



Badanie barier w dostępie do informacji, produktów i świadczeń związanych z planowaniem rodziny wśród ukraińskich uchodźczyń i w społecznościach je przyjmujących w Polsce

Krótkie podsumowanie warsztatów dla interesariuszy w Polsce
Luty 2025 r.

Wprowadzenie

W latach 2022–2023 Oddział ds. Globalnego Zdrowia Publicznego w Sytuacjach Kryzysowych w amerykańskim Centrum Kontroli i Zapobiegania Chorobom (CDC), CARE, Women's Refugee Commission (WRC) oraz Fundacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny (FEDERA), przy wsparciu Fundacji CDC, współpracowały w celu przeprowadzenia badania metodami mieszanymi składającego się z oceny rynku i analizy barier w celu zrozumienia barier w dostępie do metod i usług planowania rodziny (FP) wśród ukraińskich uchodźczyń i społeczności przyjmujących w Polsce. **Kliknij tutaj, aby przeczytać pełny raport.** Aby omówić wstępne wyniki badania i opracować kluczowe czynniki wpływające na dostęp do planowania rodziny w Polsce, w maju 2024 r. przeprowadzono warsztaty z udziałem odpowiednich interesariuszy w Polsce.

Omówienie warsztatów

Warsztaty stacjonarne, które odbyły się w biurze CARE Polska w Warszawie, miały na celu skonsultowanie się z grupą lokalnych liderów działających na rzecz zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz praw w tym zakresie (SRHR) lub pomocy w formie gotówki i bonów (CVA) w Polsce. Wśród uczestników znaleźli się członkowie zespołów projektowych z CARE, CDC, WRC i FEDERY wraz z przedstawicielami kluczowych organizacji w Polsce, w tym Grupy Ponton, epruf, IRC, Martynki, Ocalenia, Polskiego Czerwonego Krzyża, Grupy Robocza ds. Pomocy Pieniężnej, Polskiego Centrum Pomocy Międzynarodowej, Polskiego Forum Migracyjnego, UNHCR Polska, Biura WHO w Polsce.

Warsztaty obejmowały prezentacje wstępnych wyników z oceny rynku i analizy barier, odgrywanie ról i dyskusje grupowe na temat identyfikacji barier i ich priorytetyzacji na poziomie indywidualnym, społecznym i instytucjonalnym oraz zalecane strategie przezwyciężenia tych barier.

Podsumowanie kluczowych wniosków z badania przeprowadzonego metodami mieszanymi

Zapewnianie świadczeń FP w Polsce: Perspektywy świadczeniodawców	Wykorzystanie FP – czynniki po stronie podaży: Perspektywy ukraińskich uchodźczyń i Polek	Wykorzystanie FP – czynniki po stronie popytu: Perspektywy ukraińskich uchodźczyń i Polek	Pomoc w formie gotówki i bonów (CVA) na FP
- FP wymaga recepty i 1-3 wizyt u świadczeniodawcy - Wizyty tego samego dnia i w ramach telemedycyny w przypadku antykoncepcji awaryjnej są dostępne, ale drogie - Wojna nie wpłynęła na łańcuch dostaw środków antykoncepcyjnych - Dostawcy usług wykazują uprzedzenia wobec uchodźczyń, społeczności romskiej i osób z niepełnosprawnościami	- Publiczna opieka zdrowotna wiąże się z długim czasem oczekiwania na wizytę u świadczeniodawców – prywatna opieka zdrowotna jest szybsza, ale droższa - Koszty metod FP nie są refundowane przez publiczny system opieki zdrowotnej - Ukraińcy mają dostęp do publicznego systemu	- Oprócz prezerwatyw najpopularniejszymi metodami są pigułki i wkładki wewnątrzmaciczne - Polskie i ukraińskie uchodźczynie płacą dodatkowo za prywatną opiekę, aby ominąć bariery w opiece publicznej - Niektóre ukraińskie uchodźczynie wracają na Ukrainę w celu	- Ukraińki wykazują większe zapotrzebowanie na CVA i zauważają, że opieka zdrowotna w Polsce jest droższa - Ukraińskie uchodźczynie mają trudności z dostępem do pożyczek i niektórych usług bankowych - Ukraińkom brakuje jasności w kwestii dostępu do świadczeń - Lekarze, przedstawiciele

