for health reasons is actual or impending professional incapability. Thus, although in medical terms HIV/AIDS is a terminal illness, its adjournment in time makes it an abstraction to the point where legislators and public law administrators are reluctant to grant PLWHA social benefit rights or agree to apply them in full as soon as the disease erupts.

Recommendation: Compare the actual and desired status of people living with HIV/AIDS under social welfare laws.

A good example of the problems caused by the delayed effects of HIV/AIDS is its classification as a contagious disease, which in turn places it among the professional ailments listed in a Council of Ministers decree of November 18 1983 on occupational diseases caused by health-endangering work conditions. Thus, a HIV/AIDS diagnosis in a professionally active person entitles this person to a onetime damage claim. However, the compensation amount depends on the extent to which the claimant's health is impaired and this is usually calculated in percentage terms, which is a very difficult task in the disease's dormant phase. Even the very liberal rulings contained in point 196 of an annex to an October 17

1975 Ministry of Labor and Ministry of Health decree on health impairment assessment procedures, compensation payments for accidents suffered at work and underway to or from the workplace, as well as health damage caused by occupational diseases, which say that health impairment caused by occupational diseases should be calculated on a 0-100-percent scale "depending on the extent to which the disease has affected the claimant's vital organs" do little to help the situation.

Recommendation: Compare a "regular" occupational disease's effects on human vital organs with those of a HIV/AIDS infection.

Such studies may be initiated and coordinated by the National AIDS Centre, especially as assessments of current public laws and amendment suggestions should be included in the next national programme on HIV/AIDS prevention and care of PLWHA. This programme should have the status of a Council of Ministers decree issued under article 9 of a September 6 2001 law on contagious diseases and infections, which rules that the government may launch programmes for the prevention and elimination of certain contagious diseases basing on the country's epidemiological situation and in compliance with similar international programmes.

Such a programme would correspond well with numerous UN initiatives. The mentioned law would also have to cover the National AIDS Centre, stating precisely its position, tasks and competencies. Strong legal anchoring of the National AIDS Centre (it's been brought to life by Minister of Health's legal order) would not only be an expression of recognition for its work and achievements, but would also make its existence more sustainable while being more independent from the head of the Ministry of Health's good will – and such a dependence is clearly a fact today.

Aneks



Krajowy program zapobiegania zakażeniom HIV, opieki nad żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) od momentu zarejestrowania pierwszych przypadków HIV i AIDS na świecie analizowała sytuację epidemiologiczną, zwracając uwagę na charakterystyczne cechy epidemii w każdym kraju. Zauważono, że występują zależności pomiędzy podejmowanymi w danym państwie działaniami ograniczającymi rozprzestrzenianie wirusa, a zmianami w zakresie epidemiologii zakażeń (np. dynamiki wzrostu zakażeń), zachowań ryzykownych, a także postaw wobec ludzi żyjących z HIV i AIDS. Pod koniec lat osiemdziesiątych wysunięto więc postulat opracowywania i wdrażania narodowych programów zapobiegania zakażeniom HIV, które – uwzględniając sytuację danego kraju – angażowałyby w walkę z AIDS zarówno sektor rządowy i samorządowy, jak też pozarządowy.

Pod koniec 1995 r. powstał w Polsce pierwszy *Krajowy program zapobiegania zakażeniom HIV, opieki nad żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS*. Określał on politykę państwa na lata 1996-1998 i wyznaczał trzy główne cele:

- usprawnienie istniejącego systemu zapobiegania zakażeniom HIV,
- edukację społeczeństwa, kształtowanie właściwych postaw wobec osób żyjących z HIV/AIDS,
- zapewnienie zintegrowanej opieki nad ludźmi żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS.

W programie zostali określani rządowi partnerzy ministra zdrowia, któremu przypadła wiodąca rola zarówno w kreowaniu polityki w dziedzinie zapobiegania HIV i AIDS, jak i koordynowanie i nadzorowanie realizowanych działań.

W ostatnim roku realizacji pierwszego programu rozpoczęto prace nad jego drugą edycją. Po przeanalizowaniu sytuacji epidemiologicznej HIV i AIDS w Polsce, wykorzystując zdobyte doświadczenia opracowano *Krajowy program zapobiegania zakażeniom HIV, opieki nad żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS na lata 1999-2003*. Określono w nim główne cele i zadania, służące ich realizacji. Są to:

1. Ograniczenie rozprzestrzeniania zakażeń HIV w Polsce poprzez:
 - edukację społeczeństwa ze szczególnym uwzględnieniem młodzieży,
 - działania profilaktyczne prowadzone w grupach osób, zachowujących się ryzykownie,
 - organizację punktów anonimowego i bezpłatnego testowania w kierunku HIV; zachęcanie do wykonywania testów,
 - kontrolę standardów bezpieczeństwa środków krwiopochodnych,
 - zapobieganie chorobom, sprzyjającym przenoszeniu wirusa HIV.
2. Poprawa jakości i dostępności opieki nad osobami żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS poprzez:
 - uaktualnianie i wprowadzanie jednolitych standardów opieki nad osobami, żyjącymi z HIV i AIDS
 - kształcenie pracowników medycznych i pracowników służb socjalnych w zakresie profilaktyki i pomocy dla osób, żyjących z HIV/AIDS.

Krajowy program na lata 1999-2003 zawiera harmonogram obowiązujących działań, wykaz instytucji realizujących i wspierających poszczególne zadania,

a także zasady monitorowania i ewaluacji podjętych działań oraz finansowe zabezpieczenie ich realizacji.

Do działań i współpracy w ramach *Krajowego programu* zostały zobowiązane różne struktury władzy istniejącej w państwie: Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministerstwo Obrony Narodowej, Ministerstwo Sprawiedliwości, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwo Infrastruktury, wojewodowie, kasy chorych, samorządy wojewódzkie, powiatowe i gminne.

Koordinatorem *Krajowego programu* jest minister zdrowia, upoważniony do nadzorowania i oceny na podstawie rocznych sprawozdań szczegółowych programów realizowanych przez poszczególne podmioty-instytucje. Z jego ramienia działają: doradca ministra zdrowia ds. AIDS i narkomanii, Krajowe Centrum ds. AIDS, wytypowane placówki zajmujące się leczeniem osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, Państwowy Zakład Higieny, główny inspektor sanitarny.

Do instytucji, których włączenie się w realizację wybranych zadań narodowego programu walki z AIDS jest pożądane, należą: pełnomocnik rządu ds. rodziny, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Kościół katolicki i związki wyznaniowe, organizacje pozarządowe, Komitet Badań Naukowych, Telewizja Polska S. A., Polskie Radio S. A.

Krajowy program zapobiegania zakażeniom HIV, opieki nad żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS na lata 1999-2003 został zatwierdzony na posiedzeniu Rady Ministrów w dniach 26 i 29 października 1999 roku (Protokół ustaleń nr 43/99, pkt 18).

Gdzie szukać pomocy

W Polsce pierwszy przypadek zakażenia HIV odnotowano w 1985 roku, a zachorowania na AIDS w 1986. Od tego czasu w naszym kraju powołano instytucje zajmujące się profilaktyką HIV, leczeniem i opieką nad osobami zakażonymi i chorymi. Powstały także organizacje, wspierające ludzi żyjących z HIV i ich bliskich. Poniżej podajemy adresy miejsc, w których można otrzymać poradę i pomoc.

Całodobowy Telefon Zaufania AIDS

(0...22) 622 50 01

Zielona Linia AIDS

(0...22) 621 33 67

Godziny pracy: poniedziałek, środa 13.00 – 18.00, wtorek, czwartek, piątek 10.00 – 16.00

Centrum Edukacji Dokumentacji i Informacji o AIDS

ul. Piękna 64a

00-672 Warszawa

Godziny pracy: poniedziałek – piątek 10.00 – 17.00

Punkty konsultacyjno-diagnostyczne, anonimowe i bezpłatne badania w kierunku HIV

BIAŁYSTOK

Punkt Konsultacyjno-Diagnostyczny
przy Ośrodku Diagnostyczno-Badawczym
Chorób Przenoszonych Drogą Płciową
ul. św. Rocha 3, 15-879 Białystok
tel. (0...85) 742-35-30, 742-63-61
Godziny pracy: środa 15.00 - 17.00

BYDGOSZCZ

Punkt Konsultacyjno-Diagnostyczny przy Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej
ul. Kujawska 4, 85-031 Bydgoszcz
tel. (0...52) 372-94-98
Godziny pracy: wtorek i czwartek 16.00 - 18.00

CHORZÓW

Punkt Konsultacyjno-Diagnostyczny
przy Ośrodku Diagnostyki i Terapii AIDS
ul. Zjednoczenia 10, 41-500 Chorzów
tel. (0...32) 241-32-55
Godziny pracy: poniedziałek 15.00 - 17.00

