

UL. NOWOLIPIE 13/15
00-150 WARSZAWA

TEL. 22 635 93 95
KONTAKT@FEDERA.ORG.PL

KRS: 0000919580
REGON: 389928249
NIP: 5252875947

Minister Zdrowia Adam Niedzielski

Ministerstwo Zdrowia

Ul. Miodowa 15

00-952, Warszawa

Rekomendacje dla Zespołu do spraw opracowania wytycznych dla podmiotów leczniczych w zakresie procedur związanych z zakończeniem ciąży utworzonego dnia 12 czerwca 2023 r.

Szanowny Panie Ministrze,

Jako Fundacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny FEDERA od ponad 30 lat działamy, by ochrona zdrowia reprodukcyjnego świadczona w polskich szpitalach była na jak najwyższym poziomie. Codziennie kontaktują się z nami kobiety, które walczą o dostęp do badań prenatalnych, antykoncepcji i aborcji. Znamy ich doświadczenia, towarzyszymy im w – ekstremalnie dziś trudnym – procesie egzekwowania w szpitalach prawa do legalnej terminacji ciąży.

Z uwagą śledziłyśmy wczorajszą konferencję prasową, w trakcie której ogłoszono powołanie zespołu mającego usprawnić i polepszyć ochronę zdrowia i życia pacjentek ginekologicznych w Polsce. Z zainteresowaniem odebrałyśmy deklarację rozpoczęcia prac nad przygotowaniem stosownych wytycznych, za ważną uznajemy także jasną deklarację roli zdrowia psychicznego w całokształcie dobrostanu ludzkiego. Podkreślenie, że przesłanka zagrożenia zdrowia psychicznego stanowi powód do legalnej terminacji ciąży w Polsce napawa optymizmem.

Jednocześnie liczymy, że celem zespołu nie jest zawężenie dostępu do aborcji z powodu zagrożenia dla zdrowia psychicznego, a w opracowanych wytycznych nie znajdą się rekomendacje każdorazowego zwoływania konsylium, uzyskiwania opinii konsultanta krajowego ds. psychiatrii czy podjęcia próby leczenia pacjentki (żadne leczenie nie byłoby tu adekwatne skoro przyczyną pogorszenia stanu zdrowia pacjentki jest fakt pozostawania w niechcianej, wymuszonej, często embriopatologicznej lub powikłanej ciąży) itp. Takie wymogi nie miałyby bowiem oparcia w obowiązującym prawie – byłyby zatem bezprawne i motywowane politycznie z uwagi na antyaborcyjną atmosferę panującą w Polsce.

FEDERA

Mamy nadzieję, że zasiadający w zespole specjaliści psychiatrii podkreślą odrębność swojego zawodu – przypominamy, że ginekolog-położnik nie posiada kompetencji do podważania diagnozy psychiatrycznej. Narażanie kobiet na przechodzenie przez dodatkowe ewaluacje czy konsylia naraziłoby je na jeszcze większy stres. Rolą zespołu powinna być w związku z tym ochrona prawa do aborcji z przestanki zagrożenia zdrowia psychicznego i ułatwienie dostępu do tego świadczenia.

Praktyka medyczna to jednak więcej niż tylko procedury szpitalne. Konsensusem w socjologii medycyny jest wieloczynnikowe kształtowanie systemów ochrony zdrowia (Madison 2010; Douglas, Douglas 2004) – w przygotowywanych przez zespół wytycznych nie może więc zabraknąć uwzględnienia aspektów rzeczywistości społecznej, które wpływają na możliwość i sposób praktykowania medycyny przez lekarzy i inne osoby zatrudnione w sektorze ochrony zdrowia. Znaczenie mają tu zwłaszcza kwestie prawne i polityczne (Brazier et. al, 2023; Levine 2013; Salter 2001; Elston 1991), ale także relacje społeczne i hierarchizacja wewnątrz środowiska lekarskiego (Flood, Fennel 1995; Scott et. al. 2000).

Tymczasem w badaniach światowych od dawna intensywnie poszukuje się nowych, mniej zhierarchizowanych, sposobów organizacji systemów ochrony zdrowia, coraz większą wagę przykładając do włączania potrzeb pacjentek i pacjentów do tworzonych rozwiązań (World Health Organisation (a) 2022; Wallerstein et. al 2020; Haldane et. al 2019; Leask et. al 2019; Abma et. al 2018; Wiley 2015; Prainsack 2014, Burris 2011).

