
ROZDZIAŁ 4

KWESTIE PRAWNE I POLITYCZNE

STRESZCZENIE

- *Niebezpieczna aborcja* jest jedną z głównych przyczyn zgonów i chorób związanych z ciążą, mimo że przerywanie ciąży jest w różnych przypadkach dopuszczone przez prawo niemal we wszystkich krajach. Dzieje się tak dlatego, że usługi bezpiecznego przerywania ciąży są często niedostępne nawet wtedy, gdy ich świadczenie byłoby zgodne z prawem. Na konferencji ICPD+5 (poświęconej ocenie pięciu lat wdrażania Programu Działania Międzynarodowej Konferencji na rzecz Ludności i Rozwoju w Kairze, 1994) postanowiono, że jeśli przerywanie ciąży nie jest sprzeczne z prawem, „instytucje opieki zdrowotnej powinny systemowo organizować szkolenie personelu, zapewniać sprzęt medyczny oraz podejmować inne kroki w celu zapewnienia bezpieczeństwa i dostępności przerywania ciąży”. Do realizacji tego postanowienia niezbędne jest zrozumienie, w jakich przypadkach przerywanie ciąży nie jest sprzeczne z przepisami prawnymi, oraz uwzględnienie tego w polityce.
- Niemal we wszystkich krajach prawo zezwala na przerywanie ciąży przynajmniej w razie zagrożenia życia kobiety. W większości krajów dopuszczalne jest też przerywanie ciąży, gdy stanowi ona zagrożenie dla fizycznego lub psychicznego zdrowia kobiety, a w wielu krajach – gdy ciąża jest wynikiem gwałtu lub kazirodztwa lub w przypadku uszkodzenia płodu. W wielu krajach zgodne z prawem jest też przerywanie ciąży ze względów społeczno-ekonomicznych oraz na życzenie kobiety.
- Do zapewnienia każdej uprawnionej kobiecie dostępu do usług przerywania ciąży reprezentujących dobry poziom jakościowy konieczny jest sprzyjający klimat polityczny. Programy polityczne powinny uwzględniać działania na rzecz zdrowia kobiet, świadczenie pełnowartościowych porad i usług w zakresie planowania rodziny oraz zaspokajanie szczególnych potrzeb takich grup kobiet, jak kobiety ubogie, nieletnie, ofiary gwałtu i kobiety zakażone wirusem HIV.
- Działania i programy polityczne powinny zmierzać do likwidowania przeszkód utrudniających terminowe świadczenie usług przerywania ciąży. Przeszkody te obejmują: brak powszechnej znajomości przepisów prawnych oraz informacji, gdzie skorzystać z legalnych usług przerywania ciąży; wymóg posiadania zezwolenia lub powiadomienia osób trzecich; utrudnienia lub niepotrzebne warunki

i procedury, np. okres „na zastanowienie się” lub brak prywatności; nadmierne obostrzenia w zakresie wymaganych kwalifikacji personelu medycznego lub rodzajów ośrodków uprawnionych do przeprowadzania zabiegów przerywania ciąży. Tabela 4.2 zawiera zestawienie najczęściej spotykanych utrudnień oraz propozycje ich zlikwidowania.

4.1 ZDROWIE KOBIET A POROZUMIENIA MIĘDZYNARODOWE

Ogromną większość zgonów na skutek *niebezpiecznej aborcji* odnotowujemy w krajach rozwijających się, gdzie dopuszczalność przerywania ciąży jest mocno ograniczona przepisami prawnymi (Alan Guttmacher Institute 1999). W regionach rozwijających się (oprócz Chin) na 100 000 przypadków przerywania ciąży przypada 330 zgonów – wskaźnik śmiertelności jest kilkaset razy wyższy niż w krajach rozwiniętych. Wskaźnik ten jest najwyższy w Afryce: szacuje się, że na 100 000 zabiegów przerywania ciąży przypada 680 zgonów (Alan Guttmacher Institute 1999, Światowa Organizacja Zdrowia 1998).

Większość rządów ratyfikowała wiążące prawnie międzynarodowe traktaty i konwencje chroniące prawa człowieka, w tym prawo do możliwie najlepszego zdrowia, prawo do ochrony przed dyskryminacją, prawo do życia, wolności i nietykalności osobistej, prawo do ochrony przed nieludzkim i poniżającym traktowaniem oraz prawo do wykształcenia i informacji.

Mając na względzie wspomniane prawa człowieka, rządy uzgodniły na konferencji ICPD+5 że „... w przypadkach, gdy przerywanie ciąży nie jest sprzeczne z prawem, instytucje opieki zdrowotnej powinny systemowo organizować szkolenie personelu, zapewniać sprzęt medyczny oraz podejmować inne kroki w celu zapewnienia bezpieczeństwa i dostępności przerywania ciąży. Należy podjąć dodatkowe działania w celu ochrony zdrowia kobiet.” (ONZ 1999, par. 63.iii). Do zapewnienia wszystkim uprawnionym kobietom dostępu do bezpiecznych usług przerywania ciąży niezbędne jest zrozumienie przepisów prawnych dotyczących przerywania ciąży i odpowiednie działania polityczne. Ponadto większość rządów krajów całego świata uzgodniła na Czwartej Światowej Konferencji na rzecz Kobiet w 1995 roku, że należy „...rozważyć zmianę przepisów prawnych nakazujących karanie kobiet, które poddały się nielegalnym zabiegom przerywania ciąży.” (ONZ 1996, par. 106).