GDAŃSK

Punkt Konsultacyjno-Diagnostyczny
przy Wojewódzkiej Przychodni Skórno-Wenerologicznej
ul. Długa 84/85, 80-331 Gdańsk
tel. (0...58) 301-16-86
Godziny pracy: czwartek 18.00 - 20.00

KIELCE

Punkt Konsultacyjno-Diagnostyczny
ul. Wojska Polskiego 230a, 25-205 Kielce
tel. (0...41) 362-92-50
Godziny pracy: poniedziałek i środa 15.00 - 16.00

KOSZALIN

Punkt Konsultacyjno-Diagnostyczny
ul. Zwycięstwa 136, 75-613 Koszalin
tel. (0...94) 346-05-11 (w godzinach pracy punktu)
Godziny pracy: środa 15.00 - 19.00

KRAKÓW

Punkt Konsultacyjno-Diagnostyczny
ul. Bronowicka 73, 30-091 Kraków
tel. (0...12) 638-34-34
Godziny pracy: wtorek i środa 16.00 - 19.00, czwartek 10.00 - 12.00

LUBLIN

Punkt Konsultacyjno-Diagnostyczny
przy Ośrodku Leczenia Uzależnień
al. Tysiąclecia 5, 20-121 Lublin
tel. (0...81) 532-29-79
Godziny pracy: wtorek i czwartek 16.00 - 18.00

OLSZTYN

Punkt Konsultacyjno-Diagnostyczny
przy Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej
ul. Żołnierska 16 (p.15, parter), 10-561 Olsztyn
tel. (0...89) 527-95-00 wew. 359
Godziny pracy: wtorek i czwartek 15.00 - 18.00

OPOLE

Punkt Konsultacyjno-Diagnostyczny
przy Poradni Przedmałżeńskiej i Rodzinnej
ul. Damrota 6, 45-064 Opole
tel. (0...77) 454-48-45
Godziny pracy: środa 16.00 - 19.00

POZNAŃ

Punkt Konsultacyjno-Diagnostyczny
przy Centrum Profilaktyki Uzależnień
al. Marcinkowskiego 21, 61-745 Poznań
tel. (0...61) 855-73-54
Godziny pracy: wtorek 15.00 - 17.00, czwartek 17.00 - 19.00

SZCZECIN

Punkt Konsultacyjno-Diagnostyczny
ul. Energetyków 2, 70-656 Szczecin
tel. (0...91) 462-43-18
Godziny pracy: poniedziałek i środa 15.00 - 19.00

WARSZAWA

Punkt Konsultacyjno-Diagnostyczny
przy Centrum Diagnostyki Laboratoryjnej ANALCO
ul. Dzika 4, 00-194 Warszawa
tel. (0...22) 636-37-84 lub 86
Godziny pracy: od poniedziałku do piątku 9.00 - 15.00

WROCŁAW

Punkt Konsultacyjno-Diagnostyczny
przy Ośrodku Interwencji Kryzysowej Towarzystwa
Rozwoju Rodziny

ul. Podwale 74, 50-449 Wrocław
tel. (0...71) 342-14-13, 343-79-55

Godziny pracy: poniedziałek 15.00 - 19.00

ZIELONA GÓRA

Punkt Konsultacyjno-Diagnostyczny
przy Poradni Młodzieżowej i Rodzinnej Towarzystwa
Rozwoju Rodziny

ul. Energetyków 2, 65-625 Zielona Góra
tel. (0...68) 323-79-43, 323-79-47

Godziny pracy: poniedziałek 14.00 - 17.00

Organizacje zajmujące się profilaktyką HIV i AIDS oraz zwalczaniem epidemii w Polsce

Krajowe Centrum ds. AIDS

ul. Samsonowska 1, 02-829 Warszawa
tel. (0...22) 641-83-01, 641-07-05, 641-33-36
faks (0...22) 641 21 90,
e-mail aids@aids.gov.pl
www.aids.gov.pl

Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (UNDP)

al. Niepodległości 186, Warszawa
tel. (0...22) 825-92-45
faks (0...22) 825-49-58
adres do korespondencji: UNDP, skr. poczt. 1,
02-514 Warszawa
e-mail registry.pl@undp.org
www.undp.org.pl

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

ul. Dereniowa 52/54, 02-776 Warszawa
tel. (0...22) 641-15-01
faks (0...22) 641-15-65
e-mail kbpn@kbpn.gov.pl
www.narkomania.gov.pl
www.kbpn.gov.pl

Fundacja HOMO HOMINI im. Karola de Foucauld

ul. Popławskiego 8/12, 30-818 Kraków
tel., faks (0...12) 658-49-74
e-mail homini@homini.org.pl
www.homohomini.org.pl

Krakowskie Towarzystwo Pomocy Uzależnionym

ul. św. Katarzyny 3, 31-063 Kraków
tel. (0...12) 430-59-64
e-mail monar_kr@monar.krakow.pl

Polska Fundacja Pomocy Humanitarnej „Res Humanae”

ul. Piękna 64a, 00-672 Warszawa
tel., faks (0...22) 626-86-58
e-mail resaidswaw.pdi.net
www.reshumanae.neostrada.pl

Polski Czerwony Krzyż

Zarząd Główny
ul. Mokotowska 14, 00-950 Warszawa
tel. (0...22) 326-12-86
faks (0...22) 628-41-68
e-mail info@pck.org.pl
www.pck.org.pl

Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS

ul. Arkońska 4, 71-455 Szczecin
tel. (0...91) 454-14-59
e-mail annabk@inet.com.pl

Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej

Zarząd Główny
ul. Karowa 31, 00-324 Warszawa
tel. (0...22) 826-82-36

Spółeczny Komitet ds. AIDS

ul. Hoża 72/oficyna, 00-681 Warszawa
tel. (0...22) 812-58-11

Stowarzyszenie Katolicki Ruch Antynarkotyczny KARAN

ul. Grodzieńska 65, 03-750 Warszawa
tel. (0...22) 679-02-33
faks (0...22) 618-65-97
e-mail karan@karan.pl
www.karan.pl

Stowarzyszenie Lambda Warszawa

ul. Hoża 50/40, 00-682 Warszawa
tel. (0...22) 628-52-22
e-mail lbmdawarszawa@wp.pl
www.lambda.org.pl

Stowarzyszenie MONAR

ul. Hoża 57, 00-681 Warszawa
tel. (0...22) 628-41-46
e-mail info@monar.org
www.monar.org

**Stowarzyszenie na rzecz Prewencji HIV/AIDS
i Innych Chorób Przenoszonych Drogą Płciową
TADA**

ul. Małkowskiego 9/2, 70-305 Szczecin
tel. (0...91) 433-44-58
e-mail tada@free.ngo.pl
www.tada.pl

**Stowarzyszenie Wolontariuszy na rzecz Dzieci
„Mały Książę”**

ul. Kamionkowska 49/15, 03-812 Warszawa
tel. (0...22) 810-08-13
e-mail poczta@maly-ksiazek.org
www.dzieciznids.pl

**Stowarzyszenie Wolontariuszy wobec AIDS
„Bądź z Nami”**

ul. Tamka 37/56, 00-355 Warszawa
tel., faks (0...22) 826-42-47
e-mail swwaids@free.ngo.pl

**Towarzystwo Rodzin i Przyjaciół Dzieci Uzależ-
nionych „Powrót z U”**

Zarząd Główny
ul. Dziennikarska 11, 01-605 Warszawa
tel. (0...22) 839-03-83
e-mail zgpowrotzu@poczta.onet.pl

Towarzystwo Rozwoju Rodziny

Zarząd Główny
ul. Sewerynow 4, 00-331 Warszawa
tel. (0...22) 828-61-91
faks (0...22) 828-61-92
e-mail trr@home.pl
www.trr.org.pl

Pełnomocnicy wojewodów ds. AIDS

WOJEWÓDZTWO DOLNOŚLĄSKIE

inspektor wojewódzki ds. HIV i AIDS

Brygida Knysz

Jacek Gąsiorowski

Dolnośląski Urząd Wojewódzki we Wrocławiu
pl. Powstańców Warszawy 1, 50-951 Wrocław
tel. (0...71) 343-34-70 (centrala)
faks (0...71) 344-27-57

WOJEWÓDZTWO Kujawsko-Pomorskie

pełnomocnik wojewody ds. uzależnień

Marta Jakubowska

Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy
ul. Jagiellońska 3, 85-067 Bydgoszcz
tel. (0...52) 349-75-18, 349-75-16

