

---

---

## ROZDZIAŁ 3

# WDRAŻANIE USŁUG PRZERWANIA CIĄŻY

### STRESZCZENIE

Planowanie i wykonywanie zabiegów przerwania ciąży wymaga uwzględnienia szeregu czynników, niezależnie od okoliczności, w których przerwanie ciąży jest zgodne z prawem, i od tego, kto jest odpowiedzialny za podejmowanie decyzji i/lub ich realizację w systemie opieki zdrowotnej. Czynniki te występują niezależnie od tego, czy zabiegi są przeprowadzane przez instytucje publiczne, prywatne czy pozarządowe. W większości wypadków niewielkie zmiany w istniejących ośrodkach, zakup niewielkiej ilości dodatkowego sprzętu lub przeprowadzenie podstawowego szkolenia pozwalają na wykonywanie zabiegów tam, gdzie dotąd nie były one przeprowadzane, lub na poprawę jakości, bezpieczeństwa, skuteczności i wydolności istniejącego systemu opieki medycznej. Zmiany te powinny się opierać na dokładnym planowaniu, obejmującym następujące elementy:

- **Ocenę obecnej sytuacji.** Nie musi to być proces długi ani skomplikowany. Dokonując oceny należy się przyjrzeć: przepisom prawnym regulującym dostępność bezpiecznych zabiegów przerwania ciąży; zakresowi i poziomowi dostępnych obecnie usług; jakości obecnie świadczonych usług, w tym zabiegów wykonywanych w celu wywołania poronienia oraz leczenia powikłań po zabiegach przeprowadzonych w warunkach zagrażających życiu lub zdrowiu; charakterystyce kobiet poddających się zabiegom oraz nastawieniu i kompetencjom personelu medycznego.
- **Ustanowienie krajowych norm i standardów** regulujących przeprowadzanie bezpiecznych zabiegów przerwania ciąży. Normy i standardy powinny dotyczyć: rodzajów zabiegów i miejsc ich wykonywania; koniecznego sprzętu, zaopatrzenia, leków i wyposażenia ośrodków; mechanizmów kierowania do innych ośrodków; poszanowania prawa kobiety do podjęcia decyzji na podstawie rzetelnych informacji, do niezależności, poufności i prywatności, z uwzględnieniem szczególnych potrzeb kobiet niepełnoletnich oraz szczególnego podejścia do kobiet – ofiar gwałtu.
- **Określenie kwalifikacji personelu** wykonującego zabiegi, potrzebnych szkoleń, systemu nadzoru i procedury wydawania uprawnień. Przede wszystkim należy jasno określić, kto z personelu może przeprowadzać zabiegi. Inne szczegółowe kwestie obejmują niezbędne elementy programów kształcenia zawodowego dotyczących zabiegów przerwania ciąży, standardy nadzoru oraz kryteria wydawania certyfikatów i zezwoleń. Celem tych działań jest spełnienie przez personel i instytucje odpowiednich kryteriów bezpiecznych zabiegów przerwania ciąży.

- **Monitorowanie i ocena usług.** W zakres tych zadań wchodzi zbieranie rutynowych danych statystycznych dotyczących zabiegów oraz informacji o pacjentkach, korzystanie z list weryfikacyjnych i okresowych badań specjalnych.
- **Finansowanie.** Budżet opieki zdrowotnej powinien obejmować koszty personelu, programów szkoleniowych, narzędzi, zaopatrzenia i leków oraz koszty inwestycyjne. Należy również zwrócić uwagę, żeby ceny usług medycznych były przystępne dla kobiet, które tych usług potrzebują. Koszty dołączenia bezpiecznych zabiegów przerwania ciąży do istniejących usług medycznych są niewielkie w stosunku do korzyści zdrowotnych odnoszonych przez kobiety.

### 3.1 OCENA BIEŻĄCEJ SYTUACJI

Ocena sytuacji pomoże określić, gdzie należy zorganizować opiekę medyczną i/lub gdzie należy usprawnić już istniejącą. Podstawowa ocena sytuacji na szczeblu krajowym, regionalnym i lokalnym nie musi być długa ani skomplikowana. Potrzebne informacje można zwykle uzyskać przez dokonanie przeglądu istniejących danych, konsultacje z odpowiednimi instytucjami i osobami (urzędnikami ministerstwa zdrowia, osobami wykonującymi zabiegi, kobietami, przedstawicielami organizacji społecznych, sponsorami) oraz przez obserwację świadczenia usług na różnych szczeblach opieki zdrowotnej. Szczegółowe informacje dotyczące tych działań (techniki szybkiej oceny i analizy sytuacji) przedstawione są w aneksie 1.

Jednym z rozwiązań, stosowanym z powodzeniem w różnych krajach, jest Strategiczne Podejście do Poprawy Jakości Opieki i Usług w zakresie Zdrowia Reprodukcyjnego (Światowa Organizacja Zdrowia 1999, Światowa Organizacja Zdrowia 2002a). Podejście Strategiczne polega na stworzeniu zespołu oceniającego, w którego skład wchodzi przedstawiciele szerokiej gamy instytucji i grup zainteresowanych problemem, którzy dokonują „w terenie” oceny dostępnych technologii, jakości świadczonych usług oraz potrzeb i doświadczeń kobiet.

Niezależnie od tego, jaka metoda oceny zostanie zastosowana, należy uwzględnić różne punkty widzenia. Dzięki temu zalecenia i plany oparte na tej ocenie uzyskują większą akceptację, a przez to ich realizacja stanie się bardziej prawdopodobna. Szczególnie ważne jest uwzględnienie punktu widzenia kobiet korzystających i mogących potencjalnie korzystać z omawianych

usług medycznych, gdyż one właśnie są głównym źródłem informacji o istniejących przeszkodach w korzystaniu z tych usług. Ważne jest również, aby ocena zawierała analizę ogólnej dostępności usług związanych ze zdrowiem reprodukcyjnym, a szczególnie dostępu do usług i informacji w zakresie antykoncepcji, gdyż te czynniki mają wpływ na występowanie nieplanowanej ciąży. Jeżeli ocena ma zawierać obserwacje uzyskane bezpośrednio od kobiet i osób wykonujących zabiegi, należy przedtem uzyskać ich zgodę.

Przykładowe pytania zawarte w takiej ocenie podane są poniżej. Typowe źródła, z których można uzyskać odpowiedzi na te pytania, to archiwa ośrodków opieki zdrowotnej (lokalnych i krajowych), sprawozdania dla ministerstwa zdrowia, lokalne lub krajowe badania opinii osób świadczących usługi medyczne i/lub korzystających z nich oraz – w ograniczonym stopniu – badania demograficzne i inne badania stanu zdrowia ludności. Wielu informacji może dostarczyć istniejąca literatura, ale w większości wypadków trzeba je uzupełnić informacjami zebranymi w wyniku szybkiej oceny sytuacji. Należy pamiętać, że niewyczerpująca sprawozdawczość na temat przerywania ciąży jest zjawiskiem powszechnym, niezależnie od tego, czy chodzi o zabiegi legalne czy nielegalne, przeprowadzane w warunkach bezpiecznych czy zagrażających zdrowiu lub życiu.

#### **a. Jakie przepisy prawne, polityka i regulaminy, w tym polityka szpitali, regulują dostęp do bezpiecznych zabiegów przerwania ciąży?**

Personel służby zdrowia i opinia publiczna mogą zakładać, że prawo jest o wiele bardziej restrykcyjne niż w rzeczywistości, i z tego powodu zabiegi mogą nie być wykonywane lub kobiety mogą nie mieć dostępu do zabiegów, do których zgodnie z obowiązującymi przepisami mają prawo. Poza tym personel opieki zdrowotnej może znać przepisy prawne, ale nie stosować ich w praktyce, z różnych powodów. Ważnym elementem oceny sytuacji bieżącej jest zatem dokładna analiza przez specjalistów z dziedziny prawa i zdrowia publicznego treści przepisów prawnych oraz ich funkcjonowania w praktyce.

- Na przykład, tam gdzie przepisy prawne wymagają zezwolenia lub upoważnienia strony trzeciej, czyli szpitalnej komisji, zgody małżonka albo lekarskiego lub policyjnego zaświadczenia, że do stosunku doszło pod przymusem, szybka ocena sytuacji wykaże zapewne powstawanie nadmiernych opóźnień, mających ujemny wpływ na zdrowie kobiety. W ocenie można zaproponować możliwości i strategie włączenia zabiegów przerwania ciąży do głównego nurtu dyskusji publicznej i/lub informowania w sposób wyraźny opinii publicznej, prawników, sędziów i lekarzy o tym, w jakich sytuacjach kobiety mają prawo do zabiegów i w jaki sposób mogą z nich skorzystać. Wprowadzenie w życie zmian może zająć trochę czasu, ale w niektórych krajach udało się już tego dokonać (Veira Villela i de Oliveira Araujo 2000, Billings et al. 2002).

#### **b. Jak często wykonuje się legalne zabiegi przerwania ciąży i jak często dochodzi do komplikacji po niebezpiecznej aborcji? Kto korzysta obecnie z dostępnych usług, a kto nie ma do nich dostępu?**

Oszacowanie liczby zabiegów niebezpiecznej aborcji i liczby legalnych zabiegów może być trudne, zwłaszcza gdy dostępność legalnych zabiegów jest ograniczona. Ale niemal zawsze badania socjologiczne dostarczają danych, które mogą pomóc w ustaleniu ogólnego obrazu sytuacji (Mundigo and Indriso 1999). Statystyki ośrodków opieki zdrowotnej pozwolą oszacować liczbę legalnie wykonanych zabiegów przerwania ciąży i liczbę pacjentek przyjętych do szpitali z powodu komplikacji po *niebezpiecznej aborcji*. Mogą też istnieć dane pochodzące z badań społecznych na temat niechcianych lub nieplanowanych ciąż. Dane dotyczące wieku, stanu cywilnego i statusu społeczno-ekonomicznego kobiet korzystających z legalnych zabiegów przerwania ciąży i kobiet, u których występują komplikacje z powodu zabiegów przeprowadzonych w warunkach zagrażających zdrowiu (o ile dane te są dostępne) wskażą, które kobiety poddają się obecnie zabiegom. Te dane można następnie wykorzystać przy dostosowywaniu programu do potrzeb.