4.2 PRZEPISY PRAWNE I ICH EGZEKOWANIE

Niemal we wszystkich krajach sztuczne poronienie jest dopuszczalne w celu ratowania życia kobiety, jeżeli ciąża stanowi zagrożenie dla niej zagrożenie (patrz rozdz. 1, rys. 1.1) (Wydział ONZ ds. Ludności 1999). Niemal w dwóch trzecich krajów przerwanie ciąży jest dopuszczalne w razie poważnego zagrożenia dla fizycznego lub psychicznego zdrowia kobiety. W ponad 40% krajów dodatkowymi okolicznościami pozwalającymi na przerwanie ciąży są gwałt lub kazirodztwo, a w podobnej liczbie krajów prawo zezwala na przerwanie ciąży w wypadku uszkodzenia płodu.

Wiele kobiet chce przerwać ciążę, ponieważ nie mają pieniędzy na utrzymanie dziecka. Ponadto dla wielu – zwłaszcza niepełnoletnich, niezamężnych kobiet – kontynuacja ciąży jest trudna lub niemożliwa ze względów społecznych. Uznając wagę tych problemów, jedna trzecia krajów zezwala na przerywanie ciąży ze względów ekonomicznych i/lub społecznych. W około 27% krajów zabieg przerwania ciąży dostępny jest na żądanie, ze względu na to, że wszystkie kobiety chcące przerwać ciążę borykają się z jednym lub kilkoma wyżej wspomnianymi problemami.

Liberalizacja przepisów prawnych dotyczących przerywania ciąży rozpoczęła się w pierwszej połowie XX wieku, gdy uświadomiono sobie, jakim problemem dla zdrowia publicznego jest *niebezpieczna aborcja*. W latach 30-tych oskarżenia o przeprowadzenie zabiegu przerwania ciąży stawały się w niektórych krajach coraz rzadsze. W Anglii jeden z lekarzy celowo doprowadził do procesu sądowego przeciwko sobie, aby wypowiedzieć się głośno za dekryminalizację przerywania ciąży, ze względu na zdrowie publiczne. W latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych rozpoczęła się liberalizacja przepisów prawnych dotyczących przerywania ciąży w Europie, Kanadzie, na Kubie, w Indiach, Stanach Zjednoczonych, Zambii i kilku innych krajach. W wielu innych krajach na całym świecie złagodzone ograniczenia dotyczące dostępności zabiegów i spadła liczba wytaczanych procesów sądowych związanych z przerywaniem ciąży, zwłaszcza od połowy lat 80-tych (Berer 2000, Rahman et al. 1998).

Sposób sformułowania przepisów prawnych regulujących kwestię przerywania ciąży jest różny w różnych krajach i odzwierciedla ich różnorodne korzenie historyczne, polityczne i religijne (ONZ 2001a, 2001b, 2002). Przepisy dotyczące przerywania ciąży mogą stanowić część kodeksu karnego, cywilnego lub obywatelskiego. W niektórych krajach kodeks zdrowia publicznego lub kodeks etyki lekarskiej mogą zawierać postanowienia wyjaśniające interpretację przepisów prawnych dotyczących przerywania ciąży, lecz w wielu krajach brak formalnej interpretacji lub przepisów wykonawczych. W innych znów krajach kwestia przerywania ciąży nie jest regulowana przez obowiązujące przepisy prawne, ale przez interpretację sądu. Bywa, że istnieje kilka tekstów regu-

lujących te sprawy, co może czasem utrudniać interpretację prawa i polityki w zakresie przerywania ciąży ze względu na sprzeczne niekiedy postanowienia. Opracowywanie i wdrażanie przepisów prawnych oraz odpowiedniej polityki jest odzwierciedleniem interpretacji i działań różnych osób i instytucji, w tym sądów, parlamentarzystów, decydentów politycznych i personelu medycznego – w różnych okresach. Wszystkie wyżej wspomniane czynniki mają wpływ na dostęp do bezpiecznych i legalnych usług przerywania ciąży.

Badania przeprowadzone w różnych krajach dowodzą, że kobiety mające, zgodnie z obowiązującymi przepisami, prawo do przerywania ciąży, często nie są w stanie tego prawa wyegzekwować (Gupte et al. 1997, Iyengar i Iyengar 2002, Koster-Oyekan 1998, Mundigo i Indriso 1999). Powody to brak kwalifikacji personelu medycznego, odmowa wykonania zabiegu, ograniczenia formalne dotyczące rodzajów ośrodków i osób personelu medycznego mogących przeprowadzać zabiegi lub brak odpowiednich zezwoleń. Może również wchodzić w grę brak środków albo woli świadczenia usług na wysokim poziomie w ośrodkach opieki zdrowotnej pierwszego szczebla (Berer 2000). Ponadto wiele osób, zarówno wśród personelu medycznego jak i samych kobiet, po prostu nie zna przepisów prawnych. Na przykład w badanym regionie pewnego kraju, w którym przerwanie ciąży jest dopuszczalne do 20. tygodnia, ponad 75% kobiet i mężczyzn będących w związku małżeńskim nie zdawało sobie sprawy, że przerwanie ciąży jest legalne (Iyengar i Iyengar 2002). W krajach, w których przepisy są restrykcyjne, ostrożność personelu medycznego i skomplikowane wymogi proceduralne utrudniają zwykle proces wydawania zezwolenia na zabieg; dotyczy to zwłaszcza kobiet zamieszkujących obszary wiejskie, kobiet młodych i niepiśmiennych (Alan Guttmacher Institute 1999).