W praktyce od nastolatków wymaga się fizycznej obecności opiekuna podczas konsultacji z lekarzem, co może ograniczać ich dostęp do FP.	- opieki zdrowotnej, ale poruszanie się po nim stanowi wyzwanie - Lekarze mogą odmówić dostępu do FP, jeśli nie jest to zgodne z ich wartościami, co powoduje nieufność wśród Polek szukających opieki w zakresie FP	- skorzystania z FP lub sprowadzają metody FP z Ukrainy, aby uniknąć barier w Polsce - Dezinformacja, stygmatyzacja społeczna i brak wiedzy na temat metod FP uniemożliwiają niektórym kobietom korzystanie z FP	- organizacji pozarządowych, kobiety popierają stosowanie CVA w przypadku metod FP - Kobiety zalecają łączenie CVA z edukacją na temat FP i informacjami na temat poruszania się po systemie opieki zdrowotnej
--	--	--	--

Wnioski i spostrzeżenia z warsztatów

Kluczowe bariery w dostępie do FP podkreślone przez uczestników warsztatów

Po prezentacji kluczowych wniosków z badania przeprowadzonego metodą mieszaną, uczestnicy warsztatów omówili kluczowe bariery w dostępie do FP w Polsce i podali dodatkowe informacje, opierając się na swoich doświadczeniach. Bariery te, pogrupowane na bariery indywidualne, społeczne i instytucjonalne, obejmują:

Bariery indywidualne

- Kwestie ekonomiczne:** brak środków finansowych na opłacenie konsultacji i materiałów FP, zwłaszcza wśród nastolatek, brak refundacji środków antykoncepcyjnych wspieranych przez publiczny system opieki zdrowotnej
- Kwestie językowe i kulturowe:** zbyt mało lekarzy i farmaceutów mówi po ukraińsku, materiały informacyjne niedostosowane do grup docelowych, w tym brak wysokiej jakości tłumaczenia treści na wymagane języki
- Braki w wiedzy:** brak zrozumienia polskiego systemu opieki zdrowotnej, w tym przepisów i procedur związanych z dostępem do FP oraz brak wiedzy na temat SRHR, w tym edukacji seksualnej w zakresie FP
- Strach:** obawa przed krytyką lub oceną ze strony świadczeniodawców opieki zdrowotnej
- Nieufność:** brak zaufania do świadczeniodawców opieki zdrowotnej, brak zaufania do systemu ochrony zdrowia, w tym negatywne postrzeganie jakości usług, komfortu i niebezpiecznych warunków dostępu do opieki, nieufność wobec informacji, które zostały źle przetłumaczone (przez organizacje pozarządowe i inne) i są postrzegane jako niewiarygodne

Bariery społeczne

- Tabu:** mówienie o seksualności i zdrowiu seksualnym nie jest w społeczeństwie normą kulturową
- Religia:** przekonanie, że niektóre grupy mogą wywierać niekorzystny wpływ na polskie społeczeństwo w zakresie planowania rodziny, czasami przedstawiając seksualność jako „niewłaściwą” lub „moralnie niedopuszczalną”
- Luka pokoleniowa:** postrzeganie świadczeniodawców opieki zdrowotnej jako osób pochodzących ze starszego pokolenia i przeświadczenie, że nie można się z nimi identyfikować