- Na przykład jeżeli z informacji na temat kobiet poddanych leczeniu komplikacji po zabiegach przeprowadzonych w warunkach zagrażających zdrowiu wynika, że są to kobiety z grupy wiekowej poniżej 25 lat, wówczas osoby odpowiedzialne za kształtowanie polityki i przygotowanie programów powinny opracować strategię informowania i edukowania młodych ludzi w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz dostępności środków antykoncepcyjnych i zabiegów przerwania ciąży. Z dodatkowych danych na temat podejścia personelu opieki zdrowotnej może wynikać potrzeba szkolenia personelu, aby był otwarty i nie osądzał małoletnich i osób młodych.

#### **c. Gdzie wykonywane są obecnie legalne zabiegi przerwania ciąży?**

Czy są dostępne na podstawowym szczeblu opieki zdrowotnej, na wyższym, czy tylko na najwyższym? W ośrodkach publicznych, prywatnych czy pozarządowych? Czy są dostępne we wszystkich częściach kraju? Czy robią to placówki samodzielne, czy też stanowią część ośrodków świadczących inne usługi opieki medycznej? Jaki odsetek zabiegów przerwania ciąży wykonywany jest w każdym z tego rodzaju ośrodków?

- Ocena sytuacji może wykazać, że zabiegi przerwania ciąży dostępne są wyłącznie w szpitalach miejskich. W takim wypadku za priorytet można uznać przeszkolenie personelu i wyposażenie ośrodków niższego szczebla, w tym ośrodków na obszarach wiejskich, przynajmniej w zakresie wykonywania zabiegów przerwania ciąży w pierwszym trymestrze i kompetentnego kierowania do innych ośrodków w bardziej skomplikowanych przypadkach.

#### d. Jaka jest obecnie jakość opieki zdrowotnej w związku z zabiegami przerwania ciąży?

Jakie zabiegi stosuje się w celu wywołania poronienia i leczenia komplikacji po niebezpiecznej aborcji w różnych stadiach zaawansowania ciąży? Jaka jest techniczna jakość tych usług? Czy kobiety otrzymują rzetelne informacje? Czy otrzymują porady i usługi w zakresie antykoncepcji przed przerwaniem ciąży i po? Czy jakość opieki jest różna w zależności od ośrodka i regionu kraju? Niektóre z tych informacji można uzyskać z dokumentacji ośrodków zdrowia. Przegląd zaleceń dotyczących procedur postępowania podczas świadczenia usług wykaże, czy w ramach polityki ośrodków standardy jakości opieki zdrowotnej są jasno określone i czy kobiety po zabiegu przerwania ciąży otrzymują informacje i usługi związane z antykoncepcją. Szybka ocena sytuacji pozwoli określić, czy postępowanie w praktyce odpowiada standardom.

- Bezpośrednia obserwacja usług w trakcie przeprowadzania oceny sytuacji może ujawnić niską jakość opieki zdrowotnej, np. brak niezbędnego zaopatrzenia, brak prywatności lub niskie kwalifikacje personelu medycznego. Brakom tym można przeciwdziałać np. inwestując w systemy logistyczne lub lepsze szkolenia i nadzór.

#### e. Jakie jest nastawienie personelu opieki zdrowotnej do przerywania ciąży i jego wiedza w tym zakresie?

Jaka jest znajomość przepisów prawnych, technik medycznych oraz miejsc, w których wykonuje się zabiegi? Jak dalece reakcje personelu pokrywają się z tym, co wykazała szybka ocena sytuacji przeprowadzona przez zespół? Dane dotyczące tych kwestii są w większości krajów dość ograniczone, niemniej ich zgromadzenie jest ważne, ponieważ nastawienie i postępowanie personelu medycznego to istotne elementy decydujące o dostępności bezpiecznych i legalnych zabiegów przerwania ciąży.

- Przykładowo, ocena sytuacji może wykazać, że niektóre osoby spośród personelu medycznego wykonujące lub mogące wykonywać zabiegi przerwania ciąży, mają mieszane uczucia lub niechętny stosunek do przerywania ciąży nawet tam, gdzie jest to zabieg dostępny na życzenie (Dickson-Tetteh et al. 2000). W takim wypadku osoby odpowiedzialne za opracowanie programów będą musiały wziąć pod uwagę sposoby zapewnienia uprawnionym kobietom dostępu do zabiegów.

#### f. Jakie jest podejście kobiet do przerywania ciąży i usług przerwania ciąży oraz ich wiedza w tym zakresie?

Wiedza kobiet o usługach przerywania ciąży i postrzeganie przez nie tych usług, a także kontekst społeczny, mogą stanowić przeszkody w dostępności usług dla kobiet uprawnionych do zabiegu. Badania wykazują, że kobiety często obawiają się złego trak-

towania, negatywnego nastawienia męża lub partnera albo też potępienia społecznego (Mundigo i Indriso 1999) – wszystko to powstrzymuje kobiety przed szukaniem pomocy. Ocena sytuacji powinna również określić, czy kobiety znają swoje prawa w zakresie przerywania ciąży oraz ceny zabiegów w sektorze publicznym i prywatnym.

- Przykładowo, jeżeli szybka ocena sytuacji wykaże, iż kobiety źle oceniają usługi publiczne i nie korzystają z nich z różnych powodów, takich jak brak poufności/prywatności, obawa przed krytyką lub przekonanie o niskiej jakości usług, osoby odpowiedzialne za opracowanie i realizację programów będą musiały podjąć kroki w celu poprawienia jakości opieki zdrowotnej. Można to osiągnąć przez szkolenie personelu medycznego w celu podniesienia jego umiejętności technicznych i w zakresie komunikacji międzyludzkiej.

#### g. Jaki jest koszt przeprowadzenia bezpiecznego zabiegu przerwania ciąży dla systemu opieki zdrowotnej? Jakie są koszty leczenia komplikacji po zabiegu wykonanym w warunkach zagrażających zdrowiu?

Informacje o bezpośrednich kosztach można uzyskać w archiwach ośrodków opieki zdrowotnej lub przez szybsze zbadanie stanu usług medycznych, zarówno w sektorze publicznym, jak i prywatnym. Bardziej szczegółowe dane na temat kosztów można uzyskać przez dogłębniejsze badania. Do przeprowadzenia oceny wstępnej wystarczą przybliżone dane dotyczące jednego roku w jednej instytucji (King et al. 1998). Analizę informacji można również przeprowadzić stosując arkusze kosztorysowe (patrz aneks 1).

- Informacje te pomogą w podejmowaniu racjonalnych decyzji dotyczących tego, jakiego rodzaju usługi mogą być wykonywane na danym szczeblu opieki zdrowotnej oraz jakie metody można wprowadzić na każdym z tych szczebli.

## 3.2 USTALANIE KRAJOWYCH NORM I STANDARDÓW

W wielu krajach nie istnieją pisane normy i standardy dotyczące wykonywania zabiegów przerwania ciąży. Tam, gdzie istnieją, należy je regularnie uaktualniać, aby odzwierciedlały najlepsze bieżące praktyki. Określanie norm i standardów ma zapewnić dostępność dobrych jakościowo usług przerywania ciąży w zakresie dopuszczonym przez prawo. Powinny one wyznaczać podstawowe kryteria dobrej jakości usług medycznych związanych z przerywaniem ciąży, świadczonych przez instytucje publiczne, prywatne i pozarządowe, w tym:

- rodzaj zabiegów przerwania ciąży i miejsc, w których mogą być wykonywane;
- niezbędny sprzęt, zaopatrzenie, leki i wyposażenie;
- procedury kierowania do innych ośrodków;
- poszanowania prawa kobiet do podjęcia własnej

decyzji na podstawie rzetelnych informacji, oraz prawa do poufności i prywatności, ze zwróceniem uwagi na szczególne potrzeby nieletnich pacjentek;

- szczególne traktowanie kobiet, które padły ofiarą gwałtu.

### 3.2.1 Rodzaje zabiegów przerwania ciąży i miejsc, w których mogą być wykonywane

Zapewnienie wykonywania zabiegów przerwania wczesnej ciąży na podstawowym szczeblu opieki zdrowotnej może znacznie zwiększyć ich dostępność dla uprawnionych kobiet. Zapewnienie personelowi medycznemu podstawowego szczebla opieki zdrowotnej sprzętu do przeprowadzania zabiegów przerwania wczesnej ciąży i szkolenie go w zakresie kierowania do odpowiednich ośrodków to jedne z najważniejszych działań, które należy podjąć. Tam, gdzie nie ma możliwości świadczenia wysokiej jakości usług medycznych w zakresie zdrowia reprodukcyjnego na podstawowym szczeblu opieki zdrowotnej, wymaganym minimum jest stworzenie skutecznych mechanizmów kierowania z ośrodków szczebla podstawowego do ośrodków wyższego szczebla.

Sprawny system kierowania do odpowiednich ośrodków jest konieczny w każdej sytuacji (patrz punkt 2.3). W ośrodkach wyższego szczebla, które dysponują funduszami na szkolenia i sprzęt, można szkolić personel medyczny z ośrodków niższego szczebla, poszerzając tym samym zasięg systemu opieki zdrowotnej.

Jeśli zabiegi są powszechnie wykonywane, ale niskiej jakości, pierwszy krok polegać będzie na ocenie głównych przyczyn niedociągnięć, a następnie opracowaniu i wdrożeniu zaleceń. W ich zakres wchodzić mogą: dodatkowe szkolenie personelu oraz poprawa infrastruktury i wyposażenia na wszystkich szczeblach systemu opieki zdrowotnej. Zintegrowanie zabiegów przerwania ciąży z innymi usługami medycznymi w zakresie zdrowia reprodukcyjnego jest zwykle najprostszą i najbardziej oszczędną strategią.

#### 3.2.1.1 Ośrodki środowiskowe

Personel ośrodków opieki zdrowotnej odgrywa w danej społeczności istotną rolę dla kobiet pragnących uniknąć ciąży, gdyż dostarcza odpowiednich informacji oraz środków antykoncepcyjnych. Informuje też kobiety o skutkach przerwania ciąży w warunkach zagrażających zdrowiu lub życiu. Personel opieki zdrowotnej powinien być również przygotowany do poinformowania kobiet, jak uzyskać szybki dostęp do bezpiecznych i legalnych zabiegów przerwania ciąży, oraz kierowania kobiet z komplikacjami po źle przeprowadzonym zabiegu do ośrodków, które zapewnią im odpowiednią opiekę medyczną.

#### 3.2.1.2 Ośrodki na szczeblu podstawowym

Ośrodki te dysponują zwykle podstawowym sprzętem medycznym i wykwalifikowanym personelem. Można rozważyć wykonywanie zabiegów przerwania ciąży metodami próżniową i farmakologiczną, gdyż nie wymagają one hospitalizowania pacjentki do następnego dnia.