W większości krajów należy zatem:

- promować znajomość odpowiednich przepisów prawnych i zasad polityki;
- opracować i zrealizować kompleksową politykę w celu zapewnienia dostępu do usług w zakresie dopuszczonym przez prawo;
- określić i zlikwidować niepotrzebne przeszkody regulacyjne i administracyjne w dostępie do usług.

4.3 ZNAJOMOŚĆ PODSTAW PRAWNYCH PRZERYWANIA CIĄŻY

Personel medyczny, policja i prawnicy sądowi, a także opinia publiczna, powinni dysponować rzetelnymi informacjami i rozumieć przepisy prawne obowiązujące w ich kraju. Wprawdzie interpretacja przepisów będzie zawsze specyficzna dla danego kraju, niemniej jednak można przedstawić następujące ogólne uwagi dotyczące okoliczności, w których najczęściej dopuszczane jest przerwanie ciąży (ONZ 2001a, 2001b, 2002).

4.3.1 Zagrożenie życia kobiety

Niemal we wszystkich krajach zezwala się na przerwanie ciąży w celu ratowania życia kobiety. W niektórych krajach powstały szczegółowe listy sytuacji uważanych za zagrożenie życia. Listy te nie wykluczają możliwości oceny przez lekarza, że coś zagraża życiu konkretnej kobiety. Mogą być jednak niekiedy restrykcyjnie interpretowane lub traktowane jako wyczerpujące. Na przykład uznając za wyczerpującą listę fizycznych zagrożeń dla życia, pominięto zagrożające życiu stany psychiczne.

Cały personel medyczny powinien wiedzieć o wysokim ryzyku zgonu i chorób związanym z *niebezpieczną aborcją* i powinien być w stanie poinformować kobietę o możliwościach działania dopuszczonych przez prawo. Lekarze argumentują, że w pewnych przypadkach wykonanie bezpiecznego zabiegu przerwania ciąży jest konieczne, gdyż w przeciwnym razie kobieta zaryzykuje życie udając się do osoby niewykwalifikowanej (Oye-Adeniran et al. 2002).

Nawet jeżeli przerwanie ciąży jest dopuszczalne wyłącznie w celu ratowania życia kobiety, świadczeniodawcy powinni koniecznie posiadać odpowiednie kwalifikacje, a usługi i informacje o nich powinny być ogólnie dostępne, podobnie jak leczenie komplikacji po *niebezpiecznej aborcji* oraz usługi planowania rodziny.

4.3.2 Zagrożenie fizycznego lub psychicznego zdrowia kobiety

Wprawdzie „zdrowie fizyczne” i „zdrowie psychiczne” traktowane są czasem oddzielnie jako podstawa do przerwania ciąży, ale w wielu krajach prawo nie precyzuje, o jaki aspekt zdrowia chodzi, a jedynie określa, że przerwanie ciąży jest dozwolone w celu uniknięcia zagrożenia zdrowia kobiety ciężarnej. W takich wypadkach stosuje się niekiedy definicję zdrowia przyjętą przez WHO: „pełny dobrostan w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym, nie zaś tylko brak choroby lub niedomagań”. (Światowa Organizacja Zdrowia 2001)

Jeżeli w przepisach prawnych występuje sformułowanie „zdrowie psychiczne”, w niektórych krajach zagrożenie tego zdrowia interpretuje się również jako uraz psychiczny spowodowany np. gwałtem lub kazirodztwem albo diagnozą uszkodzenia płodu. W innych krajach za zagrożenie zdrowia psychicznego kobiety uważa się złą sytuację społeczno-ekonomiczną.

4.3.3 Gdy ciąża jest wynikiem gwałtu lub kazirodztwa

W wielu krajach takie przypadki kwalifikowane są jako zagrożenie zdrowia psychicznego, będące podstawą do przerwania ciąży. W niektórych krajach wystarczającym dowodem jest oświadczenie kobiety. Inne wymagają orzeczenia lekarza sądowego

o stosunku z penetracją lub dowodów na to, że stosunek odbył się pod przymusem albo że kobieta została wykorzystana. Przykładowo, gwałt musi zostać udowodniony przed sędzią, który może zażądać zeznań świadków; gdzie indziej – zanim kobieta otrzyma pozwolenie na zabieg przerwania ciąży, wymagane jest potwierdzenie od policji, że została zgwałcona.

Wymogi te, wprowadzone po to, by wychwycić sfingowane przypadki, często zniechęcają kobiety będące naprawdę ofiarami przemocy do wczesnego poddania się bezpiecznemu zabiegowi przerwania ciąży. Opóźnienia powodowane wymaganiami sądowymi lub policyjnymi mogą prowadzić do tego, że kobieta zdecyduje się na korzystanie z niebezpiecznego dla zdrowia i życia „podziemia aborcyjnego”; opóźnienia te mogą też być tak znaczne, że kobiecie odmawia się w końcu prawa do zabiegu, gdyż ciąża jest już zbyt zaawansowana.