Wierzymy, że zespół planuje przygotowanie wytycznych na najwyższym światowym poziomie. Mając na uwadze wspomniane wyżej znaczenie współczesnej praktyki projektowania rozwiązań systemowych z udziałem pacjentek i pacjentów (w myśl medycyny partycypacyjnej – *participatory medicine*), przedstawiamy listę rekomendacji projektowanych z perspektywy pacjenckiej, a które powinny zostać ujęte w oficjalnych zaleceniach wypracowanych przez zespół ministerialny:

FEDERA

1. Priorytetyzacja dobrostanu kobiet w ciąży

Dobrem nadrzędnym w pracy kadry medycznej powinien być dobrostan pacjentek i pacjentów. W przypadku specjalistów z dziedziny ginekologii, szczególnie ginekologii i położnictwa, kluczowe muszą być stan zdrowia, deklaracje i potrzeby pacjentki.

Jak pisałyśmy w liście otwartym do ginekologów, opublikowanym na stronie internetowej federa.org.pl w Światowy Dzień Legalnej Aborcji (28 września) w 2022 roku:

Jesteśmy Waszymi pacjentkami i chcemy mieć do Was zaufanie. Chcemy się czuć bezpiecznie pod Waszą opieką. Utrudnia to postawa części ginekologów, którzy nadinterpretują i tak skrajnie restrykcyjne prawo. W sytuacji, kiedy kobieta zgłasza się ze wszystkimi wymaganymi dokumentami i spełnia przesłanki ustawowe, nie musicie czekać, aż płód obumrze. Nie wahajcie się działać.

Pod apelem podpisało się 120 organizacji społecznych.

Co więcej, z opublikowanego 12 czerwca br. sondażu IBRiS wynika, że ponad 70% Polek i Polaków obawia się, że obowiązujące dziś prawo antyaborcyjne potencjalnie narazić może zdrowie lub życie kobiety na uszczerbek (Drabik 2023). Postulat priorytetyzacji bezpieczeństwa i woli pacjentki jest jasnym wyrazem przekonań polskiego społeczeństwa, a więc pacjentek i pacjentów publicznej ochrony zdrowia.

2. Obowiązkowe szkolenia z najnowszych wytycznych opieki okołaborcyjnej WHO

Polscy ginekolodzy muszą znać światowe standardy opieki zdrowotnej, w tym opieki okołaborcyjnej. Standardy te traktować należy jako główny punkt wyjściowy w procesie decyzyjnym w przypadku każdej pacjentki potrzebującej dostępu do aborcji.

Zespół ministerialny powinien przede wszystkim zarekomendować przeprowadzenie w każdym polskim szpitalu z oddziałem ginekologiczno-położniczym lub oddziałem patologii ciąży cyklu szkoleń o metodach przerywania ciąży. W treści szkolenia powinny znaleźć się zwłaszcza:

- łyżeczkowanie (z adnotacją o światowym odchodzeniu od tej metody przerywania ciąży – Küng et al. 2021);

FEDERA

- Aborcja farmakologiczna;
- Aborcja próżniowa;
- Aborcja ciąż wysokich z użyciem chlorku potasu;
- Pozostałe metody terminacji ciąż wysokich.

Co więcej, lekarze powinni zostać także przeszkoleni z praktyk opieki przed- i poaborcyjnej. Ginekolodzy i ginekolożki muszą wiedzieć na co zwracać uwagę, kiedy podawać pacjentce leki przeciwbólowe czy przeciwzapalne, w jaki sposób reagować na konkretne powikłania, jak przeprowadzić procedurę kryzysowego przerywania ciąży.

Wszystkie informacje powinny być przekazywane obiektywnie i w oparciu o najnowszą edycję *Abortion Care Guideline* Światowej Organizacji Zdrowia (obecnie – WHO 2022 (b)).

3. Dopuszczenie do obrotu krajowego mifepristonu

Przeszkolenie kadry medycznej o aborcji farmakologicznej musi uwzględnić podział na aborcję jedno- i dwuskładnikową. Mowa tu oczywiście o wywołaniu poronienia przy użyciu samego misoprostolu oraz połączeniu mifepristonu i misoprostolu. Aborcja dwuskładnikowa uznawana jest za skuteczniejszą (IPAS 2019), jednak mifepriston nie został w Polsce dopuszczony do obrotu. Dla poprawy jakości świadczeń w polskiej ochronie zdrowia i dorównania do standardów międzynarodowych, stan ten należy natychmiast zmienić.