Do personelu medycznego zaliczają się pielęgniarki, położne, osoby asystujące, a w niektórych sytuacjach również lekarze. Personel medyczny, który został już przeszkolony i dysponuje kwalifikacjami do przeprowadzenia badania ginekologicznego w celu zdiagnozowania objawów ciąży oraz do wykonania zabiegu przeczyszczeniowego, np. założenia wkładki wewnątrzmacicznej, może zostać przeszkolony do wykonywania odessania próżniowego (Freedman et al. 1986, Greenslade et al. 1993). Jeżeli farmakologiczne metody przerywania ciąży są zarejestrowane i dostępne, personel medyczny może również podawać preparaty i nadzorować procedurę przerwania ciąży (Coyaji 2000).

Tak jak przy normalnym porodzie i poronieniu samoistnym, muszą istnieć mechanizmy szybkiego kierowania do ośrodków wyższego szczebla, które w razie konieczności zapewnią odpowiednią opiekę medyczną. Dlatego konieczne jest zapewnienie możliwości skorzystania w razie potrzeby z usług wykwalifikowanego personelu medycznego również poza godzinami pracy ośrodka.

#### 3.2.1.3 Szpitale rejonowe (pierwszy szczebel referencyjny)

Szpitale rejonowe powinny wykonywać wszystkie podstawowe zabiegi związane z przerywaniem ciąży wymienione w tabeli 3.1, nawet jeśli są one dostępne w ośrodkach niższego szczebla. Specjalistyczna opieka jest rzadko konieczna w związku z zabiegami przerwania ciąży i nie powinna być ich rutynowym elementem, zwłaszcza jeżeli środki finansowe są ograniczone. Przykładowo, rutynowe stosowanie specjalistycznego sprzętu, takiego jak ultrasonograf, w zabiegach przerwania wczesnej ciąży zwiększa koszty ponoszone przez system opieki zdrowotnej i nie jest konieczne (RCOG 2000). Także znieczulenie ogólne nie powinno być stosowane w zabiegach przerwania wczesnej ciąży, gdyż zwiększa ryzyko i koszty zabiegu (Lawson et al. 1994). Szpitale powinny zatem oferować kobietom korzystającym z zabiegu przerwania ciąży opiekę ambulatoryjną, ponieważ jest bezpieczna, minimalizuje koszty i jest dogodniejsza dla pacjentek.

Szpitale dysponujące personelem i sprzętem do leczenia nagłych przypadków w położnictwie mogą leczyć komplikacje po zabiegu przerwania ciąży. Powinny zatem być przygotowane do przyjmowania kobiet kierowanych z ośrodków rejonowych.

### 3.2.1.4 – 3.2.2

#### 3.2.1.4 Szpitale drugiego i trzeciego szczebla referencyjnego

Szpitale drugiego i trzeciego szczebla powinny dysponować wyszkolonym personelem i warunkami do przeprowadzania zabiegów przerwania ciąży we wszystkich okolicznościach dopuszczonych przez prawo oraz do leczenia komplikacji po *niebezpiecznej aborcji*. Szczególnie ważne jest wykonywanie zabiegów w szpitalach prowadzących szkolenia kliniczne, gdyż umożliwia to personelowi medycznemu doskonalenie umiejętności zawodowych.

#### 3.2.2 Niezbędny sprzęt, zaopatrzenie, leki i wyposażenie ośrodków

Tabela 3.2 zawiera zestawienie środków potrzebnych do wykonywania zabiegów przerwania ciąży na różnych szczeblach systemu opieki zdrowotnej. Większość wyposażenia, narzędzi i środków potrzebnych do stosowania metody próżniowej i farmakologicznych metod przerywania ciąży jest taka sama jak przy leczeniu ginekologicznym i antykoncepcji zapewnianej bezpośrednio w przychodniach. Szczegółową listę narzędzi i środków niezbędnych przy zastosowaniu metody próżniowej z odsysaniem ręcznym zawiera aneks 3. Szczegółowe informacje na temat leków potrzebnych do leczenia komplikacji (oksytocyna,

Tabela 3.1 Rodzaje usług, które powinny wchodzić w zakres świadczeń ośrodków na poszczególnych szczeblach systemu opieki zdrowotnej

Ośrodki środowiskowe
<ul style="list-style-type: none"><li>• edukacja i informowanie w zakresie zdrowia reprodukcyjnego, w tym planowania rodziny i przerywania ciąży</li><li>• rozprowadzanie w obrębie społeczności odpowiednich środków antykoncepcyjnych, w tym antykoncepcji postkoitalnej</li><li>• cały personel przeszkolony w zakresie informowania i kierowania do odpowiednich ośrodków wykonujących legalne zabiegi przerwania ciąży</li><li>• cały personel przeszkolony w zakresie rozpoznawania komplikacji po przerwaniu ciąży i szybkiego kierowania kobiet na leczenie</li><li>• transport do ośrodków wykonujących zabiegi przerwania ciąży i leczących komplikacje po <i>niebezpiecznej aborcji</i></li><li>• cały personel (oraz osoby wykonujące inne istotne w danej społeczności zawody, np. policja i nauczyciele) przeszkolony w zakresie rozpoznawania, że dziewczyna lub kobieta padła ofiarą gwałtu lub kazirodztwa i kierowania do odpowiednich ośrodków opieki zdrowotnej lub społecznej</li></ul>
Ośrodki szczebla podstawowego
<ul style="list-style-type: none"><li>• wszystkie elementy opieki wymienione w punkcie dotyczącym ośrodków środowiskowych</li><li>• cały personel wykonujący usługi w dziedzinie zdrowia reprodukcyjnego przeszkolony w zakresie porad dotyczących planowania rodziny, niechcianej ciąży i przerywania ciąży</li><li>• szersza gama środków antykoncepcyjnych (w tym np. wkładki wewnątrzmaciczne i zastrzyki)</li><li>• metoda próżniowa do 12 pełnych tygodni ciąży (patrz rozdział 2)</li><li>• farmakologiczne metody przerywania ciąży do 9 pełnych tygodni (patrz rozdział 2)</li><li>• stabilizacja stanu pacjentek i podawanie antybiotyków kobietom z komplikacjami po <i>niebezpiecznej aborcji</i></li><li>• metoda próżniowa w razie poronienia niecałkowitego</li><li>• szybkie skierowanie i transport dla kobiet, które wymagają metod przerwania ciąży lub leczenia komplikacji poza-biegowych niedostępnych na miejscu</li></ul>
Szpitale rejonowe
<ul style="list-style-type: none"><li>• wszystkie elementy opieki wymienione w punkcie dotyczącym ośrodków na szczeblu podstawowym</li><li>• sterylizacja, oprócz innych metod antykoncepcyjnych</li><li>• zabiegi przerwania ciąży we wszystkich okolicznościach i w każdym stadium zaawansowania ciąży dopuszczonych przez prawo</li><li>• leczenie komplikacji po przerwaniu ciąży</li><li>• programy informacyjne obejmujące cały rejon</li><li>• szkolenie odpowiednich grup personelu opieki zdrowotnej (przygotowujących do zabiegu i wykonujących zabieg) w zakresie przeprowadzania zabiegów przerwania ciąży</li></ul>
Szpitale drugiego i trzeciego poziomu referencyjnego
<ul style="list-style-type: none"><li>• wszystkie elementy opieki wymienione w punktach dotyczących pozostałych szczebli systemu opieki zdrowotnej</li><li>• leczenie wszelkich komplikacji po zabiegu przerwania ciąży, w tym komplikacji, których leczenia nie prowadzą ośrodki rejonowe.</li></ul>

Tabela 3.2 Narzędzia, leki i wyposażenie konieczne do przeprowadzania zabiegów przerwania ciąży

Metoda	Narzędzia i leki	Wyposażenie
Metoda próżniowa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• podstawowe narzędzia i środki ginekologiczne i medyczne (np. wziernik, kleszcze, roztwór antyseptyczny, gaza lub waciki, rękawice, kulociąg)</li> <li>• rozszerzadła mechaniczne (Pratta lub Dennistona), rozszerzadła osmotyczne lub misoprostol do rozszerzenia szyjki macicy</li> <li>• igły i środki znieczulające miejscowo do blokady okołoszyjkowej</li> <li>• analgetyki</li> <li>• aspirator ręczny lub elektryczny i rurki</li> <li>• kaniule: elastyczne lub sztywne, zagięte lub proste różnych wielkości</li> <li>• cedzak i szklana miska do analizy tkanek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• narzędzia i leki</li> <li>• osobny pokój do konsultacji</li> <li>• czysty pokój zabiegowy zapewniający prywatność</li> <li>• stół do badań z podpórkami lub podwieszeniami na nogi</li> <li>• łóżko</li> <li>• krzesło dla osoby wykonującej zabieg</li> <li>• czysta woda</li> <li>• silne oświetlenie</li> <li>• środki do czyszczenia i mycia oraz dezynfekcji narzędzi</li> <li>• pojemnik na odpady</li> <li>• odpowiednia toaleta</li> </ul>
Metody farmakologiczne	<p>Podstawowe narzędzia i środki ginekologiczne i medyczne (np. wziernik, gaza lub waciki, podpaski higieniczne, rękawice)</p> <p>W zależności od przyjętego postępowania:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mifepriston + misoprostol lub gemeprost</li> <li>• analgetyki</li> <li>• szklana miska do analizy tkanek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• osobny pokój do konsultacji</li> <li>• osobny pokój z krzesłami do oczekiwania na wydalenie tkanki ciążyowej, oddzielony od sali porodowej</li> <li>• odpowiednia toaleta</li> <li>• możliwość wykonania odessania próżniowego lub skierowania na ten zabieg</li> </ul>
Rozszerzenie szyjki i opróżnienie jamy macicy (D&E)	<p>Wszystkie przedmioty wymienione przy metodzie próżniowej oraz:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• większe rozszerzadła i kaniula z większym otworem</li> <li>• specjalne kleszcze (np. Sopher lub Bierer) do zabiegów przeprowadzonych w późniejszym stadium zaawansowania ciąży</li> <li>• oxytocin</li> </ul>	Patrz odessanie próżniowe

preparaty dożylnie i antybiotyki) dostępne są w innych źródłach (Światowa Organizacja Zdrowia 2000).

Przy zarządzaniu oraz planowaniu budżetu, zaopatrzenia i dystrybucji należy zawsze uwzględnić te środki i narzędzia. Kryteria określania wyboru narzędzi to: jakość, trwałość, zdolność do zapewnienia ich stałej dostępności i konserwacji oraz koszt.