W takiej sytuacji wymogi sądowe lub administracyjne należy zminimalizować lub zlikwidować i ustalić jasne sposoby postępowania policji i personelu medycznego, aby umożliwić szybkie kierowanie kobiet do ośrodków, w których uzyskają odpowiednią opiekę (Billings et al. 2002, Veira Villela i de Oliveira Araujo 2000).

4.3.4 Uszkodzenie płodu

Coraz częściej dopuszcza się przerwanie ciąży z tego powodu również w krajach o restrykcyjnych przepisach aborcyjnych, ponieważ obecnie można wykryć uszkodzenia, z których wiele zagraża życiu lub uniemożliwia późniejszą samodzielność dziecka. W przepisach prawnych niektórych krajów nie ma konkretnej wzmianki o uszkodzeniu płodu; uznaje się raczej, że diagnoza takiego uszkodzenia powoduje uraz psychiczny, co może stanowić podstawę do przerwania ciąży z powodu zagrożenia zdrowia psychicznego kobiety.

4.3.5 Względy ekonomiczne i społeczne

Większość krajów zezwalających na przerwanie ciąży ze względów ekonomicznych i społecznych stosuje interpretację prawa uwzględniającą obecną i przyszłą sytuację ekonomiczną i społeczną kobiety. W niektórych krajach ocenia się, czy sytuacja, w jakiej znalazła się kobieta, jest zbyt dużym obciążeniem dla jej psychiki. Niekiedy przepisy prawne uwzględniają sytuację innych dzieci kobiety (jeżeli je ma) i ryzyko pogorszenia się ich położenia na skutek narodzin kolejnego dziecka.

4.3.6 Na życzenie

Prawo może zezwalać kobiecie na przerwanie ciąży bez podawania powodu. Legalizacja przerwania ciąży na życzenie kobiety nastąpiła w krajach, które uznały, że kobiety chcą zwykle przerwać ciążę z jednego lub więcej omówionych wyżej powodów, i że wszystkie te powody są uzasadnione.

4.3.7 Ograniczenia dotyczące zaawansowania ciąży

Przerwanie ciąży w celu ratowania życia kobiety może być konieczne w każdej chwili. Przerwanie ciąży z powodu uszkodzenia płodu może być konieczne w drugim trymestrze, gdyż w większości przypadków diagnozę postawić można dopiero po 12. tygodniu ciąży. Przepisy prawne dopuszczające przerwanie ciąży ze względów ekonomicznych i społecznych lub na życzenie kobiety zwykle ustanawiają ograniczenia co do zaawansowania ciąży. Często jest to 12. tydzień od daty ostatniej menstruacji. Niektóre kraje wyznaczają granicę 18, 22 lub 24 tygodni od daty ostatniej miesiączki, inne nie nakładają takich ograniczeń. Przepisy zawierające ograniczenia dotyczące zaawansowania ciąży zwykle zezwalają na przerwanie ciąży bardziej zaawansowanej w szczególnych okolicznościach lub po spełnieniu dodatkowych wymagań, np. uzyskaniu zgody dwóch lekarzy zamiast jednego (Alan Guttmacher Institute 1999, Rahman et al. 1998).

4.3.8 Inne ograniczenia

Polityka i przepisy prawne regulujące kwestię przerywania ciąży czasem nakładają niepotrzebne ograniczenia dotyczące ośrodków i osób mogących wykonywać zabiegi. Niekiedy obowiązuje też wymóg uzyskania pozwolenia innych członków rodziny. Tego rodzaju wymagania, nakładane zwykle w celu ochrony zdrowia kobiety, mogą mieć odwrotny skutek i ogromnie utrudniać dostęp do usług (Iyengar i Iyengar 2002, Koster-Oyekan 1998).

Przepisy mogą również określać, kiedy przerwanie ciąży jest nielegalne, nie zaś kiedy jest zgodne z prawem. Przepis może na przykład stanowić, że przerwanie ciąży jest nielegalne, jeżeli zostało przeprowadzone bez zgody kobiety, w warunkach nie odpowiadających przyjętym normom, w nieodpowiednim ośrodku, bądź dla zysku (Alvarez-Lajonchere 1989).

4.4 STWORZENIE SPRZYJAJĄCEGO KLIMATU POLITYCZNEGO

W polityce mogą być stosowane różne narzędzia, jak przepisy prawne, rozporządzenia ministerstwa zdrowia, kodeksy zawodowe i wytyczne w sprawie szkoleń. Najważniejsze elementy polityki udostępniania usług bezpiecznego przerywania ciąży w zakresie dopuszczonym przez prawo są omówione poniżej. Wprawdzie natychmiastowa realizacja kompleksowej polityki może być niemożliwa, ale do wdrożenia uzgodnień ICPD (ONZ 1994) i ICPD+5 (ONZ 1999) dotyczących bezpiecznych zabiegów legalnego przerywania ciąży konieczne są działania w obszarach omówionych w punktach 4.1-4.7. Należy też przeanalizować bieżącą politykę w zakresie przerywania ciąży w celu stwierdzenia, gdzie istnieją luki i co trzeba usprawnić.