4. Wprowadzenie w trakcie studiów medycznych obowiązkowych kursów z podejścia do pacjentki

Do FEDERY praktycznie codziennie trafiają kobiety potraktowane przez kadrę medyczną w sposób skandaliczny. Trafiają pod naszą opiekę przestraszone, skrzywdzone, deklarując pogorszenie samopoczucia, a czasami nawet zaostrzenie problemów ze zdrowiem psychicznym – deklaracje te nie są egzaltacją, a elementem szerszej udokumentowanego wpływu jakości podejścia do pacjentki na jej zdrowie psychiczne i relację z lekarzem (Oloyede 2023; Boehm 2005). Pracując ze specjalistami ginekologii i położnictwa w celu poprawy jakości usług świadczonych w polskich szpitalach oraz

FEDERA

ochrony zdrowia i życia pacjentek, nie można więc pominąć wagi przygotowania nie tylko teoretycznego, ale też interpersonalnego kadry medycznej.

5. Likwidacja klauzuli sumienia

Jak pisałyśmy na naszej stronie internetowej na początku bieżącego roku:

Klauzula sumienia to przywilej lekarzy, pielęgniarek i położonych wprowadzony wyłącznie po to, by personel medyczny mógł bez konsekwencji odmawiać wykonywania aborcji – nawet tych gwarantowanych w prawie. W praktyce oznacza to faktyczny brak dostępu do aborcji.

Zgodnie z prawem na klauzulę sumienia nie mogą się powoływać całe szpitale jako podmioty lecznicze, a dyrekcja szpitala musi zapewnić personel, który ostatecznie wykona zabieg. Ale co z tego, skoro w praktyce nikt tych zasad nie przestrzega?

Kończy się to tym, że osoby potrzebujące aborcji muszą jeździć po Polsce od szpitala do szpitala w poszukiwaniu lekarza bez klauzuli, szukać pomocy za granicą, działać na własną rękę. Chodzi o kobiety i dziewczynki, których zdrowie jest zagrożone, które doświadczyły przemocy, które są przerażone, że będą musiały donosić ciążę, której nie chcą kontynuować.

W publicznym systemie opieki zdrowotnej nie może być miejsca na klauzulę sumienia. Światopogląd lekarzy nie może stać ponad zdrowiem, bezpieczeństwem i godnością kobiet.

Powyższy cytat odzwierciedla postulat podzielany także przez środowiska naukowe, w których sugeruje się zamianę pojęcia „klauzuli sumienia” na „odmowę świadczeń medycznych motywowaną światopoglądowo” (Fiala, Arthur 2017). Kobiety w ciąży muszą wiedzieć, że udając się po pomoc medyczną nie spotkają się z odmową ze strony lekarza. Ochrona zdrowia i życia kobiet w Polsce nie będzie więc w pełni możliwa bez likwidacji tzw. „klauzuli sumienia”.

FEDERA

Podsumowanie

Jak widać, współczesna nauka jasno wskazuje kierunek, w którym rekomendacje przygotowywane przez ministerialny zespół powinny iść. Jednocześnie nadmienić należy, że samo opracowanie wytycznych nie wystarczy, jeśli nie zostaną podjęte działania zapewniające, że personel medyczny każdorazowo opierać się będzie na aktualnej wiedzy medycznej zamiast kwestiach ideologicznych lub politycznych.

Jesteśmy ekspertkami z wieloletnim doświadczeniem wspierania kobiet w dostępie do aborcji w Polsce. W związku z tym oficjalnie zgłaszamy chęć udziału FEDERY w pracach tworzonego zespołu – reprezentowałybyśmy w nim unikalną pacjencką perspektywę. Włączenie naszej przedstawicielki do prac zespołu stanowiłoby więc nie tylko wyraz szacunku wobec kobiet, dla których zespół ma pracować, ale także wpisałoby się we wspomniane wcześniej światowe standardy projektowania medycyny partycypacyjnej.

W imieniu zespołu Fundacji na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny FEDERA,