WOJEWÓDZTWO LUBELSKIE

koordynator ds. AIDS

Elżbieta Seredyn

Lubelski Urząd Wojewódzki w Lublinie
Wydział Polityki Społecznej

ul. Lubomelska 1-3, 20-072 Lublin

tel. (0...81) 742-47-88

centrala (0...81) 742-45-52

faks (0...81) 740-22-74

WOJEWÓDZTWO LUBUSKIE

inspektor wojewódzki ds. patologii społecznej

Magdalena Bielejewska

Lubuski Urząd Wojewódzki w Gorzowie Wlkp.

ul. Jagiellończyka 7, 66-400 Gorzów Wlkp.

centrala (0...95) 721-53-24

faks (0...95) 721-54-02

WOJEWÓDZTWO ŁÓDZKIE

pełnomocnik wojewody ds. AIDS

Dorota Jędrzejczyk-Okońska

Łódzki Urząd Wojewódzki w Łodzi

Wydział Polityki Społecznej

ul. Roosvelta 18, 90-056 Łódź

tel. (0...42) 633-64-70

faks (0...42) 637-20-49

WOJEWÓDZTWO MAŁOPOLSKIE**Urszula Łach**

Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego
ul. Krupnicza 11a, 31-123 Kraków
tel. (0...12) 421-56-11

WOJEWÓDZTWO MAZOWIECKIE

koordynator wojewody ds. AIDS i narkomanii

Elżbieta Piechowiak-Modrzejewska

Mazowieckie Centrum Zdrowia Publicznego
Dział Promocji Zdrowia
ul. Rakowiecka 36, 02-532 Warszawa
tel. (0...22) 646-07-11, 646-27-31 wew. 108
faks (0...22) 646-04-35

WOJEWÓDZTWO OPOLSKIE

pełnomocnik wojewody ds. zapobiegania AIDS
i narkomanii

Eugeniusz Wasyliszyn

Opolski Urząd Wojewódzki w Opolu
ul. Piastowska 14, 45-082 Opole
tel. (0...77) 452-42-68
faks (0...77) 452-42-75

WOJEWÓDZTWO PODKARPACKIE

pełnomocnik wojewody ds. HIV/AIDS

Nina Kitlińska

Podkarpacki Urząd Wojewódzki w Rzeszowie
ul. Grunwaldzka 15, 35-959 Rzeszów
tel. (0...17) 862-75-11 wew. 1312
faks (0...17) 852-95-53

WOJEWÓDZTWO PODLASKIE

koordynator ds. zapobiegania HIV/AIDS i narkomanii

Dorota Rogowska-Szadkowska

Podlaskie Centrum Zdrowia Publicznego
ul. Dojlidy Fabryczne 23, 15-554 Białystok
tel. (0...85) 743-41-02
faks (0...85) 743-41-12

WOJEWÓDZTWO POMORSKIE

główny specjalista ds. przeciwdziałania zagrożeniom
społecznym

Krystyna Kmiecik-Baran

Pomorskie Centrum Organizacji i Ochrony Zdrowia
ul. Okopowa 21/27, 80-810 Gdańsk
tel. (0...58) 307-74-94

WOJEWÓDZTWO ŚLĄSKIE

pełnomocnik wojewody ds. zapobiegania AIDS

Ryszard Majer

Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach
Oddział Zamiejscowy Wydziału Spraw Społecznych
i Zdrowia
ul. Sobieskiego 7, 42-200 Częstochowa
tel. (0...34) 378-21-34
faks (0...34) 378-21-91

WOJEWÓDZTWO ŚWIĘTOKRZYSKIE

pełnomocnik wojewody ds. rodziny i uzależnień

Renata Segiecińska

Świętokrzyski Urząd Wojewódzki w Kielcach
al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce
tel. (0...41) 342-14-28
faks (0...41) 342-13-72

WOJEWÓDZTWO WARMIŃSKO-MAZURSKIE

doradca wojewody ds. patologii społecznych

Marek Płodowski

Warmińsko-Mazowiecki Urząd Wojewódzki
w Olsztynie
ul. Piłsudskiego 7/9, 10-959 Olsztyn
tel. (0...89) 523-23-93
faks (0...89) 535-18-81

WOJEWÓDZTWO WIELKOPOLSKIE

koordynator wojewody ds. AIDS w regionie

Hubert Rokossowski

Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna
ul. Noskowskiego 23, 61-705 Poznań
tel. (0...61) 852-99-18
faks (0...61) 852-50-03

WOJEWÓDZTWO ZACHODNIOPOMORSKIE

pełnomocnik wojewody ds. AIDS

Anna Nowak

Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki w Szczecinie
ul. Wały Chrobrego 4, 70-502 Szczecin
tel. (0...91) 430-33-46
faks (0...91) 433-55-31

Placówki służby zdrowia – opieka ambulatoryjna dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS

BIAŁYSTOK

Punkt AIDS przy Klinice Chorób Zakaźnych AM
ul. Żurawia 14, 15-540 Białystok
tel. (0...85) 741-69-29

BYDGOSZCZ

Poradnia Profilaktyki i Leczenia Zakażeń Wirusowych
ul. św. Floriana 12, 85-030 Bydgoszcz
tel. (0...52) 325-56-39

CHORZÓW

Szpital Specjalistyczny
Ośrodek Diagnostyki i Terapii AIDS
ul. Zjednoczenia 10, 41-500 Chorzów
tel. (0...32) 241-32-55

GDAŃSK

Centrum Diagnostyki i Leczenia AIDS
przy Klinice Chorób Zakaźnych, Oddział II
ul. Smoluchowskiego 18, 80-214 Gdańsk
tel. (0...58) 341-40-41 wew. 209, 247

KRAKÓW

Poradnia Nabytych Niedoborów Odporności
ul. Śniadeckich 5, 31-531 Kraków
tel. (0...12) 424-73-56

ŁÓDŹ

Poradnia Nabytych Zaburzeń Odporności
ul. Pogonowskiego 44/46, 91-347 Łódź
tel. (0...42) 633-13-14 wew. 323, 315

POZNAŃ

Klinika Chorób Zakaźnych AM
ul. Wincentego 2
61-003 Poznań
tel. (0...61) 877-36-71

SZCZECIN

Poradnia Nabytych Niedoborów Immunologicznych
ul. Broniewskiego 12, 71-455 Szczecin
tel. (0...91) 454-24-50

WARSZAWA

Poradnia Profilaktyczno-Lecnicza
ul. Leszno 17, 01-199 Warszawa
tel. (0...22) 632-07-25

Klinika Chorób Zakaźnych Wieku Dziecięcego AM
ul. Wolska 37, 01-201 Warszawa
tel. (0...22) 632-06-83, 631-05-31

WROCŁAW

Klinika Chorób Zakaźnych AM
ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław
tel. (0...71) 325-52-42, 326-13-25

Dziecięcy Szpital Kliniczny
Oddział Obserwacyjno-Zakaźny
ul. Bujwida 44, 50-345 Wrocław
tel. (0...71) 328-60-28

Oddziały szpitalne dla zakażonych HIV i chorych na AIDS

BIAŁYSTOK

Klinika Obserwacyjno-Zakaźna
ul. Żurawia 14, 15-540 Białystok
tel. (0...85) 740-94-79

BYDGOSZCZ

Klinika Chorób Zakaźnych AM
ul. św. Floriana 12, 85-030 Bydgoszcz
tel. (0...52) 322-48-70

CHORZÓW

Ośrodek Diagnostyki i Terapii AIDS
ul. Zjednoczenia 10, 41-500 Chorzów
tel. (0...32) 241-32-55

GDAŃSK

Klinika Chorób Zakaźnych AM
ul. Smoluchowskiego 18, 80-214 Gdańsk
tel. (0...58) 341-40-41

KRAKÓW

Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych AM Collegium
Medicum Uniwersytetu
ul. Kopernika 21, 31-501 Kraków
tel. (0...12) 421-35-91, 424-73-40

ŁÓDŹ

Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych AM
ul. Kniaziewicza 1/5, 91-347 Łódź
tel. (0...42) 659-52-22

POZNAŃ

Klinika Chorób Zakaźnych AM
ul. Wincentego 2, 61-003 Poznań
tel. (0...61) 877-36-71

Klinika Obserwacyjno-Zakaźna Dzieci
ul. Szpitalna 27/33, 65-572 Poznań
tel. (0...61) 849-12-00

SZCZECIN

Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych AM
ul. Arkońska 4, 71-455 Szczecin
tel. (0...91) 454-14-59

WARSZAWA

Klinika Hepatologii i Nabytych Niedoborów Immunologicznych AM
ul. Wolska 37, 01-201 Warszawa
tel. (0...22) 632-06-04

Klinika Chorób Zakaźnych Wieków Dziecięcego AM
ul. Wolska 37, 01-201 Warszawa
tel. (0-22) 632-06-83

WROCŁAW

Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych AM
ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław
tel. (0...71) 325-52-42, 326-13-25

Dziecięcy Szpital Kliniczny
Oddział Obserwacyjno-Zakaźny
ul. Bujwida 44, 50-345 Wrocław
tel. (0...71) 320-04-00

Przegląd artykułów i doniesień prasowych, zamieszczonych w dziennikach o zasięgu ogólnopolskim i regionalnym

W dniach od 29 listopada do 5 grudnia 2001 roku dwadzieścia siedem gazet (pięć o zasięgu centralnym, dwadzieścia dwa – regionalnym) zamieściło osiemdziesiąt pięć doniesień i artykułów poświęconych problematyce HIV/AIDS. Na tym tle wyróżnia się „Nasz Dziennik”, gdzie nie opublikowano nawet wzmianki dotyczącej Światowego Dnia AIDS.