4.4.1 Cele

Polityka w zakresie usług przerywania ciąży powinna uwzględniać sytuację służby zdrowia w danym kraju, a jej celem powinno być:

- zminimalizowanie liczby przypadków niechcianych ciąż, a przez to zabiegów przerywania ciąży, przez zapewnienie wysokiego poziomu informacji i usług związanych z planowaniem rodziny, w tym antykoncepcji postkoitalnej;
- zapewnienie wszystkim kobietom mającym prawo przerwać ciążę dostępu do bezpiecznych usług;
- zaspokojenie szczególnych potrzeb takich grup, jak kobiety ubogie, niepełnoletnie, uchodźczynie i kobiety przesiedlone, kobiety zakażone wirusem HIV i ofiary gwałtu, którym może być potrzebne szczególne wsparcie i opieka.

Aby można było osiągnąć te cele, działania polityczne muszą się koncentrować wokół następujących zagadnień.

4.4.2 Zakres usług

Usługi związane z przerywaniem ciąży powinny obejmować co najmniej następujące elementy: rzetelne informacje na temat przerywania ciąży, porady udzielane w sposób pozwalający kobiecie podjąć samodzielną decyzję, informacje i usługi związane z antykoncepcją oraz medyczne usługi przerywania ciąży (szczegóły w rozdz. 2 i 3). Informacje na temat antykoncepcji, usługi przerywania ciąży, kierowanie do odpowiednich ośrodków i leczenie komplikacji po *niebezpiecznej aborcji* przyczynią się do zmniejszenia liczby przypadków niechcianych ciąż i ograniczą potrzebę wykonywania zabiegów przerywania ciąży.

4.4.3 Metody przerywania ciąży

Najlepiej wybrać metody dostosowane do możliwości systemu opieki zdrowotnej, co zostało szczegółowo opisane w rozdziale 2. Nawet kraje o bardzo ograniczonych środkach finansowych są w stanie zapewnić bezpieczne zabiegi przerywania wczesnej ciąży metodą próżniową (z odsysaniem ręcznym) na wszystkich szczeblach systemu opieki zdrowotnej oraz kierowanie kobiet w razie potrzeby do ośrodków wyższego szczebla. Ręczna metoda próżniowa powinna być również dostępna dla kobiet, u których wystąpiły komplikacje po *niebezpiecznej aborcji* lub poronienie niecałkowite.

4.4.4 Osoby uprawnione do wykonywania zabiegów

Przepisy prawne zwykle wymagają, by zabiegi przerywania ciąży były wykonywane przez dyplomowanych lekarzy. Ale polityka i przepisy dotyczące zabiegów medycznych niemal zawsze zezwalają innym osobom spośród personelu medycznego (np.

pielęgniarkom i położnym) na wykonywanie różnych usług medycznych pod nadzorem lekarza, jeżeli jest to konieczne. Personel medyczny średniego szczebla może zostać przeszkolony w zakresie wykonywania bezpiecznych zabiegów przerywania wczesnej ciąży. Przeszkolenie personelu średniego szczebla i dostarczenie potrzebnego sprzętu pomoże zapewnić dostępność odpowiednich usług nie pogarszając ich bezpieczeństwa, zwłaszcza tam, gdzie lekarzy jest niewiele i trudno się do nich dostać (patrz rozdz. 3).

4.4.5 Opłaty za usługi

Jeżeli oficjalne i „nieformalne” opłaty za legalne i bezpieczne zabiegi przerywania ciąży są wysokie, rośnie ryzyko, że kobiety, zwłaszcza ubogie i niepełnoletnie, zdecydują się na *niebezpieczną aborcję*. Tam, gdzie opłaty za usługi i inne formy odpłatności są konieczne, należy je ustalić na możliwie niskim poziomie i zapewnić subsydiowanie tym kobietom, które nie są w stanie zapłacić. W wypadku usług świadczonych w systemie publicznej opieki zdrowotnej, oszczędności płynące z ograniczenia obciążeń związanych z komplikacjami po *niebezpiecznej aborcji* znacznie przewyższą poniesione koszty.

4.4.6 Wymogi systemu opieki zdrowotnej/ jakość opieki

W rozdziale 3 omówiono programy i standardy, szkolenia kliniczne i podnoszące kwalifikacje, systemy logistyczne, systemy zarządzania informacjami, usługi wsparcia technicznego, mechanizmy nadzoru i budżet systemu opieki zdrowotnej. Wszystkie te zagadnienia powinny zostać ujęte w działaniach politycznych.

Jest bardzo ważne, aby cały personel systemu opieki zdrowotnej uzyskał wiedzę konieczną do informowania kobiet o tym, gdzie i jak uzyskać legalne usługi.

4.4.7 Informacja publiczna

Kompleksowe programy edukacji zdrowotnej powinny obejmować podstawowe informacje na temat zachodzenia w ciążę, wczesnych oznak ciąży, antykoncepcji i możliwości skorzystania z legalnych usług przerywania ciąży (tab. 4.1).