Bariery instytucjonalne

- Czas oczekiwania:** długi czas oczekiwania na wizytę u świadczeniodawcy, niska dostępność świadczeniodawców w polskim systemie ochrony zdrowia
- Złożoność systemu publicznej opieki zdrowotnej:** poruszanie się po nim jest trudne, a zrozumienie, w jaki sposób uzyskać i utrzymać numer PESEL (niezbędny do uzyskania dostępu do usług) – mylące
- Brak wskazówek od świadczeniodawców:** przekonanie, że świadczeniodawcy w dużej mierze nie informują

pacjentek/klientek o opcjach FP, być może z powodu braku wiedzy lub czasu

- **Klauzula sumienia:** niektórzy świadczeniodawcy nadużywają obowiązującej w Polsce tzw. „klauzuli sumienia”, aby uzasadnić odmowę świadczeń FP, takich jak recepty na środki antykoncepcyjne, w oparciu o swoje osobiste przekonania
- **Dostęp dla nastolatków:** podczas korzystania z opieki zdrowotnej nastolatkom w wieku poniżej 18 r.ż. musi towarzyszyć opiekun, co ogranicza ich zdolność do samodzielnego dostępu do informacji i usług
- **Reprezentacja kobiet w polityce:** niska reprezentacja kobiet w polityce przyczyniająca się do powstawania przepisów ograniczających dostęp do FP
- **Nieodpowiednia polityka:** brak jednolitej polityki zdrowotnej zgodnej ze standardami WHO w Polsce
- **Edukacja seksualna:** brak wysokiej jakości edukacji seksualnej wspieranej przez instytucje, w tym szkoły
- **Dostęp do banków:** luki w dostępie przez uchodźców do systemów bankowych

Zalecenia interesariuszy

Kluczowe bariery	Zalecenia interesariuszy
Poziom indywidualny	
Kwestie ekonomiczne	• Analiza możliwości wdrożenia CVA w przypadku świadczeń zdrowotnych i zaopatrzenia w środki medyczne, w tym FP i konsultacji wymaganych do uzyskania dostępu do FP, szczególnie dla ukraińskich uchodźców. Może to pomóc w zapobieganiu powrotom kobiet i dziewcząt do Ukrainy i narażaniu się ich na niebezpieczeństwo w celu uzyskania dostępu do opieki. • Rozważenie uwzględnienia kosztów transportu podczas udostępniania CVA w celu lepszego dostępu do FP. • Połączenie CVA ze szkoleniami/spersonalizowanymi informacjami dla odbiorców na temat SRHR i dostępu do polskiego systemu opieki zdrowotnej. • Opowiadanie się za mechanizmami zwrotu kobietom kosztów FP.
Kwestie językowe i kulturowe	• Inwestycje w prawidłowe tłumaczenie materiałów, ponieważ błędy językowe mogą sprawić, że informacje nie będą wyglądać wiarygodnie, nawet jeśli są wartościowe • Zmiana formatów istniejących informacji, dostosowanie materiałów do różnych grup odbiorców oraz zapewnienie dostępności rzetelnych i wiarygodnych informacji w różnych językach i udostępnianie ich za pośrednictwem odpowiednich kanałów w celu dotarcia do różnych grup • Zapewnienie, że programy uwzględniają potrzeby osób, które często są wykluczone. Dotarcie do społeczności romskiej, osób z niepełnosprawnościami i innych grup marginalizowanych.
Luki w wiedzy	• Połączenie CVA z edukacją na temat SRHR i poruszania się po polskim systemie ochrony zdrowia. Przetłumaczenie istniejących materiałów Ministerstwa Zdrowia na różne języki. Zapewnienie sesji edukacyjnych podczas dystrybucji CVA. • Poprawa dostępu do rzetelnych i wiarygodnych informacji, zapewnienie właściwego przekazu dla właściwej grupy, we właściwej formie.

	● Podnoszenie świadomości przy użyciu różnych metod, w tym za pośrednictwem mediów społecznościowych i seminariów internetowych w szkołach. Inwestowanie w publiczne kampanie informacyjne z wykorzystaniem różnych kanałów, aby dotrzeć do jak największej liczby osób (wykorzystanie mediów publicznych, Polskiego Radia/TVP).
Strach	● Szkolenie lekarzy i farmaceutów w zakresie wysokiej jakości edukacji seksualnej. ● Zniesienie klauzuli sumienia umożliwiającej świadczeniodawcom odmowę opieki, która nie jest zgodna z ich wartościami, w tym FP.
Nieufność	● Inwestowanie w prawidłowe tłumaczenie materiałów, ponieważ błędy mogą sprawić, że informacje nie będą wyglądać wiarygodnie, nawet jeśli są wartościowe.
Poziom społeczny	
Tabu/religia	● Ponieważ SRH jest wrażliwym tematem – angażowanie grup bez bezpośredniego prowadzenia dyskusji na temat SRHR, ale wprowadzanie go jako części szerszej debaty. ● Oferowanie edukacji seksualnej lub omawianie tematów SRH w małych grupach, w tym w grupach tylko dla kobiet i tylko dla nastolatków, w celu podniesienia poziomu komfortu. ● Zwiększenie dostępności pozytywnej edukacji seksualnej, ponieważ seksualność jest nadal tematem tabu w Polsce.
Luka pokoleniowa	● Skierowanie do lekarzy i farmaceutów wysokiej jakości pozytywnej edukacji seksualnej.
Poziom instytucjonalny	
Czas oczekiwania	● Priorytetowe traktowanie i promowanie programów umożliwiających szybszy dostęp do antykoncepcji przy jednoczesnym zapewnieniu bezpieczeństwa i jakości, np. poprzez wykorzystanie telemedycyny/konsultacji telefonicznych.
Złożoność publicznego systemu ochrony zdrowia	● Poprawa sposobów dotarcia do ukraińskich uchodźczyń (i innych zmarginalizowanych grup) z informacjami na temat poruszania się w polskim systemie ochrony zdrowia ● Przetłumaczenie istniejących materiałów dotyczących poruszania się w systemie ochrony zdrowia na wiele języków. ● Promowanie istniejących punktów pomocy w celu uzyskania wskazówek dotyczących poruszania się po systemie ochrony zdrowia. Zapewnienie wielojęzycznych operatorów. ● Zaproponowanie, aby Ministerstwo Zdrowia zorganizowało przestrzeń, w której ludzie mogliby uzyskać informacje na temat tego, jak poruszać się w systemie ochrony zdrowia.
Brak wytycznych dla świadczeniodawców	● Skierowanie do lekarzy i farmaceutów wysokiej jakości pozytywnej edukacji seksualnej.
Klauzula sumienia	● Zniesienie klauzuli sumienia umożliwiającej świadczeniodawcom odmowę opieki, która nie jest zgodna z ich wartościami, w tym FP.

Dostęp dla nastolatków	• Dopuszczenie możliwości dostępu młodzieży do świadczeń zdrowotnych bez zgody opiekuna prawnego.
Nieodpowiednie zasady	• Opowiadanie się za legalizacją chirurgicznej antykoncepcji dla kobiet w Polsce (podwiązanie jajowodów) • Opowiadanie się za dostępem do antykoncepcji awaryjnej (EC) bez recepty. • Opowiadanie się za możliwością samodzielnego korzystania przez młodzież z opieki zdrowotnej. • Opowiadanie się za tym, aby rząd wprowadził polityki mające na celu poprawę dostępu do wysokiej jakości edukacji w zakresie SRH.
Edukacja seksualna	• Pozytywna edukacja seksualna jest potrzebna na wszystkich poziomach, od małych dzieci po dorosłych, w tym rodziców, nauczycieli, lekarzy i farmaceutów. Szkolenie nauczycieli, lekarzy i farmaceutów, aby wspierali edukację seksualną, edukowanie rodziców, aby zapobiec przekazywaniu błędnych informacji następnemu pokoleniu oraz podejmowanie wysiłków w celu dotarcia do nastolatków z edukacją SRHR, zwłaszcza że wiek przyzwolenia w Polsce wynosi 15 lat. • Priorytetowe traktowanie poprawy dostępu do wysokiej jakości i wiarygodnej edukacji seksualnej. Organizacje pozarządowe i inne organizacje mogą wspierać, ale to rząd powinien być odpowiedzialny za zapewnienie długoterminowej, wysokiej jakości edukacji seksualnej. • Stworzenie jednego źródła wiarygodnych, opartych na dowodach informacji na temat SRHR, prowadzonego przez instytucje. • Zadbanie, by edukatorzy SRHR byli dobrze wykwalifikowani. Oprócz posiadania wymaganego poziomu wykształcenia edukatorzy powinni mieć doświadczenie i pasję w zakresie SRHR, aby skutecznie wykonywać swoją pracę. Usunięcie niewykwalifikowanych osób (kultura, mentalność) z edukacji zdrowotnej. • Wspieranie wdrażania nowego programu edukacji seksualnej opracowanego przez polską grupę roboczą ds. edukacji seksualnej. Program nauczania zostanie udostępniony jesienią 2024 r. • Uwzględnienie SRHR w programach studiów wyższych.
Dostęp do bankowości	• Opowiadanie się za ułatwieniem procesu otwarcia konta bankowego przez uchodźców w celu wsparcia dostępu do finansowania.

Kolejne kroki

Celem niniejszego podsumowania jest jego szerokie rozpowszechnienie wśród działaczy na rzecz SRHR, interesariuszy, organizacji wspierających powiązane programy i decydentów, którzy mają możliwość wprowadzenia pozytywnych zmian w celu promowania SRHR dla wszystkich osób w Polsce. W szczególności członkowie zespołu projektowego i uczestnicy biorący udział w tych warsztatach podejmą współpracę na rzecz rozpowszechniania tych informacji i poszukiwania partnerstw w celu wdrożenia i rozwijania wskazanych powyżej pomysłów.

Kluczowe grupy, które należy zaangażować, obejmują polskie instytucje rządowe, w tym:

- polskie Ministerstwa Edukacji Narodowej i Zdrowia
- Narodowy Fundusz Zdrowia
- polskich naukowców specjalizujących się w SRHR

- Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników
- Naczelną Izbę Lekarską
- Naczelną Izbę Aptekarską
- Fundację FRS (Fundacja na Rzecz Różnorodności Społecznej)
- Instytut Matki i Dziecka
- Agencje ONZ, takie jak UNHCR, WHO i UNFPA oraz inne organy działające w obszarze SRHR

Podziękowania

Zespół ds. projektu dziękuje wszystkim uczestnikom warsztatów za podzielenie się ich czasem, wiedzą i pomysłami na rzecz rozwoju SRHR w Polsce, w tym:

- *Marcelinie Kurzyk (FEDERA)*
- *Sofii Wasilenko (Grupa Edukatorów Seksualnych FEDERA/PONTON)*
- *Katarzynie Przybyś-Makuch (epruf), przedstawicielce IRC*
- *Nastyi Podorozhnyi (Martynka)*
- *Mahdieh Gholami (Ocalenie)*
- *Agnieszce Osuch (Polski Czerwony Krzyż/Grupa Robocza ds. Gotówki)*
- *Agnieszce Nosowskiej (Polskie Centrum Pomocy Międzynarodowej/Grupa Robocza ds. Gotówki)*
- *Weronice Brączek (Polskie Forum Migracyjne)*
- *Małgorzacie Suraj (UNHCR Polska)*
- *Aleksandrze Kusek (Biuro WHO w Polsce)*

Moderatorzy warsztatów: Karolina Maciorowska (CARE), Antonina Lewandowska (FEDERA), Paola Castiati (CARE) i Aditi Bhanja (WRC)

Sugerowany sposób cytowania: Karolina Maciorowska i Allison Prather, „Badanie barier w dostępie do informacji, produktów i świadczeń związanych z planowaniem rodziny wśród ukraińskich uchodźczyń i w społecznościach je przyjmujących w Polsce. Krótkie podsumowanie warsztatów dla interesariuszy w Polsce”. CARE.org, 15 sierpnia 2024 r.

Projekt ten został wsparty przez Centrum Kontroli i Zapobiegania Chorobom Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych (HHS) w ramach pomocy finansowej o łącznej wartości 518 169 USD, w 100% finansowanej przez CDC/HHS. Niniejsza publikacja zawiera treści autora (autorów) i niekoniecznie reprezentuje oficjalne poglądy CDC/HHS lub rządu USA, ani nie stanowi ich poparcia.