Z lektury wynika, iż prasa, generalnie rzecz biorąc, jest nastawiona na edukowanie czytelników oraz popieranie działań profilaktycznych. Z realizacją tego założenia jest nie najlepiej; co prawda tekstów bezwartościowych było zaledwie kilka (palmę pierwszeństwa należy przyznać notatce pt. *Teatrem w AIDS* zamieszczonej w „Dzienniku Zachodnim”), tym niemniej najczęściej publikowano doniesienia zbyt ogólnikowe, nader często problem ujmowano wyłącznie statystycznie, podając dane epidemiologiczne według raportu UNDP w skali ogólnoswiatowej, często uwzględniano statystyki dotyczące naszych wschodnich sąsiadów, statystyki dotyczące naszego kraju podawano jakby mimochodem, a tylko pięć dzienników opublikowało statystyki z własnego regionu. Nawiasem mówiąc, „Dziennik Polski” z tajemniczych powodów uznał, że problem HIV/AIDS nie dotyczy naszego kraju, i zajął się analizą sytuacji we Francji.

Zdecydowanie pozytywnym zjawiskiem jest nieużywanie przez dziennikarzy sformułowań świadczących o dyskryminacji czy choćby niechęci do osób żyjących z HIV/AIDS, natomiast mimo ogólnie wyważonego tonu wypowiedzi sprzeciw budzą z reguły tytuły, mające z założenia przyciągnąć uwagę czytelników sensacją i grozą; w tytułach pojawiają się epitety typu: dzuma, bomba, morderca, na przykład: *Bomba AIDS nad Polską, Ze wschodu nadciąga AIDS. Potop*

epidemii („Gazeta Wyborcza”), *Plaga AIDS* („Super Express”), *Dżuma XXI wieku* („Życie”), *Ofiary AIDS* („Gazeta Krakowska”), *Nieuchwytny morderca* („Wieczór Wybrzeża”), *Wściekły dwudziestolatek* („Głos Wielkopolski”).

Terminologia stosowana przez ludzi prasy nie zawsze jest zgodna z przyjętymi przez UNDP standardami, sformułowania poprawne przeplatają się z określeniami błędnymi – najczęściej osoby piszące traktują określenie *zakażenie* jako równoważnik słowa *zarażenie*. Często pojawia się w publikacjach termin *nosiciel*, co dowodzi braku głębszej świadomości językowej, a także pewnego pośpiechu w formułowaniu myśli: dziennikarze zazwyczaj wolą napisać jedno słowo zamiast czterech, jeśli – ich zdaniem – oznaczają to samo...

Ocena walorów edukacyjnych zamieszczonych tekstów jest niejednoznaczna: w zasadzie informowano czytelników rzetelnie, niestety, na poziomie bardzo ogólnym – niezmiennie rzadko zamieszczano konkretne, dotyczące czytelnika polskiego informacje i wskazania, gdzie i jaką pomoc można otrzymać. I tak o drogach zakażenia napisano zaledwie w pięciu artykułach, o możliwościach terapii z podaniem adresów placówek służby zdrowia wydrukowano dwa teksty, zaledwie w dwóch przypadkach omówiono działalność organizacji pozarządowych oferujących pomoc i wsparcie osobom żyjącym z HIV/AIDS. Tylko pięć dzienników odnotowało ogólnopolską akcję propagandową, adresowaną do kobiet, a o bezpłatnych badaniach wykrywających obecność wirusa HIV napisano dziewięć razy.

Skrupulatnie odnotowywano wszystkie większe i mniejsze imprezy, organizowane z okazji Dnia AIDS w Polsce i w województwach, nawet jeśli był to konkurs wiedzy o HIV/AIDS przeprowadzony w gimnazjum.

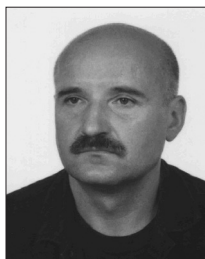
Zagadnienie przestrzegania praw człowieka wobec osób żyjących z wirusem HIV/AIDS potraktowano w zasadzie hasłowo, z wyjątkiem tych publikacji, w których przytaczano wypowiedź księdza Arkadiusza Nowaka z warszawskiej konferencji na temat: „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”.

Zaledwie w trzech artykułach zaprezentowano czytelnikom postawy i opinie osób żyjących z HIV/AIDS. Czyżby dziennikarze okazywali właśnie w ten sposób swoją wrażliwość społeczną i szacunek dla cierpienia? W dwóch z tych tekstów przekazano apel osoby zakażonej do ludzi żyjących z HIV/AIDS, by stworzyć grupę samopomocy pod nazwą „Pozytywka”.

Uważam, że osoby odpowiedzialne za *public relations* w instytucjach zajmujących się problematyką HIV/AIDS mogą mieć ogromny wpływ na poprawę obrazu medialnego w dziedzinie profilaktyki, terapii i pomocy dla osób żyjących z HIV/AIDS. Warto może pomyśleć o stałym przekazywaniu informacji, napisanych w tonie rzeczowym, językiem trafiającym do czytelników, bez zbytniego medycznego i administracyjnego żargonu.

Katarzyna Szroeder-Dowjat

Informacje o autorach



HENRYK BANASZAK – doktor socjologii, pracownik Instytutu Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego i Uniwersytetu Środkowoeuropejskiego (CEU). Prowadzi zajęcia ze statystyki oraz zaawansowanych metod analizy danych. Specjalizuje się w metodologii badań sieci społecznych (*social networks*) oraz statystycznej analizie danych sondażowych.

Wybrane publikacje:

Pamięć, wiedza, wyobrażenia. Studium postaw politycznych (wspólnie z Leszkiem Rowickim), Oficyna Naukowa, Warszawa 2002,

W przededniu wielkiej zmiany: młodzież Warszawy 1987-1988 (redakcja naukowa wspólnie z Leszkiem Rowickim), Warszawa 1991



ANNA BORON-KACZMARSKA – profesor doktor habilitowany nauk medycznych, kierownik Kliniki w Katedrze Chorób Zakaźnych Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, specjalista z zakresu mikrobiologii lekarskiej, chorób wewnętrznych, chorób zakaźnych. Laureat indywidualnej nagrody Ministra Zdrowia za cykl prac poświęconych chorobom wątroby (1995), laureat zbiorowej nagrody Ministra Zdrowia za współredakcję podręcznika z zakresu chorób zakaźnych (2000). Członek Rady Naukowej czasopism: *Klinika Nowa*, *Postępy Nauk Medycznych*, *Medical Science Monitor*, *Medycyna po Dyplomie*. Laureat Nagrody Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej za aktywność w dziedzinie HIV i AIDS (1996 i 1997). Od 1999 przewodnicząca Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS.

Wybrane publikacje:

Karpinska E., Leonciuk A., Wawrzynowicz-Syczewska M., Boron-Kaczmarska A., *Hospital – treated infectious diseases in Western Pomerania Region in a 5-year surveillance: importance for travellers*. Scand. J. Inf. Dis., 2000, 32, 417

Urbanowicz W., Wawrzynowicz-Syczewska M., Boron-Kaczmarzka A. *HBV and HCV infections in relations to the chosen genetic features in hemodialyzed patients*. *Nephron*, 2000, 85, 357

Wnuk A., Boron-Kaczmarzka A., *Nowe poglądy na patogenezę zakażenia HIV*. *Przegląd Dermatologiczny*, 2001, 3/88, 265

Wawrzynowicz-Syczewska M., Leonciuk A., Jurczyk K., Karpinska E., Boron-Kaczmarzka A., *Wzrost zachorowań na raka pierwotnego wątroby*. *Pol. Merk.Lek.*, 2002, 12, 100

Wawrzynowicz-Syczewska M., Kruszewski T., Boron-Kaczmarzka A., *Complications of percutaneous liver biopsy*. *Rom. J. Gastroenterol.*, 2002, 11, 105



ELŻBIETA CIASTOŃ-

-PRZECŁAWSKA – socjolog, konsultant i współautor badań dotyczących postaw, zachowań i oczekiwań różnych grup społecznych i zawodowych w kontekście problemów HIV i AIDS. Pracuje

w Krajowym Centrum ds. AIDS. Wiele czasu poświęca na działalność edukacyjną promując nowoczesne, aktywne formy szkolenia w dziedzinie HIV/AIDS. Jest członkiem zespołu opracowującego i monitorującego *Krajowy program zapobiegania zakażeniom HIV, opieki nad żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS na lata 1999-2003*.

Wybrane publikacje:

Lekarze, pielęgniarki i pracownicy służb społecznych wobec wybranych zagadnień HIV i AIDS, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań 2000



IRENA GŁOWACZEWSKA

– absolwentka Wydziału Lekarskiego Śląskiej Akademii Medycznej w Zabrze – Rokietnicy. W 1973 r. uzyskała w Państwowym Zakładzie Higieny specjalizację II stopnia z epidemiologii. Od roku

1972 pracowała jako specjalista ds. przeciwepidemicznych w Departamencie Sanitaro-Epidemiologicznym Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, od 1976 r. kierownik Działu Epidemiologii Stacji Sanitaro-Epidemiologicznej w Warszawie. Od 1996 pełniła funkcję dyrektora Krajowego Biura Koordynacyjnego ds. Zapobiegania AIDS, a od 1997 do 2000 podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia

i głównego inspektora sanitarnego. Obecnie pracuje w Krajowym Centrum ds. AIDS. W latach 1998-2002 wiceprezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Higienicznego.

Wybrane publikacje:

Postawy etyczne lekarza wobec pacjenta żyjącego z zakażeniem HIV/AIDS, „Medical Science Review. Medical Journal for Continuous Education”, wyd. I, 1997, s. 61

Życ z wirusem... Poradnik dla osób żyjących z HIV, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań 1999 (redaktor)

Postępowanie zapobiegawcze i diagnostyczne w przypadku zakażenia HIV i zachorowania na AIDS. Obowiązujące standardy postępowania dla pracowników medycznych, Warszawa 2002 (redaktor)



ANDRZEJ KIJOWSKI

– profesor nauk prawnych, kierownik Katedry Prawa Pracy i Prawa Socjalnego Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Główny przedmiot jego zainteresowań i publikacji naukowych stanowią problemy prawa pracy, prawa

ubezpieczeń społecznych, prawa socjalnego i prawa sportowego. Od kwietnia 1994 r. orzekał w Sądzie Apelacyjnym w Poznaniu, a od sierpnia 1995 r. jest sędzią Sądu Najwyższego w Izbie Administracyjnej, Pracy i Ubezpieczeń Społecznych.

Wybrane publikacje:

Sytuacja prawna sportowca wyczynowego, PWN, Warszawa – Poznań 1984

AIDS a prawo pracy i prawo ubezpieczenia społecznego, w pr. zbior. pod red. Andrzeja J. Szwarca, *Prawne problemy AIDS*, Wyd. Prawnicze, Warszawa 1990

Sytuacja prawna aplikanta, Wyd. Poznańskie, Poznań 1998

Status prawny sportowca, praca zbiorowa pod red. A. Kijowskiego, Wyd. Poznańskie, Poznań 2001

Udział w pracy zbiorowej pod red. T. Zielińskiego, *Kodeks pracy. Komentarz*, Dom Wyd. ABC, Warszawa 2000 i II wyd. 2001



ANNA MARZEC-BOGUSŁAWSKA

– epidemiolog, absolwentka Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie. Ukończyła studia podyplomowe na Uniwersytecie Hebrajskim w Izraelu,

uzyskując międzynarodowy tytuł magistra zdrowia publicznego. Obecnie pełni funkcję dyrektora Krajowego Centrum ds. AIDS.

Wybrane publikacje:

Zapobieganie rozprzestrzenianiu się epidemii HIV i AIDS. Polskie doświadczenia z lat 1985-2000, Zdrowie Publiczne, nr 4/2001

Zanim wybierzesz się w podróż... pomyśl o zdrowiu, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań 2001

Wiedza, postawy i przekonania studentów akademii medycznych wobec HIV i AIDS - grudzień 2000. Przegląd badań dotyczących wiedzy, postaw i przekonań wobec HIV/AIDS przeprowadzonych w latach 1989-2000 wśród uczniów i studentów kierunków medycznych w innych krajach, Wydawnictwo PRINTMAX, Warszawa 2002.



WŁODZIMIERZ NOWACKI – absolwent Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie, specjalista w zakresie medycyny ogólnej, chorób zakaźnych i organizacji ochrony zdrowia. W latach 1966-1982 praco-

wał jako starszy urzędowy lekarz odpowiedzialny za zwalczanie chorób zakaźnych i epidemii w regionie Wielkiej Akry (Ghana). Po powrocie do kraju pracował w Stołecznym Wydziale Zdrowia, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia oraz Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej. Obecnie zajmuje się monitorowaniem zagadnień związanych z integracją europejską w dziedzinie ochrony zdrowia w Krajowym Centrum ds. AIDS.

Wybrane publikacje:

Projekt adaptacji polityki zdrowotnej i legislacji w Polsce do wymagań Unii Europejskiej, COEOZ, Warszawa 1995

Kierunki rozwoju polityki zdrowotnej oraz projekt koordynacji przepisów polskich w ochronie zdrowia z uregulowaniami Unii Europejskiej, COEOZ, Warszawa 1999

Wymogi Unii Europejskiej w ochronie zdrowia, CSIOZ, Warszawa 2000

Perspektywy polityki zdrowotnej Wspólnoty Europejskiej. Implikacje dla Polski, CSIOZ, Warszawa 2000

Przeciwdziałanie HIV/AIDS w Polsce w latach 1985-2000, Zdrowie Publiczne, nr 4/2001

Kompetencje Wspólnoty Europejskiej w dziedzinie zdrowia publicznego, Zdrowie Publiczne, nr 5-6/2001

National AIDS Center Experience in HIV/AIDS Pre-

vention in Poland, European Health Management Association Annual Conference, Granada 2001



ANNA NOWAK – doktor socjologii, specjalność: patologia społeczna i resocjalizacja, pracownik Instytutu Socjologii Uniwersytetu Szczecińskiego, pełnomocnik wojewody zachodniopomorskiego ds. AIDS. Założyciel

i przewodnicząca Stowarzyszenia na rzecz Prewencji HIV/AIDS i Innych Chorób Przenoszonych Drogą Płciową „TADA”, współorganizator pierwszego punktu testowania w kierunku HIV w Polsce (Szczecin). Od 7 lat realizuje programy profilaktyczne propagując metodę streetwork, polegającą na bezpośrednim docieraniu do grup docelowych.



DOROTA ROGOWSKA-SZADKOWSKA – doktor nauk medycznych, specjalista chorób zakaźnych, od 1999 roku członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS. Problematyką HIV i AIDS oraz lecze-

niem osób zakażonych HIV zajmuje się od 1989 roku.

Wybrane publikacje:

Sposoby zmniejszania ryzyka zakażenia i postępowanie po kontakcie z HIV, Ottonianum, Szczecin 1999

Leczenie antyretrowirusowe. Poradnik dla pacjentów, DK-INWEST, Białystok 1998

Liczne artykuły omawiające zagadnienie HIV/AIDS



JUSTYNA SOBEYKO – absolwentka Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Śląskiego, członek Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS. Obecnie pisze pracę doktorską na temat praw człowieka w aspekcie

zakażenia HIV pod kierownictwem prof. Eugeniusza Zwierzchowskiego. Zajmuje się również wpływem prawa na redukcję szkód związanych z zażywaniem narkotyków, współpracując w tym zakresie z prof. Krzysztofem Krajewskim z Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Wybrane publikacje:

Human rights in international standards and Polish legislation in the aspect of HIV infection; Zeszyty Naukowe Naukowego Koła Integracji Europejskiej Uniwersytetu Śląskiego; nr 2; Katowice 2001



ELEONORA ZIELIŃSKA – profesor doktor habilitowany, dyrektor Instytutu Prawa Karnego Uniwersytetu Warszawskiego, specjalista z zakresu prawa karnego, prawa medycznego oraz zagadnień

dotyczących równości kobiet i mężczyzn oraz niedyskryminacji ze względu na płeć.

Wybrane publikacje:

Oceny prawnokarne przerywania ciąży (1986),

Warunki legalności przerywania ciąży w Polsce i na świecie (1990),

Odpowiedzialność karna lekarza i jego stosunek do odpowiedzialności karnej (2001),

Abortion and Protection of Human Fetus. Legal Problems in a Cross-Cultural Perspective (1987),

Legal Responses to AIDS in Comparative Perspective (1998).

Literatura uzupełniająca

AIDS i prawo karne, pod red. Andrzeja J. Szwarca, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań 1996

Książka zawiera materiały z konferencji naukowej na temat *AIDS i prawo karne* (Poznań 1995 r.). Zagadnienia poruszane w publikacji: karalność zakażenia HIV, prawnokarne problemy diagnostyki zakażeń HIV, cięża w aspekcie AIDS, tajemnica lekarska i nieudzielenie pomocy. Poruszono również problemy wymiaru kary i środków zabezpieczających, wykonania kary pozbawienia wolności i problemów karnoprosesowych.

Bogusław Janiszewski, **HIV i AIDS w zakładach karnych. Problemy karnoprosesowe**, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań 1999

Pobyt osób zakażonych bądź chorych w zakładach karnych wiąże się z wieloma problemami natury prawnej, których rozwiązanie bywa często dyskusyjne. W publikacji znajduje się przegląd regulacji prawnych obejmujących wymiar i wykonanie kary.

Autor uwzględnił w książce informacje uzyskane od pracowników więziennictwa. Zwrócił uwagę zwłaszcza na opinię służb medycznych, stykających się w codziennej pracy z problemami wynikającymi z zastosowania kary pozbawienia wolności wobec osób żyjących z HIV i AIDS.

Leszek Kubicki, **HIV/AIDS – odmowa leczenia i nieudzielenie pomocy medycznej**, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań 2001

Problemy konieczności udzielenia pomocy innej osobie i odpowiedzialności za niedopełnienie tego obowiązku wywołują w związku z HIV i AIDS duże zainteresowanie, budzą wątpliwości i bywają przedmiotem kontrowersji. Autor opracowania ograniczył swoje rozważania do określenia i dokładnego omówienia obowiązków lekarzy, pielęgniarek i położnych oraz odpowiedzialności (karnej, cywilnej odszkodowawczej i zawodowej), jaką ponoszą za niedopuszczalną odmowę leczenia lub nieudzielenie pomocy lekarskiej innego rodzaju.

Książka adresowana do pracowników służby zdrowia, sędziów i prokuratorów.

Agnieszka Liszewska, Wojciech Robaczyński, **AIDS a tajemnica lekarska**, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań 2001

Autorzy przedstawili źródła prawnego obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej. Omówili także sytuacje, w których lekarz może wbrew woli pacjenta ujawnić informację stanowiącą tajemnicę zawodową – dozwolone jest to jedynie wtedy, gdy istnieje realne niebezpieczeństwo przeniesienia zakażenia na inną osobę.

Autorzy monografii podkreślają, że dane o zdrowiu pacjenta podlegają prawnej ochronie, a ich ujawnienie stanowi przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego.

Pierwsze w Polsce tak obszerne opracowanie zagadnień związanych z tajemnicą lekarską stanowi źródło wiadomości przede wszystkim dla prawników i pracowników służby zdrowia.

Wioletta Pigulska, **Diagnostyka zakażeń HIV a prawo karne**, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań 1998

Celem opracowania było omówienie kwestii prawnych wiążących się z wykonywaniem badań, które stwierdzają lub wykluczają zakażenie HIV. Autorka zreferowała obowiązujący stan prawny, odnoszący się do diagnostyk wykrywających zakażenie HIV, proponując podział wszelkich diagnostyk zakażeń HIV na testy obowiązkowe i nieobowiązkowe. Omówiła również problemy nasuwające się na tle obowiązujących w Polsce uregulowań prawnych, proponując jednocześnie pewne wstępne rozwiązania.

Tomasz Sokołowski, **Problematyka AIDS w świetle prawa rodzinnego**, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań 2000

Opracowanie, po raz pierwszy w polskiej literaturze naukowej, porusza tematykę HIV, AIDS w kontekście prawa rodzinnego. Skierowane jest przede wszystkim do pracowników służby zdrowia i placówek penitencjarnych, pedagogów, psychologów, nauczycieli, sędziów, adwokatów i prokuratorów.

Stanisław Stachowiak, **Problemy karnoprocowe związane z HIV/AIDS**, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań 2001

Opracowanie obejmuje główne problemy w systemie polskiego prawa karnego (na gruncie Kodeksu postępowania karnego z 1997 roku), związane z HIV

i AIDS. Są to w szczególności: tryb ścigania przestępstw związanych z HIV/AIDS, problemy dowodowe związane z zakażeniem HIV i chorobą AIDS, ochrona prywatności osób zakażonych HIV i chorych na AIDS w toku prowadzonego postępowania karnego, stosowanie wobec tych osób środków przymusu, ewentualność zawieszenia postępowania karnego wobec ludzi żyjących z HIV/AIDS.

Rafał Szczepaniak, **Odpowiedzialność odszkodowawcza za zakażenie HIV**, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań 1999

Książka sprzyja upowszechnieniu wiedzy o różnych problemach prawnych związanych z HIV i AIDS. Autor omawia zasady i przesłanki cywilnej odpowiedzialności odszkodowawczej za zakażenie innej osoby wirusem HIV oraz sposoby wynagrodzenia szkody. Analizuje także wybrane zagadnienia wiążące się z najbardziej typowymi przypadkami zakażenia HIV (kontakty seksualne, udzielanie świadczeń zdrowotnych, zakażenia HIV w zakładach karnych).

Opracowanie skierowane jest zwłaszcza do pracowników służby zdrowia i placówek penitencjarnych, pedagogów, psychologów, nauczycieli, a także sędziów i prokuratorów.

AIDS. Jak zmniejszyć ryzyko zakażenia HIV w praktyce pielęgniarstwa, pod red. Anny Grajcarek, wyd. IV uzupełnione, Warszawa 1999

Publikacja ma na celu poszerzenie umiejętności zawodowych personelu medycznego, na co dzień stykającego się z osobami zakażonymi HIV. Stanowi także zbiór rzetelnych informacji dotyczących zagrożenia AIDS w praktyce pielęgniarstwa i środków ostrożności, których należy przestrzegać w przypadku choroby zakaźnej. Poradnik pomaga w budowaniu wzajemnego zaufania między średnim personelem medycznym a osobami żyjącymi z HIV.

Elżbieta Ciastoń-Przeclawska, **Lekarze, pielęgniarki i pracownicy służb socjalnych wobec wybranych zagadnień HIV i AIDS**, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań 2000

W publikacji przedstawiono wyniki badań postaw i zachowań lekarzy, pielęgniarek i pracowników socjalnych wobec problematyki HIV i AIDS oraz ich omówienie i interpretację.

Co musisz wiedzieć o HIV i AIDS bez względu na to, gdzie mieszkasz i pracujesz, Warszawa 2002

Autorzy broszury obalają mity związane z zakażeniem, przypominają, kiedy zachowanie niesie ze sobą ryzyko, a w jakich sytuacjach nie dochodzi do rozprzestrzeniania wirusa. Podkreślają również potrzebę zrozumienia problemów ludzi żyjących z HIV, AIDS oraz ich bliskich. Uświadamiają, jak ważna dla samopoczucia osób zakażonych jest możliwość kontynuowania nauki lub pracy.

Fakty na temat HIV i AIDS dla pielęgniarek i położnych, praca zbiorowa, Warszawa 2000

Publikacja adresowana przede wszystkim do pielęgniarek i położnych, ale może być również wykorzystywana przez innych pracowników służby zdrowia, nauczycieli przedmiotów zawodowych lub pracowników socjalnych. Zawiera omówienie najważniejszych zagadnień dotyczących problematyki HIV i AIDS.

Podręcznik wydany jest w formie segregatora, został zaprojektowany w sposób umożliwiający dołączanie własnych notatek do opracowanych zagadnień oraz informacji przydatnych w codziennej pracy (np. numery telefonów, adresy lokalnych klinik i aptek, aktualne wytyczne leczenia).

Andrzej Gładysz, Jacek Juszczyk, **Zakażenia HIV/AIDS – poradnik dla stomatologów**, Volumed, Wrocław 1999

Jest to skrypt zapoznający studentów akademii medycznych i lekarzy z problematyką HIV i AIDS. W książce zawarte są także informacje o podstawowych objawach uzależnień od środków zmieniających świadomość i chorób przenoszonych drogą płciową.

HIV/AIDS. Standardy europejskie. Wybór materiałów, wybór. i oprac. Tadeusz Jasudowicz, TNOiK, Toruń 1998

Publikacja składa się z dwóch części. W pierwszej autor zawarł wybór zalecanych europejskich standardów bezpośrednio dotyczących problemu HIV i AIDS, kształtowanych w formie rezolucji i rekomendacji Zgromadzenia Parlamentarnego i Komitetu Ministrów Rady Europy. W drugiej natomiast znajdują się inne standardy europejskie pośrednio dotyczące problemu HIV/ AIDS z dziedziny praw i podstawowych wolności człowieka, ochrony danych o charakterze osobistym, a także standardy bioetyczne.

Kazimiera Nosowska, **Podstawy sterylizacji i dezynfekcji w zwalczaniu zakażeń szpitalnych**, wyd. II poprawione, Warszawa 2000

Opracowanie jest nowocześnie napisanym podręcznikiem, zawierającym wszystkie niezbędne i aktualne wiadomości na temat szeroko pojętej higieny szpitalnej. Obejmuje wiedzę z zakresu zakażeń szpitalnych, sterylizacji i dezynfekcji. Publikacja stanowi pomoc dydaktyczną dla słuchaczy i nauczycieli szkół medycznych. Może jednocześnie służyć pracownikom służby zdrowia (lekarzom, pielęgniarkom) i administracji.

Postępowanie zapobiegawcze i diagnostyczne w przypadku zakażenia HIV i zachorowania na AIDS, pod red. Marka Beniowskiego, Ireny Głowaczewskiej, Jacka Juszczyka, wyd. III uzupełnione i poprawione, Warszawa 2001

Publikacja zawiera wytyczne dotyczące postępowania zapobiegawczego i diagnostycznego w przypadku zakażenia HIV i zachorowania na AIDS.

Opracowane zasady postępowania (zatwierdzone przez ministra zdrowia) będą pomocne w rozstrzyganiu wątpliwości dotyczących pracy lekarzy i innych pracowników służby zdrowia.

Dorota Rogowska-Szadkowska, **Sposoby zmniejszenia ryzyka zakażenia i postępowanie po kontakcie z wirusem HIV**, Ottonianum, Szczecin 1999

W książce znajdują się informacje m.in. na temat profilaktyki po ekspozycji na zakażenie HIV pracowników służby zdrowia. Zostały tu również omówione zasady profilaktyki zakażeń HIV u osób narażonych wskutek kontaktów seksualnych lub nieprawidłowo realizowanego programu wymiany igieł i strzykawek.

Sarah W. Watstein, Karen Chandler, **Słownik AIDS**, Elma Books, Warszawa 1999

Jest to obszerne kompendium wiedzy na temat HIV i AIDS. Słownik zawiera około 3000 haseł omawiających m.in. objawy, diagnostykę, drogi zakażenia, stosowane leki oraz metody i techniki leczenia, epidemiologię. Obejmuje także zagadnienia polityki społecznej wobec AIDS, aspekty prawne i etyczne problemu HIV/AIDS oraz opieki nad osobami zakażonymi i chorymi.

Leksykon przeznaczony jest dla szerokiego kręgu odbiorców.

Zakażenie HIV i choroba AIDS, praca zbiorowa, Elma Books, Warszawa 2001

Publikacja stanowi suplement do *Słownika AIDS*. Zawiera aktualne i dostosowane do polskich realiów informacje na temat medycznych i prawnych aspektów problematyki HIV/AIDS.

Ostatni rozdział książki zawiera wykaz i krótką charakterystykę wybranych organizacji zajmujących się zapobieganiem i zwalczaniem epidemii HIV/AIDS w Polsce.

Program Narodów Zjednoczonych do spraw Rozwoju (UNDP) w Polsce

Światowa sieć UNDP wspiera rozwój poprzez swoje biura w 166 krajach. Popiera realizację narodowych strategii, propagując zmiany i zapewniając państwom dostęp do wiedzy, doświadczeń i środków, które pomagają ludziom zbudować lepsze życie. Państwa korzystają z pomocy ekspertów UNDP i szerokiego grona partnerów tej organizacji w procesie budowy własnego potencjału.

UNDP jest obecny w Polsce od 1990 roku. Umowa o współpracy zawarta między rządem RP a UNDP przewiduje, że program będzie wspierać rozwój społeczny i gospodarczy Polski.

UNDP w Polsce realizuje swoje zadania przez programy:

Globalny Fundusz Środowiska (GEF)

UNDP w Polsce od 1994 roku zarządza programami Globalnego Funduszu Środowiska, Programem Małych Dotacji (SGP), który to program, współfinansujący inicjatywy ekologiczne do kwoty 50 tys. USD, jest adresowany do organizacji pozarządowych i społeczności lokalnych. Przyznano dotacje ponad 130 projektom na sumę 2,7 mln. USD. Od 1998 roku UNDP w Polsce rozpoczął realizację programów średniej wielkości (finansowanie projektów wartości kilku milionów USD).

Krajowe Raporty o Rozwoju Społecznym (NHDR)

Raporty są jednym z głównych filarów działalności UNDP. Analizują ważne dziedziny życia społecznego w Polsce, są istotnym instrumentem realizacji ogólnoswiatowych idei, szczególnie zmniejszania obszarów ubóstwa, rekomendują kierunki konkretnych dzia-

łań. Coroczne raporty, poświęcone jednemu, wybranemu zagadnieniu, poddawane są debacie publicznej. Poprzez raporty wprowadzone zostały wskaźniki rozwoju danego kraju (HDI) wykraczające poza wskazania przychodu na głowę mieszkańca, składające się z trzech komponentów: długości życia, poziomu edukacji oraz dochodu na głowę mieszkańca. Raport z 2002 roku nosi tytuł „Polska w drodze do globalnego społeczeństwa informacyjnego”.

UMBRELLA

Największy program UNDP w Polsce poprzez działalność doradczą pomaga przedsiębiorcom i administracji publicznej w ulepszaniu istniejących systemów zarządzania. Priorytetowe obszary działalności to: rozwój demokracji lokalnej, zasobów ludzkich i struktur instytucjonalnych, pomoc w zakresie zarządzania jakością i ochroną środowiska oraz proces integracji z Unią Europejską.

Strategie zrównoważonego rozwoju – AGENDA 21

UNDP w Polsce doradza samorządom i instytucjom społeczności lokalnych w zakresie opracowywania strategii zrównoważonego rozwoju i doskonalenia systemów zarządzania zgodnie z zasadami Agendy 21. Celem programu jest wdrożenie systemu zarządzania, monitorowania i oceny realizacji strategii. W ramach tego programu UNDP współpracuje z sektorem prywatnym. Firmy oferują swoją pomoc przy realizacji strategii zrównoważonego rozwoju w wybranych gminach i powiatach. Działalność ta promuje ideę Global Compact (swoisty sojusz publiczno-prywatny) apelującą do biznesu o odpowiedzialne zarządzanie zgodne z potrzebami środowiska społecznego i naturalnego.

Program ds. HIV/AIDS

UNDP uczestniczyło w formułowaniu pierwszego krajowego programu przeciwdziałania HIV/AIDS w Polsce ze szczególnym uwzględnieniem standardów międzynarodowych, praw człowieka, najnowszych osiągnięć terapeutycznych oraz działań ograni-

czania szkód zdrowotnych związanych z zażywaniem dożylnym narkotyków. Obecnie realizowany program wspomaga gminy w podejmowaniu działań na rzecz prewencji HIV/AIDS, inicjuje i wspomaga współpracę międzynarodową z Białorusią, Ukrainą i Kaliningradem. Promuje jednocześnie polskich ekspertów w krajach Europy Wschodniej i Centralnej oraz Azji Centralnej, a także udziela bezpośredniego wsparcia polskim organizacjom pozarządowym działającym w dziedzinie HIV/AIDS oraz narkomanii.

Działania UNDP i UNIFEM na rzecz kobiet

Od 1995 roku UNDP, we współpracy z rządem RP, wdraża poszczególne programy, dotyczące szeroko pojętej tematyki kobiecej, m.in. z zakresu zapobiegania przemocy w rodzinie oraz równego statusu kobiet i mężczyzn. UNIFEM, Fundusz Rozwojowy Narodów Zjednoczonych na rzecz Kobiet, zajmuje się problemami awansu społecznego kobiet i wzmacnianiu czynnego udziału kobiet we wszystkich obszarach życia społecznego i politycznego realizując projekty głównie we współpracy z organizacjami pozarządowymi.

Wolontariusze Narodów Zjednoczonych

Od 1990 roku w ramach programu wyjechało z Polski ponad 170 osób. Wolontariusze polscy pracowali m.in. w Bośni i Hercegowinie, Kambodży, Kosowie, Liberii, Nigerii, Słowenii, Republice Południowej Afryki, Tadżykistanie, Sierra Leone i na Timorze Wschodnim, jako lekarze, inżynierowie i obserwatorzy wyborów.

Więcej informacji o UNDP można znaleźć na stronie internetowej www.undp.org.pl.

Postłowie

23 lipca Mark Malloch Brown, administrator UNDP skierował do pracowników krajowych biur na całym świecie list, który w skondensowanej formie wyraża stanowisko UNDP jako pracodawcy w stosunku do zatrudnionych w jej agendach osób dotkniętych HIV/AIDS. Przytaczamy wierne tłumaczenie:

Koledzy!