Tabela 4.1 Podstawowe informacje do upowszechniania w ramach edukacji społecznej

- Prawo kobiet do swobodnego i odpowiedzialnego decydowania o tym, czy i kiedy mieć dzieci, w sposób wolny od przymusu, dyskryminacji i przemocy
- Podstawowa fizjologia reprodukcji, informacje jak dochodzi do ciąży, oznaki i objawy ciąży
- W jaki sposób zapobiegać niechcianej ciąży, gdzie i jak otrzymać środki antykoncepcyjne
- Okoliczności, w jakich przerywanie ciąży jest dozwolone
- Konieczność skorzystania z legalnych usług możliwie najwcześniej po podjęciu decyzji o przerywaniu ciąży
- Gdzie i kiedy dostępne jest legalne przerywanie ciąży, koszt zabiegu
- Jak rozpoznać komplikacje po poronieniu i niebezpiecznej aborcji, kiedy i gdzie uzyskać pomoc
- Jak ważne jest natychmiastowe poddanie się leczeniu

Wprawdzie w wielu krajach potrzeba będzie czasu na opracowanie kompleksowej polityki, ale wszystkie kraje mogą już teraz podjąć przynajmniej podstawowe kroki w celu zwiększenia dostępu do bezpiecznych usług przerywania ciąży w zakresie dopuszczonym przez prawo oraz w celu poprawy jakości opieki zdrowotnej, według wskazówek zamieszczonych w dalszej części rozdziału.

4.5 USUWANIE BARIER ADMINISTRACYJNO-PRAWNYCH

Często przepisy i wytyczne mogą stwarzać bariery utrudniające dostęp do legalnych usług. Bariery te nie są w istocie ustanowione prawnie. Niektóre powstają po prostu w praktyce i są błędnie uznawane za przepis prawny. W gestii ministerstwa zdrowia i organizacji zawodowych leży weryfikacja i usunięcie tych barier w celu zapewnienia dostępu do usług przerywania ciąży w zakresie dopuszczonym przez prawo. Do działań ministerstwa zdrowia należy: wyjaśnienie wymogów prawnych, edukacja personelu i ukrócenie powszechnych praktyk ograniczających dostęp do legalnych usług. W tabeli 4.2 podane są przykłady barier administracyjnych, prawnych i innych, które można zlikwidować lub zmodyfikować po to, by ułatwić dostęp do usług kobietom chcącym skorzystać z prawa do przerywania ciąży.

W zależności od sytuacji w danym kraju, przeszkody przedstawione w tabeli 4.2 mogą wynikać z przepisów prawnych lub po prostu z procedur administracyjnych. Niektóre z przeszkód ujętych w lewej kolumnie mogą być związane z przestarzałymi już praktykami. Na przykład stosowanie metody wyłyżeczkowania jamy macicy mogło narzucać ograniczenia dotyczące personelu lub instytucji wykonujących zabiegi przerywania ciąży, co nie ma uzasadnienia przy stosowaniu metody próżniowej. Inne bariery, np. wymóg zgody małżonka, opłaty lub okres oczekiwania, są często procedurami administracyjnymi narzuconymi przez osoby wykonujące zabiegi. Nie stanowią wówczas elementu oficjalnej polityki ani wymogów prawnych, nie są więc konieczne.

Korzyści dla zdrowia publicznego płynące z usunięcia barier są zwykle bardzo duże. Środkowa kolumna tabeli 4.2 przedstawia działania, które należy podjąć, aby pokonać przeszkody. Działania te są często

4.5

stosunkowo proste, choć w niektórych przypadkach, np. wspierania programów edukacji publicznej, potrzebne będzie szczegółowe zaplanowanie działań oraz czas i środki. Zagadnienia ujęte w kolumnie „przeciwdziałania” omówione są w różnych częściach niniejszej

broszury. Kolumna trzecia: „uzasadnienie”, przedstawia powody, dla których należy podjąć działania, co również zostało bardziej szczegółowo omówione gdzie indziej w tym opracowaniu.

Tabela 4.2 Bariery administracyjne i prawne utrudniające dostęp do bezpiecznych i legalnych zabiegów przerwania ciąży oraz działania mające na celu usunięcie tych barier

Bariery	Przeciwdziałanie	Uzasadnienie
Kobiety i personel medyczny nie znają przepisów prawnych lub nie wiedzą, gdzie wykonywane są legalne zabiegi przerwania ciąży.	Prawnicy rządowi i inni powinni przeanalizować przepisy prawne i przedstawić ich interpretację. Należy wspierać programy edukacji publicznej. Informacje dotyczące przepisów prawnych powinny się znaleźć w programach szkoleń i podnoszenia kwalifikacji zawodowych personelu medycznego.	Głównym powodem uciekania się do <i>niebezpiecznej aborcji</i> jest niedoinformowanie. Brak wiedzy na temat przepisów prawnych zezwalających na przerwanie ciąży sprawia, że to osoby wykonujące zabiegi ograniczają dostęp do usług.
Wymagana jest aprobatą jednego lub kilku lekarzy (czasem komisji lekarskiej).	Kobieta powinna mieć prawo do decydowania. Jeżeli przepisy wymagają uzyskania akceptacji, należy unikać wymogu uzyskania wielu podpisów lub aprobaty komisji; trzeba pozostawić to w gestii wykwalifikowanego personelu medycznego, który jest łatwo dostępny w systemie opieki zdrowotnej.	Nie ma wskazań medycznych uzasadniających konieczność uzyskania aprobaty innych osób, poza samą kobietą (z wyjątkiem rzadkich sytuacji, gdy przerwanie ciąży stanowi dla kobiety ryzyko medyczne).
Narzucane są ograniczenia czasowe związane ze stopniem zaawansowania ciąży, które nie wynikają ze wskazań medycznych ani przepisów prawnych.	Należy zmienić lub zlikwidować ograniczenia co do zaawansowania ciąży, które nie wynikają ze względów medycznych ani prawnych.	W niektórych krajach przerywanie ciąży metodą próżniową jest dozwolone do 8. tygodnia, choć ta metoda może być bezpiecznie stosowana przez wykwalifikowany personel do 12. tygodnia.
Wymagany jest okres oczekiwania między zgłoszeniem chęci przerwania ciąży a wykonaniem zabiegu, bądź też umieszcza się kobiety na liście oczekujących.	Zlikwidować okresy oczekiwania, które nie są wymagane ze względów medycznych, i rozszerzyć zakres świadczenia usług, aby wszystkie uprawnione kobiety mogły z nich bez zwłoki skorzystać.	Okres oczekiwania niepotrzebnie opóźnia zabieg i zmniejsza jego bezpieczeństwo.
Wymagana jest zgoda małżonka albo zgoda lub powiadomienie rodziców.	Jeżeli nie jest to wymóg prawny, należy sprawić, żeby osoby wykonujące zabiegi nie narzucały obowiązku wyrażenia zgody przez małżonka lub rodziców. Jeżeli takie są przepisy w odniesieniu do niepełnoletnich, niezamężnych kobiet, należy dopuścić możliwość wyrażenia zgody przez inne osoby dorosłe, nie przez rodziców, jeżeli kobieta nie chce ich powiadamiać (np. stosują oni przemoc).	Takie wymogi zniechęcają kobiety do zgłaszania się odpowiednio wcześniej na zabieg i mogą sprawić, że będą ryzykowały samodzielne wywołanie poronienia lub zdecydują się na usługi „podziemia aborcyjnego”.
Personel medyczny odmawia usług niektórym grupom kobiet.	Należy zapewnić wszystkim uprawnionym kobietom dostęp do usług przerywania ciąży bez dyskryminacji ze względu na stan cywilny, wiek lub inny aspekt nie wymagany przez prawo. Należy przeprowadzić szkolenia personelu na temat równoprawnego traktowania i pociągać do odpowiedzialności osoby łamiące tę zasadę.	Międzynarodowe porozumienia uznają prawo jednostek do dostępu do wybranych przez nie metod regulacji płodności, jeżeli nie są one niezgodne z prawem.

Bariery	Przeciwdziałanie	Uzasadnienie
Istnieje wymóg, by ofiary gwałtu lub kazirodztwa, które chcą się poddać zabiegowi, wniosły oskarżenie przeciwko sprawcy, uzyskały raport policyjny, pozwolenie sądu lub dopełniły innych formalności, zbędnych z medycznego punktu widzenia.	Należy zminimalizować wymogi, opracować i stosować przejrzyste sposoby postępowania w celu sprawniejszego kierowania kobiet do odpowiednich ośrodków i umożliwienia dostępu do odpowiedniej opieki. Należy przeszkolić policjantów, urzędników sądowych i personel medyczny, aby pojęli konieczność działania szybko i ze zrozumieniem oraz koordynacji współpracy.	Wymogi sądowe opóźniają konieczną opiekę medyczną i zwiększają prawdopodobieństwo niebezpiecznej aborcji.
Niepotrzebne ograniczenia dotyczące ośrodków przeprowadzających zabiegi ograniczają dostęp do usług kobietom, którym prawo zezwala na skorzystanie z nich.	Zgodnie z prawem człowieka do wolności od dyskryminacji, należy rozbudować sieć ośrodków spełniających standardy bezpieczeństwa, aby wszystkie uprawnione kobiety miały do nich dostęp niezależnie od miejsca zamieszkania, dochodów i innych czynników.	Niepotrzebne ograniczenia dotyczące ośrodków uniemożliwiają kobietom wczesne skorzystanie z usług, podnoszą koszty i mogą skłaniać kobiety do korzystania z usług lokalnego, lecz niewykwalifikowanego personelu.
Narzucane są normy, które prowadzą do nadmiernej medykalizacji przerwania ciąży (np. obowiązkowe stosowanie ultrasonografu, szpital, znieczulenie ogólne, sala operacyjna).	Zlikwidować wymogi, które nie wynikają ze wskazań medycznych. Zmodyfikować wytyczne dotyczące usług i zapewnić ich przestrzeganie przez instytucje świadczące te usługi.	Nadmierna medykalizacja zwiększa koszty, ogranicza dostępność usług, nie poprawia bezpieczeństwa i jakość usług, a nawet może je pogorszyć.
Jedynie lekarze mają kwalifikacje do wykonywania zabiegów przerwania ciąży.	Należy przeszkolić personel średniego szczebla w zakresie dopuszczonym przez prawo.	Wymóg ten, szczególnie w sytuacjach, gdy liczba pacjentek przypadających na lekarza jest wysoka, utrudnia kobietom szybki dostęp do usług, zwiększa koszty i skłania kobiety do szukania pomocy u niewykwalifikowanych osób. Przeszkolony personel średniego szczebla (np. położne) może bezpiecznie wykonywać zabiegi metodą próżniową ręczną oraz metodami farmakologicznymi.
Personel medyczny odmawia wykonania zabiegu przerwania ciąży ze względu na swoje przekonania, ale nie kieruje kobiety do innego ośrodka.	Należy nałożyć na personel odmawiający wykonania zabiegu ze względu na przekonania obowiązek przestrzegania etyki zawodowej.	Normy etyki zawodowej zwykle nakładają na personel medyczny obowiązek skierowania kobiety do innej wykwalifikowanej osoby, która wykona zabieg w tym samym lub innym, łatwo dostępnym ośrodku. Jeżeli skierowanie do innego ośrodka jest niemożliwe, a w grę wchodzi życie kobiety, personel medyczny ma obowiązek wykonać zabieg zgodnie z prawem krajowym.
Metody przerywania ciąży są niepotrzebnie ograniczane.	Należy wprowadzić wszystkie metody dostosowane do możliwości systemu opieki zdrowotnej.	W niektórych krajach jedyną stosowaną metodą przerywania ciąży jest np. wyłyżeczkowanie (D&C), mimo że metoda próżniowa jest bezpieczniejsza, tańsza i możliwa do stosowania na wszystkich szczeblach systemu opieki zdrowotnej. Wprowadzenie metod farmakologicznych obok chirurgicznych zwiększy dostępność usług.