Wprowadzenie metody próżniowej może pomóc instytucjom opieki zdrowotnej w zwiększeniu dostępności zabiegów przerwania ciąży, gdyż łatwość stosowania tej metody sprawia, że jest odpowiednia dla ośrodków podstawowego szczebla. Ponadto jej koszty są stosunkowo niskie (Lean et al. 1976). Analiza kosztów związanych ze stosowaniem ręcznej metody próżniowej została dokonana po wprowadzeniu tej metody do leczenia komplikacji po *niebezpiecznej aborcji*. Okazało się, że stosowanie ręcznej metody próżniowej znacznie obniża koszty oraz zapewnia lepszą jakość opieki medycznej (praca anonimowa 2000, Brambila et al. 1999, El Shafei et al. 1999). O tym, którą metodę próżniową stosować, mogą przesądzić względy programowe i finansowe. W ośrodkach szpitalnych i innych wykonujących dużo

zabiegów przerwania ciąży, stosowanie metody próżniowej z odsysaniem elektrycznym może być wydajniejsze niż z odsysaniem ręcznym. Ale tam, gdzie stosuje się metodę elektryczną, a dostawy energii elektrycznej są nieregularne, konieczne jest zapewnienie dostępności metody ręcznej w sytuacjach awaryjnych. Metoda próżniowa uzyskała akceptację personelu opieki zdrowotnej w różnych środowiskach (Bradley et al. 1991, Ekwempu 1990, Rada ds. Ludności 2000a, Rada ds. Ludności 2000b, Uniwersytet Północnej Karoliny 2001).

Narzędzia do metody próżniowej z odsysaniem ręcznym są jedno- lub wielokrotnego użytku. Jeżeli będą używane wielokrotnie, należy kupić narzędzia wytrzymałe, które mogą być często używane i czyszczone. Narzędzia jednorazowego użytku są gwarancją sterylności, przez co są bezpieczniejsze dla zdrowia kobiety i praktyczniejsze dla osoby wykonującej zabieg. Ich wadą jest wyższy koszt i konieczność zapewnienia stałych dostaw. Należy odpowiednio składować zużyte narzędzia jednorazowe, aby nie stanowiły zagrożenia dla zdrowia personelu medycznego i innych osób.

Korzystanie z narzędzi wielokrotnego użytku zmniejsza koszty zaopatrzenia, należy jednak rygorystycznie przestrzegać zasad czyszczenia i dezynfekcji (patrz rozdział 2, punkt 2.5.1).

#### 3.2.2.1 Przepisy prawne dotyczące leków i sprzętu

Każdy kraj ma własne przepisy prawne regulujące rejestrację i import leków. Na Wzorcowej Liście Leków Podstawowych WHO, którą wiele krajów przyjęło jako „krajowe listy leków podstawowych”, znajdują się analgetyki nienarkotyczne, np. niesterydowe leki przeciwzapalne (ibuprofen), środki uspokajające (diazepam) i preparaty do znieczulenia miejscowego (lidokaina) (Światowa Organizacja Zdrowia 2002b). Jeżeli dany lek wpisany jest na krajową listę leków podstawowych, zwykle oznacza to, że w danym kraju jest on zarejestrowany i dostępny. Jeżeli lek nie jest zarejestrowany, w niektórych krajach można go sprowadzić korzystając ze Schematu Certyfikacji WHO dotyczącego jakości produktów farmaceutycznych będących przedmiotem handlu międzynarodowego (patrz aneks 1 – informacje dostępne w Internecie).

W niektórych krajach wymagana jest również rejestracja sprzętu medycznego. Osoby odpowiedzialne za realizację programów powinny sprawdzić, czy wymagana jest rejestracja przed sprowadzeniem takiego sprzętu jak np. zestaw do ręcznej metody próżniowej.

Wymieniony w tabeli 3.2 sprzęt i środki konieczne do wykonywania zabiegów przerwania ciąży powinny zostać uwzględnione w krajowym programie logistyki zaopatrzenia medycznego i udostępnione potrzebującym ich ośrodkom.

#### 3.2.3 Mechanizmy kierowania do innych ośrodków

Ogromnie ważną rolę w zagwarantowaniu bezpieczeństwa zabiegów przerwania ciąży odgrywa sprawnie funkcjonujący system kierowania do innych ośrodków. Wszystkie osoby z personelu ośrodka zdrowia, kliniki lub szpitala powinny być w stanie skierować kobietę do ośrodka wykonującego zabiegi, które nie są dostępne na miejscu. Ustalenia w sprawie kierowania do innych ośrodków oraz transportu na różnych szczeblach opieki zdrowotnej są niezbędne w celu zagwarantowania, że (a) kobiety chcące przerwać ciążę będą mogły się poddać zabiegowi w odpowiednim czasie i (b) że kobiety potrzebujące pomocy lekarskiej z powodu komplikacji po *niebezpiecznej aborcji* zostaną szybko skierowane na leczenie. Jeżeli do ośrodka zgłasza się kobieta w niechcianej ciąży, ale nie ma prawa do jej legalnego przerwania, personel ośrodka powinien udzielić jej wsparcia, informacji i/lub porad, aby pomóc w zaplanowaniu kontynuacji ciąży i objąć ją opieką prenatalną.

Do kluczowych elementów funkcjonowania systemu kierowania do innych ośrodków oraz transportu należą:

- standardowe procedury określania, kiedy konieczne jest skierowanie do innego ośrodka i w jaki sposób powinno się ono odbywać, w tym ustalenia dotyczące transportu;
- standardowe procedury przyjmowania i leczenia kobiet skierowanych do danego ośrodka i sprawozdań dla ośrodków kierujących;
- wytyczne w sprawie postępowania z informacjami o pacjentce, w celu zagwarantowania odpowiedniej opieki i poufności;
- wytyczne dotyczące analizy konieczności kierowania klientek do ośrodków zajmujących się chorobami przenoszonymi drogą płciową lub HIV, ośrodków opieki społecznej lub poradni oraz ośrodków oferujących pomoc prawną dla ofiar gwałtu.

#### 3.2.4 Poszanowanie prawa kobiet do podejmowania własnych decyzji na podstawie rzetelnych informacji, prawa do autonomii, do poufności i prywatności oraz uwzględnienie szczególnych potrzeb kobiet niepełnoletnich

Krajowe normy, standardy i przepisy prawne powinny wspierać zarówno kobiety w egzekwowaniu ich praw reprodukcyjnych i innych, jak personel medyczny w realizacji zobowiązań etycznych. W ramach krajowych przepisów prawnych dotyczących przerywania ciąży, normy i standardy powinny obejmować ochronę: prawa do swobodnego podejmowania decyzji na podstawie rzetelnych informacji, niezależności w podejmowaniu decyzji, poufności i prywatności (Cook i Dickens 2000). Standardy te są oparte na międzynarodowych standardach praw człowieka zawartych m. in. w Międzynarodowym Pakcie Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych oraz Konwencji w sprawie Likwidacji Wszelkich Form Dyskryminacji Kobiet.

##### 3.2.4.1 Swobodne podejmowanie decyzji na podstawie rzetelnych informacji

Kobiety próbujące rozwiązać problem niechcianej ciąży często mogą mieć poczucie, że są w niekorzystnym położeniu, zwłaszcza jeżeli chodzi o opiekę zdrowotną. Powinny być traktowane z szacunkiem i zrozumieniem. Personel medyczny powinien zatem udzielać kobiecie wsparcia i informacji w sposób zrozumiały i łatwy do zapamiętania, aby mogła podjąć decyzję o kontynuacji ciąży lub jej przerwaniu w przypadkach dozwolonych przez prawo, bez nacisków, przymusu i dyskryminacji.

Personel medyczny powinien również mieć świadomość sytuacji, w których kobieta może być zmuszana do przerwania ciąży wbrew swojej woli, np. ze względu na stan zdrowia, w wypadku zakażenia wirusem HIV. W takich sytuacjach personel medyczny powinien starać się zapewnić kobiecie możliwość swobodnego podjęcia decyzji na podstawie rzetelnych informacji.

## Uwagi dotyczące szczególnych potrzeb osób niepełnoletnich

**Osoby niepełnoletnie często nie mają wiedzy** na temat seksualności, antykoncepcji, zachodzenia w ciążę, objawów ciąży i chorób przenoszonych drogą płciową. Zwłaszcza kobiety niepełnoletnie i niezamężne mogą się nie przyznawać do stosunków seksualnych i możliwości zajścia w ciążę. Mogą mieć niewielkie doświadczenie w rozmawianiu z dorosłymi o takich sprawach i w korzystaniu z opieki lekarskiej w razie kłopotów ze zdrowiem seksualnym i reprodukcyjnym. Kobiety niepełnoletnie potrzebują atmosfery wsparcia, aby mogły rozmawiać o swoich potrzebach, obawach i zakłopotaniu bez poczucia, że są osądzone lub „prawi im się morały”.

**Personel medyczny** musi przezwyciężyć ewentualne zażenowanie spowodowane seksualnością niepełnoletnich, zwłaszcza młodych niezamężnych kobiet, gdyż w większości krajów stosunki seksualne osób niepełnoletnich są na porządku dziennym. Personel medyczny powinien również dysponować odpowiednią wiedzą i umiejętnością postępowania z niepełnoletnimi, w tym umiejętnością uzyskania odpowiednich informacji. Na przykład powinien zachowywać się taktownie i zadawać proste pytania zrozumiałym językiem. Konieczne może być powtarzanie pytań oraz możliwie delikatne badanie, z poszanowaniem wstydlivosti pacjentki. Może też zaistnieć potrzeba zasugerowania różnych odpowiedzi, aby zachęcić młodą pacjentkę do mówienia, gdyż osobom niepełnoletnim często potrzeba czasu do ujawnienia swoich problemów. Personel medyczny powinien koniecznie zagwarantować poufność, wyraźnie informując niepełnoletnią pacjentkę, że nikt nie dowie się o jej wizycie w ośrodku opieki zdrowotnej.

Konieczne może być również **stworzenie ośrodków opieki zdrowotnej „przyjaznych dla młodych pacjentek”** w celu zapewnienia osobom niepełnoletnim dostępu do pomocy medycznej. Często wystarczy dostosować istniejące usługi do potrzeb niepełnoletnich. Oznacza to, że godziny otwarcia ośrodków i ich lokalizacja powinny umożliwiać niepełnoletnim pacjentkom korzystanie z pomocy medycznej, a ceny usług powinny być przystępne. O istnieniu takich usług należy poinformować osoby niepełnoletnie i ich rodziny, w czym istotną rolę odgrywa często pomoc społeczności lokalnej.

(Światowa Organizacja Zdrowia 2002c)

Personel medyczny ma prawo odmawiać wykonania zabiegu przerwania ciąży ze względu na przekonania, ale ma też moralny obowiązek przestrzegania kodeksu etyki zawodowej; wymaga on zwykle, aby skierować kobietę do osoby o odpowiednich kwalifikacjach, która nie jest przeciwna przerywaniu ciąży w przypadkach dopuszczonych przez prawo. Jeżeli nie ma takiej osoby, personel medyczny musi wykonać zabieg przerwania ciąży w celu ratowania życia kobiety lub gdy ciąża stanowi zagrożenie dla jej zdrowia, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi.

Jeżeli szpital, klinika lub ośrodek zdrowia zostały wyznaczone na ośrodek publiczny wykonujący zabiegi w przypadkach dopuszczonych przez prawo, nie można narażać życia lub zdrowia kobiety odmawiając jej wykonania zabiegu. Ośrodek taki powinien wykonywać zabiegi przerwania ciąży zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi.

### 3.2.4.2 *Niezależność w podejmowaniu decyzji (pozwolenie osoby trzeciej)*

Podstawowa zasada etyczna poszanowania człowieka obejmuje poszanowanie jego niezależności. Niezależność oznacza, że zdrowa psychicznie osoba dorosła nie potrzebuje zgody (pozwolenia) żadnej osoby trzeciej, np. męża lub partnera, aby uzyskać dostęp do usług opieki zdrowotnej. Dlatego personel medyczny nie powinien narzucać wymogu zgody małżonka, jeżeli obowiązujące przepisy prawne tego nie wymagają.

Poszanowanie człowieka wiąże się też z obowiązkiem ochrony słabszych. Do tej grupy zaliczyć

można zwłaszcza kobiety niezamężne, niepełnoletnie, żyjące w skrajnym ubóstwie i doświadczające przemocy domowej. Napiętnowanie i dyskryminacja związane z niepełnosprawnością fizyczną lub psychiczną oraz stanem zdrowia, np. w przypadkach zakażenia wirusem HIV, są powszechne i mogą być wykorzystywane jako argument przy zmuszaniu kobiet do przerwania ciąży. Personel medyczny ma moralny obowiązek zapewnienia takim kobietom odpowiedniej pomocy.

Jeżeli chodzi o zgodę (pozwolenie) rodziców osób niepełnoletnich, niemal wszystkie rządy ratyfikowały Konwencję Praw Dziecka. Artykuł 5 tej Konwencji stwierdza, że: „Państwa-Strony będą szanowały odpowiedzialność, prawo i obowiązek rodziców... do zapewnienia dziecku, w sposób odpowiadający rozwojowi jego zdolności, możliwości ukierunkowania go i udzielenia właściwych rad przy korzystaniu z praw zapewnionych mu w niniejszej Konwencji”. Dodatkowo jednak artykuł 3, który zawiera jedną z czterech ogólnych zasad – wytycznych regulujących wdrażanie wszystkich artykułów Konwencji stwierdza, że: „We wszelkich decyzjach, które dotyczą dzieci [każdego człowieka poniżej 18 roku życia], podejmowanych przez publiczne lub prywatne instytucje opieki społecznej, sądy, władze administracyjne lub organy ustawodawcze, podstawową sprawą będzie zabezpieczenie nadrzędnego interesu dziecka.”

Personel medyczny powinien zachęcać kobiety niepełnoletnie, aby porozmawiały o ciąży z rodzicami lub inną dorosłą osobą, którą darzą zaufaniem. Gdy dziewczyna stwierdza, że jest to niemożliwe (np. rodzice traktują ją w sposób obelżywy), osoba wykonująca

zabieg nie powinna żądać od niej zgody rodziców, jeśli nie wymagają tego obowiązujące przepisy prawne. Personel medyczny powinien zostać przeszkolony w zakresie informowania, udzielania porad i postępowania z niepełnoletnimi pacjentkami w sposób odpowiadający ich zdolności zrozumienia, na czym polega leczenie i jakie są dostępne możliwości wyboru sposobu leczenia, nie zaś na podstawie przypadkowo ustalonych granic wiekowych.

#### 3.2.4.3 *Poufność*

Personel medyczny ma obowiązek ochrony informacji o pacjentkach przed nieupoważnionym ujawnieniem ich osobom trzecim i upewnienia się, że pacjentki wyrażające zgodę na ujawnienie poufnych informacji o sobie osobom trzecim robią to bez przymusu i na podstawie rzetelnych informacji.

Obawa, że poufność informacji nie zostanie zachowana, zniechęca wiele kobiet – zwłaszcza niepełnoletnich i niezamężnych – do zwracania się o pomoc do ośrodków opieki zdrowotnej i może je skłaniać do korzystania z zagrażających zdrowiu usług podziemia aborcyjnego lub do samodzielnego wywołania poronienia. Jeżeli kobieta nie wyraża zgody na porozumienie się personelu medycznego z jej mężonkiem, rodzicami lub kimkolwiek innym, a konsultacja z nimi nie jest konieczna, by zapewnić jej odpowiednią opiekę i bezpieczeństwo, konsultacje takie stanowią poważne naruszenie prawa do poufności.

#### 3.2.4.4 *Prywatność*

Dyrektorzy ośrodków opieki zdrowotnej powinni zadbać, by zagwarantowana tam była pełna prywatność podczas rozmów kobiet z personelem wykonującym zabiegi oraz w trakcie przeprowadzania zabiegu. Minimum prywatności można zapewnić np. przez wykonywanie w danym momencie tylko jednego zabiegu w jednym pomieszczeniu, zawieszenie zasłon w oknach i drzwiach oraz zapewnienie kobiecie zasłony ze zwykłej tkaniny lub papieru na czas trwania zabiegu.

### 3.2.4 **Szczególne traktowanie kobiet, które padły ofiarą gwałtu**

Kobiety, które zaszły w ciążę w wyniku gwałtu, wymagają szczególnie delikatnego traktowania i ośrodki opieki zdrowotnej wszystkich szczebli powinny móc im udzielić odpowiedniej pomocy i wsparcia.

Powinny zostać opracowane normy i standardy dotyczące wykonywania zabiegów przerwania ciąży w takich wypadkach, należy również przeprowadzić odpowiednie szkolenia. Standardy te nie powinny narzucać zbędnych procedur administracyjnych ani sądowych, np. obowiązku wniesienia oskarżenia przez kobietę lub zidentyfikowania gwałciiciela (Billings et al. 2002) (patrz również rozdział 4). Najlepiej, żeby standardy te stanowiły część ogólnych norm i standardów dotyczących postępowania z ofiarami gwałtu i obejmowały po-

moc medyczną i psychologiczną, antykoncepcję postkoitalną, leczenie chorób przenoszonych drogą płciową lub obrażeń, zebranie dowodów sądowych oraz opiekę i poradnictwo (Światowa Organizacja Zdrowia i Wysoki Komisarz ONZ ds. Uchodźców 2002).

## 3.3 **ZAPEWNIENIE ODPOWIEDNICH KWALIFIKACJI OSÓB WYKONUJĄCYCH ZABIEGI PRZERWANIA CIĄŻY**

### 3.3.1 **Kwalifikacje i szkolenie personelu**

Udostępnienie wszystkim uprawnionym kobietom bezpiecznych i legalnych zabiegów przerwania ciąży będzie prawdopodobnie wymagać zaangażowania personelu medycznego średniego stopnia, ponieważ w wielu regionach świata brakuje odpowiednio przeszkolonych lekarzy. W wielu krajach przeszkolono personel średniego szczebla, np. położne i innych wykwalifikowanych pracowników służby zdrowia nie będących lekarzami, w zakresie wysokiej jakości opieki medycznej po zabiegu przerwania ciąży i wykonywania samego zabiegu (Billings et al. 1999, Dickson-Tetteh et al. 2000, Rada ds. Ludności 2000b, Uniwersytet Północnej Karoliny 2001, Yumkella i Githiori 2000). Badania porównawcze wykazały brak różnicy pod względem odsetka komplikacji u kobiet, które poddały się zabiegowi przerwania ciąży w pierwszym trymestrze za pomocą ręcznego odessania próżniowego wykonanego przez osobę asystującą lekarzowi i u kobiet, którym zabieg wykonał lekarz (Freedman et al. 1986).

Personel medyczny posiadający kwalifikacje do wykonywania podstawowych zabiegów przerwania ciąży może zostać przeszkolony do przeprowadzania zabiegów bardziej skomplikowanych. Na przykład personel medyczny wykonujący zabiegi przerwania ciąży do 9 tygodni może zostać przeszkolony w zakresie przeprowadzania zabiegów przerwania ciąży bardziej zaawansowanej. Personel wykonujący odessanie próżniowe w ramach leczenia poronienia niecałkowitego może dzięki krótkiemu dodatkowemu szkoleniu nauczyć się stosowania tej techniki do przeprowadzania bezpiecznych zabiegów przerwania ciąży.

Szkolenie w zakresie wykonywania bezpiecznych zabiegów przerwania ciąży powinno być ujęte w programie kształcenia personelu medycznego przed rozpoczęciem wykonywania zawodu oraz w programie podnoszenia kwalifikacji zawodowych personelu, któremu wolno wykonywać zabiegi przerwania ciąży. Szkolenie w zakresie rozpoznawania i leczenia komplikacji po zabiegu przerwania ciąży powinno być ujęte w programie kształcenia wszystkich członków personelu medycznego, którzy leczą kobiety. Cały personel powinien również okresowo uaktualniać swoje kwalifikacje zawodowe.

Termin „personel średniego szczebla” odnosi się do różnych osób z personelu medycznego nie będących lekarzami – położnych, pielęgniarek, osób asystujących lekarzom i innych – których kwalifikacje i zakres obowiązków są różne w różnych krajach, a które mają przygotowanie do wykonywania podstawowych zabiegów medycznych związanych ze zdrowiem reprodukcyjnym, w tym dwuręcznego badania ginekologicznego w celu stwierdzenia ciąży i położenia macicy, USG macicy, zabiegów przeszzyjkowych – i które można przeszkolić do wykonywania zabiegów wczesnego przerwania ciąży. [Definicja zaproponowana i zaakceptowana przez uczestników Konsultacji Technicznych we wrześniu 2000 r.]

### 3.3.1.1. Programy szkoleń

Programy szkoleń, zarówno przygotowujących do zawodu, jak i doskonalenia zawodowego, powinny być oparte na fachowym podejściu i obejmować nadzorowane praktyki, pozwalające lekarzowi wykazać się kwalifikacjami medycznymi. W programach należy wykorzystywać różnorodne metody kształcenia i przyswajania wiedzy oraz uwzględniać zarówno umiejętności techniczne i medyczne, jak postawy i przekonania personelu medycznego. Może to wymagać podjęcia tematu wartości, aby ułatwić personelowi medycznemu dokonanie rozróżnienia między własnymi przekonaniem, a prawami klientek do otrzymania pomocy lekarskiej odpowiedniej jakości. Programy muszą być prowadzone w ośrodkach, w których jest wystarczający napływ pacjentek, aby wszyscy stażyści mogli odbyć konieczną praktykę, obejmującą również leczenie komplikacji.

Tabela 3.3 Zagadnienia niezbędne w programach szkoleń na temat przerywania ciąży

Zarys sytuacji, jeśli chodzi o zabiegi przerwania ciąży
<ul style="list-style-type: none"> <li>• przepisy prawne i sytuacja polityczna</li> <li>• konsekwencje zdrowotne <i>niebezpiecznej aborcji</i></li> <li>• odpowiedzialność etyczna wiążąca się zapewnieniem dostępu do zabiegu przerwania ciąży</li> <li>• krajowe normy i standardy opieki medycznej towarzyszącej przerywaniu ciąży</li> </ul>
Poradnictwo i relacje świadczeniodawca-pacjentka
<ul style="list-style-type: none"> <li>• wyjaśnienie postaw i przekonań personelu medycznego w odniesieniu do przerywania ciąży</li> <li>• prywatność i poufność</li> <li>• komunikacja międzyludzka i udzielanie porad</li> <li>• informacje na temat przerywania ciąży i antykoncepcji</li> <li>• zagadnienia i ryzyko związane z HIV i innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową</li> <li>• grupy wymagające szczególnej opieki, np. kobiety niepełnoletnie, uchodźcy, kobiety zakażone wirusem HIV lub chorobami przenoszonymi drogą płciową</li> <li>• rozpoznawanie oznak, że kobieta padła ofiarą przemocy; pomoc w zapewnieniu jej dodatkowych porad i usług</li> </ul>
Kompetencje medyczne
<ul style="list-style-type: none"> <li>• zagadnienia anatomii i fizjologii związane z ciążą i jej przerywaniem</li> <li>• zebranie informacji przed zabiegiem: przebyte choroby, badania, ustalenie zaawansowania ciąży, itp.</li> <li>• badanie pod kątem zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową</li> <li>• techniki przerywania ciąży</li> <li>• zapobieganie zakażeniom</li> <li>• uśmierzanie bólu</li> <li>• rozpoznawanie i leczenie komplikacji po zabiegu przerwania ciąży i/lub kierowanie do odpowiedniego ośrodka</li> <li>• pomoc i opieka po zabiegu, w tym informacje i zabiegi związane z antykoncepcją</li> <li>• kryteria kierowania do innych ośrodków oraz jak kierować do innych ośrodków przypadki wykraczające poza kompetencje personelu medycznego</li> </ul>
Kwestie administracyjne związane z jakością usług
<ul style="list-style-type: none"> <li>• archiwizacja danych i sprawozdawczość</li> <li>• warunki zapewnienia prywatności i poufności</li> <li>• logistyka, gospodarka sprzętem i zaopatrzeniem</li> <li>• monitorowanie i ocena</li> <li>• mechanizmy skutecznego kierowania i przewożenia do innych ośrodków</li> <li>• standardy nadzoru</li> </ul>

Treść programów szkoleniowych i długość szkoleń mogą być różne w zależności od kwalifikacji personelu medycznego przed rozpoczęciem szkolenia (patrz tabela 3.3 – lista niezbędnych tematów szkolenia). Każde szkolenie musi gwarantować, że personel medyczny będzie w stanie:

- korzystać z szerokiej gamy umiejętności z zakresu komunikacji międzyludzkiej w celu skutecznego porozumiewania się ze wszystkimi świadczeniobiorcami, z poszanowaniem ich prawa do godnego traktowania, szacunku i poufności;
- odpowiednio przekazywać informacje i rozmawiać o zachowaniach seksualnych i ciąży;
- umożliwiać klientkom podejmowanie decyzji na podstawie rzetelnych informacji;
- przeprowadzić bezpieczne i dokładne dwuręczne badanie ginekologiczne w celu zdiagnozowania ciąży oraz wielkości i położenia macicy oraz podjąć odpowiednią decyzję o przeprowadzeniu zabiegu przerwania ciąży lub skierowania kobiety do ośrodka opieki zdrowotnej wyższego szczebla;
- rozpoznawać ciążę pozamaciczną lub jej prawdopodobieństwo;
- dokładnie rozpoznawać symptomy zakażeń układu reprodukcyjnego i chorób przenoszonych drogą płciową;
- rozpoznawać oznaki przemocy fizycznej;
- prawidłowo dawkować leki;
- prawidłowo wykonywać zabieg(i) przerwania ciąży, w których zakresie został przeszkolony;
- podjąć skuteczne działanie na wypadek komplikacji przed zabiegiem, w trakcie lub później;
- kierować na inne właściwe zabiegi;
- dostarczać informacji i świadczyć usługi w zakresie antykoncepcji;
- czyścić cały sprzęt wykorzystywany podczas zabiegu i umieszczać w bezpiecznym miejscu;
- prawidłowo archiwizować dane.

Tabela 3.3 zawiera listę zalecanych zagadnień, które powinny być uwzględnione w szkoleniach dla całego personelu medycznego. Szczegóły dotyczące programów i związanych z nimi materiałów zawiera aneks 1.

### 3.3.2 Nadzór

System opieki zdrowotnej musi umożliwić ordynatorom zagwarantowanie, że opieka medyczna będzie spełniała normy i standardy oraz odpowiadała potrzebom klientek i zapewniała przestrzeganie ich praw. Do zakresu obowiązków ordynatorów należy:

- stworzenie atmosfery poszanowania prawa przez udzielanie wsparcia personelowi medycznemu i klientkom;
- przydzielanie zadań personelowi medycznemu zgodnie z kwalifikacjami i monitorowanie pracy, w celu

zapewnienia zarówno jakości technicznej zabiegów, jak i opiekuńczego podejścia do pacjentek;

- zapewnienie personelowi medycznemu dostępu do odpowiedniego sprzętu, zaopatrzenia i pomieszczeń, aby udzielanie porad i wykonywanie zabiegów odbywało się z poszanowaniem prywatności i poufności;
- monitorowanie potrzeb i zapewnianie szkoleń doskonalących kwalifikacje zawodowe personelu;
- monitorowanie i zapewnianie dostępu do opieki medycznej bez dyskryminacji, np. ze względu na wiek lub stan cywilny, oraz bez pobierania niedozwolonych opłat;
- zagwarantowanie, że decyzje o przerwaniu ciąży będą podejmowane na podstawie rzetelnych informacji i bez przymusu, oraz zapewnienie antykoncepcji po zabiegu.

Istotnym narzędziem pomocnym w sprawowaniu nadzoru jest lista spraw, które powinny być regularnie kontrolowane przez ordynatorów (patrz tab. 3.4). Taka lista powinna być opracowana lokalnie, tak by uwzględniała realia, oraz była wykorzystywana w celu utrzymania właściwej jakości opieki medycznej.

*Tabela 3.4 Zagadnienia, które należy uwzględnić na liście weryfikacyjnej*

- sprzęt (dostępność, ilość, stan, czystość, sterylizacja, przechowywanie)
- zaopatrzenie w niezbędne środki (odpowiednie, nieprzeterminowane, właściwie przechowywane)
- monitorowanie udzielanych porad
- monitorowanie świadczeń medycznych
- poszanowanie prywatności
- stan sanitarny ośrodka
- dokładność i kompletność archiwizowanych danych
- przegląd statystyk i kart pacjentów pod względem ich kompletności
- analiza statystyk dotyczących podstawowych usług medycznych

### 3.3.3 Certyfikaty i uprawnienia personelu medycznego i ośrodków opieki zdrowotnej

W krajach, w których wymagane jest posiadanie uprawnień przez osoby wykonujące zabiegi przerwania ciąży, jedynym celem takiego wymogu – tak jak w przypadku innych zabiegów medycznych – powinna być gwarancja, że osoby te spełniają najważniejsze kryteria przeprowadzania bezpiecznych zabiegów. Wymagania dotyczące uprawnień i zezwoleń nie powinny być wykorzystywane do eliminowania pewnych kategorii zawodowych personelu medycznego. Jak już wspomniano w punkcie 3.1, w zakresie wykonywania bezpiecznych zabiegów przerwania ciąży może zostać przeszkolony personel medyczny różnych zawodów i specjalizacji.

W krajach, w których ośrodki wykonujące zabiegi

przerwania ciąży muszą mieć licencję, kryteria powinny być ustalane przez państwo. Przyznawanie licencji ośrodkom ma służyć zapewnieniu klientkom bezpieczeństwa i kompleksowej opieki. Uzyskanie certyfikatu nie może być jednak obwarowane nadmiernymi wymogami: dotyczącymi skomplikowanego sprzętu, infrastruktury lub kwalifikacji personelu, takimi które nie są konieczne do zapewnienia bezpieczeństwa świadczeń i utrudniałyby dostęp do nich.

### 3.4 MONITORING I OCENA OPIEKI MEDYCZNEJ

Tak jak wszystkie usługi zdrowotne, świadczenia związane z przerywaniem ciąży powinny podlegać kontroli jakości i ocenie. Regularne, staranne gromadzenie danych statystycznych na temat usług oraz regularny nadzór i ocena na szczeblu ośrodka są kluczowym sposobem utrzymania i poprawy jakości zapewnianych świadczeń. Mogą też być pomocne przy ocenie, czy uprawnione kobiety mają rzeczywiście dostęp do świadczeń związanych z przerywaniem ciąży. Po pewnym

czasie, jeżeli zostaną zgromadzone podstawowe informacje, w tym dane na temat zgonów i zapadalności na choroby w wyniku *niebezpiecznych aborcji*, i jeżeli prowadzone są rutynowo dokładne statystyki na temat świadczeń w omawianym zakresie, będzie można ocenić, jak dalece pełny dostęp do legalnych usług przerwania ciąży zmniejsza śmiertelność i zapadalność na choroby. Te dane statystyczne i inne informacje zgromadzone w wyniku monitoringu i oceny powinny zostać przekazane wszystkim zainteresowanym podmiotom, przedyskutowane z nimi i wykorzystane przy podejmowaniu decyzji dotyczących poprawy jakości świadczeń.

#### 3.4.1 Monitoring

Monitoring służy nadzorowaniu procesu realizacji usług medycznych, w tym zmian zachodzących z upływem czasu. Rutynowy monitoring może pomagać dyrektorom i ordynatorom w rozpoznawaniu problemów, zanim staną się one groźne, oraz w ich rozwiązywaniu lub zapobieganiu im. Dobry monitoring obejmuje

*Tabela 3.5 Sugerowane źródła danych i wskaźniki stosowane w monitoringu i ocenie opieki medycznej związanej z przerywaniem ciąży*

Rutynowe statystyki dotyczące świadczeń medycznych
<ul style="list-style-type: none"> <li>• liczba świadczeń przerwania ciąży, według pełnych tygodni ciąży i typu zabiegu</li> <li>• odstęp czasowy między pierwszą wizytą a zabiegiem przerwania ciąży</li> <li>• liczba kobiet skierowanych do innych ośrodków, według przyczyn</li> <li>• liczba kobiet, które zgłosiły się do ośrodka, ale nie zapewniono im zabiegu przerwania ciąży, według przyczyn</li> <li>• liczba kobiet leczonych z powodu komplikacji, według rodzaju zabiegu przerwania ciąży</li> <li>• dostarczone środki antykoncepcyjne, według rodzaju</li> <li>• skierowanie do innych ośrodków po środki antykoncepcyjne</li> </ul>
Ocena okresowa
<ul style="list-style-type: none"> <li>• odsetek ośrodków przeprowadzających zabiegi przerwania ciąży i ich rozmieszczenie według regionów geograficznych i szczebla w systemie opieki zdrowotnej, oraz dane dotyczące korzystania ze świadczeń</li> <li>• liczba świadczeniodawców wykonujących zabiegi przerwania ciąży i ich rozmieszczenie według regionów geograficznych i szczebli systemu opieki zdrowotnej</li> <li>• liczba osób przeszkolonego personelu medycznego, według rodzaju; ocena jakości szkolenia</li> <li>• ocena jakości opieki medycznej</li> <li>• koszty świadczeń związanych z przerywaniem ciąży i leczenia komplikacji po zabiegu, według rodzaju zabiegu i kwalifikacji osoby przeprowadzającej zabieg, oraz wszelkie pobrane opłaty</li> <li>• okresowe badania specjalne (opinia klientek, dogodność lokalizacji ośrodka, koszty, skutki oddziaływania, itp.)</li> <li>• liczba osób spośród personelu medycznego wymagających szkoleń podnoszących kwalifikacje zawodowe i liczba osób przeszkolonych</li> </ul>
Informacje o pacjentkach (zawarte w karcie pacjenta)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• wiek, wcześniejsze ciąże, stan cywilny</li> <li>• przyczyny skierowania do innego ośrodka</li> <li>• przyczyny odmowy wykonania zabiegu</li> <li>• opieka medyczna po zabiegu</li> <li>• wybrana metoda antykoncepcji</li> <li>• pobrana opłata (jeżeli dotyczy)</li> </ul>

uważne słuchanie pracowników, którzy mogą mieć istotne uwagi na temat tego, jak poprawić jakość opieki medycznej. Sprawny monitoring pozwala kierownikom ośrodków i ordynatorom na przekazywanie personelowi informacji o występujących problemach i na włączenie personelu do procesu wdrażania rozwiązań. Na szczeblu ośrodka, procesy i mechanizmy monitorowania opieki medycznej obejmują analizę przypadków, analizę ksiąg rejestracyjnych, obserwację, listy weryfikacyjne, kontrolę ośrodka i analizę przypadków zgonów – wszystko to można wykorzystać do poprawy jakości opieki medycznej (bibliografia – patrz aneks 1).

Ośrodki zapewniające świadczenia medyczne powinny, w miarę możliwości, gromadzić dane dotyczące usług przerywania ciąży w ogólnym, zintegrowanym systemie przechowywania danych (np. formularze, księgi rejestracyjne, katalogi zaopatrzenia, listy weryfikacyjne, rejestracja klientek, dzienniki), nie zaś tworzyć osobne zbiory. Podstawowe dane statystyczne uwzględniają: liczbę przeprowadzonych zabiegów przerywania ciąży, liczbę kobiet, które zgłosiły się do ośrodka, lecz nie zapewniono im zabiegu przerywania ciąży, kobiety skierowane do ośrodków wyższego szczebla, leczenie komplikacji po przerwaniu ciąży i wybierane metody antykoncepcyjne. Liczba i rodzaj wymaganych danych statystycznych dotyczących zabiegów przerywania ciąży powinny być dostosowane do możliwości i obciążenia pracą personelu. Cenniejsze są dokładne dane z wąskiej dziedziny i sprawny mechanizm informacji zwrotnych, niż narzucanie wymogów sprawozdawczości, których personel nie jest w stanie lub nie chce zrealizować.

Wybrane dane gromadzone w ośrodku powinny być regularnie przesyłane do ośrodków wyższych szczebli, aby umożliwić monitoring sytuacji występującej w różnych rejonach kraju, oraz wykorzystywane na szczeblu krajowym w polityce informacyjnej i planowaniu.

Użyteczne może być również monitorowanie ponoszonych przez ośrodek kosztów wykonywania legalnych zabiegów przerywania ciąży i leczenia komplikacji po *niebezpiecznych aborcjach*.

Rutynowy monitoring powinien obejmować:

- analizę stosowanych procedur oraz problemów związanych z wykonywaniem zabiegów, na podstawie danych statystycznych (np. liczba kobiet, które zgłosiły się do ośrodka, lecz nie zapewniono im możliwości przerywania ciąży, liczba przypadków komplikacji, liczba zaproponowanych metod antykoncepcyjnych w podziale na rodzaje);
- odsetek kobiet zgłaszających się wielokrotnie do ośrodka w celu przerywania ciąży;
- obserwację udzielanych porad i świadczeń medycznych w celu dokonania oceny jakości relacji z kobietami w trakcie całego procesu, poprawienia wszelkich niedociągnięć w zakresie standardów technicznych lub likwidacji działań obniżających jakość opieki medycznej (np. osądzanie klientek, pobieranie „nieformalnych” opłat);
- funkcjonowanie systemu logistycznego, w celu

- zapewnienia regularnych dostaw sprzętu i środków;
- regularne gromadzenie danych na wszystkich szczeblach;
- ocenę postępów w rozwiązywaniu problemów określonych na podstawie rutynowego monitoringu.

### 3.4.2 Ocena

Ocena obejmująca dostosowanie, skuteczność, wydajność, regularność i skutki opieki medycznej i jest dokonywana na podstawie danych statystycznych pochodzących z monitoringu oraz na podstawie badań specjalnych mających określić, w jakim stopniu realizowane są cele programu. Na przykład: czy poprawiła się jakość opieki medycznej? Czy wszystkie uprawnione kobiety mają dostęp do zabiegów przerywania ciąży? Czy realizowane są ilościowe i jakościowe cele szkoleń? Czy wzrosła liczba ośrodków wykonujących zabiegi? Ocena może zostać przeprowadzona na szczeblu ośrodka opieki zdrowotnej, na szczeblu regionalnym lub krajowym i powinna zostać dokonana już w początkowej fazie realizacji programu, aby istniały podstawy do porównań.

Okresowa ocena na podstawie informacji od klientek o ich doświadczeniach, komplikacjach, jakości i dostępności opieki medycznej jest źródłem cennych informacji, które wskażą, co należy poprawić w opiece szpitalnej i ambulatoryjnej. Badanie opinii można przeprowadzić przy zastosowaniu kwestionariuszy, obserwacji oraz rozmów przed opuszczeniem przez klientki ośrodka. Podobne badanie opinii należy przeprowadzić wśród personelu medycznego, aby zaznajomić się z jego przekonaniem, wiedzą, sposobami postępowania, potrzebami i pomysłami dotyczącymi poprawy jakości opieki medycznej.

Ocena skutków może określić, w jakim stopniu lepsza dostępność i jakość zabiegów przerywania ciąży dla uprawnionych kobiet przyczynia się do osiągnięcia celów systemu opieki zdrowotnej. Na przykład, okresowe badania specjalne wybranych ośrodków i rejonów wykazują ewentualny wzrost liczby przeprowadzonych legalnych zabiegów przerywania ciąży. Dzięki specjalnym badaniom można również określić zmiany liczby kobiet przyjmowanych do szpitali z komplikacjami po *niebezpiecznej aborcji*, przed i po wprowadzeniu ulepszeń. Tak jak przy innych badaniach, ocena skutków wymaga dokładnej oceny sytuacji wyjściowej oraz jasnego określenia celów i wytycznych programu.

Na ogół ważniejsze jest zdefiniowanie kilku możliwych do określenia wskaźników niż gromadzenie obszernego zakresu danych, zwłaszcza w sytuacji, gdy możliwości przeprowadzenia badań w danym ośrodku są ograniczone. Tam, gdzie te możliwości są duże, wskazany jest szeroki zakres badań. Ocena powinna obejmować nie tylko wskaźniki ilościowe, ale też jakościowe. Te ostatnie mogą się opierać na rozmowach z personelem medycznym, kobietami, mężczyznami i liderami społeczności, w celu określenia ich wiedzy na temat zabiegów przerywania ciąży, tego kto ma do nich prawo, zapotrzebowania na nie oraz opinii respondentów na temat dostępnych świadczeń medycznych.

### 3.5 FINANSOWANIE

Budżet ośrodka opieki zdrowotnej powinien obejmować koszty:

- narzędzi, środków i leków potrzebnych, by rozpocząć wykonywanie zabiegów przerwania ciąży lub poprawić jakość zapewnianych świadczeń medycznych (patrz rozdział 2),
- wynagrodzenia personelu (zatrudnionego w pełnym lub niepełnym wymiarze godzin),
- programów szkoleniowych,
- jednorazowych wydatków (zwykle umiarkowanych), jak np. koszty renowacji gabinetu zabiegowego.

Ze względu na to, że wykonywanie bezpiecznych zabiegów przerwania ciąży nie wymaga dodatkowych kwalifikacji ani sprzętu poza tymi, które powinny być już dostępne w ramach opieki położniczej i ginekologicznej, dodatkowe koszty udostępnienia tych świadczeń uprawnionym kobietom są umiarkowane, zważywszy związane z tym korzyści dla zdrowia kobiet. W większości wypadków budżet państwowej opieki zdrowotnej powinien być w stanie pokryć te koszty.

Jeżeli dostęp do świadczenia przerwania ciąży wiąże się z opłatą, albo ubezpieczeniem zdrowotnym lub inną formą zwrotu kosztów, ich wysokość musi być tak ustalona, żeby nie utrudniały one kobietom korzystania z zabiegów.