W ciągu minionej dekady UNDP zaangażował się w pełni w całkowite wcielenie w życie polityki personalnej ONZ w odniesieniu do HIV/AIDS i skoordynowanie wysiłków z innymi agendami ONZ na rzecz podniesienia świadomości, zmobilizowania środków, znalezienia twórczych rozwiązań w odpowiedzi na niezliczone problemy wywołane przez tę plagę w całej naszej wspólnocie.

Rok temu zobowiązałem się do wspierania, zarówno osób będących pracownikami ONZ, jak też i ich rodzin zakażonych bądź żyjących z HIV/AIDS. Przypominałem również o polityce naszej organizacji w odniesieniu do tych osób, a także o prawach tych pracowników. Pisałem także do wszystkich szefów krajowych biur UNDP, prosząc ich o współpracę w osiągnięciu następujących celów:

- Zapewnienie pracownikom na całym świecie stuprocentowej dostępności do terapii antyretrowirusowej.
- Ułatwienie wszystkim pracownikom dostępu do właściwej opieki i leków w cenie, umożliwiającej im ich zakup.
- Rozpowszechnienie informacji na temat HIV/AIDS wśród pracowników.
- Wyszukanie pracowników administracji w zakresie problemów związanych z występowaniem HIV/AIDS w miejscu pracy.
- Zadbanie o to, by środowisko pracy było wolne od dyskryminacji oraz piętnowania i wspierało osoby żyjące z HIV/AIDS.
- Podtrzymywanie współpracy między agendami ONZ.

Dziś chciałbym wam przedstawić najistotniejsze osiągnięcia dokonane w minionym roku, zarówno na poziomie globalnym, jak i na poziomie rozwiązywania problemów HIV/AIDS w miejscu pracy.

Kodeks postępowania Międzynarodowej Organizacji Pracy

Kamieniem milowym na poziomie politycznym było przyjęcie przez Komitet Wykonawczy Międzynarodowej Organizacji Pracy „Kodeksu dobrej praktyki Międzynarodowej Organizacji Pracy na temat HIV w miejscu pracy”. Kodeks ustanawia międzynarodowe standardy w odniesieniu do HIV/AIDS w miejscu pracy. Obejmuje kluczowe obszary działania, czyli: zapobieganie HIV/AIDS, właściwe postępowanie i ograniczanie występowania HIV/AIDS w miejscu pracy, objęcie opieką i pomocą pracowników dotkniętych HIV/AIDS, niedopuszczanie w miejscu pracy do stygmatyzacji i dyskryminacji osób dotkniętych HIV/AIDS ze względu na prawdziwy lub domniemany status serologiczny. Dokument ten został rozpowszechniony wśród wszystkich stałych przedstawicieli wkrótce po sesji specjalnej Zgromadzenia Ogólnego ONZ poświęconego HIV/AIDS (UNGASS). Z pełną determinacją wprowadzimy zalety kodeksu jako standardy obowiązujące w każdym biurze UNDP.

ACTION

ACTION (Access, Care, Treatment, and Inter-Organizational Needs – Dostęp, Opieka, Leczenie i Potrzeby Organizacji) jest to projekt opracowany i rozpowszechniony ostatnio przez Medical Services z Genewy i Nowego Jorku, całkowicie sfinansowany przez UNAIDS. Jego głównym celem ma być zarówno wspieranie wybranych krajów tak, aby były w stanie w pełni wprowadzić w życie „Wytyczne dla krajowych koordynatorów programu ONZ: HIV/AIDS w miejscu pracy”, jak również zapewnienie właściwej opieki (włączając w to przeprowadzanie poufnych dobrowolnych testów – VCT) i konsultacji, terapii antyretrowirusowej, a także wspie-

rania pracowników żyjących z HIV/AIDS oraz ich rodzin. Projektem tym objętych zostanie 11 krajów: Burkina Faso, Kambodża, Etiopia, Indie, Wybrzeże Kości Słoniowej, Nigeria, Rwanda, Senegal, Uganda, Zambia i Zimbabwe. Poprosiłem szefów UNDP z tych krajów o pełną współpracę i uczestnictwo ich placówek tak, aby inicjatywa zakończyła się powodzeniem.

WE CARE

Aby uzupełnić inicjatywę zawartą w projekcie ACTION i szczególnie wesprzeć wybrane placówki w ich walce z HIV/AIDS, UNDP opracował i w pełni finansuje projekt WE CARE. Głównym celem projektu ma być udzielenie wsparcia wybranym krajom, by mogły osiągnąć następujące cele:

- Zapewnienie całkowitego wprowadzenia w życie wskazań zawartych w publikacjach: „Polityka kadrowa ONZ w dziedzinie HIV/AIDS” i „Kodeksu dobrej praktyki Międzynarodowej Organizacji Pracy na temat HIV w miejscu pracy”.
- Zapewnienie wszystkim pracownikom pełnego dostępu do terapii antyretrowirusowej w każdej chwili.
- Ułatwienie dostępu do właściwej opieki, leczenia i pomocy pracownikom biur UNDP.
- Zapewnienie wszystkim pracownikom możliwości wykonania poufnie dobrowolnego testu (VCT).
- Wzmocnienie działań profilaktycznych poprzez informację, edukację i szkolenia.
- Zagwarantowanie ochrony praw osób dotkniętych HIV/AIDS.
- Zapewnienie wsparcia tym osobom w miejscu pracy tak, by nie odczuły napiętnowania czy dyskryminacji z powodu choroby.

W 2002 roku (pierwsza faza) program WE CARE obejmie 10 krajów, a mianowicie: Botswanę, Egipt, Haiti, Lesotho, Malezję, Mozambik, Namibię, Afrykę Południową, Swaziland i Ukrainę. Bazując na doświadczeniach zdobytych w pierwszej fazie programu, w 2003 roku rozszerzymy nasze działania na co najmniej 10 następnych krajów (druga faza programu). Każdemu krajowi, uczestniczącemu w pierwszej fazie WE CARE, przyznano budżet w wysokości 30 tys. dolarów amerykańskich.

MEDUNSA

Aby łatwiej wyselekcjonować placówki, które pomogą osiągnąć cele, jakimi są podniesienie wiedzy, kompetencji i umiejętności ich personelu w radzeniu sobie z HIV/AIDS w miejscu pracy, powołano 18 punktów, które przeprowadzają komputerowe jednoroczne kursy pod nazwą: „Zarządzanie problemem HIV/AIDS w miejscu pracy”. Kursy te organizowane są wspólnie przez Krajową Szkołę Zdrowia Publicznego przy Akademii Medycznej w Południowej Afryce (MEDUNSA) i Wydział Psychologii Przemysłowej Uniwersytetu Stellenbosch. Częścią kursu, rozpoczętego w marcu 2002 r., są obowiązkowe dwa tygodniowe pobyty w kampusach studenckich w Pretorii i Stellenbosch. Koszty tych pobytów pokrywa całkowicie Biuro Główne UNDP w Nowym Jorku.

18 pracowników biorących udział w kursie 2002 r. pochodzi z: Angoli, Botswany, Kamerunu, Republi-

ki Afryki Środkowej, Fidżi, Haiti, Indii, Kazachstanu, Kenii, Malawi, Mozambiku, Namibii, Nigerii, Konga, Afryki Południowej, Ugandy, USA i Zimbabwe. W kursach MEDUNSA uczestniczy także ONZ poprzez wyspecjalizowanych w dziedzinach HIV/AIDS przedstawicieli z: Etiopii, Kenii, Rwandy i Tajlandii, oraz UNICEF poprzez uczestników z Wybrzeża Kości Słoniowej, Panamy i USA, UNAIDAS szkoli przedstawicieli Szwajcarii.

Jestem zdecydowany wygrać bitwę z HIV/AIDS dla dobra naszych pracowników. Ciągłym wyzwaniem pozostaje wzmożenie naszych wysiłków w tej walce. Liczę na współpracę każdego z was w podejmowaniu tych wysiłków, tak abyśmy nieustannie wspierali naszych pracowników i ich rodziny dotknięte lub żyjące z HIV/AIDS.

Mark Malloch Brown

HIV/AIDS PRAWA CZŁOWIEKA W MIEJSCU PRACY

(...) Jest to niewątpliwie bardzo wartościowe opracowanie, nabierające szczególnie ważkiego wymiaru w obecnym czasie w Polsce, kiedy to sytuacja na rynku pracy jest skomplikowana i wymaga znaczących starań, zarówno ze strony pracodawcy, jak i przyszłego lub obecnego pracownika.

(...) Idealnie byłoby, gdyby dostęp do tej publikacji miał każdy pracownik, w tym żyjący z HIV. Pomocnymi mogą być tutaj organizacje pozarządowe, skupiające zakażonych HIV lub chorujących na AIDS.

prof. dr hab. n. med.
Anna Boroń-Kaczmarek