Bariery	Przeciwdziałanie	Uzasadnienie
Dostęp do usług jest ograniczony wskutek oficjalnych i nieformalnych opłat, zwłaszcza dla kobiet ubogich lub niepełnoletnich, które nie dysponują własnymi pieniędzmi.	Należy opracować i wdrożyć odpowiedni system pokrywania kosztów, aby zagwarantować dostęp do usług również tym kobietom, które nie mają pieniędzy. Opłaty powinny być proporcjonalne do kosztów; należy też kontrolować pobieranie opłat i zlikwidować opłaty nieformalne.	Zmniejszenie opłat zwiększa dostępność usług. Koszty subsydiowania są zwykle równoważone przez oszczędności płynące z ograniczenia liczby niebezpiecznych aborcji i związanych z tym kosztów leczenia komplikacji.
Brak gwarancji poufności.	Opracować wytyczne dotyczące poufności, przeszkolić personel, nadzorować przestrzeganie zasad. Zmodyfikować system archiwizacji danych, aby utajnić tożsamość kobiet. Zapewnić prywatność przy udzielaniu porad, tak aby niemożliwe było podsłuchanie rozmowy.	Poufność jest kluczową zasadą etyki lekarskiej; jeżeli nie zostanie zagwarantowana, kobiety mogą szukać pomocy u osób niewykwalifikowanych.

BIBLIOGRAFIA

- Alan Guttmacher Institute. (1999) *Sharing responsibility: women, society and abortion worldwide*. New York and Washington DC, Alan Guttmacher Institute.
- Alvarez-Lajonchere C. (1989) Commentary on abortion law and practice in Cuba. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* Supplement 3:93/95.
- Berer M. (2000) Making abortions safe: a matter of good public health policy and practice. *Bulletin of the World Health Organization* 78:580-592.
- Billings D.L., Moreno C., Ramos C., Gonzalez de León D., Ramirez R., Martinez L.V. and Diaz M.R. (2002) Constructing access to legal abortion services in Mexico City. *Reproductive Health Matters* 10(19):87-95.
- Gupte M., Bandewar S. and Pisal H. (1997) Abortion needs of women in India: a case study of rural Maharashtra. *Reproductive Health Matters* 5(9):77-86.
- Iyengar Kand Iyengar S.D. (2002) Elective abortion as a primary health service in rural India: experience with manual vacuum aspiration. *Reproductive Health Matters* 10(19):55-64.
- Koster-Oyekan W. (1998) Why resort to illegal abortion in Zambia? Findings of a community-based study in Western Province. *Social Science and Medicine* 46:1303-1312.
- Mundigo A.I. and Indriso C. (eds). (1999) *Abortion in the developing world*. New Delhi, Vistaar Publications for the World Health Organization.
- Oye-Adeniran B.A., Umoh A.V. and Nnatu S.N.N. (2002) Complications of unsafe abortion: a case study and the need for abortion law reform in Nigeria. *Reproductive Health Matters* 10(19):19-22.
- Rahman A., Katzive L. and Henshaw S.K. (1998) A global review of laws on induced abortion, 1985-1997. *International Family Planning Perspectives* 24:56-64.
- United Nations. (1995) *Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994*. New York, United Nations. (Sales No. 95.XIII.18)
- United Nations. (1996) *Report of the Fourth World Conference on Women, Beijing, 4-15 September 1995*. New York, United Nations. (Sales No.96.IV.13)
- United Nations. (1999) *Key actions for the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development*. New York, United Nations. (A/S-21/5/Add.1)
- United Nations. (2001a) *Abortion policies: a global review. Volume I Afghanistan to France*. New York, United Nations. (ST/ESA/SER.A/187)
- United Nations. (2001 b) *Abortion policies: a global review. Volume II Gabon to Norway*. New York, United Nations. (ST/ESA/SER.A/191)
- United Nations. (2002) *Abortion policies: a global review. Volume III Oman to Zimbabwe*. New York, United Nations. (ST/ESA/SER.A/196)
- United Nations Population Division. (1999) *World abortion policies 1999*. New York, United Nations Population Division. (ST/ESA/SER.A/178)
- Veira ViHela W. and 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. (1998) *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data*. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHT/MSM/97.16)
- World Health Organization. (2001) *Basic documents*. Forty-third edition. Geneva, World Health Organization.