#### 3.5.1 Koszty ponoszone przez ośrodek lub system opieki zdrowotnej

Omawiane koszty obejmują niewielkie nakłady finansowe ponoszone od czasu do czasu oraz wydatki stałe. Przykładowo, do nakładów finansowych ponoszonych od czasu do czasu zaliczyć można zakup aspiratora, stołu do badań, sterylizatora lub autoklawu, budowę lub renowację gabinetu przyjęć lub gabinetu zabiegowego. Wydatki stałe związane są z zakupem narzędzi i środków, które muszą być regularnie uzupełniane, np. kaniuli, aspiratorów ręcznych, leków, gazy, roztworów antyseptycznych i do sterylizacji na zimno. Inne wydatki obejmują regularne szkolenia, oraz koszty zatrudnienia personelu i funkcjonowania ośrodka. Jak już wcześniej wspomniano, większość potrzebnych rzeczy powinna i tak być dostępna w ośrodkach dla kobiet ciężarnych.

Decyzje o wyborze metod przerywania ciąży i organizacji opieki mają bezpośredni wpływ na koszty wykonywania zabiegów i przystępność ich cen. Dwie kwestie natury organizacyjnej są szczególnie istotne. Po pierwsze, jak już wcześniej wspomniano, zastąpienie metody wyłyżeczkowania (D&C) metodą próżniową jest nie tylko bezpieczniejsze dla kobiety, ale, jak wykazano, znacznie obniża koszty ponoszone przez system opieki zdrowotnej (Jowett 2000). Zabieg metodą próżniową może przeprowadzać przeszkolony personel średniego

szczebla w ambulatorium, natomiast przy metodzie wyłyżeczkowania (D&C) konieczny jest gabinet zabiegowy. Metoda próżniowa zwykle nie wymaga tylu środków przeciwbólowych co D&C, ponieważ jest mniej bolesna (Grimes et al. 1977) i kobiety mogą szybciej opuścić ośrodek. Po drugie, jeżeli kobiety są skutecznie informowane, że na zabieg powinny zgłaszać się jak najwcześniej, zwiększa się liczba tańszych zabiegów, wykonywanych we wczesnym stadium ciąży, maleje zaś liczba droższych zabiegów przerwania bardziej zaawansowanej ciąży. Te i inne zmiany w opiece nad pacjentkami nie tylko obniżają koszty, ale poprawiają też jakość opieki.

#### 3.5.2 Ustalenie cen na poziomie przystępnym dla kobiet

Ośrodki opieki zdrowotnej często ustalają tak wysokie opłaty za zabiegi, że większości kobiet nie stać na nie. Niektóre programy finansowane ze środków publicznych zapewniające darmową opiekę medyczną kobietom ubogim, nie obejmują przerywania ciąży lub finansują tylko niektóre rodzaje zabiegów. Ponadto od kobiet pobiera się niekiedy „opłaty nieformalne” (pobierane przez personel medyczny oprócz oficjalnych opłat ustalonych przez system opieki zdrowotnej), które w połączeniu z kosztami podróży i innymi (np. utrata dni pracy) stanowią dla wielu kobiet przeszkodę nie do pokonania. Tego typu praktyki na dłuższą metę będą kosztowały system opieki zdrowotnej więcej pieniędzy, gdyż zwiększają liczbę kobiet próbujących samodzielnie wywołać poronienie lub korzystających z podziemia aborcyjnego, co kończy się hospitalizacją z powodu ciężkich powikłań.

Jeżeli za zabiegi przerwania ciąży pobierane są opłaty, powinny być one dostosowane do możliwości finansowych kobiet: nie powinny uniemożliwiać poddania się zabiegowi tym, które nie są w stanie zapłacić, np. ubogim lub niepełnoletnim. Ponadto wszystkie ośrodki powinny stosować odpowiednie procedury eliminujące pobieranie „nieformalnych” opłat przez personel medyczny. Inne działania obejmują: dotowanie zabiegów przerwania ciąży dla kobiet ubogich z dochodów z innych zabiegów lub od zamożniejszych kobiet; zmniejszenie różnicowania opłat za zabiegi przerwania ciąży w różnym stadium zaawansowania i przy użyciu różnych metod, aby kobiety mogły korzystać z zabiegów najbardziej odpowiadających ich potrzebom, bez względu na koszt; dostarczanie informacji na temat dostępności zabiegów przerwania ciąży i wszelkich związanych z tym opłat, aby kobiety mogły podejmować decyzje na podstawie dokładnej znajomości kosztów. Nie wolno odmówić ani opóźnić wykonania zabiegu, jeżeli kobieta nie jest w stanie za niego zapłacić.

## BIBLIOGRAFIA

- Anonymous. (2000) Improving quality and reducing costs in post-abortion care in Peru. *Reproductive Health Matters* 8:189.
- Billings D.L., Ankrah V., Baird T.L., Taylor J.E., Ababio K.P., Ntow S. (1999) Midwives and comprehensive postabortion care in Ghana. W: Huntington D., Piet-Pelon N.J. (red.). *Postabortion care: lessons from operations research*. New York, Population Council, s. 141-158.
- Billings D.L., Moreno C., Ramos C., Gonzalez de León D., Ramirez R., Martinez L.V., Diaz M.R. (2002) Constructing access to legal abortion services in Mexico City. *Reproductive Health Matters* 10(19):87-95:
- Bradley J., Sikazwe N., Healy J. (1991) Improving abortion care in Zambia. *Studies in Family Planning* 22:391-394.
- Brambila C., Langer A., Garcia-Barrios C., Heimburger A. (1999) Estimating costs of postabortion services at Dr Aurelio Valdivieso General Hospital, Gaxaca, Mexico. W: Huntington D., Piet-Pelon N.J. (red.). *Postabortion care: lessons from operations research*. New York, Population Council, s. 108-124.
- Cook R., Dickens B. (2000) *Considerations for formulating reproductive health laws*. Wydanie drugie. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHR/00.1)
- Coyaji K. (2000) Early medical abortion in India: three studies and their implications for abortion services. *Journal of American Medical Women's Association* 55 (Dodatek):191-194.
- Dickson-Tetteh K., Mavuya L.M., Gabriel M., Rees H., Billings D.L., King T.D.N. (2000) *Abortion care services provided by registered midwives in South Africa: a report on the midwifery training program*. Johannesburg, Reproductive Health Research Unit and Ipas.
- Ekwempu C.C. (1990) Uterine aspiration using the Karman cannula and syringe. *Tropical Journal of Obstetrics and Gynaecology* 8:37-38.
- El Shafei M., Hassan E.G., Mashalli A., Shalan H., El Lakkany N. (1999) Improving reproductive health service by using manual vacuum aspiration in the management of incomplete abortion. *Egyptian Society of Obstetrics and Gynaecology* 25:711-722.
- Freedman M.A., Jillson D., Coffin R.R., Novick L.E. (1986) Comparison of complication rates in first trimester abortions performed by physician assistants and physicians. *American Journal of Public Health* 76:550-554.
- Greenslade F.C., Benson J., Winkler J., Henderson V., Wolf M., Leonard A. (1993) Summary of clinical and programmatic experience with manual vacuum aspiration. *IPAS Advances in Abortion Care* 3(2):1-4.
- Grimes D., Schulz K.F., Cates W., Tyler C.W. (1977) The Joint Program for the Study of Abortion/ CDC: a preliminary report. W: Hern W., Andrikopolous B. (red.). *Abortion in the seventies*. New York, National Abortion Federation, s. 41-46.
- Jowett M. (2000) Safe motherhood interventions in low-income countries: an economic justification and evidence of cost effectiveness. *Health Policy* 53:201-228.
- King T.D., Abernathy M., Hord C., Nicholson L.A., Benson J., Johnson B.R. (1998) *A guide to assessing resource use in the provision of postabortion care*. Carrboro, Ipas.
- Lawson H.W., Frye A., Atrash H.K., Smith J.C., Shulman H.B., Ramick M. (1994) Abortion mortality, United States: 1972 through 1987. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology* 171:1365-1372.
- Lean T.H., Vengadasalam D., Pachauri S., Miller E.T. (1976) A comparison of D&C and vacuum aspiration for performing first trimester abortion. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 14:481-486.
- Mundigo A.I., Indriso C. (red.) (1999) *Abortion in the developing world*. New Delhi, Visitaar Publications for the World Health Organization.
- Population Council. (2000a) *Burkina Faso: postabortion care. Upgrading postabortion care benefits patients and providers*.
- Washington DC, Population Council, Frontiers in Reproductive Health.
- Population Council. (2000b) *Senegal: postabortion care. Train more providers in postabortion care*. Washington DC, Population Council, Frontiers in Reproductive Health.
- RCOG - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2000) *The care of women requesting induced abortion*. Evidence-based guideline No.7. London, RCOG Press.
- University of North Carolina. (2001) *PRIME postabortion care*. Chapel Hill, University of North Carolina, Program for International Training in Health (INTRAH).
- Veira Villela W., de Oliveira Araujo M.J. (2000) Making legal abortion available in Brazil: partnerships in practice. *Reproductive Health Matters* 8(16):77 -82.
- World Health Organization. (1999) *Abortion in Viet Nam: an assessment of policy, programme and research issues*. Geneva, World Health Organization.(WHO/RHR/HRP/IRR/99.2)
- World Health Organization.(2000) *Managing the complications of pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors*. Geneva, World Health Organization.(WHO/RHR/00.7)
- World Health Organization. (2002a) *Making decisions about contraceptive introduction. A guide for conducting assessments to broaden contraceptive choice and improve quality of care*. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHR/02.11)
- World Health Organization. (2002b) *Essential medicines: WHO model list (12th Edition)*. Geneva, World Health Organization. Dostępne na stronie: <http://www.who.int/medicines/organization/par/edl/expert-comm.shtml>
- World Health Organization.(2002c) *Global consultation on adolescent friendly health services. A consensus statement*. Geneva, World Health Organization. (WHO/FCH/02.18)
- World Health Organization and United Nations High Commissioner for Refugees. (2002) *Clinical management of survivors of rape. A guide to the development of protocols for use in refugee and internally displaced person situations*. Geneva, World Health Organization and United Nations High Commissioner for Refugees. (WHO/RHR/02.08)
- Yumkella F. and Githiori E. (2000) *Expanding opportunities for postabortion care at the community level through private nurse-midwives in Kenya*. Chapel Hill, University of North Carolina, Program for International Training in Health (INTRAH).