Krystyna Kacpura
Prezeska Zarządu

FEDERA

Literatura

1. Abma T., Banks S., Cook T., Dias S., Madsen W., Springett J., Wright M. T. (2018) Participatory Research for Health and Social Well-Being. ISBN 978-3-319-93191-3. Springer Nature Switzerland AG. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-93191-3>
2. Boehm F. H. (2008). Teaching Bedside Manners to Medical Students. [w:] *Academic Medicine* 83(6): 534, | DOI: 10.1097/ACM.0b013e3181722d7c
3. Burris S. (2011). From healthcare law to the social determinants of health: a public health law research perspective. *University of Pennsylvania Law Review*, 159(6), 1649–1667. <http://www.jstor.org/stable/41307985>
4. Brazier, M., Cave, E., & Heywood, R. (2023). *Medicine, patients and the law*. Manchester, England: Manchester University Press. Retrieved Jun 11, 2023, from <https://doi.org/10.7765/9781526157188>
5. Douglas, C.H. and Douglas, M.R. (2004). Patient-friendly hospital environments: exploring the patients' perspective. *Within Health Expectations*, 7: 61–73. <https://doi.org/10.1046/j.1369-6513.2003.00251.x>
6. Drabik P. (2023) Sondaż IBRiS dla Radia ZET: dla większości Polaków prawo aborcyjne może być zagrożeniem dla kobiet. <https://wiadomosci.radiozet.pl/polska/sondaz-ibris-dla-radia-zet-dla-wiekszosci-polakow-prawo-aborcyjne-moze-byc-zagrozeniem-dla-kobiet> [dostęp: 12.06.2023]
7. Elston M. A. (1991) *The politics of professional power: medicine in a changing health service*. Within *The Sociology of the Health Service*. ISBN:9780203404751. Routledge.
8. Christian Fiala, Joyce H. Arthur, There is no defence for 'Conscientious objection' in reproductive health care [w:] *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, Volume 216: 2017, 254–258, ISSN 0301-2115. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.07.023>
9. Flood A. B., Fennell M. L. (1995) Through the lenses of organizational sociology: the role of organizational theory and research in conceptualizing and examining our health care system. *J Health Soc Behav. Spec No*:154–69. PMID: 7560846.

FEDERA

10. Haldane V, Chuah FLH, Srivastava A, Singh SR, Koh GCH, et al. (2019) Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. PLOS ONE 14(5): e0216112. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216112>
11. IPAS. (2019). Clinical Updates in Reproductive Health, Chapel Hill. <https://www.ipas.org/clinical-update/english/introduction/> [dostęp: 12.06.2023]
12. Küng S. A., Ochoa B., Ortiz Avendano G. A., Martínez López C., Zaragoza M., Padilla Zuniga K. (2021). Factors affecting the persistent use of sharp curettage for abortion in public hospitals in Mexico [w:] Women's Health. DOI:10.1177/17455065211029763.
13. Leask, C.F., Sandlund, M., Skelton, D.A. et al. Framework, principles and recommendations for utilising participatory methodologies in the co-creation and evaluation of public health interventions. Res Involv Engagem 5, 2 (2019). <https://doi.org/10.1186/s40900-018-0136-9>
14. Levine S. (Ed.) (2013). Medicine and the politics of knowledge. ISBN: 978-07969-2392-9. HSRC Press
15. Madison, K. (2010) Patients as "Regulators"? Within Journal of Legal Medicine, 31:1, 9-34, DOI: 10.1080/01947641003598195
16. Oloyede T. F. (2023). "My OB/GYN Has The Worst Bedside Manner..." A Qualitative Analysis of Patient-Provider Communication And Mental Health Outcomes of Women In Rural Georgia" Electronic Theses and Dissertations. 2543. <https://digitalcommons.georgiasouthern.edu/etd/2543> [dostęp: 12.06.2023]
17. Prainsack B. (2014) The Powers of Participatory Medicine. PLOS Biology 12(4): e1001837. <https://doi.org/10.1371/journal.pbio.1001837>
18. Salter B., Who rules? The new politics of medical regulation. (2001) Within Social Science & Medicine, 52:6, 871-883. ISSN 0277-9536.
19. Scott W. R, Ruef M., Mendel P. J., Caronna C. A. (2000). Institutional change and healthcare organisations. From professional dominance to managed care. University of Chicago Press.

FEDERA

20. Starzewski, Łukasz. 2021. Odmowa aborcji w białostockim szpitalu. BRPO prosi o wyjaśnienia. 7 grudnia 2021 <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-aborcja-odmowa-szpital-bialystok> [dostęp: 29.07.2022]
21. Wallerstein N, Oetzel JG, Sanchez-Youngman S, et al. Engage for Equity: A Long-Term Study of Community-Based Participatory Research and Community-Engaged Research Practices and Outcomes. *Health Education & Behavior*. 2020;47(3):380-390. doi:10.1177/1090198119897075
22. Wiley L. F. (2015). From patient rights to health justice: Securing the public's interest in affordable, high-quality health care. *CARDozo L. REV.*, 37, 833.
23. World Health Organisation (a) (2022). WHO Guideline on self-care interventions for health and well-being. (No. WHO/SRH/22.1). World Health Organization
24. World Health Organization (b) (2022). Abortion care guideline. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349316>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO