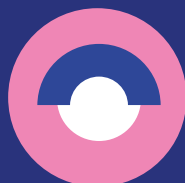


REKOMENDACJE

POLSKIEGO TOWARZYSTWA
ZDROWIA SEKSUALNEGO
I REPRODUKCYJNEGO
W ZAKRESIE ABORCJI

Warszawa, 2024 r.



Polskie Towarzystwo
Zdrowia Seksualnego
i Reprodukcyjnego



Polskie Towarzystwo
Zdrowia Seksualnego
i Reprodukcyjnego

REKOMENDACJE POLSKIEGO TOWARZYSTWA ZDROWIA SEKSUALNEGO I REPRODUKCYJNEGO W ZAKRESIE ABORCJI



2024
Wydanie pierwsze

SPIS TREŚCI

Rozdział 1. Wstęp	1
Wprowadzenie	1
Sytuacja w Polsce	3
Cel, proces tworzenia i adresaci rekomendacji	7
Rozdział 2. Słownik pojęć i definicji	8
Rozdział 3. Opis skrócony rekomendacji	12
Rozdział 4. Przed aborcją	14
Kompleksowa opieka aborcyjna	14
Dostęp do informacji i poradnictwo przed aborcją	14
Podjęcie decyzji o aborcji	15
Niwelowanie barier w dostępie do aborcji	15
Rozdział 5. Aborcja farmakologiczna	18
Proponowany protokół aborcji farmakologicznej	20
Immunoglobulina anti-RhD przy aborcji farmakologicznej	22
Profilaktyka antybiotykowa przy aborcji farmakologicznej	22
Leczenie bólu przy aborcji farmakologicznej	23
Dostępność preparatów medycznych przeznaczonych do aborcji farmakologicznej	24
Rozdział 6. Aborcja chirurgiczna	25
Definicja	25
Metody aborcji chirurgicznej	25
Odstąpienie od łyżeczkowania jamy macicy jako metody aborcji	27
Odstąpienie od histerotomii jako metody aborcji	27
Immunoglobulina anti-RhD przy aborcji chirurgicznej	28
Profilaktyka antybiotykowa przy aborcji chirurgicznej	28
Leczenie bólu przy aborcji chirurgicznej	29
Przygotowanie szyjki macicy	30
Stosowanie cewnika Foleya w celu primingu szyjkowego	31
Rozdział 7. Po aborcji	31
Niekompletna aborcja	31
Postępowanie wyczekujące	32
Postępowanie farmakologiczne	32
Postępowanie chirurgiczne	32
Infekcja po aborcji	33
Krwotok po aborcji	33
Inne powikłania po aborcji	35
Kompleksowa opieka z zakresu zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego	36
Rozdział 8. Rekomendacje prawne	37
Dekryminalizacja aborcji	37
Ograniczenia aborcji ze względu na przyczyny, przesłanki lub wymogi	42
Granice wieku ciążowego	44
Obowiązkowe okresy oczekiwania	46
Autoryzacja strony trzeciej	47
Ograniczenia dotyczące pracowników ochrony zdrowia	48
Klauzula sumienia	49
Rozdział 9. Rekomendacje systemowe	51
Modele opieki aborcyjnej	51
Dostępność do aborcji na oddziałach szpitalnych	52
Dostępność do aborcji w warunkach ambulatoryjnych	52
Aborcja we wsparciu telemedycyny	52
Samodzielna aborcja przez osobę w ciąży	53
Kształcenie personelu medycznego i zwiększanie świadomości społecznej	53
Rozdział 10. Wykaz autorów	55
Aneks 1. Bibliografia	57

ROZDZIAŁ 1. WSTĘP

WPROWADZENIE

Zdrowie seksualne i reprodukcyjne (ang. sexual and reproductive health) ma fundamentalne znaczenie dla jednostek, par i rodzin, a także dla rozwoju społecznego i gospodarczego. Powszechny dostęp do informacji i usług w tym zakresie ma kluczowe znaczenie zarówno dla osiągnięcia pełni zdrowia przez jednostkę, jak i przez społeczeństwo, a także dla realizacji praw człowieka. [1]

Prezentowane w tym dokumencie rekomendacje powstały z myślą o zapewnieniu najwyższej jakości ochrony zdrowia, tj. obejmującej opiekę świadczoną w oparciu o dowody i wyniki badań, dostosowanej do potrzeb i stanu zdrowia społeczeństwa. W zakresie aborcji „wysoka jakość opieki” oznacza, że aborcja musi być zarówno dostępna (terminowa, niedroga, powszechnie dostępna i świadczona w środowisku w kompetentny sposób), jak i akceptowalna (uwzględniająca preferencje i wartości poszczególnych usługobiorców oraz kulturę ich społeczności). Ważne jest, by dostęp do opieki aborcyjnej był sprawiedliwy, a jakość opieki aborcyjnej nie może różnić się w zależności od indywidualnych cech, takich jak płeć i tożsamość płciowa, orientacja seksualna, rasa, religia, pochodzenie etniczne, status społeczno-ekonomiczny, wykształcenie, życie z niepełnosprawnością lub miejsce zamieszkania. [1]

Aborcja jest bezpieczną i nieskomplikowaną interwencją zdrowotną, którą można skutecznie wykonać za pomocą leków lub zabiegu chirurgicznego. Powikłania są rzadkie zarówno w przypadku aborcji farmakologicznej, jak i chirurgicznej, pod warunkiem, że aborcje są przeprowadzane zgodnie ze standardami opieki i opartymi o wyniki badań rekomendacjami. Bezpieczna aborcja jest przeprowadzana metodą dostosowaną do wieku ciążowego przez osobę posiadającą niezbędne umiejętności. [1-2]

W perspektywie globalnej aborcja jest powszechną procedurą –
– 6 na 10 niezamierzonych ciąż i 3 na 10 wszystkich ciąż kończy się aborcją. [3]

Jednak światowe dane pokazują, że 45% wszystkich aborcji nie jest przeprowadzana w bezpieczny sposób. Jest to kluczowa kwestia dotycząca zdrowia publicznego i praw człowieka. Ograniczenia prawne i inne bariery oznaczają, że wiele kobiet i osób w ciąży ma utrudniony lub niemożliwy dostęp do wysokiej jakości opieki aborcyjnej i stosuje niebezpieczne metody, szukając aborcji u niewykwalifikowanych specjalistów

lub z niebezpiecznych źródeł. Status prawny nie wpływa na zmniejszenie potrzeby aborcji - restrykcyjne prawo nie ogranicza liczby aborcji w kraju, ale dramatycznie wpływa na dostęp do niej. Od 4,7% do 13,2% wszystkich zgonów w ciąży i połogu (ang. maternal mortality) na świecie przypisuje się niebezpiecznym aborcjom, co odpowiada od 13 865 do 38 940 zgonów rocznie na świecie spowodowanych niezapewnieniem bezpiecznej aborcji. [4]

Aborcja farmakologiczna zrewolucjonizowała dostęp do wysokiej jakości opieki aborcyjnej na całym świecie. Leki stosowane w aborcji mogą być bezpiecznie i skutecznie podawane w placówce ochrony zdrowia lub przyjmowane samodzielnie poza placówką (np. w domu) przez osoby posiadające wiedzę oraz leki o gwarantowanej jakości. Osoby w ciąży przeprowadzające aborcję bezpiecznie w domu w ciągu pierwszych 12 tygodni ciąży mogą nadal potrzebować lub chcieć wsparcia ze strony przeszkolonego pracownika opieki zdrowotnej na dowolnym etapie procesu. Świadczenie usług przy minimalnym nadzorze medycznym może znacznie poprawić dostęp do aborcji oraz zwiększyć prywatność, wygodę i akceptowalność tego procesu, bez uszczerbku dla bezpieczeństwa i skuteczności. [1]

Dziś w Polsce należy podjąć liczne działania obejmujące poziomy prawny, zdrowotny i społeczny, aby każda osoba miała dostęp do kompleksowej opieki aborcyjnej. Sprzyjające środowisko jest podstawą wysokiej jakości kompleksowej opieki aborcyjnej. Trzy filary sprzyjającego środowiska opieki aborcyjnej to:

1. poszanowanie praw człowieka, w tym wspierające ramy prawne i polityczne,
2. dostępność i przystępność informacji o aborcji,
3. wspierający, powszechnie dostępny, odpowiednio dofinansowany i sprawnie funkcjonujący system opieki zdrowotnej. [1]

W odróżnieniu od innych usług z zakresu opieki zdrowotnej, aborcja jest regulowana przez prawo karne, co wykracza daleko poza zwyczajowe rozwiązania zawarte w prawach dotyczących świadczeń medycznych. Ma to wpływ na prawa osób w ciąży i może wywoływać tzw. "efekt mrożący" (tj. ograniczanie działań kadry medycznej ze względu na obawę przed odpowiedzialnością karną) na świadczenie wysokiej jakości opieki. Dlatego jasne, dostępne i oparte na prawach człowieka i dowodach naukowych prawo i polityka stanowią elementarną część rzeczywistości społecznej, która sprzyja zapewnianiu kompleksowej opieki aborcyjnej. [1]

Opieka okołaborcyjna musi być zintegrowana z systemem opieki zdrowotnej, aby zapewnić świadczenie usług w sposób sprawiedliwy.

Podstawowe wartości takie jak godność, autonomia, równość, zaufanie i bezpieczeństwo powinny stanowić podstawę praktyki medycznej, także tej skupionej na opiece okołaborcyjnej.

Znalazły one więc odzwierciedlenie w niniejszych wytycznych. Stąd też decyzja o uwzględnieniu w dokumencie nie tylko rozwiązań natury stricte klinicznej, lecz także szerszych rekomendacji prawnych i systemowych. [1]

Osoby świadczące opiekę aborcyjną powinny być świadome obowiązujących przepisów oraz wymogów dotyczących raportowania i nadzoru. W ramach tych praw i wymogów wszystkie normy, standardy i praktyka kliniczna związana z aborcją powinny promować i chronić zdrowie oraz prawa człowieka; wspierać świadome i dobrowolne podejmowanie decyzji w zakresie zdrowia i autonomię w podejmowaniu decyzji, a także brak dyskryminacji oraz poufność i prywatność osoby potrzebujących aborcji. [1]

W niniejszym dokumencie przyjmujemy założenie, że większość dostępnych dowodów na temat aborcji pochodzi z badań przeprowadzonych wśród populacji kobiet cisplciowych. Zaznaczamy jednak, że tak kobiety cisplciowe, jak i transplciowi mężczyźni, osoby niebinarne, oraz osoby interplciowe mogą wymagać opieki aborcyjnej, a więc dokument ten dotyczy pracy z każdą osobą wymagającą opieki okołaborcyjnej, niezależnie od jej tożsamości płciowej czy zróżnicowanego rozwoju płciowego.

SYTUACJA W POLSCE

Ustawodawstwo w zakresie aborcji w Polsce jest przedmiotem ciągłej debaty, a restrykcyjne przepisy ograniczają prawa do dostępu do bezpiecznej i legalnej aborcji.

W Polsce ustawodawstwo aborcyjne reguluje ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży [5], która dopuszcza dwie szczególne okoliczności, w których aborcja jest dopuszczalna w publicznym systemie opieki zdrowotnej: gdy ciąża stwarza zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety lub gdy ciąża jest wynikiem czynu zabronionego (w wyniku zgwałcenia czy kazirodztwa). To skrajnie restrykcyjna legislacja, jedna z najostrzejszych w Europie.

Do 27 stycznia 2021 r. polskie prawo przewidywało także możliwość przerywania ciąży w której płód rozwijał się nieprawidłowo. Tzw. “przesłanka embrio/fetopatologiczna” została jednak uchylona wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego [6], który orzekł, że ciężkie i nieodwracalne wady płodu, w świetle polskiej Konstytucji nie stanowią podstawy do przerywania ciąży. Decyzja ta poważnie ograniczyła dostęp do opieki zdrowotnej i pociągnęła za sobą szereg negatywnych skutków zarówno dla osób potrzebujących aborcji, jak i samej kadry medycznej.

Dla przywrócenia osobom w ciąży podmiotowości i możliwości decydowania o swojej rozrodczości kluczowa jest priorytetyzacja praw seksualnych i reprodukcyjnych. Należy zwrócić uwagę w szczególności na rozwiązania Światowej Organizacji Zdrowia (dalej: WHO) oraz rekomendacje światowych organizacji eksperckich. Kolejne kroki, które mogą poprawić dramatyczną dziś sytuację osób w ciąży w Polsce to m. in. dekryminalizacja aborcji, wprowadzenie nowej legislacji aborcyjnej, promocja

wszechstronnej edukacji seksualnej czy zapewnienie dostępu do refundowanych nowoczesnych form antykoncepcji.

Według oficjalnych statystyk Ministerstwa Zdrowia, w roku 2022 w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia wykonano w zaledwie 161 aborcji. Dla porównania: w 2019 roku, czyli przed ogłoszeniem wyroku Trybunału Konstytucyjnego, liczba ta wynosiła 1110 aborcji. Opublikowane przez ministerstwo dane uwzględniają również przesłanki prawne, stąd też wiadomo, iż wszystkie procedury były wykonane ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia kobiety, w żadnym przypadku zaś nie wykorzystano przesłanki dotyczącej ciąży powstałej w wyniku czynu zabronionego (np. zgwałcenia).

W Polsce większość działań edukacyjnych i prawnych w zakresie aborcji dostarczają organizacje pozarządowe, które silnie pracują na rzecz wsparcia osób potrzebujących aborcji oraz świadomości społeczeństwa na temat zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego.

Fundacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny (FEDERA) podaje, że od 22 października 2020 r. do 23 listopada 2023 r. pomogła 20 000 osób [7]. Świadczona przez FEDERĘ pomoc to m.in. udzielanie informacji o możliwości uzyskania aborcji w polskim szpitalu. W tym procesie wspiera jako organizacja, która opracowała kształt tzw. "ścieżki psychiatrycznej", tj. przerywania ciąży w szpitalu ze względu na zagrożenie zdrowia psychicznego osoby w ciąży. FEDERA przeprowadza również interwencje w szpitalach w sytuacjach odmowy wykonania aborcji lub udzielenia innej pomocy medycznej, niejednokrotnie kierując sprawy także do Rzecznika Praw Pacjenta czy Rzecznika Praw Obywatelskich. Między 22 października 2020 r. a 23 listopada 2023 r. FEDERA wyegzekwowała przeprowadzenie 2600 aborcji wykonanych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia w polskich szpitalach. Nie znalazły się jednak w oficjalnych statystykach z powodu zaklasyfikowania zabiegu jako innej procedury w obawie przed ewentualnymi reperkusjami wobec danego szpitala.

Od października 2022 r. do października 2023 r. ponad 21 034 osób skorzystało z pomocy Women Help Women, międzynarodowej organizacji zapewniającej pocztowy dostęp do tabletek aborcyjnych. Fundacja pomaga osobom w Polsce w dostępie do aborcji farmakologicznej od 2014 roku.

Według raportu Women Help Women (WHW) w trakcie ostatniego roku (od 22.10.2022 do 22.10.2023) grupy działające w ramach Aborcji Bez Granic pomogły 46 773 osobom z Polski w dostępie do aborcji. Ponad 1235 osobom mogło przerwać ciążę w zagranicznej klinice w drugim i trzecim trymestrze. 496 osobom, które zgłosiły się do organizacji wchodzących w skład Aborcji Bez Granic z prośbą o wyjazd za granicę w drugim lub trzecim trymestrze ujawniły informacje o występowaniu wady płodu. Organizacje zrzeszone w Aborcji bez Granic są jedną z największych organizacji, które w sposób bezpośredni zapewniają dostęp do opieki aborcyjnej w Polsce. [8]

W latach 1956-1993 aborcja w Polsce była legalna również z przestanki socjalno-ekonomicznej tj. gdy kobieta znajdowała się w trudnej sytuacji materialnej lub życiowej. Według danych z Raportu UNFPA „Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat. Polska 2006” [9] w podanym okresie dokonywano powyżej 100 tys. aborcji rocznie. Liczby te konsekwentnie spadały na przestrzeni lat - od 168,6 tysięcy w 1965 roku do 105,3 tysięcy w 1988 roku. Następnie, po 1989 roku liczba ta spadła do 35 tysięcy, a w roku 1993 wynosiła już 685 i konsekwentnie zmalała na przestrzeni lat. Wyjątek stanowił rok 1997, w którym czasowo aborcja stała się legalna z przestanek socjalno-ekonomicznych i wykonano 3 tysiące zabiegów. Dane na przestrzeni lat przedstawione są w tabeli poniżej. Oryginalna tabela z raportu UNFPA została poszerzona o dane z organizacji pozarządowych.

Tabela 1. Statystyka dotycząca aborcji w Polsce z podziałem na lata z uwzględnieniem liczby urodzeń żywych (dane ekstrapolowane z raportów UNFPA [8], Ministerstwa Zdrowia i Sprawozdań Rady Ministrów [10-14], Głównego Urzędu Statystycznego [15-16])

Rok	Urodzenia żywe w tys.	Ogólna liczba zabiegów przerwania ciąży (w szpitalach)	Z powodu zagrożenia życia lub zdrowia matki	Z powodu wskazań medycznych odnoszących się do płodu	W wyniku czynu zabronionego	Aborcje z Aborcją Bez Granic (ogółem)	Aborcje z Aborcją Bez Granic (samodzielnie przy użyciu tabletek)
1965	546,4	168 587					
1970	546,0	148 219					
1975	643,8	138 634					
1976	670,1	140 909					
1977	662,6	143 486					
1978	666,3	145 630					
1980	692,8	137 950					
1981	678,8	132 894					
1982	702,4	138 977					
1983	720,8	130 980					
1984	699,0	132 844					
1985	677,6	135 564					
1986	634,7	129 716					
1987	605,5	123 534					
1988	587,7	105 333					
1989	562,5	34 994					
1990	545,8	23 875					
1991	549,0	11 988					
1992	513,6	4 442					
1993	492,9	685	603	20	4		

Rok	Urodzenia żywe w tys.	Ogólna liczba zabiegów przerwania ciąży (w szpitalach)	Z powodu zagrożenia życia lub zdrowia matki	Z powodu wskazań medycznych odnoszących się do płodu	W wyniku czynu zabronionego	Aborcje z Aborcją Bez Granic (ogółem)	Aborcje z Aborcją Bez Granic (samodzielnie przy użyciu tabletek)
1994	481,3	782	689	74	19		
1995	433,1	559	515	33	7		
1996	428,2	489	442	39	8		
1997	412,7	3 047	409	107	7		
1998	395,6	310	211	46	53		
1999	382,0	145	94	50	1		
2000	378,3	138	81	55	2		
2001	368,2	124	63	56	5		
2002	353,7	159	71	82	6		
2003	351,1	174	59	112	3		
2004	357,9	193	62	128	3		
2005	364,4	225	54	168	3		
2006	374,2	339	82	246	11		
2007	387,8	326	37	287	2		
2008	414,5	499	32	467	0		
2009	417,6	538	27	510	1		
2010	413,3	641	27	614	0		
2011	388,4	669	49	620	0		
2012	386,3	752	50	701	1		
2013	369,6	744	23	718	3		
2014	375,2	971	48	921	2		
2015	369,3	1 040	43	996	1		
2016	382,3	1 098	55	1 042	1		
2017	402,0	1 057	22	1 035	0		
2018	-	1 076	25	1 050	1		
2019	375,0	1 110	33	1 074	3		
2020	355,3	1 076	21	1 053	2		
2021	331,5	107	32	75	0	ok. 34 000	ok. 32 900
2022	305,1	161	161	0	0	ok. 44 000	ok. 42 800
2023						46 773	45 538

Dane przedstawione w tabeli 1 wyraźnie pokazują spadek liczby urodzeń na przestrzeni ostatnich sześćdziesięciu lat oraz uderzający spadek ogólnej liczby aborcji, obrazujący zmiany w polskiej legislacji w tym kontekście. Dane wskazują również na przejście większości opieki aborcyjnej przez organizacje pozarządowe, które niejako przejmują odpowiedzialność za system ochrony zdrowia. Należy zaznaczyć, iż dane organizacji pozarządowych obejmują jedynie osoby korzystające ze wsparcia tych podmiotów, co wraz z danymi z poprzednich dekad sugeruje, że liczba wykonywanych aborcji może być większa i nie różnić się znacząco od ich liczby z początku okresu prowadzenia ogólnopolskich statystyk.

CEL, PROCES TWORZENIA I ADRESACI REKOMENDACJI

Poniższe rekomendacje stanowią adaptację wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia - rekomendacji WHO Abortion Care Guidance z 2022 roku [1] i WHO Clinical Handbook for Quality Abortion Care z 2023 roku [2], poszerzone o najnowsze przeglądy systematyczne i badania kliniczne i społeczne.

Wytyczne WHO obejmują zagadnienia prawne, systemowe oraz kliniczne. Opracowane zostały według rygorystycznych wymogów wewnętrznych WHO by zagwarantować optymalne wyniki kliniczne zgodne z najnowszym stanem wiedzy opartej o wyniki badań. Dokument WHO scala wysokiej jakości świadczenia medyczne z uznanymi międzynarodowo standardami praw człowieka. Dowody naukowe zostały przez ekspertów WHO ocenione według systemu GRADE, który ocenia jakość dowodów naukowych z uwzględnieniem ich wartości i preferencji pacjentów oraz populacji w celu opracowania zaleceń jak najwyższej jakości.

W związku z brakiem opracowanych polskich standardów tworzenia rekomendacji w zakresie zdrowia, Polskie Towarzystwo Zdrowia Seksualnego i Reprodukcyjnego w czerwcu 2023 podjęło decyzję o zaadaptowaniu modelu Światowej Organizacji Zdrowia i powołaniu zespołu tworzącego szkic rekomendacji. Grupa prawna, grupa systemowa i grupa kliniczna spotykały się od lipca 2023 roku do lutego 2024 roku w celu konceptualizacji i sformułowania ostatecznej wersji wytycznych.

Treść rekomendacji była konsultowana z ekspertami z dziedziny ochrony zdrowia, prawa, socjologii oraz różnych specjalizacji lekarskich. Część osób konsultujących merytorycznie treść rekomendacji z uwagi na problematykę poruszaną w wytycznych zdecydowało się zachować anonimowość.

Niniejsze wytyczne mają na celu przedstawienie zaleceń dla decydentów na szczeblu krajowym, w szczególności tych wdrażających i zarządzających programami zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, członków organizacji pozarządowych i innych organizacji społeczeństwa obywatelskiego oraz stowarzyszeń zawodowych, lekarzy i lekarek, a także wszystkich pracowników ochrony zdrowia i innych zainteresowanych

stron w dziedzinie zdrowia i praw seksualnych i reprodukcyjnych, aby zapewnić dostępność wysokiej jakości opieki aborcyjnej opartej na dowodach.

ROZDZIAŁ 2. SŁOWNIK POJĘĆ I DEFINICJI

Aborcja chirurgiczna

Stosowanie procedur przesyjkiowych w celu przerwania ciąży, w tym aspiracji próżniowej jamy macicy oraz rozszerzenia szyjki macicy i ewakuacji jamy macicy (ang. dilatation and evacuation - D&E).

Aborcja farmakologiczna

Stosowanie środków farmakologicznych w celu przerwania ciąży.

Aspiracja próżniowa jamy macicy (ang. vacuum aspiration)

Aspiracja próżniowa jamy macicy stanowi metodę aborcji chirurgicznej i polega na ewakuacji zawartości jamy macicy przez plastikową lub metalową kaniulę podłączoną do źródła podciśnienia. Elektryczne zasysanie próżniowe (EVA) wykorzystuje elektryczną pompę próżniową. W przypadku ręcznej aspiracji próżniowej (MVA) podciśnienie jest wytwarzane za pomocą uruchamianego ręcznie plastikowego aspiratora.

Dekryminalizacja aborcji

Usunięcie aborcji z kodeksu karnego i innych przepisów karnych oraz zapewnienie braku odpowiedzialności karnej wszystkim podmiotom zaangażowanym w przeprowadzenie czyjejś lub własnej aborcji, pomoc, dostarczenie środków lub informacji w tym kontekście (w szczególności świadczeniodawców), a także podmiotom zajmującym się dystrybucją i obrotem środkami farmaceutycznymi służącymi przerywaniu ciąży oraz wystrzeżenie się sytuacji, kiedy obwarowanie sankcją karną jakiegoś zachowania powoduje powstanie bezpośredniej lub pośredniej bariery w dostępie do aborcji dla osób, które jej potrzebują.

Jakość ochrony zdrowia

Jakość ochrony zdrowia (ang. quality of care) obejmuje sześć obszarów lub wymiarów jakości wymaganych w odniesieniu do opieki zdrowotnej:

- (1) skuteczność - zapewnienie opieki zdrowotnej opartej na dowodach naukowych i skutkującej lepszymi wynikami zdrowotnymi dla jednostek i społeczności, w zależności od potrzeb;
- (2) efektywność - zapewnienie opieki zdrowotnej w sposób optymalizujący

- wykorzystanie zasobów i pozwalający uniknąć marnotrawstwa;
- (3) **dostępność** - zapewnienie opieki zdrowotnej terminowo, w sposób osiągalny geograficznie i świadczonej w środowisku, w którym umiejętności i zasoby są odpowiednie do potrzeb medycznych;
 - (4) **akceptowalność / skoncentrowanie na osobie** (ang. person-centered) - zapewnienie opieki zdrowotnej uwzględniającej preferencje i potrzeby poszczególnych użytkowników usług oraz kulturę ich społeczności;
 - (5) **sprawiedliwość** - zapewnienie opieki zdrowotnej, której jakość nie różni się ze względu na cechy osobiste, takie jak płeć, rasa, pochodzenie etniczne, położenie geograficzne lub status społeczno-ekonomiczny;
 - (6) **bezpieczeństwo** - zapewnienie opieki zdrowotnej minimalizującej ryzyko i szkody dla użytkowników usług.

Klauzula sumienia

Regulacja prawna wynikająca z art. 39 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty z 5 grudnia 1996 r., zgodnie z którą lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych przez lekarza niezgodnych z jego sumieniem (z zastrzeżeniem obowiązku udzielania pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia), z tym że lekarz ma obowiązek odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Lekarz wykonujący zawód na podstawie stosunku pracy albo w ramach służby ma także obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego.

Kompleksowa opieka aborcyjna

Kompleksowa opieka aborcyjna obejmuje opiekę przed, w trakcie i po aborcji, a także udzielanie informacji, procedurę aborcji, opiekę związaną z aborcją oraz opiekę poaborcyjną.

Kompleksowa opieka z zakresu zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego (według raportu Lancet-Guttmacher Commission on sexual and reproductive health and rights) [17]

Zdrowie seksualne i reprodukcyjne to stan dobrego samopoczucia fizycznego, emocjonalnego, psychicznego i społecznego w odniesieniu do wszystkich aspektów seksualności i reprodukcji, a nie tylko braku choroby, dysfunkcji lub niepełnosprawności. Dlatego pozytywne podejście do seksualności i reprodukcji powinno uwzględniać rolę, jaką odgrywają przyjemne relacje seksualne, zaufanie i komunikacja w promowaniu poczucia własnej wartości i ogólnego dobrostanu. Każda osoba ma prawo do podejmowania decyzji dotyczących swojego ciała i dostępu do usług, które wspierają to prawo.

Osiągnięcie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego opiera się na realizacji praw seksualnych i reprodukcyjnych, które opierają się na prawach człowieka przysługujących wszystkim osobom do:

- poszanowania ich integralności cielesnej, prywatności i autonomii osobistej,
- swobodnego definiowania własnej seksualności, w tym orientacji seksualnej oraz tożsamości i ekspresji płciowej,
- decydowania, czy i kiedy podjąć aktywność seksualną,
- wyboru swoich partnerów seksualnych,
- bezpiecznych doświadczeń seksualnych,
- zdecydowania czy, kiedy i kogo poślubić,
- decydowania czy, kiedy i w jaki sposób mieć dziecko lub dzieci oraz ile dzieci mieć,
- dostępu do informacji, zasobów, usług i wsparcia niezbędnego do osiągnięcia wszystkich powyższych celów, wolnego od dyskryminacji, przymusu, wyzysku i przemocy.

Komisja Lancet-Guttmacher (w skład której wchodziłi światowi eksperci, również ze Światowej Organizacji Zdrowia) zaleca również niezbędny pakiet interwencji w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, które są zgodne z kompleksową definicją zdrowia i praw seksualnych i reprodukcyjnych. Pakiet obejmuje powszechnie uznawane elementy zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, w tym:

- usługi z zakresu antykoncepcji,
- opiekę nad matką i noworodkiem,
- profilaktykę i leczenie HIV/AIDS,
- opiekę nad chorobami przenoszonymi drogą płciową innymi niż HIV,
- wszechstronną edukację seksualną,
- kompleksową opiekę aborcyjną,
- zapobieganie, wykrywanie i poradnictwo w zakresie przemocy ze względu na płeć,
- profilaktykę, wykrywanie i leczenie niepłodności i raka szyjki macicy,
- poradnictwo oraz troskę o zdrowie i dobre samopoczucie seksualne.

Łyżeczowanie jamy macicy (ang. dilatation and curettage (D&C))

Procedura opróżniania jamy macicy polegająca na rozszerzeniu szyjki macicy i ewakuacji zawartości jamy macicy przy użyciu ostrego narzędzia nazywanego łyżką położniczą. Procedura ta jest odradzana przez Światową Organizację Zdrowia. [1]

Niekompletna aborcja

Kliniczna obecność otwartego ujścia szyjki macicy i krwawienia z jamy macicy, w wyniku którego wszystkie produkty zapłodnienia nie zostały wydalone z macicy lub wydalone produkty nie odpowiadają szacunkowemu czasowi trwania ciąży. Typowe objawy to krwawienie z pochwy i ból brzucha.

Opieka poaborcyjna

Świadczenie usług po aborcji, takich jak usługi antykoncepcyjne i powiązanie z innymi potrzebnymi usługami opieki zdrowotnej. Może również obejmować leczenie powikłań po aborcji.

Poronienie

Samoistna utrata ciąży przed osiągnięciem przez płód możliwości przeżycia poza organizmem kobiety.

Poronienie zatrzymane

Zatrzymanie rozwoju ciąży, gdy zarodek, płód lub pusty pęcherzyk ciążowy pozostają w macicy, a ujście szyjki macicy jest zamknięte. Objawy mogą obejmować ból i/lub krwawienie lub mogą nie występować wcale.

Priming szyjkowy

Przygotowanie szyjki macicy do zabiegu aborcji chirurgicznej metodą farmakologiczną (przy udziale mizoprostolu) lub przy udziale laminariów czy rozszerzaczy osmotycznych.

Samoobsługa aborcyjna

Samodzielne zarządzanie całym procesem aborcji medycznej lub jej niektórymi etapami, np. autokwalifikacją do aborcji, samodzielnym podaniem leków bez bezpośredniego nadzoru pracownika ochrony zdrowia lub oceną efektywności i skuteczności procesu.

Samoopieka

Zdolność jednostek, rodzin i społeczności do promowania zdrowia, zapobiegania chorobom, utrzymywania zdrowia oraz radzenia sobie z chorobami i niepełnosprawnością, przy wsparciu pracownika ochrony zdrowia lub bez niego. Do zakresu samoopieki zalicza się promocję zdrowia, profilaktykę i kontrolę chorób, samoleczenie, sprawowanie opieki nad osobami niesamodzielnymi, korzystanie w razie potrzeby z opieki szpitalnej/specjalistycznej/podstawowej oraz rehabilitację, w tym opiekę paliatywną.

W ramach samoopieki wyróżnia się szereg praktyk i podejść do zagadnienia.

Telemedycyna

Sposób świadczenia usług zdrowotnych na odległość, gdy świadczeniodawcy i osoby korzystające ze świadczeń kontaktują się za pośrednictwem technologii (np. narzędzi komunikacji internetowej, telefonu). Interakcja może odbywać się w czasie rzeczywistym (synchronicznie), oraz również asynchronicznie (np. poprzez pocztę elektroniczną, gdy odpowiedź udzielana jest przez personel medyczny po jakimś czasie od otrzymania zapytania).

Zdrowie

Stan pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności.

ROZDZIAŁ 3.

OPIS SKRÓCONY REKOMENDACJI

W niniejszych wytycznych przedstawiono zalecenia dotyczące trzech dziedzin niezbędnych do zapewnienia opieki aborcyjnej: prawa i polityki, usług klinicznych i świadczenia usług aborcyjnych w ramach systemu ochrony zdrowia.

Rekomendacje kliniczne dotyczą metod aborcji i związanej z nią opieki klinicznej – od dostarczenia informacji, poradnictwa i leczenie bólu w odniesieniu do metod i schematów aborcji (w tym w przypadku różnych wskazań klinicznych) – oraz zapewnienie opieki poaborcyjnej, w tym wszystkich metod antykoncepcji. Wskazujemy również metody, które nie mają zastosowania w dobie nowoczesnej opieki aborcyjnej takie jak łyżeczkowanie jamy macicy, histerotomia czy stosowanie cewnika Foleya celem przygotowania szyjki macicy do zabiegu aborcji chirurgicznej.

Rekomendacje prawne obejmują siedem obszarów: kryminalizacja aborcji, podejście oparte na podstawach do zezwalania na aborcję, limit wieku ciążowego ustalony dla aborcji, obowiązkowe okresy oczekiwania przed otrzymaniem aborcji, autoryzacja osoby trzeciej na aborcję, ograniczenia w zakresie świadczenia przez pracowników ochrony zdrowia usług aborcyjnych oraz klauzula sumienia ze strony świadczeniodawców.

Rekomendacje systemowe obejmują przede wszystkim cztery równorzędne modele opieki aborcyjnej: (1) dostępność aborcji na oddziale szpitalnym; (2) dostępność aborcji w ramach poradni / w warunkach ambulatoryjnych; (3) aborcja przy udziale telemedycyny; (4) samodzielne wykonanie aborcji.

Wytyczne przedstawione w tym dokumencie odzwierciedlają ostatnie zmiany we wszystkich aspektach opieki aborcyjnej, a ich model konceptualny jest przedstawiony poniżej.



REKOMENDACJE POLSKIEGO TOWARZYSTWA ZDROWIA SEKSUALNEGO I REPRODUKCYJNEGO W ZAKRESIE ABORCJI

PODSTAWOWE WARTOŚCI KOMPLEKSOWEJ OPIEKI ABORCZYJNEJ

Poszanowanie
praw człowieka

Poszanowanie prawa do
godności i prywatności

Autonomia wobec
podejmowania decyzji
na temat zdrowia

Wsparcie i zaufanie

Równość

REKOMENDACJE KLINICZNE

przed aborcją

1

Świadoma zgoda
i podejmowanie
decyzji o aborcji

2

Dostępność
do informacji
i poradnictwo
przed aborcją

3

Powszechna
dostępność aborcji
w systemie
ochrony zdrowia

aborcja farmakologiczna

PRZED 12 TC 12-24 TC 25-27 TC PO 28 TC

mifepriston 200mg doustnie, następnie po 1-2 dniach:

jeśli mifepriston jest niedostępny, to wyłącznie misoprostol w dawkach:

Misoprostol
800 µg
co 3 godziny
BU/SL/PV

Misoprostol
400 µg
co 3 godziny
BU/SL/PV

Misoprostol
200µg
co 4 godziny
BU/SL/PV

Misoprostol
50-100µg
co 4 godziny PV
LUB
Misoprostol
50-100µg
co 2 godziny PO

Rutynowa profilaktyka antybiotykowa: NIE

Immunoglobulina anty-RhD: TAK po 12 tc

aborcja chirurgiczna

Konieczność przygotowania szyjki macicy do zabiegu (priming)

PRZED 14 TC

PO 14 TC

Aspiracja próżniowa
jamy macicy:

- ręczna aspiracja próżniowa
- elektryczna aspiracja próżniowa

Aspiracja próżniowa jamy macicy
i/lub

Metoda rozszerzenia szyjki
macicy i ewakuacji jamy macicy
(dilatation and evacuation)

Całkowite odstąpienie od łyżeczkowania macicy
przy użyciu (ostrej) łyżki położniczej

Rutynowa profilaktyka antybiotykowa: TAK

Immunoglobulina anty-RhD: TAK po 12 tc

po aborcji

postępowanie w przypadku powikłań:

KRWOTOK

Leczenie I rzutu:

zaopatrzenie urazów, masaż macicy,
leki uterotoniczne

Leczenie II rzutu:

Resuscytacja, ponowna aspiracja
jamy macicy, tamponada balonowa

Leczenie III rzutu:

embolizacja naczyń macicznych,
leczenie chirurgiczne

INFEKCJA

Antybiotykoterapia

Rozważenie ponownej ewakuacji
jamy macicy

NIEKOMPLETNA ABORCJA

1. postępowanie wyczekujące
2. postępowanie farmakologiczne

PRZED 14 TC

PO 14 TC

mizoprostol
jednorazowo
600 µg PO /
400 µg SL /
800 µg BU

mizoprostol
400 µg
co 3 godziny
SL/PO/BU

3. postępowanie chirurgiczne
aspiracja próżniowa jamy macicy

Kompleksowa opieka
z zakresu zdrowia seksualnego
i reprodukcyjnego:
antykoncepcja, profilaktyka STIs

REKOMENDACJE PRAWNE

- ◀ Dekryminalizacja aborcji
- ◀ Brak obowiązkowych okresów oczekiwania
- ◀ Rozszerzenie katalogu osób uprawnionych do wykonywania i poradnictwa w zakresie aborcji
- ◀ Zniesienie barier w dostępie do aborcji:
przyczyny / przesłanki / wymogi;
limity wieku ciążowego; autoryzacja osoby trzeciej lub urzędu;
klauzula sumienia

REKOMENDACJE SYSTEMOWE

modele opieki aborcyjnej

Dostępność do aborcji na oddziałach szpitalnych

Dostępność do aborcji w warunkach ambulatoryjnych

Aborcja we wsparciu telemedycyny

Samodzielna aborcja przez osobę w ciąży

◀ Kształcenie personelu medycznego
i zwiększanie świadomości społecznej ▶

ROZDZIAŁ 4. PRZED ABORCJĄ

KOMPLEKSOWA OPIEKA ABORCYJNA

Kompleksowa opieka aborcyjna (ang. Comprehensive Abortion Care) jest uwzględniona na Liście Niezbędnych Świadczeń Opieki Zdrowotnej (WHO Essential Health Services list) według Światowej Organizacji Zdrowia. Informacje na temat tej procedury, zarówno farmakologicznej, jak i chirurgicznej, powinny być powszechnie dostępne dla osób pacjenckich oraz kadry medycznej. Korzystający z ochrony zdrowia powinni mieć dostęp do wysokiej jakości informacji i świadczeń zgodnych z medycyną opartą na dowodach na temat kompleksowej opieki przedaborcyjnej, samej procedury oraz opieki poaborcyjnej. Poradnictwo powinno obejmować zarówno przygotowanie do zabiegu, jego szczegółowy przebieg, możliwe powikłania oraz informacje o tym, jak powinna wyglądać opieka po samej procedurze. Dostęp do informacji nie tylko zwiększa bezpieczeństwo osób pacjenckich w kontekście ich zdrowia reprodukcyjnego, ale też redukuje potencjalne negatywne skutki zdrowotne i stoi w zgodzie z podstawowymi prawami człowieka.

Szczególny nacisk powinien być kładziony na dostarczenie informacji osobom z grup narażonych na wykluczenie, m.in. młodzież, kobiety i dziewczęta o niskich dochodach, uchodźczynie i migrantki, lesbijki, osoby biseksualne, osoby transpłciowe i niebinarne, a także osoby należące do mniejszości rasowych, etnicznych i religijnych.

DOSTĘP DO INFORMACJI I PORADNICTWO PRZED ABORCJĄ

Ważne jest, aby zapewnić osobie potrzebującej aborcji:

- dostęp do naukowo dokładnych i zrozumiałych informacji na wszystkich etapach procedury,
- dostęp do konsultacji medycznych prowadzonych przez kompetentnych pracowników ochrony zdrowia lub inne wykwalifikowane osoby,
- dostęp do wysokiej jakości sprzętu i leków (w tym leków przeciwbólowych),
- pomoc w uzyskaniu skierowania, jeśli jest to pożądane lub potrzebne,
- poradnictwo w zakresie wyboru usług antykoncepcyjnych dla tych osób, które decydują się na stosowanie antykoncepcji po aborcji.

Niezależnie od przyczyny przeprowadzenia aborcji, ważne jest przekazywanie informacji osobie w ciąży w sposób jasny i zrozumiały. Pracownicy ochrony zdrowia nie powinni narzucać osobom w ciąży osobistych wartości ani przekonań. Zamiast tego, kluczowym powinno być skupienie się na potrzebach osób potrzebujących aborcji oraz okazanie empatii i szacunku dla ich osobistych decyzji.

Dokładne, wysokiej jakości i oparte na dowodach informacje na temat aborcji powinny być dostępne dla poszczególnych osób i dostarczane w sposób uwzględniający

poufność i prywatność rozmówcy. Informacje powinny być przedstawiane w sposób, który nie jest przymusowy, nie dyskryminuje, jest zrozumiały, akceptowalny i dostępny dla każdej osoby.

Dostarczone informacje powinny obejmować co najmniej:

- dostępne opcje metod aborcji i leczenia bólu,
- potencjalne ryzyko i korzyści związane z aborcją oraz alternatywy dla aborcji,
- co będzie się działo przed, w trakcie i po zabiegu lub procesie aborcji, w tym co osoba może zobaczyć podczas usuwania ciąży (krew, skrzepy krwi, produkty zapłodnienia) oraz wszelkie testy, które mogą zostać wykonane;
- wszystkie etapy aborcji, które mogą być przeprowadzone samodzielnie, w razie potrzeby ze zdalnym wsparciem lub bez niego;
- możliwe skutki uboczne, których dana osoba może doświadczyć podczas i po zabiegu lub procedurze aborcji (np. ból i krwawienie);
- jak długo może potrwać zabieg lub procedura oraz rekonwalescencja;
- kiedy można wznowić normalne czynności, w tym kiedy może powrócić płodność;
- jak rozpoznać potencjalne skutki uboczne i objawy trwającej ciąży oraz inne medyczne powody, dla których należy wrócić do opieki kontrolnej, w tym powikłania, takie jak przedłużające się obfite krwawienie lub gorączka;
- kiedy, gdzie i jak uzyskać dostęp do dalszej opieki lub dodatkowych usług, które mogą być pożądane, takich jak doradztwo i antykoncepcja.

Jeżeli osoba zdecyduje się na aborcję, powinna mieć możliwość wyboru spośród dostępnych metod, które są odpowiednie, w zależności od czasu trwania ciąży i jej stanu zdrowia.

PODEJMOWANIE DECYZJI O ABORCJI

Decyzja o aborcji powinna należeć do osoby w ciąży. Wykonanie aborcji musi opierać się na dobrowolnej i świadomej zgodzie osoby dokonującej aborcji, a zgoda ta musi zostać uzyskana i udokumentowana przed aborcją.

Przed zabiegiem aborcji w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych ważne jest zebranie wywiadu (w tym historii położniczo- ginekologicznej, przebytych chorób, zażywanych leków, alergii i kontekstu społecznego) oraz wykonanie badania przedmiotowego i określenie wieku ciążowego.

NIWELOWANIE BARIER W DOSTĘPIE DO ABORCJI

Konsultacje specjalistyczne

Zgodnie z art. 37 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry [18] w razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych lekarz z własnej inicjatywy bądź na wniosek pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, jeżeli uzna to za uzasadnione w świetle wymagań wiedzy medycznej, powinien zasięgnąć opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizować konsylium lekarskie. Należy podkreślić, iż w przypadku, gdy sytuacja kliniczna nie budzi wątpliwości, bądź wątpliwości te mogą zostać rozwiane w oparciu o najnowszą wiedzę medyczną, zwoływanie konsylium nie znajduje uzasadnienia. Co więcej, nadużywanie tej praktyki może powodować opóźnienie zabiegu przerwania ciąży, w dalszej kolejności skutkując dodatkowym cierpieniem u osoby w ciąży, powikłaniami oraz zagrożeniem dla jej zdrowia i życia.

Po wejściu w życie zakazu aborcji ze względu na wady rozwojowe płodu obserwuje się wzrost liczby konsultacji psychiatrycznych stwierdzających wskazania do aborcji z uwagi na zagrożenie zdrowia psychicznego wynikającego z diagnozy nieprawidłowości w ciąży. Należy jednak podkreślić, żadna konsultacja, w tym psychiatryczna, nie powinna stanowić warunku niezbędnego dla przerwania ciąży. Aborcja powinna być zabiegiem dostępnym na życzenie osoby w ciąży, nie uwarunkowanym uprzednim pogorszeniem jej zdrowia, somatycznego czy psychicznego, stwarzającego zagrożenie bądź też nie stwarzającego zagrożenia dla jej życia. Warunkowanie możliwości wykonania zabiegu pogorszeniem stanu psychicznego skutkuje zbędnym cierpieniem osoby w ciąży, którego można uniknąć, zwłaszcza gdy pogorszenie to spowodowane jest ograniczeniem dostępności do aborcji, co podkreśla również Rzecznik Praw Pacjenta. [19]

Aborcja w pewnym odsetku przypadków może wiązać się z psychologicznym dystresem. Dystres oraz pogorszenie stanu psychicznego osoby w ciąży powinny stanowić główny argument za przeprowadzeniem konsultacji psychologicznej i/lub psychiatrycznej, nie zaś fakt konieczności oceny wskazań do przerwania ciąży. W przypadku, gdy dystres wynika z prawnych ograniczeń możliwości przerwania ciąży, wskazuje to jedynie na konieczność ich zniesienia oraz zapewnienia możliwości wykonania aborcji na życzenie osoby pacjenckiej celem ochrony zdrowia psychicznego w tej populacji.

W kontekście innych konsultacji specjalistycznych, jeżeli dana osoba o to prosi lub potrzebuje, nie należy odmawiać badań prenatalnych, konsultacji neonatologicznej, ani innych świadczeń diagnostyki medycznej, gdyż na ich podstawie może podjąć decyzję o przerwaniu ciąży. Każda osoba ma prawo znać stan swojej ciąży i podejmować działania w oparciu o te informacje otrzymując wsparcie od personelu medycznego niezależnie od jej decyzji.

Autoryzacja osoby trzeciej

Rekomendujemy, aby aborcja była dostępna na prośbę osoby pełnoletniej, nastoletniej lub innej osoby w ciąży bez zgody jakiejkolwiek innej osoby, organu lub instytucji.

Zgoda osoby trzeciej oznacza konieczność wyrażenia zgody na aborcję przez inną osobę niż osobę będącą w ciąży wymaganą prawnie, jak również w sytuacjach, w których zgoda ta wymagana jest mimo spełnienia innych mających zastosowanie wymogów prawnych dotyczących legalnej aborcji. Przez wymóg zgody osoby trzeciej należy rozumieć sytuację, w której zgoda wymagana jest, mimo że osoba pragnąca przerwać ciążę jest w stanie wyrazić świadomą zgodę na leczenie.

Zgodnie z Art. 4a ust. 4 Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży [5], w przypadku osoby małoletniej lub osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie wymagana jest pisemna zgoda jej przedstawiciela ustawowego. Gdy aborcja dotyczy osoby małoletniej powyżej 13 roku życia wymagana jest również pisemna zgoda tej osoby, jeżeli jednak nie ma ukończonego 13 roku życia wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego, a małoletnia ma prawo do wyrażenia własnej opinii.

Wymóg zgody osób trzecich jest niezgodny z międzynarodowym prawem dotyczącym praw człowieka, prowadząc do naruszenia prawa do prywatności i poufności. W przypadku osób małoletnich wymóg zgody osoby trzeciej skutkuje ponadto koniecznością ujawnienia faktu, że małoletnia stara się o aborcję, stwarzając w ten sposób możliwość sprzeciwu rodziców lub opiekunów prawnych. Konieczność wyrażenia zgody przez osobę trzecią bądź instytucję stwarza również ryzyko opóźnienia wykonania aborcji, konieczności kontynuacji ciąży, przemocy ze strony osoby trzeciej, przymusu reprodukcyjnego, jak również poszukiwania przez osobę w ciąży innych metod aborcji, potencjalnie niebezpiecznych dla zdrowia i życia.

Samoobsługa aborcyjna

W przypadku aborcji farmakologicznej do 12 tygodnia ciąży, osoba w ciąży może samodzielnie przeprowadzić niektóre lub wszystkie elementy związane z procesem aborcji. W skład etapów aborcji przeprowadzonej samodzielnie (samoobsługi aborcyjnej) wchodzi: autokwalifikacja do aborcji, samodzielne podanie leków oraz ocena efektywności i skuteczności procesu. Zazwyczaj samoobsługa aborcyjna powinna obejmować interakcje z przeszkolonymi pracownikami ochrony zdrowia w społeczności lub w placówce opieki zdrowotnej, w tym w aptece.

Osoba sama powinna decydować, którymi aspektami opieki aborcyjnej chce zarządzać samodzielnie, w oparciu o swoją indywidualną sytuację i preferencje. Aborcja przeprowadzona w domu jest równie bezpieczna, i efektywna jak ta z udziałem pracowników ochrony zdrowia. [20]

ROZDZIAŁ 5.

ABORCJA FARMAKOLOGICZNA

Definicja

Stosowanie środków farmakologicznych w celu przerwania ciąży.

Metody aborcji farmakologicznej

Rekomendujemy wykonywanie aborcji farmakologicznej przy użyciu mifepristonu i mizoprostolu lub samego mizoprostolu.

Mifepriston jest zawsze podawany doustnie. Mizoprostol można podawać różnymi drogami, w tym dopochwową, policzkową i podjęzykową.

Tabela 2. Charakterystyka różnych dróg podawania mizoprostolu (za WHO Clinical Handbook for Abortion Care 2023 [2])

Droga podania	Instrukcja	Uwagi
Podpoliczkowa	Tabletki umieszcza się pomiędzy policzkiem a dziąsłem i połyka po 20-30 minutach.	Zwiększona gorączka, dreszcze, biegunka i wymioty w porównaniu z drogą pochwową.
Podjęzykowa	Tabletki umieszcza się pod językiem i połyka po 30 minutach.	Najszybszy początek działania i najwyższe stężenie w osoczu.
Dopochwowa	Tabletki umieszcza się w sklepieniach pochwy i zaleca się położenie się na 30 minut.	Mogą być widoczne fragmenty pigułek. Najniższy odsetek krótkotrwałych skutków ubocznych

Rycina 1. Metody podawania mizoprostolu (za WHO Clinical Handbook for Abortion Care 2023 [2])



podpoliczkowo



podjęzykowo

Należy w sposób opisany powyżej zażyć leki celem rozpoczęcia aborcji farmakologicznej (lub przekazać je z jasnymi instrukcjami).

Należy omówić zakres bólu i krwawienia związanego z procesem aborcji. Wyjaśnienie możliwości ciężkiego krwawienia ze skrzepami, przejścia tkanki ciążowej i bólu, który u niektórych osób może być znacznie silniejszy niż normalne skurcze menstruacyjne.

Należy zapewnić wszystkim osobom dostęp do informacji, leków przeciwbólowych i usług wspierających skuteczne zarządzanie procesem aborcji oraz zajęcie się częstymi krótkotrwałymi skutkami ubocznymi leków (patrz tabela 3), a także informacje o tym, gdzie szukać pomocy w przypadku jakichkolwiek powikłań, które mogą się pojawić (patrz poniżej).

Większość aborcji farmakologicznych przebiega w sposób bezpieczny i nie wymaga kontroli medycznej, a badania pokazują, że osoby są w stanie samodzielnie przerwać ciążę i ocenić, czy pomoc medyczna jest im potrzebna. [21-23]

Bardzo ważne jest, aby osoba w ciąży wiedziała, że powinna zwrócić się o pomoc lekarską w następujących przypadkach:

- długotrwałe lub obfite krwawienie (zużywanie więcej niż dwóch dużych podpasek na godzinę przez dwie kolejne godziny);
- gorączka utrzymująca się dłużej niż 24 godziny po przyjęciu ostatniej dawki mizoprostolu;
- ogólne złe samopoczucie po ponad 24 godzinach od podania mizoprostolu.

Gorączka/dreszcze mogą być częstym krótkotrwałym skutkiem ubocznym powtarzanych dawek mizoprostolu; podanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych (np. ibuprofenu), bądź paracetamolu zmniejszy dyskomfort w takich przypadkach. Należy ocenić gorączkę jeśli utrzymuje się dłużej niż 24 godziny po przyjęciu ostatniej dawki mizoprostolu.

Należy ocenić silny, utrzymujący się ból, nie reagujący na leczenie zachowawcze, w celu wykluczenia ciąży ektopowej.



Tabela 3. Krótkotrwałe skutki uboczne lub powikłania aborcji farmakologicznej i ich leczenie (za WHO Clinical Handbook for Abortion Care 2023 [2])

Efekty i powikłania	Leczenie
Ból	Należy podać leki przeciwbólowe takie jak niesteroidowe leki przeciwzapalne (np. ibuprofen), bądź paracetamol. W razie potrzeby dodawać leki według drabiny analgetycznej.
Krwawienie	Jeżeli istnieją dowody na zaburzenia hemodynamiczne, należy rozpocząć podawanie płynów dożylnych i wdrożyć postępowanie resuscytacyjne. Postępowanie w przypadku krwotoku po aborcji opisano w Rozdziale 7.
Gorączka / dreszcze (częsty efekt uboczny powtarzanych dawek mizoprostolu)	Leki przeciwgorączkowe, takie jak paracetamol lub ibuprofen, stosowane w celu zmniejszenia dyskomfortu. Jeśli gorączka utrzymuje się dłużej niż 24 godziny po przyjęciu ostatniej dawki mizoprostolu, uzasadniona jest dalsza diagnostyka.
Nudności i wymioty	Jest to objaw krótkotrwały i samoograniczający się. W razie potrzeby - należy rozważyć podanie leków przeciwwymiotnych.
Biegunka	Jest to objaw krótkotrwały i samoograniczający się. W razie potrzeby podać leków przeciwbiegunkowych oraz prawidłowe nawodnienie.
PID (ang. Pelvic Inflammatory Disease - zapalenie miednicy mniejszej)	W przypadku podejrzenia infekcji należy przeprowadzić badanie fizykalne. W przypadku potwierdzenia zakażenia należy podać antybiotyki i rozważyć opróżnienie jamy macicy metodą aspiracji próżniowej. Pełne postępowanie w przypadku infekcji po aborcji opisano w Rozdziale 7.

PROPONOWANY PROTOKÓŁ ABORCJI FARMAKOLOGICZNEJ

W ramach aborcji farmakologicznej dostępne są dwa protokoły postępowania z użyciem mifepristonu i mizoprostolu jak i samego mizoprostolu. Jeśli dostępny jest mifepriston zaleca się jego zastosowanie 24-48 godzin przed podaniem mizoprostolu. W razie braku mifepristonu dawkowanie mizoprostolu w protokole pozostaje takie samo.

W tab. 4 zamieszczono dawkowanie wg protokołów FIGO [24].



Tabela 4. Rekomendowane dawkowanie mifepristonu i mizoprostolu¹ w aborcji farmakologicznej za FIGO 2023 (wersja uproszczona)

Protokół	Przed 12 tyg. ciąży	13-24 tyd. ciąży	25-27 tyd. ciąży	≥28 tyd. ciąży	Po porodzie
Protokół kombinowany: mifepriston (jeśli jest dostępny) + mizoprostol	Mifepriston 200 mg doustnie, odczekaj 1-2 dni, a następnie Mizoprostol 800 µg co 3 godziny BU/SL/PV	Mifepriston 200 mg doustnie odczekaj 1-2 dni, a następnie Mizoprostol 400 µg co 3 godziny BU/SL/PV	Mifepriston 200 mg doustnie odczekaj 1-2 dni, następnie Mizoprostol 200µg co 4 godziny BU/SL/PV	Mifepriston 200 mg doustnie odczekaj 1-2 dni, a następnie Mizoprostol 50-100µg co 4 godziny PV LUB Mizoprostol 50-100µg co 2 godziny PO	W formie profilaktyki krwotoku poporodowego Mizoprostol 600µg SL x 1
Protokół z samym mizoprostolem	Mizoprostol 800 µg co 3 godziny BU/SL/PV	Mizoprostol 400 µg co 3 godziny BU/SL/PV	Mizoprostol 200µg co 4 godziny BU/SL/PV	Mizoprostol 50-100µg co 4 godziny PV LUB Mizoprostol 50-100µg co 2 godziny PO	

LEGENDA: Podpoliczkowo (BU), Podjęzykowo (SL), Dopochwowo (PV), Doustnie (PO)

¹ W razie niedostępności mifepristonu w schemacie kombinowanym, zastosować schemat wyłącznie z mizoprostolem

Droga podjęzykowa i doustna podania mizoprostolu wiąże się z większą liczbą krótkotrwałych skutków ubocznych.

Należy unikać podawania dopochwowego mizoprostolu, jeśli występuje krwawienie z pochwy.

Mizoprostol jest bezpieczny poniżej 28 tygodnia, nawet po cięciu cesarskim w przeszłości.

Nie zaleca się stosowania mizoprostolu u osób w wieku ciążowym powyżej 28 tygodnia, po wcześniejszym cięciu cesarskim.

Nie ma maksymalnej dawki mizoprostolu. Po przyjęciu 5 dawek, można kontynuować podawanie kolejnych dawek mizoprostolu lub zrobić przerwę przez 12 godzin i rozpocząć proces we wcześniej zalecanym schemacie od nowa.

Rutynowa aspiracja zawartości jamy macicy po aborcji farmakologicznej nie jest wymagana, ani zalecana.

Powtórne dawki mizoprostolu zwiększają skuteczność procesu. Po 24 tygodniu ciąży, należy używać mniejszej dawki mizoprostolu, gdyż macica jest bardziej podatna na działanie prostaglandyn, jak w tabeli 3 według dawkowania FIGO 2023. [25-26]

IMMUNOGLOBULINA ANTY-RHD PRZY ABORCJI FARMAKOLOGICZNEJ

Przed 12 tygodniem ciąży, rutynowe podawanie immunoglobuliny anty-RhD jest niezalecane niezależnie od rodzaju aborcji.

Po 12 tygodniu ciąży zalecane jest standardowe testowanie grupy krwi w kierunku antygeny anty Rh-D i podanie immunoglobuliny anty-RhD osobie RhD-ujemnej, u której nie wykryto przeciwciał anty Rh-D, niezależnie od rodzaju aborcji.

WHO wyjaśnia brak konieczności podawania immunoglobuliny anty-RhD poniżej 12 tygodnia niezależnie od metody faktem, że obecność krwi płodowej u kobiet Rh-ujemnych we wczesnym wieku ciążowym niekoniecznie koreluje z rozwojem alloimmunizacji Rh. Jak sugerują badania kliniczne [27-31] - istnieje więc bardzo niskie ryzyko wytworzenia przeciwciał, jeśli osoba z Rh-ujemną grupą krwi jest narażona na antygen Rh z krwinek płodu poniżej 12 tygodnia, według najnowszych danych klinicznych.

W przypadku aborcji farmakologicznej należy rozważyć podanie immunoglobuliny anty-RhD w momencie podawania mizoprostolu lub w protokołach kombinowanych z mifepristonem i misoprostolem, w momencie podania mifepristonu.

PROFILAKTYKA ANTYBIOTYKOWA PRZY ABORCJI FARMAKOLOGICZNEJ

Nie zaleca się stosowania rutynowej profilaktyki antybiotykowej przy aborcji farmakologicznej.

W przypadku tego zabiegu nie udowodniono jej działania profilaktycznego. Brak jest danych mówiących o jednoznacznej korzyści wynikającej z podawania profilaktyki antybiotykowej podczas farmakologicznej aborcji. W systematycznym przeglądzie 65 badań o heterogenicznym charakterze (prospektywnych, retrospektywnych i randomizowanych) ogólny odsetek zdiagnozowanych lub leczonych infekcji po aborcji farmakologicznej wyniósł 0,9% u ponad 46 000 pacjentek. Stąd jednoznaczne stanowisko WHO - odradza się profilaktyczne stosowanie antybiotyków przy aborcji farmakologicznej. [32-33]

LECZENIE BÓLU PRZY ABORCJI FARMAKOLOGICZNEJ

Rekomendujemy zapewnienie dostępu do środków przeciwbólowych przy każdym rodzaju aborcji. [34-35]

Prawie wszystkie osoby odczuwają ból i skurcze podczas aborcji i po niej. Leczenie bólu jest ważnym elementem opieki i powinno być oferowane rutynowo oraz stosowane w razie potrzeby, również przed aborcją farmakologiczną.

Należy pamiętać, że:

- stopień bólu odczuwany przez poszczególne osoby i ich reakcja na ten ból są bardzo zróżnicowane;
- potrzeba leczenia bólu wzrasta wraz z wiekiem ciąży i czasem potrzebnym do zakończenia aborcji;
- stopień odczuwanego bólu różni się także w zależności od wieku, wcześniejszego porodu drogą pochwową, bolesnego miesiączkowania w wywiadzie oraz poziomu niepokoju/strachu osoby poddawanej aborcji;
- lęk może zwiększyć wrażliwość na ból.

Zasady leczenia bólu:

- należy indywidualnie ocenić potrzeby każdej osoby w zakresie leczenia bólu;
- należy rozważyć zarówno nefarmakologiczne, jak i farmakologiczne metody zmniejszania bólu związanego z aborcją medyczną (patrz Tabela 4);
- należy zwrócić szczególną uwagę na historię choroby danej osoby, alergie i jednoczesne stosowanie leków, które mogą wchodzić w interakcje z dowolnymi dostępnymi środkami przeciwbólowymi lub znieczulającymi, aby zoptymalizować bezpieczne stosowanie leków przeciwbólowych.

Leki przeciwbólowe stosowane celem łagodzenia dolegliwości bólowych:

- I rzut - ibuprofen lub inne niesteroidowe leki przeciwzapalne
- II rzut - paracetamol
- III rzut - inne leki o działaniu przeciwbólowym według drabiny analgetycznej

W przypadku braku efektywności monoterapii należy zaproponować terapię multimodalną oraz inne metody kontroli bólu.

Nie ma uzasadnienia stosowanie drotaweryny zarówno w działaniu przeciwbólowym, jak i skracającym czas do wydalania tkanki płodowej w aborcji z uwagi na brak dowodów naukowych, w tym przeglądów systematycznych, randomizowanych badań klinicznych i metaanaliz.

Ryzyko bólu zwiększa się wraz z zaawansowaniem ciąży, stąd też przeciwbólne leki opioidowe mogą być przydatne w przypadku braku skuteczności powyższych. Można również zastosować znieczulenie zewnątrzoponowe, jeśli jest dostępne (patrz tabela 5).

Tabela 5. Możliwości leczenia bólu w przypadku aborcji farmakologicznej (za WHO Clinical Handbook for Abortion Care 2023 [2])

Niefarmakologiczne	Farmakologiczne
<ul style="list-style-type: none"> • Komunikacja pełna szacunku i nieoceniająca • Werbalne wsparcie • Dokładne wyjaśnienie, czego się spodziewać • Obecność osoby wspierającej, która może pozostać w trakcie procesu (jeśli osoba tego sobie życzy) 	<p>W każdym wieku ciążowym:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analgezja (NLPZ, np. ibuprofen 400–800 mg) • Leki uzupełniające, jeśli są wskazane, w leczeniu ubocznym działanie mizoprostolu (np. loperamid na biegunkę) • Można rozważyć leki przeciwlękowe/leki uspokajające (np. diazepam 5–10 mg) <p>Poniżej 12 tygodnia ciąży:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jeśli NLPZ nie są dostępne lub są przeciwwskazane, w celu złagodzenia bólu można rozważyć zastosowanie paracetamolu. <p>Powyżej 12 tygodnia ciąży:</p> <p>Oprócz NLPZ zaoferuj jeden lub więcej z poniższych:</p> <ul style="list-style-type: none"> • doustne leki opioidowe (w zależności od dostępności, np. kodeina, morfina); • opioidy domięśniowe (IM) lub dożylnie (IV) • Rozważenie leków przeciwwymiotnych i w razie potrzeby znieczulenie zewnątrzoponowe (jeżeli jest dostępne)

Przestrzeganie zalecanych dawek znacznie zmniejsza ryzyko związane z farmakologicznymi metodami leczenia bólu w przypadku aborcji medycznej.

WAŻNE:

Zaniedbania dotyczące leczenia bólu zwiększają niepokój, dyskomfort i poważnie pogarszają jakość opieki nad osobą po zabiegu. Odmowa leczenia bólu jest pogwałceniem praw człowieka i przejawem przemocy ginekologiczno-położniczej. [36]

DOSTĘPNOŚĆ PREPARATÓW MEDYCZNYCH PRZEZNACZONYCH DO ABORCJI FARMAKOLOGICZNEJ

Protokół kombinowany z mifepristonem i mizoprostolem jest najszerzej rekomendowanym postępowaniem aborcji farmakologicznej [1]. Obie substancje ujęte zostały w Liście Leków Podstawowych Światowej Organizacji Zdrowia [1], co klasyfikuje je jako leki odpowiadające na podstawowe potrzeby zdrowia publicznego.

Mimo to, w Polsce dopuszczony do obrotu został wyłącznie mizoprostol (Urzędowy Wykaz Produktów Leczniczych 2022) [37].

Co więcej, jest on stosowany w terminacji ciąży poza wskazaniami z charakterystyki produktu leczniczego. Mizoprostol jest stosowany przede wszystkim jako substancja pomocnicza w zapobieganiu owrzodzeniom żołądka i dwunastnicy powstałym w trakcie leczenia niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi. Zastosowania ginekologiczne mizoprostolu w przerywaniu ciąży, jak i leczeniu krwotoku poporodowego nie zostały uwzględnione w polskiej klasyfikacji leków.

W przebiegu aborcji farmakologicznej na świecie, podanie mifepristonu jest krokiem standardowym i bezpiecznym. Mimo to, substancja nie została w ogóle dopuszczona w Polsce do obrotu i jest dostępna w imporcie docelowym.

Mizoprostol jest rekomendowany jako samodzielna metoda aborcji farmakologicznej. [38] Według Światowej Organizacji Zdrowia protokół jednoskładnikowy cechuje się niewiele niższą skutecznością, i jest również metodą rekomendowaną.

ROZDZIAŁ 6. _____

ABORCJA CHIRURGICZNA

DEFINICJA

Stosowanie procedur przeszzyjkowych w celu przerwania ciąży, w tym odsysania próżniowego jamy macicy oraz rozszerzenia szyjki macicy i ewakuacji zawartości jamy macicy (ang. dilatation and evacuation - D&E).

METODY ABORCJI CHIRURGICZNEJ

Aborcja chirurgiczna przed 14 tygodniem ciąży

Rekomendujemy wykonywanie aborcji chirurgicznej przed 14 tygodniem ciąży metodą aspiracji próżniowej.

Aborcja chirurgiczna po 14 tygodniu ciąży

Rekomendujemy wykonywanie aborcji chirurgicznej po 14 tygodniu ciąży metodą próżniową i/lub metodą rozszerzenia szyjki macicy i ewakuacji jamy macicy (dilatation and evacuation).

Tabela 6. Metody aborcji chirurgicznej
(za WHO Clinical Handbook for Abortion Care 2023 [2])

Poniżej 14 tc	Poniżej 14 tc
Aspiracja próżniowa jamy macicy <ul style="list-style-type: none"> • ręczna aspiracja próżniowa • elektryczna aspiracja próżniowa 	Aspiracja próżniowa jamy macicy i/lub Metoda rozszerzenia szyjki macicy i ewakuacji jamy macicy (dilatation and evacuation)

Aspiracja próżniowa polega na ewakuacji zawartości macicy przez plastikową lub metalową kaniulę podłączoną do źródła podciśnienia.

Elektryczna aspiracja próżniowa (ang. EVA - electric vacuum aspiration) wykorzystuje elektryczną pompę próżniową. W przypadku ręcznej **aspiracji próżniowej (ang. MVA - Manual Vacuum Aspiration)** podciśnienie jest wytwarzane za pomocą ręcznego, uruchamianego ręcznie, plastikowego aspiratora o pojemności 60 ml (zwanego również strzykawką).

Aspiratory MVA obsługują kaniule o średnicy 4–12 mm.

Rurki ssące do EVA można stosować z kaniulami o średnicy do 16 mm, co pozwala na aspirację próżniową **do 15–16 tygodnia ciąży** lub w przypadkach krwotoku po aborcji z rozszerzoną uprzednio szyjką macicy, gdzie do wytworzenia skutecznego podciśnienia wymagane są kaniule o większym rozmiarze.

Rozszerzenie szyjki macicy i ewakuacja jamy macicy (D&E) to technika chirurgiczna stosowana w aborcji **po 12–14 tygodniu ciąży**, w przypadku której potrzebne są wykwalifikowani i doświadczeni osoby pracownicy ochrony zdrowia. D&E wymaga przygotowania szyjki macicy za pomocą rozszerzaczy osmotycznych i/lub środków farmakologicznych, oraz w razie potrzeby rozszerzaczy Hegara, a następnie ewakuacji zawartości jamy macicy przede wszystkim za pomocą kleszczyków Bierera (Wintera) i zastosowania aspiracji próżniowej w celu usunięcia wszelkiej pozostałej krwi lub tkanek z jamy macicy.

W przypadku aborcji **po 20 tygodniu ciąży** należy rozważyć indukcję asystolii płodu przed aborcją chirurgiczną przy udziale chlorku potasu (dosercowo), digoksyny (doowodniowo lub dopłodowo) lub lignokainy (dosercowo lub dokłatkowo). [39-41]

ODSTĄPIENIE OD ŁYŻECZKOWANIA JAMY MACICY JAKO METODY ABORCJI

Według Światowej Organizacji Zdrowia metoda łyżeczowania jamy macicy (ang. dilatation and curettage - D&C) jest przedawnioną i zdecydowanie mniej bezpieczną metodą aborcji chirurgicznej, która powinna być zastąpiona metodą aspiracji jamy macicy. W przeglądach systematycznych porównujących metody łyżeczowania jamy macicy do aspiracji próżniowej, manualna metoda próżniowa związana jest ze statystycznie mniejszym ryzykiem krwawienia i bólu u osoby w ciąży, jak również ze skróceniem czasu trwania zabiegu w porównaniu do łyżeczowania jamy macicy. Częstotliwość powikłań pozabiegowych po procedurze łyżeczowania jamy macicy oceniono na 6 razy większą w stosunku do ręcznej metody próżniowej (MVA). [42-48]

Metoda aspiracji próżniowej charakteryzuje się brakiem wpływu na później następujące zaburzenia wzrastania endometrium. Wynika to z faktu stosowania narzędzi nie naruszających warstwy podstawnej błony śluzowej jamy macicy. Jest zatem metodą uważaną za bezpieczną oraz mającą wpływ protekcyjny na endometrium. WHO nie zaleca stosowania metody łyżeczowania jamy macicy celem wykonywania aborcji chirurgicznej z uwagi na ryzyko powikłań takich jak zespół Ashermana (zespół objawów polegający na powstaniu bliznowatych zrostów w jamie macicy zamykające częściowo lub całkowicie światło narządu [49]) czy adenomioza (schorzenie wywołane ektopową lokalizacją błony śluzowej macicy w mięśniu macicy [49]), związane z mechanicznym uszkodzeniem endometrium. Porównując powikłanie medyczne jakim jest występowanie zespołu Ashermana: zaobserwowano je u 6 na 483 (1,2%) pacjentek poddanych metodzie D&C w porównaniu z brakiem przypadków tego schorzenia w grupie pacjentek poddanych metodzie MVA. [42-48]

Podsumowując, według światowych standardów, w żadnym przypadku nie jest rekomendowane wykonywanie aborcji chirurgicznej metodą łyżeczowania jamy macicy przy użyciu łyżki położniczej. Nie jest również zalecane używanie ostrej łyżki położniczej celem sprawdzenia skuteczności aborcji wykonanej innym sposobem (tj. metodą próżniową czy farmakologiczną). [42-48]

ODSTĄPIENIE OD HISTEROTOMII JAKO METODY ABORCJI

Histerotomia nie ma zastosowania we współczesnej praktyce aborcyjnej, ponieważ powikłania, chorobowość, śmiertelność i koszty są znacznie wyższe niż w przypadku D&E lub farmakologicznych metod aborcji. Histerotomia i histerektomia (usunięcie macicy) nie powinny być stosowane, z wyjątkiem przypadków, które uzasadniają operację niezależnie od samej procedury aborcji. [50-51]

IMMUNOGLOBULINA ANTY-RHD PRZY ABORCJI CHIRURGICZNEJ

Przed 12 tygodniem ciąży, rutynowe podawanie immunoglobuliny anty-RhD jest niezalecane niezależnie od rodzaju aborcji. [1; 27-31; 52-53]

Po 12 tygodniu ciąży zalecane jest standardowe testowanie grupy krwi w kierunku antygeny anty Rh-D i podanie immunoglobuliny anty-RhD osobie RhD-ujemnej, u której nie wykryto przeciwciał anty Rh-D, niezależnie od rodzaju aborcji.

WHO wyjaśnia brak konieczności podawania immunoglobuliny anty-RhD poniżej 12 tygodnia niezależnie od metody faktem, że obecność krwi płodowej u kobiet Rh-ujemnych we wczesnym wieku ciążowym niekoniecznie koreluje z rozwojem alloimmunizacji Rh. Jak sugerują badania kliniczne [27-31; 52-53] - istnieje więc bardzo niskie ryzyko wytworzenia przeciwciał, jeśli osoba z Rh-ujemną grupą krwi jest narażona na antygen Rh z krwinek płodu poniżej 12 tygodnia, według najnowszych danych klinicznych. Immunoglobulina anty-RhD powinna być podana w ciągu 72 godzin od zabiegu aborcji chirurgicznej.

PROFILAKTYKA ANTYBIOTYKOWA PRZY ABORCJI CHIRURGICZNEJ

Rekomendujemy stosowanie profilaktyki antybiotykowej przy aborcji chirurgicznej.

Profilaktyka antybiotykowa jest istotna w przypadku aborcji chirurgicznej. Obecność infekcji w dolnych drogach rodnych w czasie procedury jest czynnikiem ryzyka zakażenia miednicy mniejszej po aborcji. Podanie antybiotyków w okresie okołozabiegowym (profilaktyka) ma na celu zapobieganie takim powikłaniom.

Na świecie funkcjonują zaproponowane odgórnie algorytmy dotyczące antybiotykoterapii. WHO w przypadku aborcji chirurgicznej zaleca podawać pojedyncze dawki nitroimidazoli, tetracyklin lub penicylin. RCOG rekomenduje podawać nitroimidazole (np. metronidazol), tetracykliny (np. doksycyklinę) lub penicyliny, jako antybiotyki, których skuteczność została udowodniona. Proponują następujący przykład tej farmakoterapii: doustne podanie doksycykliny 100 mg dwa razy dziennie przez 3 do 7 dni, rozpoczynając w ciągu 2 godzin przed zabiegiem (istnieją dowody na to, że 3-dniowy kurs jest równie skuteczny jak 7-dniowy). ACOG natomiast zaleca podawanie pojedynczej dawki 200 mg doksycykliny 1 godzinę przed planowanym zabiegiem. [54]

Szczegółowy algorytm profilaktyki antybiotykowej powinien zostać ustalony przez jednostkę, w której wykonywana jest procedura i powinien być on oparty o wiedzę na temat najczęściej występujących lokalnie drobnoustrojów oraz antybiotykooporności według polityki antybiotykowej szpitala w zabiegach z instrumentacją szyjki i jamy macicy. [55]

LECZENIE BÓLU PRZY ABORCJI CHIRURGICZNEJ

Rekomendujemy zapewnienie dostępu do środków przeciwbólowych przy każdym rodzaju aborcji. [1; 35-36]

Aborcja może wiązać się z doświadczeniem bólu, a ryzyko jego wystąpienia zwiększa się wraz z wiekiem ciąży. Terapia bólu jest integralną częścią każdego wysokiej jakości procesu terapeutycznego, dlatego powinna być proponowana w przypadku każdej procedury obciążonej tym ryzykiem i wdrażana jeszcze przed wystąpieniem bólu.

Niezależnie od zaawansowania ciąży rekomenduje się zaproponowanie leków przeciwbólowych (np. niesteroidowych leków przeciwzapalnych). Jednocześnie nie zaleca się stosowania rutynowo znieczulenia ogólnego.

W przypadku ciąż poniżej 14 tygodnia rekomendowane jest dodatkowe zastosowanie znieczulenia miejscowego okołoszyjkowego (PCB, paracervical block) i analgosedacji, jeśli jest dostępny anestezjolog.

W celu kontroli bólu przy przygotowaniu szyjki macicy poprzedzającym aborcję chirurgiczną powyżej 14 tygodnia ciąży.

Rekomenduje się użycie PCB. Ponadto można zastosować dodatkowo dopochwowy żel znieczulający.

W przypadku ciąż powyżej 14 tygodnia ciąży:

Rekomenduje się zaproponowanie PCB i analgosedacji, jeśli jest dostępny anestezjolog.



PRZYGOTOWANIE SZYJKI MACICY

Przygotowanie szyjki macicy (*cervical priming*), należy rozważyć u wszystkich osób przed aborcją chirurgiczną, w szczególności w ciąży powyżej 12 tygodnia. [1; 56]

Tabela 7. Przygotowanie szyjki macicy przed aborcją chirurgiczną

Poniżej 12 tygodnia ciąży	Powyżej 12 tygodnia ciąży
Schemat farmakologiczny (patrz poniżej) WHO odradza stosowanie rozszerzaczy osmotycznych do przygotowania szyjki macicy na tym etapie ciąży.	12-19 tyg. ciąży: <ul style="list-style-type: none">• schemat farmakologiczny (patrz poniżej) LUB• schematu kombinowany z rozszerzaczem osmotycznym i schematem farmakologicznym
	≥ 19 tyg. ciąży: schemat kombinowany z rozszerzaczem osmotycznym i schematem farmakologicznym

Sugerowane schematy farmakologiczne:

- Mifepriston 200 mg doustnie 24-48 godzin przed zabiegiem
- Mizoprostol 400 µg podjęzykowo 1-2 godziny przed zabiegiem
- Mizoprostol 400 µg dopochwowo lub policzkowo 2-3 godziny przed zabiegiem

U osób w ciąży **poniżej 12 tygodnia** rekomendujemy użycie schematu farmakologicznego przygotowania szyjki macicy:

- Mizoprostol 400 µg podjęzykowo 1-2 godziny przed zabiegiem – forma preferowana o większej skuteczności
- Mizoprostol 400 µg dopochwowo lub podpoliczkowo 2-3 godziny przed zabiegiem
- Mifepriston 200 mg doustnie 24-48 godzin przed zabiegiem

Nie rekomendujemy używania rozszerzaczy osmotycznych w tej grupie.

W przypadku aborcji chirurgicznej między **12 a 19 tygodniem** zalecamy:

- przygotowanie przy użyciu wyłącznie schematu farmakologicznego (preferowane jest połączenie mizoprostolu z mifepristonem, jeśli dostępny) lub
- schemat kombinowany przy użyciu rozszerzacza osmotycznego (np. Dilapan) i schematu farmakologicznego. Przy użyciu rozszerzacza osmotycznego odstęp pomiędzy primingiem a zabiegiem aborcji nie powinien przekraczać 2 dni.

W przypadku aborcji chirurgicznej w **powyżej 19 tygodnia** ciąży zalecamy schemat kombinowany przy użyciu rozszerzacza osmotycznego i schematu farmakologicznego (mizoprostolu, mifepristonu, jeśli dostępny, lub kombinacji obu).

Przygotowanie szyjki macicy ma jednak wady, w tym dodatkowy dyskomfort dla osoby w ciąży oraz dodatkowe koszty i czas wymagany do jego skutecznego zastosowania.

W przypadku osób, które miały zabieg aborcji chirurgicznej wymagającej przygotowania szyjki macicy, mogą one również odegrać aktywną rolę w samodzielnym wykonaniu przygotowania szyjki macicy w domu, jeśli zostanie to przeprowadzone przy udziale leków.

STOSOWANIE CEWNIKA FOLEYA W CELU PRIMINGU SZYJKOWEGO

WHO, RCOG i inne organizacje w swoich wytycznych aborcyjnych nie rekomendują rutynowego i szerokiego zastosowania cewnika Foleya zarówno w przypadku przygotowania szyjki macicy do aborcji chirurgicznej, jak i przed aborcją farmakologiczną w drugim i trzecim trymestrze ciąży. [1; 57-59]

Istnieją prace [60-61] sugerujące jego zastosowanie i efektywność w przygotowaniu szyjki do aborcji chirurgicznej i przed aborcją farmakologiczną w drugim i trzecim trymestrze ciąży. Prace te odnoszą się głównie do krajów rozwijających się w których systemy ochrony zdrowia są wysoko niedofinansowane. Brak jest jednak szerokich przeglądów systematycznych, metaanaliz i badań klinicznych badających akceptowalność i skuteczność tej metody, dlatego też nie jest ona standardowo zalecana.

ROZDZIAŁ 7. PO ABORCJI

Aborcja przeprowadzona zgodnie z rekomendacjami jest zabiegiem bezpiecznym w którym komplikacje występują stosunkowo rzadko. Najczęstszymi powikłaniami są niekompletna aborcja, krwotok po aborcji i infekcja po aborcji. Proponowane postępowanie przy wybranych komplikacjach przedstawiono poniżej.

NIEKOMPLETNA ABORCJA

Niekompletna aborcja to stan, w którym tkanki ciążowe nie zostały wydalone z macicy, lub wydalone tkanki nie odpowiadają długości ciąży. Symptomami niecałkowitej aborcji są przedłużające się lub obfite krwawienie i ból brzucha.

Decyzja o postępowaniu w przypadku niekompletnej aborcji powinna opierać się na indywidualnych preferencjach i stanie klinicznym osoby w po aborcji.

Dostępne są trzy opcje postępowania - postępowanie wyczekujące, postępowanie farmakologiczne, oraz postępowanie chirurgiczne.

Postępowanie wyczekujące

Oznacza to postępowanie bez interwencji farmakologicznej czy chirurgicznej i oczekiwanie na ustanie krwawienia. Metoda ta może mieć podobną efektywność jak metoda farmakologiczna poniżej 14 tygodnia ciąży. Powyżej 14 tygodnia zalecane jest leczenie farmakologiczne lub chirurgiczne (patrz poniżej).

Osoba w ciąży powinna być poinformowana, że postawa oczekująca oznacza dłuższy czas całej procedury, w tym opróżnienia się całkowitego jamy macicy i może zakończyć się niepowodzeniem, a zatem następową koniecznością leczenia farmakologicznego lub chirurgicznego. [62-64]

Postępowanie farmakologiczne

Postępowanie farmakologiczne w przypadku niekompletnej aborcji zakłada podanie misoprostolu w schematach jak poniżej według protokołu FIGO 2023.

Tabela 8. Schemat postępowania farmakologicznego w przypadku niekompletnej aborcji (za FIGO 2023)

Poniżej 14 tc	Poniżej 14 tc
mizoprostol jednorazowo 600 µg PO /400 µg SL / 800µg BU	mizoprostol 400 µg co 3 godziny BU/SL

LEGENDA: Podpoliczkowo (BU), Podjęzykowo (SL), Doustnie (PO)

Mizoprostol można powtarzać w określonych odstępach czasu, jeśli jest to konieczne, aby proces aborcji zakończył się sukcesem. Wytyczne WHO nie wskazują maksymalnej liczby dawek mizoprostolu. Osoby pracujące w ochronie zdrowia powinny zachować ostrożność i dokonać oceny klinicznej w celu ustalenia maksymalnej liczby dawek mizoprostolu u osób w ciąży, po wcześniejszej histerotomii.

Ten sam protokół stosuje się przy poronieniu zatrzymanym. [1]

Postępowanie chirurgiczne

Postępowanie chirurgiczne w przypadku niecałkowitej aborcji, gdy rozmiar macicy jest mniejszy po zabiegu jest mniejszy niż 14 tygodni, obejmuje rozpoznanie stanu, ocenę wielkości macicy, procedurę aspiracji próżniowej i leczenie bólu.

Wybór opcji leczenia powinien być motywowany sytuacją kliniczną oraz preferencjami osoby w ciąży. [1]

INFEKCJA PO ABORCJI

Infekcje po zabiegu aborcji są rzadkim powikłaniem w przypadku stosowania profilaktyki antybiotykowej. Mniej niż 2% osób wymagało leczenia z powodu infekcji. [64]

Typowe oznaki i objawy infekcji obejmują:

- gorączka lub dreszcze;
- cuchnąca wydzielina z pochwy lub szyjki macicy;
- ból brzucha lub miednicy;
- długotrwałe krwawienie lub plamienie z pochwy;
- tkliwość macicy.

W przypadku wystąpienia podejrzenia infekcji poaborcyjnej narządów miednicy mniejszej u osób stabilnych hemodynamicznie należy wdrożyć antybiotykoterapię o szerokim spektrum według schematu postępowania zgodnym z polityką antybiotykową szpitala.

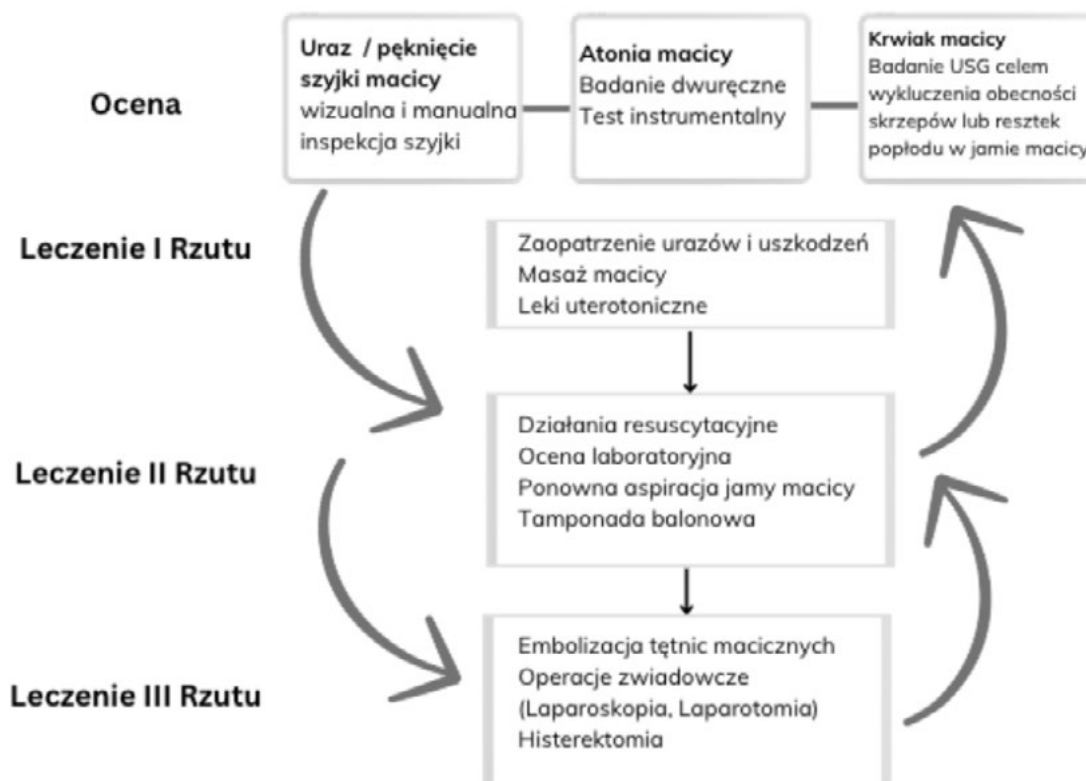
Osoby z infekcją wymagają leczenia antybiotykami. Jeśli w macicy stwierdza się zatrzymaną tkankę i istnieje podejrzenie, że jest ona przyczyną zakażenia, należy ewakuować zawartość jamy macicy przy użyciu aspiracji próżniowej. Osoby pracujące w ochronie zdrowia nie powinny czekać do zakończenia podawania dawki antybiotyków przed ewakuacją zatrzymanej tkanki w macicy u pacjentek niestabilnych klinicznie. Osoby z ciężkimi infekcjami mogą wymagać hospitalizacji.

KRWOTOK PO ABORCJI

Krwotok po aborcji jest rzadkim powikłaniem, występującym w mniej niż 1% aborcji, ale jego konsekwencje są poważne w skutkach. Krwotok może wynikać z zatrzymania tkanki, atonii macicy, urazu lub uszkodzenia szyjki macicy, koagulopatii lub, rzadko, perforacji lub pęknięcia macicy.

Zalecenia w odniesieniu do postępowania w krwotokach po aborcji wydane przez American Society for Family Planning [65] zaleca przedoperacyjną identyfikację osób z grupy wysokiego ryzyka krwotoku oraz opracowanie systemowego podejścia do leczenia. W szczególności osoby z blizną macicy i całkowitym łożyskiem przodującym, które potrzebują aborcji po pierwszym trymestrze ciąży, powinny zostać zbadane pod kątem występowania spektrum łożyska przyrośniętego. W przypadku osób z grupy wysokiego ryzyka krwotoku należy rozważyć skierowanie do ośrodka o wyższej referencyjności.

Rycina 2. Schemat postępowania w krwotoku po aborcji
(za American Society of Family Planning 2024 [65])



Właściwe leczenie krwotoku, zależnie od jego przyczyny i nasilenia, obejmuje:

- resuscytację (w tym zastosowanie tlenoterapii i płynów dożylnych zgodnie ze wskazaniami)
- dokładne badanie przedmiotowe celem wykluczenia uszkodzeń szyjki macicy lub pochwy
- rozważenie ponownej ewakuacji zawartości jamy macicy za pomocą aspiracji próżniowej (nigdy nie przy pomocy łyżeczowania jamy macicy przy użyciu łyżki położniczej z uwagi na większe ryzyko krwawienia i większej utraty krwi przy zabiegu)
- energiczny masaż macicy lub ucisk dwuręczny macicy (chwyt Hamiltona)
- podawanie leków uterotonicznych (obkurczających macicę)
- ucisk macicy za pomocą tamponady balonowej (dużego cewnika balonowego Foleya lub balonu Bakri)
- transfuzję krwi, jeśli wskazana
- podanie czynników krzepnięcia, jeśli wskazane
- operację zwiadowczą (laparoscopia lub laparotomia) z naprawą lub w przypadku wyczerpania wszystkich opcji leczniczych - pilną histerektomię

Ze względu na małą częstość występowania krwotoków przy zastosowaniu aspiracji próżniowej leki uterotoniczne nie są rutynowo potrzebne. Dowody potwierdzają jednak zalety stosowania oksytocyny w profilaktyce krwawień po aborcji chirurgicznej metodą rozszerzenia szyjki macicy i ewakuacji jamy macicy (D&E). [66]

Profilaktyka przy użyciu preparatów alkaloidów sporyszu — w tym ergometryny i metylergometryny (meterginy) wiąże się jednak z większym krwawieniem (a nie niższym jak przypuszczano) w czasie procedury D&E. Należy również uważać na stosowanie meterginy u osób z nadciśnieniem tętniczym z uwagi na działanie skurczowe na obwodowe naczynia krwionośne. [67]

Tabela 9. Leki uterotoniczne w krwotoku po aborcyjnym
(za Ipas 2022 [68])

Lek	Dawkowanie
Metylergonowina (metergina)	0.2mg domięśniowo lub doszyjkowo; może być powtarzane co 2-4h. Unikać u osób z nadciśnieniem tętniczym.
Mizoprostol	800mcg podjęzykowo lub podpoliczkowo
Oksytocyna	10-40 jednostek na 500-1000ml płynu dożylnie lub 10 jednostek domięśniowo

INNE POWIKŁANIA PO ABORCJI

Inne powikłania po aborcji oprócz wyżej wymienionych obejmują perforację macicy po instrumentacji jamy macicy, pęknięcie macicy, czy powikłania związane ze znieczuleniem czy metodą leczenia bólu.

Pęknięcie macicy to rzadkie powikłanie aborcji niezależnie od metody, które wiąże się z zaawansowanym wiekiem ciążowym, obecnością blizny macicy po wcześniejszej histerotomii, ale zgłaszano także przypadki pęknięcia macicy u osób bez tych czynników ryzyka. W jednej z metaanaliz oceniono ryzyko pęknięcia macicy u osób po przebytych cięciu cesarskim przy aborcji wywołanej mizoprostolem w drugim trymestrze na 0,28%. [25]

Można więc wnioskować, że ryzyko wystąpienia powyższych poważnych powikłań jest zjawiskiem stosunkowo rzadkim. W ujęciu klinicznym nie stanowi ono przeciwwskazania do aborcji farmakologicznej przy użyciu mizoprostolu.

KOMPLEKSOWA OPIEKA Z ZAKRESU ZDROWIA SEKSUALNEGO I REPRODUKCYJNEGO

W ramach kompleksowej opieki poaborcyjnej rekomendujemy oferowanie pełnej opieki z zakresu zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego na życzenie osoby w ciąży. [1]

Rekomendujemy oferowanie pacjentkom antykoncepcji w czasie poradnictwa aborcyjnego i przedstawianie im opcji antykoncepcyjnych na ich życzenie. Wszystkie hormonalne i wewnątrzmaciczne metody antykoncepcji można rozpocząć w momencie aborcji chirurgicznej.

Zarówno po aborcji chirurgicznej lub farmakologicznej można natychmiast rozpocząć stosowanie następujących metod antykoncepcji:

- złożone hormonalne środki antykoncepcyjne,
- środki antykoncepcyjne zawierające wyłącznie progesteron (ang. progesteron- only contraception - POC),
- metody barierowe (prezerwatywy, środki plemnikobójcze).

Wkładki wewnątrzmaciczne (zarówno hormonalne jak i miedziane) mogą być zakładane bezpośrednio po aborcji chirurgicznej lub farmakologicznej w pierwszym i drugim trymestrze ciąży, ale ich założenie powinno być odroczone, kiedy doszło do infekcji po zabiegu.

Założenie wkładki domacicznej lub implantu podskórnego w momencie aborcji jest wygodne i wysoce akceptowalne przez osoby korzystające z powyższych metod. Wiąże się to z wysokimi wskaźnikami kontynuacji tej metody i mniejszym ryzykiem kolejnej nieplanowanej ciąży niż w przypadku opóźnionego założenia wkładki wewnątrzmacicznej. Przegląd Cochrane wykazał, że osoby częściej kontynuowały stosowanie wkładki wewnątrzmacicznej po 6 miesiącach od aborcji chirurgicznej, jeśli została założona w czasie zabiegu, a nie po umówieniu się na wizytę kilka tygodni później.

Osoby chcące rozpocząć stosowanie antykoncepcji po aborcji farmakologicznej mogą rozpocząć stosowanie antykoncepcji hormonalnej (tabletki, plastra, pierścienia, implantu lub iniekcji) zaraz po pierwszej dawce mizoprostolu lub mifepristonu.

Osoby chcące założyć wkładkę wewnątrzmaciczną po aborcji farmakologicznej powinny zrobić to po potwierdzeniu pełnego zakończenia procedury.

Poradnictwo poaborcyjne jest też dobrym momentem na udzielenie informacji w zakresie profilaktyki i leczenia infekcji przenoszonych drogą płciową.

ROZDZIAŁ 8.

REKOMENDACJE PRAWNE

W związku z realiami praktyk społecznych i legislacji na całym świecie, przerywanie ciąży stanowi temat wykraczający daleko poza aspekt kliniczny. Aborcja często regulowana jest osobnymi ustawami, w niektórych przypadkach (w tym w Polsce) uwzględnia się ją także w Kodeksie Karnym. Sama zmiana postępowania klinicznego nie odpowie na szersze potrzeby społeczne.

Umożliwienie świadczenia najwyższej jakości opieki medycznej będzie trudne bez wprowadzenia stosownych zmian systemowych i prawnych. W trosce o przekrojowość i dbałość o faktyczne zastosowanie zaleceń niniejszej publikacji, zawarte w niej zostały także rekomendowane rozwiązania prawne i systemowe. Zostały one zaprojektowane w sposób zgodny z rekomendacjami wiodących instytucji specjalizujących się w zagadnieniach medycyny i zdrowia publicznego. Przedstawione poniżej rekomendacje pozakliniczne m.in. podniosą jakość kształcenia młodych medyków, odciążą systemy sprawiedliwości i ochrony zdrowia, oraz poprawią jakość opieki świadczonej w placówkach medycznych.

DEKRYMINALIZACJA ABORCJI

Rekomendujemy pełną dekryminalizację aborcji.

Kryminalizacja aborcji to obwarowanie sankcją karną czynności związanych z przerywaniem ciąży oraz zachowań prowadzących do utraty ciąży, uszkodzenia lub rozstroju zdrowia płodu.

W aktualnym stanie prawnym kryminalizacja aborcji uwzględniona jest w szczególności w kodeksie karnym, zwanym dalej w skrócie k.k.

Art. 152 k.k. przewiduje odpowiedzialność karną za przerwanie cudzej ciąży z naruszeniem przepisów ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz za udzielenie osobie ciężarnej pomocy w przerywaniu ciąży z naruszeniem przepisów tej ustawy lub nakłanianie jej do tego. Przepis ten zakłada aborcję za zgodą osoby w ciąży. Do aborcji bez zgody osoby w ciąży odnosi się bowiem art. 153 k.k.

Polskie regulacje przewidują również odpowiedzialność karną za uszkodzenie ciała dziecka poczętego lub rozstrój zdrowia zagrażający jego życiu (art. 157a k.k.).

W przypadku aborcji farmakologicznej zastosowanie mogą mieć również przepisy karne przewidziane w ustawie z dnia 6 stycznia 2001 r. Prawo farmaceutyczne, w szczególności art. 124 i art. 125 tej ustawy.

W przypadku kryminalizacji aborcji odpowiedzialność karna dotyczy jednak tylko osób trzecich - osoba w ciąży, która przerywa własną ciążę z naruszeniem przepisów ustawy, w żaden sposób nie odpowiada za to karnie. Mimo tego w praktyce kryminalizacja aborcji uderza również w nie, ograniczając ich dostęp do pomocy medycznej, a niekiedy nawet do zabiegów ratujących życie. Aktualny stan prawny wywołuje bowiem w praktyce silny efekt mrozący, oddziałujący na lekarzy i personel medyczny. Strach przed ewentualną odpowiedzialnością karną negatywnie wpływa na zakres świadczonej pomocy medycznej. Czasami prowadzi to nawet do zaprzestania lub zwlekania z udzieleniem pomocy osobie w ciąży, co może skutkować jej śmiercią. Dotychczas w Polsce wystąpiło co najmniej kilkanaście takich sytuacji.

Do tzw. „efektu mrozącego”, wywołanego kryminalizacją aborcji, odniósł się Europejski Trybunał Praw Człowieka w sprawie R.R. przeciwko Polsce [69], która dotyczyła braku dostępu do aborcji. Trybunał stwierdził wówczas, że „restrykcje prawne dotyczące aborcji w Polsce, łącznie z zagrożeniem odpowiedzialności karnej z art. 152 § 1 Kodeksu karnego, mogą powodować u lekarzy tzw. efekt mrozący podczas decydowania o tym, czy przesłanki do legalnej aborcji są w danym przypadku spełnione”.

„Efekt mrozący” prowadzi do odmawiania wykonywania nawet legalnych aborcji lub dążenia do tego, by ich w ogóle nie wykonywać (np. poprzez sztuczne przedłużanie procedur diagnostycznych lub administracyjnych). Powoduje także powstrzymywanie się od podejmowania czynności diagnostycznych lub ratunkowych wobec osoby w ciąży, byleby tylko uniknąć ewentualnych zarzutów karnych bądź jakichkolwiek podejrzeń o popełnienie czynu zabronionego.

Istnienie kontratypu w postaci działań leczniczych, koniecznych dla uchylenia niebezpieczeństwa grożącego zdrowiu lub życiu osoby ciężarnej albo płodu, nie jest wystarczające z uwagi na obawę personelu lekarskiego o niekorzystną dla nich interpretację stanu faktycznego sprawy przez organy ścigania. Personel medyczny obawia się także utraty reputacji i napiętnowania poprzez wywołanie wokół nich skojarzeń z przestępczością. Samo ryzyko wszczęcia przeciwko nim postępowania karnego powoduje więc u nich strach, który w praktyce skutkuje unikaniem jakichkolwiek działań mogących potencjalnie zaszkodzić ciąży.

Opisana wyżej sytuacja prowadzi do narażenia zdrowia i życia osób w ciąży, sprawia, że ich prawo do skorzystania z gwarantowanego ustawą świadczenia w postaci przerwania ciąży staje się iluzoryczne oraz utrudnia lub wręcz uniemożliwia szukanie opieki aborcyjnej i poaborcyjnej w ramach systemu opieki zdrowotnej.

Odnotowania wymaga także fakt, że efekt mroźący może ograniczać także działania personelu medycznego podejmowane wobec płodu, w celu ochrony jego zdrowia lub życia. Lekarze i lekarki boją się bowiem wykonywania szczegółowej diagnostyki prenatalnej, a tym samym uniemożliwiają szybką diagnozę i podjęcie za zgodą osoby w ciąży zabiegów ratujących płód.

Istotne jest w tym zakresie również to, że kryminalizacja aborcji zmniejsza dostępność bezpiecznych metod przerywania ciąży oraz liczbę podmiotów dystrybuujących środki do aborcji farmakologicznej. Limituje także możliwość odbycia konsultacji z personelem lekarskim lub osobą trzecią przed podjęciem decyzji o przerwaniu ciąży. Powoduje to również wstrzymywanie się z szukaniem pomocy medycznej lub konsultacji w trakcie lub po aborcji, w tym w razie wystąpienia wątpliwości, komplikacji lub dolegliwości bólowych, co może prowadzić do narażenia zdrowia osoby przerywającej ciążę.

Warto wskazać, że w przypadku prowadzenia postępowania karnego osoba w ciąży zyskuje status świadka, z czym wiążą się określone w przepisach obowiązki. Poza tym jest ona w tym przypadku narażona na liczne nieprzyjemności ze strony organów ścigania, które związane są z poszukiwaniem przez te organy dowodów przestępstwa (np. przeszukanie, zabezpieczenie sprzętu komputerowego i telefonu, przesłuchanie najbliższych osób itp.). W ten sposób kryminalizacja pomocy w aborcji staje się de facto także kryminalizacją samej ciąży. Każda osoba, która zachodzi w ciążę, może bowiem trafić pod obserwację systemu penalnego, ponieważ każde poronienie lub zdarzenie niepożądane w czasie ciąży może stać się podejrzeniem o przeprowadzenie aborcji i może skutkować podjęciem przez organy ścigania czynności wyjaśniających. Taka sytuacja powoduje stres i obawę przed ujawnianiem komukolwiek, w tym personelowi medycznemu, nie tylko faktu przerwania ciąży, ale w ogóle okoliczności zajścia w ciążę. Zwiększa to również ryzyko rezygnacji przez osobę w ciąży z kontrolnych lub ratunkowych wizyt lekarskich, co może stanowić zagrożenie dla jej życia lub zdrowia.

Obowiązujące przepisy przewidują również karalność osób pomagających w aborcji. W praktyce dotyczy to przede wszystkim osób najbliższych - mężów, partnerów czy rodziców. W efekcie osoba w niechcianej ciąży może zostać pozbawiona wsparcia ze strony bliskich jej osób, nawet jeśli jest to jej potrzebne dla zachowania dobrostanu.

Aborcja to doświadczenie dotyczące zdrowia i życia osobistego osoby, która przerywa ciążę. Ingerencja w to doświadczenie i prawo jednostki do decydowania o przerwaniu ciąży za pomocą regulacji prawnokarnej jest niewłaściwa, nieadekwatna

i nieproporcjonalna. Nie spełnia ona również kryteriów przewidzianych w art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, które wyznaczają możliwe granice ingerencji państwa w wolności i prawa określone w Konstytucji.

Wyniki badań wskazują, że kryminalizacja nie powstrzymuje osób przed podjęciem decyzji o aborcji ani poszukiwania informacji na temat możliwości i sposobów przerwania ciąży, a także miejsc, w których mogą uzyskać dostęp do aborcji. Kryminalizacja nie spełnia zatem celu, którym jest ograniczenie liczby przerwanych ciąż. Ogranicza ona jedynie liczbę bezpiecznych aborcji.

Z powyższych względów postulować należy pełną dekryminalizację aborcji, czyli usunięcie przepisów przewidujących sankcję karną za przerwanie ciąży lub pomoc w aborcji. Jest to przy tym rozwiązanie najbardziej spójne ze standardami międzynarodowymi, w tym europejskimi, a także postulatami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) [1] i innych instytucji działających w ramach struktur ONZ.

Światowa Organizacja Zdrowia podkreśla konieczność dekryminalizacji zarówno aborcji własnej, jak i pomocy w aborcji. Jest to bowiem niezbędne dla zapewnienia ochrony prawa do najwyższego osiągalnego standardu zdrowia fizycznego i psychicznego, w tym zdrowia, praw seksualnych i reprodukcyjnych. WHO wyszczególnia, że aborcja nie powinna być kryminalizowana, inne przepisy prawa karnego lub kodeksów karnych nie powinny być stosowane do karania osób, które pomagają w aborcji, i nie powinno dochodzić do kryminalizacji samodzielnej aborcji. Także inne organy i instytucje międzynarodowe zwracają uwagę na potrzebę dekryminalizacji aborcji przeprowadzanej za zgodą osoby ciężarnej.

Komitet ONZ w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet w Rekomendacji Ogólnej nr 35 stwierdził, że „kryminalizacja aborcji jest formą przemocy ze względu na płeć” [70]. Pełną dekryminalizację zalecają także Komitet Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, [71] Komitet Praw Człowieka [72] i Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. powszechnego prawa do korzystania z najwyższych dostępnych standardów zdrowia fizycznego i psychicznego. [73]

Zgodnie ze standardami międzynarodowymi, państwa nie powinny penalizować procedur medycznych, z których korzystają tylko kobiety, ponieważ byłoby to pogwałceniem obowiązku zapewnienia niedyskryminacji i równego traktowania. Ponadto, państwa nie mogą wymagać od pracowników systemu opieki zdrowotnej zgłaszania organom ścigania przypadków osób, które przerwały ciążę lub co do których zachodzi takie prawdopodobieństwo. Państwa muszą bowiem zapewnić opiekę medyczną, w tym poaborcyjną, w każdych okolicznościach i bez pogwałcenia obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej oraz innych podstawowych praw osób pacjenckich, w tym prawa do prywatności.

Aby zidentyfikować wpływ kryminalizacji aborcji na osoby szukające dostępu do niej oraz na pracowników systemu opieki zdrowotnej, dokonano systematycznego przeglądu badań naukowych opublikowanych w latach 2010-2019, identyfikując 22 badania przeprowadzone w Australii, Brazylii, Chile, Salwadorze, Etiopii, Irlandii, Meksyku, Irlandii Północnej (UK), Filipinach, Rwandzie, Senegal, Zjednoczonej Republice Tanzanii, Urugwaju i Zambii [74]. Badania te wykazały, że kryminalizacja aborcji opóźnia dostęp do tego świadczenia, w niektórych przypadkach zupełnie pozbawia możliwości przerwania ciąży, nawet w granicach przewidzianych przez prawo. Kryminalizacja aborcji uniemożliwia lub znacznie utrudnia dostęp również do opieki poaborcyjnej, a także naraża osoby przerywające ciążę na stres, stygmatyzację oraz konieczność odbywania kosztownych podróży w celu uzyskania bezpiecznej aborcji.

Należy uchylić lub zapobiec wprowadzeniu przepisów przewidujących odpowiedzialność karną za:

- a) przerwanie własnej ciąży;
- b) przerwanie cudzej ciąży za zgodą osoby w ciąży;
- c) pomoc w przerwaniu ciąży za zgodą osoby w ciąży, w tym dostarczenie narzędzi, tabletek do aborcji farmakologicznej, środków przewozu, środków finansowych, udzielenie rady lub informacji;
- d) towarzyszenie lub innego rodzaju wsparcie podczas przerwania ciąży za zgodą osoby w ciąży;
- e) nakłanianie do przerwania ciąży w sposób nieingerujący w autonomię osoby w ciąży;
- f) doprowadzenie do utraty ciąży;
- g) spowodowanie uszkodzenia płodu;
- h) spowodowanie rozstroju zdrowia zagrażającego życiu płodu.

Należy zapewnić, że zgłoszenie się po pomoc medyczną w związku z utratą ciąży nie pociągnie za sobą podejrzeń o bezprawne przerwanie ciąży.

Ciąża jako stan fizjologiczny jest elementem zdrowia reprodukcyjnego jednostki. Odpowiedzialność karna za zawinione doprowadzenie do utraty ciąży, spowodowanie uszkodzenia płodu lub spowodowanie rozstroju zdrowia zagrażającego życiu płodu może być egzekwowana za pomocą przepisów o uszkodzeniu ciała i rozstroju zdrowia osoby w ciąży.

W mocy powinny pozostać przepisy penalizujące przerwanie ciąży lub uszkodzenie ciąży za pomocą przemocy, groźby bezprawnej, podstępny lub w inny sposób bez zgody osoby w ciąży.

OGRANICZENIA ABORCJI ZE WZGLĘDU NA PRZYCZYNY, PRZESŁANKI LUB WYMOGI

Rekomendujemy, aby nie wprowadzać przepisów, polityk i praktyk, które uzależniają dostęp do aborcji od spełnienia konkretnej przyczyny, przesłanki lub wymogu.

Zamiast tego rekomendujemy, aby aborcja była dostępna na wniosek kobiety, dziewczynki lub innej osoby w ciąży.

Polskie prawo regulujące dostęp do aborcji w systemie opieki zdrowotnej, tj. ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, wprowadza przesłanki dopuszczające przerwanie ciąży. Są to obecnie sytuacje gdy: ciąża stanowi zagrożenie dla zdrowia lub życia osoby w ciąży; zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego. Przerwanie ciąży we wskazanych sytuacjach stanowi gwarantowane świadczenie opieki zdrowotnej.

Przewidziane przesłanki są jednymi z najbardziej restrykcyjnych na tle innych prawodawstw europejskich. Stanowią wyjątek od zasady, jaką jest zakaz przerywania ciąży w podmiocie leczniczym. Wyjątki te są interpretowane przez świadczeniodawców zawężająco, co ogranicza dostęp pacjentek do świadczenia gwarantowanego. Efekt ten wzmagany jest przez penalizację przerywania cudzej ciąży wbrew przepisom ustawy o planowaniu rodziny i ryzyko poniesienia odpowiedzialności karnej za wykroczenie poza ustanowione wyjątki.

Podejście oparte na „przesłankach” lub „przyczynach” dopuszczających legalną aborcję stawia ciężarną osobę w pozycji „proszącej” i wymagającej tłumaczenia się. Ciężar udowodnienia wystąpienia przesłanki, w tym w odniesieniu do skomplikowanych kwestii medycznych dotyczących jej zdrowia, przerzucony jest na pacjentkę, która nie musi posiadać potrzebnych do tego kompetencji. Może to stanowić sytuację stresującą i upokarzającą pacjentkę. W konsekwencji jej pozycja jest strukturalnie dużo słabsza niż pozycja świadczeniodawcy lub lekarza.

W skrajnych przypadkach zbyt zachowawcza interpretacja przesłanek aborcyjnych może prowadzić do narażenia zdrowia lub życia pacjentki w ciąży, powstania u niej uszczerbku na zdrowiu, a nawet do utraty przez nią życia. Miało to miejsce w ostatnich latach w Polsce, kiedy media donosiły o śmierciach pacjentek na oddziałach ginekologiczno-położniczych z powodu braku przeprowadzanie u pacjentek aborcji. Dotyczyło to szpitali m. in. w Pszczynie, Nowym Targu, czy Świdnicy. Ponadto obecne procedury prawne towarzyszące udzielaniu świadczenia de facto przerzucają sprawczość decyzyjną z osoby w ciąży na personel lekarski lub prokuratora, bez zaświadczenia których świadczenie nie może zostać udzielone.

Jednocześnie, brak jest zabezpieczeń prawnych (środków odwoławczych, terminów do wydania zaświadczenia), które pozwoliłyby zakwestionować bierność lub odmowę tych osób. W rezultacie osobom w ciąży bardzo trudno jest bez wsparcia prawnika lub organizacji pozarządowych otrzymać świadczenie w odpowiednim czasie - a przy ciąży pochodzącej z przestępstwa prawo przewiduje limit 12. tygodnia ciąży.

Restrykcyjnie ujęte okoliczności, w których dopuszcza się korzystanie z opieki aborcyjnej w systemie opieki zdrowotnej, są niewystarczające wobec potrzeb w zakresie realizacji prawa do decydowania o własnym życiu prywatnym, osobistym i rodzinnym. Jednym z przejawów egzekwowania tego prawa jest podejmowanie i realizowanie decyzji o dyskontynuacji ciąży bez uzasadniania motywów tej decyzji.

Prawo do decydowania o swoim życiu prywatnym, osobistym i rodzinnym oraz wolność od bezprawnej ingerencji w życie prywatne są gwarantowane przez Konstytucję RP, Europejską Konwencję Praw Człowieka i Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych.

Z 21 badań przeprowadzonych w latach 2010-2021 w Argentynie, Australii, Brazylii, Chile, Kolumbii, Etiopii, Ghanie, Islamskiej Republice Iranu, Irlandii, Izraelu, Meksyku, Rwandzie, Tajlandii, Zjednoczonej Republice Tanzanii, Wielkiej Brytanii, Urugwaju i Zambii wynika, że regulacje aborcyjne oparte na koncepcji „przesłanek” przyczyniają się do opóźnień w świadczeniu aborcji, wynikających z niespójności w interpretacji lub stosowaniu przesłanek zdrowotnych, wątpliwości co do zakresu znaczenia przesłanek, kwestionowania dowodów przemawiających za spełnieniem przestanki [74-75].

Podejścia oparte na przesłankach ma nieproporcjonalnie negatywne skutki dla osób, które potrzebują aborcji w następstwie gwałtu. Osoby te są często poddawane przesłuchaniom i długotrwałym procesom biurokratycznym ze względu na wymogi, takie jak zgłoszenie przestępstwa policji lub konieczność dysponowania nakazem sądu lub zaświadczeniem odpowiedniego organu (np. prokuratora), mimo że stawianie warunku takiego zgłaszania jest niezgodne z prawami człowieka. Uzyskanie dostępu do legalnego przerwania ciąży powstałej w następstwie gwałtu jest pracochłonne i czasochłonne.

Uniemożliwienie przerwania ciąży w przypadku gwałtu, kazirodztwa lub śmiertelnych wad płodu poprzez zbyt restrykcyjne sformułowanie przyczyn dopuszczających aborcję może stanowić tortury oraz okrutne i niehumanitarne traktowanie [76-77].

Należy więc zmienić istniejące w przepisach prawnych i politykach zdrowotnych podejście do ograniczania dostępu do aborcji oparte na „przesłankach” lub „przyczynach” w kierunku umożliwienia aborcji na wniosek osoby w ciąży.

Dopóki przepisy prawne uzależniają dopuszczalność przerwania ciąży w ramach systemu opieki zdrowotnej od spełnienia specyficznych „przesłanek” nie zostaną zastąpione przepisami umożliwiającymi aborcję na wniosek osoby w ciąży, powinny być formułowane i stosowane w sposób zgodny z międzynarodowym prawem i standardami orzeczniczymi dotyczącymi praw człowieka.

Należy dokonać przeglądu treści, sposobu interpretacji i stosowania prawa oraz polityk dotyczących aborcji opartych na ustanawianiu ścisłych wyjątków od reguły zakazu aborcji.

Należy zapewnić, aby:

- A. przepisy, polityki i praktyki dotyczące aborcji nie uzależniały dostępu do niej od spełnienia konkretnej przyczyny, przesłanki lub wymogu;
- B. w przypadku, gdy istnieją już przepisy, polityki i praktyki dotyczące aborcji oparte na przesłankach, zostały one dostosowane tak, żeby:
 - istniejące przesłanki były zdefiniowane, interpretowane
 - i stosowane w sposób zgodny z prawami człowieka;
 - aborcja była dostępna, jeżeli donoszenie ciąży spowodowałoby dla osoby w ciąży, bez względu na wiek, znaczny ból lub cierpienie, w tym w sytuacjach, w których ciąża jest wynikiem zgwałcenia, kazirodztwa, jak też w przypadku, gdy osoba zaszła w ciążę przed ukończeniem 15 roku życia lub ciąża jest martwa albo nie ma szans na zakończenie się żywym urodzeniem;
 - aborcja była dostępna w przypadku zagrożenia życia i zdrowia kobiety, dziewczynki lub innej osoby w ciąży;
 - przesłanki dotyczące względów zdrowotnych odzwierciedlały definicje zdrowia, w tym zdrowia psychicznego, przyjęte przez WHO;
 - nie ma wymogów proceduralnych „udowadniających” lub „ustalających” spełnienie podstaw, takich jak wymaganie nakazów sądowych, raportów policyjnych lub zaświadczeń od organów ścigania w przypadku bycia pokrzywdzoną przestępstwem na tle seksualnym.

GRANICE WIEKU CIĄŻOWEGO

Rekomendujemy, aby nie wprowadzać przepisów, polityk i praktyk, w wyniku których czas trwania ciąży będzie bezwzględnym kryterium ograniczającym lub wpływającym na dostęp do aborcji.

W większości ustawodawstw dostęp do aborcji jest limitowany za pomocą kryterium granic wieku ciążowego. Oznacza to, że po przekroczeniu pewnego, ustanowionego przez prawo wprost lub w sposób opisowy, wieku ciążowego, aborcja jest niedopuszczalna, a przez to niedostępna, w systemie opieki zdrowotnej.

Najczęściej jej wykonanie wówczas jest penalizowane. W polskiej ustawie aborcyjnej przerwanie ciąży z uwagi na zagrożenie dla zdrowia lub życia pacjentki w ciąży jest możliwe bez ograniczeń czasowych. W praktyce jednak świadczeniodawcy unikają lub zniechęcają do przerywania ciąży powyżej 22.-24. tygodnia ciąży. W przypadku ciąży będącej wynikiem czynu zabronionego przerwanie takiej ciąży jest możliwe do 12. tygodnia jej trwania. Zważywszy na potencjalny stan emocjonalny i zdrowotny osoby, która doświadczyła przemocy seksualnej oraz konieczność uzyskania przez nią od prokuratora zaświadczenia stwierdzającego, że zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego, wyznaczony przez ustawę czas wydaje się być niewystarczający na skuteczne wyegzekwowanie prawa do świadczenia gwarantowanego. Ponadto, wiek ciąży liczy się w Polsce od ostatniej miesiączki, co przy zaburzeniach miesiączkowania lub braku śledzenia cyklu (szczególnie u osób nastoletnich) uniemożliwia ustalenie prawdziwego wieku ciąży i może wpływać na odmowę zabiegu, pomimo że ciąża mieści się w tym limicie.

Chociaż metody aborcji mogą się różnić w zależności od wieku ciążowego, ciążę można bezpiecznie zakończyć w każdym czasie. Podejście uzależniające dostęp do aborcji od zamieszczenia się w wyznaczonych granicach wieku ciążowego nie ma żadnego uzasadnienia medycznego i stanowi prawne ograniczenie do aborcji w sytuacji, kiedy w praktyce aborcja może być zapewniona dowolną metodą.

Systematyczny przegląd badań opublikowanych w latach 2010-2020 pozwolił na zidentyfikowanie 21 badań przeprowadzonych w Australii, Belgii, Meksyku, Nepalu, Republice Południowej Afryki, Wielkiej Brytanii i USA [78]. Przeanalizowane badania wykazały, że – samodzielnie lub w połączeniu z innymi przepisami ograniczającymi aborcję ze względu na przyczyny – wymogi związane z limitami wieku ciążowego opóźniają dostęp do aborcji wśród osób starających się o aborcję w późniejszym wieku ciążowym, osób zbliżających się do granicy wieku ciążowego oraz osób mieszkających na obszarach o ograniczonym dostępie do świadczeniodawców w tym zakresie. W badaniach stwierdzono powiązania limitów wieku ciążowego ze zwiększoną śmiertelnością matek i złymi wynikami zdrowotnymi. Stoi to w sprzeczności z międzynarodowymi standardami ochrony praw człowieka, które wymagają od państw zmniejszenia śmiertelności i zachorowalności kobiet w wieku reprodukcyjnym.

Badania [78] wykazały również, że skutkiem odmowy opieki aborcyjnej ze względu na wiek ciążowy może być wymuszona i niepożądana kontynuacja ciąży, szczególnie wśród kobiet z zaburzeniami funkcji poznawczych lub tych, które zgłosiły się w 20. tygodniu ciąży lub później. Taki stan rzeczy byłby niezgodny z międzynarodowymi standardami ochrony praw człowieka, które wymagają umożliwienia aborcji w przypadku, gdyby donoszenie ciąży spowodowało u osoby w ciąży znaczny ból lub cierpienie, niezależnie od żywotności ciąży.

Wyniki badań wykazały, że kobiety z zaburzeniami funkcji poznawczych, nastolatki, młodsze kobiety, kobiety mieszkające dalej od podmiotów leczniczych, kobiety z niższym wykształceniem, kobiety borykające się z trudnościami finansowymi i kobiety bezrobotne, odczuły nieproporcjonalnie duży wpływ ograniczeń związanych z wiekiem ciążowym. Stanowi to pogwałcenie obowiązku państw w zakresie zapewnienia niedyskryminacji i równości w świadczeniu usług zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego.

Należy uchylić lub zmienić przepisy prawne, praktyki i polityki ograniczające dostęp do aborcji ze względu na wiek ciążowy.

OBOWIĄZKOWE OKRESY OCZEKIWANIA

Rekomendujemy, aby nie wprowadzać przepisów, polityk i praktyk ustanawiających obowiązkowe okresy oczekiwania na aborcję.

„Obowiązkowe okresy oczekiwania” to narzucone prawnie w wielu krajach wymogi czekania przez osobę w ciąży przez określony czas pomiędzy zgłoszeniem się z prośbą/wnioskiem o aborcję a wykonaniem aborcji.

W niektórych przypadkach osoby muszą odbyć obowiązkowe konsultacje (np. psychologiczne), które czasami bywają stronicze, lub udać się do placówki na początku i na końcu okresu oczekiwania i/lub poddać się w tym czasie obowiązkowemu badaniu USG.

Aby określić wpływ obowiązkowych okresów karencji na osoby ubiegające się o aborcję i pracowników systemu opieki zdrowotnej przeprowadzono przegląd systematyczny badań opublikowanych w latach 2010–2020, w ramach którego zidentyfikowano 33 badania przeprowadzone w USA [79].

Z przeglądu badań wynika, że obowiązkowe okresy oczekiwania czasami opóźniają przerwanie ciąży do tego stopnia, że dostęp do aborcji lub możliwość wyboru metody aborcji są ograniczone.

Badania wskazują również, że obowiązkowe okresy oczekiwania zwiększają koszty aborcji i mogą sprawić, że aborcja stanie się nieosiągalna dla części kobiet. Może to skutkować kontynuacją ciąży wbrew woli osoby starającej się o aborcję, szczególnie wśród kobiet o mniejszych zasobach, nastolatek, młodszych kobiet, kobiet pochodzących z mniejszości narodowych, rasowych lub etnicznych i tych, które muszą podróżować dalej, aby dokonać aborcji. W przypadku niektórych kobiet wyzwania logistyczne i ekonomiczne związane z odbyciem obowiązkowego okresu karencji, takie jak konieczność zwolnienia z pracy lub nauki, dodatkowe podróże i/lub

opieka nad dzieckiem, oznaczały, że były zmuszone do ujawnienia swojej ciąży innym osobom, mimo że międzynarodowe standardy ochrony praw człowieka wymagają od państw zapewnienia, że usługi zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego są świadczone w sposób zapewniający prywatność i poufność.

Badania nie wykazały żadnych korzyści wynikających z obowiązkowych okresów karencji dla kobiet. W przypadku placówek opieki zdrowotnej obowiązkowe okresy karencji zwiększają koszty personelu i trudności logistyczne, wymuszając dodatkowe wizyty lub interwencje wykraczające poza standardową praktykę kliniczną (np. dodatkowe USG, dodatkowe nieuzasadnione poradnictwo).

Należy uchylić i/lub zapobiec przyjmowaniu przepisów wprowadzających obowiązkowe okresy oczekiwania na aborcję w systemie opieki zdrowotnej.

AUTORYZACJA STRONY TRZECIEJ

Rekomendujemy, aby nie wprowadzać przepisów, polityk i praktyk, które uzależniają dostęp do aborcji od zezwolenia jakiejkolwiek osoby, organu lub instytucji.

Wymogi dotyczące autoryzacji osób trzecich istnieją tam, gdzie istnieje wymóg nałożony przez prawo lub praktykę, że podmiot inny niż osoba w ciąży musi wyrazić zgodę na aborcję, nawet jeśli zostały spełnione inne wymagania prawne dotyczące aborcji w systemie opieki zdrowotnej. Najczęściej osobą trzecią, której upoważnienie jest wymagane, jest rodzic, opiekun, mąż, partner, pracownik systemu opieki zdrowotnej, organ ds. zdrowia lub organ sądowy.

W polskim prawie regulującym dostęp do przerywania ciąży w przypadku osób poniżej 18. roku życia i osób ubezwłasnowolnionych wymagana jest zgoda opiekuna prawnego.

Aby określić wpływ wymogów dotyczących zezwoleń osób trzecich na osoby ubiegające się o aborcję i pracowników systemu ochrony zdrowia, przeprowadzono przegląd systematyczny badań opublikowanych w latach 2010–2019. W sumie przeprowadzono 32 badania, przeprowadzone w Specjalnym Regionie Administracyjnym Hongkongu (Chiny), Turcji i USA [80].

Z tego przeglądu systematycznego wynika, że wymogi dotyczące zezwoleń strony trzeciej odpowiadają za opóźnienia w dostępie do aborcji. W przypadku nieletnich, opóźnienia te czasami, choć nie zawsze, ulegają skróceniu, wówczas, gdy autoryzacja aborcji na mocy wyroku sądowego zastępuje zgodę rodziców nastoletniej osoby w ciąży.

Skorzystanie ze ścieżki sądowej może być uciążliwe i czasochłonne, a także wykraczać poza możliwości lub kompetencje osoby w ciąży. Wymóg zgody rodziców/małżonka może prowadzić do stosowania przemocy i przymusu reprodukcyjnego w rodzinie. Podobne skutki odnotowano w badaniach wobec wymogu powiadamiania lub angażowania rodziców osoby nieletniej.

Wymogi dotyczące zezwoleń osób trzecich są niezgodne z międzynarodowymi standardami ochrony praw człowieka, które to przewidują, że państwa nie mogą ograniczać dostępu osób w ciąży do usług zdrowotnych na tej podstawie, że nie posiadają one zezwoleń mężów, partnerów, rodziców lub organów odpowiedzialnych za opiekę zdrowotną. Świadczenia zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego muszą być zapewniane w sposób gwarantujący poszanowanie i zachowanie prywatności oraz poufności osób w ciąży.

Należy zmienić przepisy prawne w ten sposób, by zapewniały dostępność aborcji na wniosek kobiety, dziewczynki lub innej osoby w ciąży, bez wymogu przedstawienia upoważnienia ze strony jakiegokolwiek innej osoby, organu lub instytucji.

Aby zaangażowanie rodziców lub partnera w podejmowaniu decyzji dotyczących aborcji wspierało i pomagało kobietom, dziewczętom lub innym osobom w ciąży, musi opierać się na wartościach i preferencjach osoby korzystającej z aborcji i nie może być narzucone przez prawne wymogi dotyczące zezwoleń osób trzecich.

OGRANICZENIA DOTYCZĄCE PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA

Rekomendujemy, aby nie wprowadzać przepisów, polityk i praktyk, które ograniczają możliwość przeprowadzenia aborcji do wąskiego grona specjalistów medycznych, w szczególności ginekologów i ginekolożek.

W wielu krajach prawo i polityki wprowadzają ograniczenia, jakiego rodzaju osoby pracujące w ochronie zdrowia mogą zgodnie z prawem świadczyć opiekę aborcyjną, najczęściej ograniczając się do ginekologów i ginekolożek. Jednakże od czasu pojawienia się metody próżniowej i aborcji farmakologicznej przerwanie ciąży może bezpiecznie przeprowadzić szerokie grono osób pracujących w systemie opieki zdrowotnej, a we wcześniejszej ciąży można ją bezpiecznie przeprowadzić samodzielnie z użyciem środków farmakologicznych. Ograniczenia w zakresie tego, kto może przeprowadzić aborcję, są niezgodne z zaleceniami WHO dla optymalizacji roli pracowników systemu ochrony zdrowia. Takie ograniczenia mają charakter arbitralny i nie są oparte na dowodach.

Z przeglądu systematycznego badań opublikowanych w latach 2010-2019, identyfikującego siedem badań przeprowadzonych w Australii, Etiopii, Nepalu i USA [81], wynika, że ograniczenia dotyczące tego, kto może zapewnić i przeprowadzić aborcję powoduje opóźnienia i utrudnienia w dostępie do aborcji. Z kolei poszerzenie kręgu osób pracujących w systemie opieki zdrowotnej, które mogą zapewnić opiekę aborcyjną, poprawia dostęp do wczesnej aborcji medycznej i chirurgicznej, obniża koszty, skraca czas podróży i oczekiwania, zdejmuje niektóre ciężary opieki aborcyjnej z personelu lekarskiego, zwiększa dostępność aborcji, w tym na obszarach wiejskich i na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, zapobiega sięganiu po niebezpieczne metody przerywania ciąży oraz obniża koszty systemu. Takie rozwiązanie poszerzające krąg osób uprawnionych do zapewnienia opieki aborcyjnej jest też bezpieczne dla osób w ciąży i nie obniża jakości opieki.

Badania wskazują, że omawiane ograniczenia powodują nieefektywność, obciążenia administracyjnych i obciążenia pracą w systemach opieki zdrowotnej oraz zmniejszają w praktyce liczbę dostępnych świadczeniodawców.

Należy uchylić i/lub zapobiec przyjmowaniu przepisów określających, kto może zapewniać i przeprowadzać medyczną procedurę przerywania ciąży, w szczególności tych przepisów, które wprowadzają ograniczenia świadczeniodawców wyłącznie do lekarzy ginekologów i położników.

KLAUZULA SUMIENIA

Rekomendujemy, aby zapewnić pełną ochronę dostępu i ciągłości kompleksowej opieki aborcyjnej poprzez usunięcie barier powstałych na skutek stosowania klauzuli sumienia.

Odmowa aborcji ze względu na kwestie sumienia świadczeniodawcy stanowi barierę w dostępie do bezpiecznej i terminowej aborcji, a nieuregulowanie lub nieodpowiednie uregulowanie tej kwestii może skutkować naruszeniem praw człowieka lub skłonić osoby w ciąży do korzystania z niebezpiecznych metod aborcji.

W polskim prawie, tj. ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, w art. 39 zapewniono lekarzom i lekarkom możliwość powstrzymania się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z sumieniem. Podobne uprawnienie przyznano pielęgniarkom i położnym na mocy art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Nazwa zwyczajowa tego przywileju to „klauzula sumienia”. Na mocy wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 października 2015 r. sygn. akt K 12/14 lekarz i lekarka korzystający z klauzuli sumienia nie jest zobowiązany wskazywać osobie w ciąży innego świadczeniodawcy.

Zgodnie z międzynarodowymi standardami ochrony praw człowieka państwa, które wprowadzają klauzulę sumienia, muszą zorganizować swój system opieki zdrowotnej

i świadczenia aborcji w taki sposób, który zagwarantuje, że dostęp do wysokiej jakości opieki aborcyjnej nie zostanie osłabiony, utrudniony ani opóźniony.

W celu zidentyfikowania wpływu klauzuli sumienia na osoby ubiegające się o aborcję i pracowników systemu opieki zdrowotnej, przeprowadzono przegląd systematyczny badań opublikowanych w latach 2010-2020. Zidentyfikowano 26 badań przeprowadzonych w Australii, Brazylii, Kolumbii, Ghanie, Włochach, Meksyku, Nigerii, Norwegii, Portugalii, Republice Południowej Afryki, Słowacji, Szwajcarii, Tunezji, Wielkiej Brytanii, USA i Zambii [82].

W ramach analizy wyników badań ustalono, że klauzula sumienia może opóźnić terminowy dostęp do aborcji i opieki aborcyjnej, czasami nawet w nagłych przypadkach, gdy aborcja jest konieczna, aby uratować życie osoby w ciąży.

Badania te sugerują również, że klauzula sumienia przyczynia się do zwiększonej zachorowalności i śmiertelności związanej z aborcją.

Niektóre osoby pracujące w systemie ochrony zdrowia zgłaszają klauzulę sumienia i odmawiają aborcji w sektorze publicznym, jednocześnie zapewniając aborcję za odpłatnością w swoich prywatnych gabinetach.

Badania wykazały, że klauzula sumienia nakłada zwiększone bariery na osoby żyjące na obszarach wiejskich. W praktyce korzystanie z klauzuli sumienia może polegać nie tylko na odmowie wykonania świadczenia, ale też odmowie wydania skierowania lub udzielenia porady opartej na uprzedzeniach lub informacjach niezgodnych z prawem i wiedzą medyczną, celem zniechęcenie osoby w ciąży i utrudnienie jej dostępu do aborcji.

Wyniki badań pokazały także, że niektórzy świadczeniodawcy swoją decyzję o skorzystaniu z klauzuli sumienia uzależniają każdorazowo od oceny indywidualnego przypadku, w tym powodów, dla których osoba w ciąży decyduje się na jej przerwanie. Prowadzi to do braku transparentności, niespójności i zróżnicowania dostępności świadczeń. Problemem jest też niejednolita praktyka w zakresie wskazywania osobom w ciąży innego świadczeniodawcy, gotowego zapewnić opiekę aborcyjną. Sama okoliczność bycia odesłaną do innego lekarza może powodować uciążliwość i opóźnienia w dostępie do aborcji.

Korzystanie z klauzuli sumienia ma też znaczący wpływ na obciążenie pracą innych osób pracujących w systemie ochrony zdrowia, stawia wyzwania związane z sumieniem lub etyką, powoduje konflikty w miejscu pracy, z uwagi na stygmatyzację aborcji zagraża karierze tych lekarzy i lekarek, którzy ją wykonują, osłabia organizację wewnętrzną w podmiotach leczniczych.

Należy wprowadzić przepisy prawne, polityki i praktyki, które zapewnią efektywny dostęp, wysoką jakość, ciągłość i kompleksowość opieki aborcyjnej oraz ochronę przed barierami wynikającymi z klauzuli sumienia. Należy zapewnić wystarczającą liczbę i odpowiednie rozmieszczenie geograficzne świadczeniodawców, którzy nie korzystają z klauzuli sumienia; wprowadzić jasne i niebudzące wątpliwości co do zakresu zastosowania klauzuli sumienia regulacje prawne; wprowadzić sankcje za nieprzestrzeganie przepisów dotyczących wymogów korzystania z klauzuli sumienia; zakazać instytucjonalnej klauzuli sumienia; opracować sprawny i efektywny system przekierowywania osób w ciąży w sposób nie godzący w ich prawa i nie opóźniający dostępu do aborcji. W przypadku, w którym byłoby niemożliwe pogodzenie praw osoby potrzebującej opieki aborcyjnej z prawami osób powołujących się na klauzulę sumienia, ta ostatnia powinna zostać zniesiona.

ROZDZIAŁ 9. REKOMENDACJE SYSTEMOWE

MODELE OPIEKI ABORCYJNEJ

Nie istnieje jeden rekomendowany model opieki aborcyjnej, który zostałby uznany za uniwersalnie najlepszy. Decyzja o tym jaka grupa pracowników ochrony zdrowia będzie nadzorowała proces aborcji czy też o przeprowadzeniu aborcji samodzielnie przez osobę w ciąży (w ramach różnych rekomendowanych opcji) oraz miejsce wykonania zabiegu zależą od potrzeb oraz preferencji osoby w ciąży, dostępnych środków oraz kontekstu lokalnego i państwowego. Osoby, które potrzebują aborcji lub przerwały ciążę w przeszłości, powinny aktywnie współtworzyć te modele w duchu medycyny partycypacyjnej.

Na podstawie badań naukowych z zakresu zdrowia publicznego, wielość modeli opieki aborcyjnej jest ekonomicznie efektywna i przynosi korzyści nie tylko dla pacjentek, ale też dla pracowników i systemów ochrony zdrowia jako całości. Aborcja farmakologiczna może być nadzorowana i dostarczana przez wiele osób pracujących w ochronie zdrowia, w publicznym i prywatnym sektorze oraz przez organizacje non-profit, w sposób bezpośredni lub zdalny. Przykładami elementów opieki, które egzystują równorzędnie lub dopełniają się są: infolinie aborcyjne, grupy wsparcia i grupy dostarczające informacje, cyfrowe aplikacje, telemedycyna, czy programy redukcji szkód.

W chwili obecnej aborcja w polskim systemie ochrony zdrowia jest możliwa tylko w ramach oddziałów szpitalnych. Na świecie istnieje jednak wiele modeli uwzględniających aborcję w poradniach, przy udziale telemedycyny i wykonywanej samodzielnie w domu. Modele te są równoważnie akceptowalne przez WHO [1] oraz światowe towarzystwa naukowe, a skuteczność i bezpieczeństwo tych modeli aborcji znajduje poparcie w literaturze naukowej oraz licznych badaniach. Cztery modele opieki aborcyjnej są opisane poniżej.

Dostępność do aborcji na oddziałach szpitalnych

W sytuacjach uzasadnionych osoba oczekująca na przerwanie ciąży lub przechodząca już aborcję powinna mieć możliwość przebywania w oddziale szpitalnym pod stałą kontrolą lekarską. Wiemy jednak, że aborcja w warunkach ambulatoryjnych i domowych u osób, które nie wymagają wysokospecjalistycznej opieki szpitalnej i potrzebują aborcji na wczesnym etapie ciąży jest wysoce akceptowane i efektywne [83].

Zwracamy również uwagę, że obowiązkowa hospitalizacja w czasie zabiegu aborcji dodatkowo obciąża i tak przeciążony system ochrony zdrowia. Należy więc rozważyć alternatywne modele, które będą w Polsce akceptowalne, bezpieczne i efektywne.

Dostępność do aborcji w warunkach ambulatoryjnych

W przypadku aborcji u zdrowych osób z niepowikłanymi ciążami pierwszego trymestru osoba w ciąży może się znajdować się pod opieką poradni czy kliniki ginekologicznej.

Na wzór innych krajów można rozważyć powstanie poradni zajmującej się problematyką wczesnej ciąży, które można leczyć i zaopatrywać ambulatoryjnie, tak jak np. ciążę ektopową leczone farmakologicznie u osób stabilnych klinicznie bez dolegliwości bólowych, a także prowadzenie poradnictwa i leczenie w zakresie poronień czy aborcji.

W Wielkiej Brytanii działają tzw. Pregnancy Advisory Services, zarówno w ramach narodowego funduszu zdrowia (NHS - National Health Service), jak i w ramach sektora prywatnego, w których odbywa się poradnictwo, a także dostarczanie aborcji farmakologicznej i chirurgicznej. Nierzadko usługi te są zapewniane przez specjalnie przeszkolone do tego pielęgniarki i położne, co jest przykładem odciążania systemu ochrony zdrowia poprzez dzielenie zadań między pracownikami ochrony zdrowia. [84]

Aborcja we wsparciu telemedycyny

Konsultacje z użyciem narzędzi telemedycyny mogą być prowadzone w razie potrzeby zasięgnięcia porady medycznej w przypadku każdego rodzaju aborcji.

Ten model stał się szczególnie popularny w czasie ostatniej pandemii Sars-CoV-2. Badania pokazują, że aborcja we wsparciu telemedycyny jest wysoko efektywna, akceptowalna i bezpieczna dla osób jej potrzebującej. [83; 85-86]

Rekomendujemy, by telemedycynę traktować jako równorzędną alternatywę dla aborcji prowadzonej przy osobistym nadzorze pracownika ochrony zdrowia. Oznacza to, że ocena długości ciąży, informacje na temat procesu aborcji farmakologicznej oraz instrukcje przyjęcia leków, informacje, jak uzyskać dostęp do leków w zależności od miejsca przebywania osoby w ciąży, informacje, gdzie w razie komplikacji uzyskać opiekę poaborcyjną, jak także skierowanie do innych uzupełniających usług medycznych w zależności od potrzeb i preferencji osoby w ciąży mogą być bezpiecznie zapewniane przy udziale telemedycyny.

Regulacje dotyczące wydawania leków do aborcji farmakologicznej powinny być dostosowane do opisanych wyżej rozwiązań systemowych.

Samodzielna aborcja przez osobę w ciąży

Samodzielna aborcja farmakologiczna pierwszego trymestru w ciążach niepowikłanych jest metodą uznaną przez Światową Organizację Zdrowia za sprawdzoną i bezpieczną. Uznaje się, że taka aborcja może zostać przeprowadzona poza placówką ochrony zdrowia, np. w domu. [1; 87]

Osoby, które wykonują aborcję samodzielnie powinny mieć dostęp do informacji, do leków stosowanych przy aborcji oraz środków przeciwbólowych, jak również do placówek ochrony zdrowia w celu opieki poaborcyjnej. Rekomendujemy, aby osoba w ciąży mogła nadzorować samodzielnie całość procesu aborcji farmakologicznej lub wybrane jego etapy. [88-89]

Zapewnienie osobom w ciąży możliwości samodzielnej aborcji w domu wiąże się także m. in. ze zmniejszeniem obciążenia systemu ochrony zdrowia, obniża koszt świadczenia medycznego i ułatwia jego dostępność dla większej grupy osób. Jest ono również wysoko akceptowalną formą świadczenia medycznego dla osób w ciąży na świecie. [90]



KSZTAŁCENIE PERSONELU MEDYCZNEGO I ZWIĘKSZANIE ŚWIADOMOŚCI SPOŁECZNEJ

Rekomendujemy uwzględnienie kompleksowej opieki aborcyjnej w programie studiów medycznych, jak i w programie specjalizacji z ginekologii i położnictwa oraz podejmowanie akcji zwiększania świadomości społecznej w zakresie aborcji.

Obecna podstawa programowa na kierunku lekarskim w obszarze Ginekologii i Położnictwa [91] obejmuje 60 godzin ćwiczeń oraz 60 godzin praktyk zawodowych. Program z nauk klinicznych zabiegowych uwzględnia znajomość: funkcji rozrodczych kobiet, zaburzeń z nimi związanych oraz postępowania diagnostycznego i terapeutycznego, dotyczące w szczególności: cyklu miesięczkowego i jego zaburzeń; ciąży; porodu fizjologicznego, porodu patologicznego i połogu; zapaleń i nowotworów w obrębie narządów płciowych; regulacji urodzeń i wspomagania rozrodu; menopauzy; podstawowych metod diagnostyki i zabiegów ginekologicznych.

Program specjalizacji w dziedzinie Położnictwa i Ginekologii [92] jako cel szkolenia opisuje “przygotowanie lekarza do pełnienia funkcji specjalisty (...). Lekarz ten powinien posiadać aktualną wiedzę pozwalającą na prowadzenie działalności profilaktycznej i leczniczej w zakresie położnictwa i ginekologii nad kobietami w poszczególnych okresach ich życia”.

Obydwa programy nie uwzględniają jednak kwestii związanych z szeroko rozumianą opieką okołaborcyjną, poradnictwem oraz samym zabiegiem, co skutkuje niemożnością spełnienia założeń o kompleksowej opiece nad zdrowiem osób w ciąży, jakie zostały sprecyzowane w tych dokumentach. Ważne jest więc poszerzenie podstaw programowych i programów specjalizacji o elementy kompleksowej opieki aborcyjnej.

Nieudzielenie informacji na temat aborcji przez personel medyczny zmuszona osoby w ciąży do szukania tych danych informacji we własnym zakresie. [93] Wiele renomowanych towarzystw, takich jak Royal College of Obstetricians and Gynaecologists oraz American College of Obstetricians and Gynecologists, opowiada się za uwzględnieniem rzetelnej wiedzy z zakresu aborcji w programach specjalizacyjnych, mając na celu zapewnienie wyższej jakości opieki. [94] Co za tym idzie, w celu zapewnienia kompleksowej wiedzy medycznej przyszłych osób lekarskich, konieczne jest uzupełnienie ich edukacji o tematykę aborcji już na etapie studiów. [95]



ROZDZIAŁ 10. WYKAZ AUTORÓW

AUTORZY WYTYCZNYCH

KOORDYNACJA I REDAKCJA NAUKOWA:

dr n. med. Michalina Drejza

Polskie Towarzystwo Zdrowia Seksualnego i Reprodukcyjnego

AUTORZY:

lek. Joanna Barwińska

Polskie Towarzystwo Zdrowia Seksualnego i Reprodukcyjnego

Natalia Broniarczyk

Aborcyjny Dream Team, Aborcja Bez Granic

lek. Katarzyna Gross-Kępińska

specjalistka położnictwa i ginekologii

Polskie Towarzystwo Zdrowia Seksualnego i Reprodukcyjnego

lek. Gizela Jagielska

specjalistka położnictwa i ginekologii

Oddział Ginekologiczno-Położniczy, Powiatowy Zespół Szpitali w Oleśnicy

Kinga Jelińska

Women Help Women, Aborcyjny Dream Team, Aborcja Bez Granic

lek. Milena Kabatnik

specjalistka położnictwa i ginekologii

Polskie Towarzystwo Zdrowia Seksualnego i Reprodukcyjnego

Antonina Lewandowska

Fundacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny FEDERA

lek. Grzegorz Łopiński

Polskie Towarzystwo Zdrowia Seksualnego i Reprodukcyjnego

Ewa Majcherek

Polskie Towarzystwo Zdrowia Seksualnego i Reprodukcyjnego

lek. Katarzyna Rylewicz

Polskie Towarzystwo Zdrowia Seksualnego i Reprodukcyjnego

lek. mgr. Anna Tereszko

specjalistka psychiatrii

Polskie Towarzystwo Zdrowia Seksualnego i Reprodukcyjnego

Justyna Wydrzyńska

Aborcyjny Dream Team, Aborcja Bez Granic, Kobiety w Sieci

AUTORKI REKOMENDACJI PRAWNYCH:

r. pr. Agata Bzdyń

Zespół prawny, Fundacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny FEDERA

adw. Monika Gąsiorowska

Zespół prawny, Fundacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny FEDERA

adw. Kamila Ferenc

Zespół prawny, Fundacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny FEDERA

adw. dr n. prawnych Sabrina Mana-Walasek

Prawniczki Pro Abo

adw. Daria Skrzypczak-Kozikowska

Zespół prawny, Fundacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny FEDERA

r. pr. dr hab. Aleksandra Szczerba, prof AJP

Wydział Administracji i Bezpieczeństwa Narodowego, Akademia im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wielkopolskim, Team Europe Direct

PODZIĘKOWANIA:

Ogromne podziękowania dla Joanny Januszewskiej z Labrador Studio za opracowanie graficzne tekstu rekomendacji.

ANEKS 1. BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. (2022). Abortion care guideline. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349316/9789240039483-eng.pdf?sequence=1>
2. World Health Organization. (2023). Clinical practice handbook for quality abortion care. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/369488/9789240075207-eng.pdf?sequence=1>
3. Bearak, J., Popinchalk, A., Ganatra, B., Moller, A. B., Tunçalp, Ö., Beavin, C., Kwok, L., & Alkema, L. (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990-2019. *The Lancet. Global health*, 8(9), e1152–e1161. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6)
4. Ganatra, B., Gerdtts, C., Rossier, C., Johnson, B. R., Jr, Tunçalp, Ö., Assifi, A., Sedgh, G., Singh, S., Bankole, A., Popinchalk, A., Bearak, J., Kang, Z., & Alkema, L. (2017). Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet (London, England)*, 390(10110), 2372–2381. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31794-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4)
5. Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, t.j. Dz.U. 2022 poz. 1575. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19930170078/U/D19930078Lj.pdf>
6. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 października 2020 r. sygn. akt K 1/20. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20210000175>
7. Fundacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny. (2023). Aborcja w Polsce przez ostatnie 3 lata 2020-2023. Statystyki Fundacji FEDERA. <https://federa.org.pl/wp-content/uploads/2023/11/Raport-FEDERA-22-X.pdf>
8. New data from Abortion Without Borders: In the three years since Poland's Constitutional Tribunal ruling, Abortion Without Borders has helped more than 125,000 people in Poland to access safe abortion. <https://womenhelp.org/en/page/1577/new-data-from-abortion-without-borders-in-the-three-years-since>
9. UNFPA, UNDP, Ministerstwo Zdrowia. (2006). Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat. Polska 2006. https://www.unic.un.org.pl/dokumenty/raport_unfpa.pdf
10. Sprawozdanie Rady Ministrów z realizacji w roku 1997 roku Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. [https://orka.sejm.gov.pl/RejestrD.nsf/wgdruku/592/\\$file/592.pdf](https://orka.sejm.gov.pl/RejestrD.nsf/wgdruku/592/$file/592.pdf)
11. Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz skutkach stosowania w roku 2001 Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. [https://orka.sejm.gov.pl/Druki4ka.nsf/wgdruku/808/\\$file/808.pdf](https://orka.sejm.gov.pl/Druki4ka.nsf/wgdruku/808/$file/808.pdf)
12. Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz skutkach stosowania w roku 2011 Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. <https://www.archiwum.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2014/04/SRM-2011.pdf>
13. Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w 2021 r. ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. <https://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/0/75710091486B2822C12588EF0034990C/%24File/2758.pdf>
14. Dane od Komitetu inicjatywy ustawodawczej „Legalna aborcja. Bez kompromisów” na podstawie odpowiedzi Ministerstwa Zdrowia na wniosek o udzielenie informacji publicznej. <https://oko.press/161-tyle-kobiet-oficjalnie-przerwalo-ciaze-w-ostatnim-roku>
15. Główny Urząd Statystyczny. Bank Danych Lokalnych. Urodzenia żywe według kolejności urodzenia dziecka w podziale na miasta i wieś. <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/dane/podgrup/tablica>
16. Główny Urząd Statystyczny. Urodzenia i dzietność. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/urodzenia-i-dzietnosc,34,1.html>
17. Starrs, A. M., Ezeh, A. C., Barker, G., Basu, A., Bertrand, J. T., Blum, R., Coll-Seck, A. M., Grover, A., Laski, L., Roa, M., Sathar, Z. A., Say, L., Serour, G. I., Singh, S., Stenberg, K., Temmerman, M., Biddlecom, A., Popinchalk, A., Summers, C., & Ashford, L. S. (2018). Accelerate progress-sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. *Lancet (London, England)*, 391(10140), 2642–2692. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9)

18. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, t.j. Dz. U. 2023 poz. 1516. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19970280152/U/D19970152Lj.pdf>
19. Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich. Zagrożenie dla zdrowia psychicznego matki - przesłanką legalnego przerwania ciąży. Odpowiedzi MZ i RPP. <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-aborcja-zdrowie-psychiczne-matki-mz-rpp-odpowiedzi>
20. Aiken, A., Lohr, P. A., Lord, J., Ghosh, N., & Starling, J. (2021). Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion (termination of pregnancy) provided via telemedicine: a national cohort study. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 128(9), 1464–1474. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16668>
21. Harris, L. H., & Grossman, D. (2020). Complications of Unsafe and Self-Managed Abortion. *The New England journal of medicine*, 382(11), 1029–1040. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1908412>
22. Goemans, S., Singh, A., Yadav, A. K., McDougal, L., Raj, A., & Averbach, S. H. (2023). The Association Between Self-Managed versus Clinician-Managed Abortion and Self-Reported Abortion Complications: A Cross-Sectional Analysis in India. *International journal of women's health*, 15, 1467–1473. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S414599>
23. Moseson, H., Jayaweera, R., Raifman, S., Keefe-Oates, B., Filippa, S., Motana, R., Egwuatu, I., Grosso, B., Kristianingrum, I., Nmezi, S., Zurbriggen, R., & Gerdt, C. (2020). Self-managed medication abortion outcomes: results from a prospective pilot study. *Reproductive health*, 17(1), 164. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-01016-4>
24. FIGO. (2023). Mifepristone & Misoprostol and Misoprostol Only Dosing Charts. <https://www.figo.org/figo-mifepristone-misoprostol-and-misoprostol-only-dosing-charts-2023>
25. Goyal V. (2009). Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: a systematic review. *Obstetrics and gynecology*, 113(5), 1117–1123. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31819dbfe2>
26. Naguib, A. H., Morsi, H. M., Borg, T. F., Fayed, S. T., & Hemeda, H. M. (2010). Vaginal misoprostol for second-trimester pregnancy termination after one previous cesarean delivery. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 108(1), 48–51. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.08.010>
27. Chan, M. C., Gill, R. K., & Kim, C. R. (2022). Rhesus isoimmunisation in unsensitised RhD-negative individuals seeking abortion at less than 12 weeks' gestation: a systematic review. *BMJ sexual & reproductive health*, 48(3), 163–168. <https://doi.org/10.1136/bmjshr-2021-201225>
28. Goldman, J. A., & Eckerling, B. (1972). RH immunization in spontaneous abortion. *Acta Europaea fertilitatis*, 3(3), 253–254.
29. Gavin P. S. (1972). Rhesus sensitization in abortion. *Obstetrics and gynecology*, 39(1), 37–40.
30. Stern, K., Davidsohn, I., & Masaitis, L. (1956). Experimental studies on Rh immunization. *American Journal of Clinical Pathology*, 26(8), 833–843. <https://doi.org/10.1093/ajcp/26.8.833>
31. Wiebe, E. R., Campbell, M., Aiken, A. R. A., & Albert, A. (2019). Can we safely stop testing for Rh status and immunizing Rh-negative women having early abortions? A comparison of Rh alloimmunization in Canada and the Netherlands. *Contraception: X*, 1(100001), 100001. <https://doi.org/10.1016/j.conx.2018.100001>
32. Penney, G. C., Thomson, M., Norman, J., McKenzie, H., Vale, L., Smith, R., & Imrie, M. (1998). A randomised comparison of strategies for reducing infective complications of induced abortion. *British journal of obstetrics and gynaecology*, 105(6), 599–604. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1998.tb10173.x>
33. Shannon, C., Brothers, L. P., Philip, N. M., & Winikoff, B. (2004). Infection after medical abortion: a review of the literature. *Contraception*, 70(3), 183–190. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2004.04.009>
34. Smith, G. M., Stubblefield, P. G., Chirchirillo, L., & McCarthy, M. J. (1979). Pain of first-trimester abortion: its quantification and relations with other variables. *American journal of obstetrics and gynecology*, 133(5), 489–498. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(79\)90282-5](https://doi.org/10.1016/0002-9378(79)90282-5)
35. Borgatta, L., & Nickinovich, D. (1997). Pain during early abortion. *The Journal of reproductive medicine*, 42(5), 287–293.
36. Larrea, S., Assis, M. P., & Mendoza, C. O. (2021). "Hospitals have some procedures that seem dehumanising to me": Experiences of abortion-related obstetric violence in Brazil, Chile and Ecuador. *Agenda (Durban, South Africa)*, 35(3), 54–68. <https://doi.org/10.1080/10130950.2021.1975967>
37. Obwieszczenie Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych z dnia 28 listopada 2022 r. w sprawie ogłoszenia Urzędowego Wykazu Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, t.j. Dz. Urz. Min. Zdr. 2022.121. <https://dziennikmz.gov.pl/legalact/2022/121/>
38. Johnson, D. M., Ramaswamy, S., & Gomperts, R. (2024). Experiences with misoprostol-only used for self-managed abortion and acquired from an online or retail pharmacy in the United States. *Contraception*, 131(110345),

110345. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2023.110345>
39. Tufa, T. H., Prager, S., Lavelanet, A. F., & Kim, C. (2020). Drugs used to induce fetal demise prior to abortion: a systematic review. *Contraception: X*, 2(100046), 100046. <https://doi.org/10.1016/j.conx.2020.100046>
40. Hammond, C. (2009). Recent advances in second-trimester abortion: an evidence-based review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 200(4), 347–356. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.11.016>
41. Mahdasian-Miller, A. (2021). Induction of Fetal Demise Before Abortion.
42. Kakinuma, T., Kakinuma, K., Sakamoto, Y., Kawarai, Y., Saito, K., Ihara, M., Matsuda, Y., Sato, I., Ohwada, M., Yanagida, K., & Tanaka, H. (2020). Safety and efficacy of manual vacuum suction compared with conventional dilatation and sharp curettage and electric vacuum aspiration in surgical treatment of miscarriage: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03362-4>
43. Wen, J., Cai, Q. Y., Deng, F., & Li, Y. P. (2008). Manual versus electric vacuum aspiration for first-trimester abortion: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 115(1), 5–13. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2007.01572.x>
44. Verkuyl, D. A., & Crowther, C. A. (1993). Suction v. conventional curettage in incomplete abortion. A randomised controlled trial. *South African medical journal = Suid-Afrikaanse tydskrif vir geneeskunde*, 83(1), 13–15.
45. Molendijk, L. W., Dubuisson, C., & Boisvillier, R. A. (1993). Suction v. conventional curettage in incomplete abortion. *South African medical journal = Suid-Afrikaanse tydskrif vir geneeskunde*, 83(7), 536.
46. Ghosh, J., Papadopoulou, A., Devall, A. J., Jeffery, H. C., Beeson, L. E., Do, V., Price, M. J., Tobias, A., Tunçalp, Ö., Lavelanet, A., Gülmezoglu, A. M., Coomarasamy, A., & Gallos, I. D. (2021). Methods for managing miscarriage: a network meta-analysis. *The Cochrane Library*, 2021(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd012602.pub2>
47. Zeng, W. J., An, S. L., Huang, H., Huang, Q. T., Li, F. F., Wang, H. Z., Cai, D. C., & Gao, Y. F. (2017). Nan fang yi ke da xue xue bao = Journal of Southern Medical University, 37(5), 569–574. <https://doi.org/10.3969/j.issn.1673-4254.2017.05.01>
48. Kakinuma, T., Ito, T., Tagawa, M., Kakinuma, K., Sakamoto, Y., & Imai, K. (2019). Surgery for miscarriage with endometrial protection: the safety and efficacy of manual vacuum aspiration (MVA). *Journal of Fertilization Implantation*, 36, 132–137.
49. Bręborowicz G.H. (2013). *Położnictwo i ginekologia*, t. 2. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 690. 83-200-3082-X.
50. World Health Organization. (2003). *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*.
51. World Health Organization. (2012). *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*. 2nd edition. 2. Clinical care for women undergoing abortion. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK138188/>
52. Wiebe, E. R., Campbell, M., Aiken, A. R. A., & Albert, A. (2019). Can we safely stop testing for Rh status and immunizing Rh-negative women having early abortions? A comparison of Rh alloimmunization in Canada and the Netherlands. *Contraception: X*, 1(100001), 100001. <https://doi.org/10.1016/j.conx.2018.100001>
53. Fiala, C., Fux, M., & Gemzell Danielsson, K. (2003). Rh-prophylaxis in early abortion. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 82(10), 892–903. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2003.00266.x>
54. ACOG Practice Bulletin No. 195: Prevention of Infection After Gynecologic Procedures. (2018). *Obstetrics and gynecology*, 131(6), e172–e189. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002670>
55. Low, N., Mueller, M., Van Vliet, H. A., & Kapp, N. (2012). Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2012(3), CD005217. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005217.pub2>
56. World Health Organization. (2022). *Abortion Care Guideline*. Chapter 3. Recommendations and best practice statements across the continuum of abortion care. Cervical priming prior to surgical abortion: Recommendations 17-20 (3.3.7). (<https://srhr.org/abortioncare/chapter-3/pre-abortion-3-3/cervical-priming-prior-to-surgical-abortion-recommendations-17-20-3-3-7/>)
57. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2019). *Abortion Care guidance*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng140>
58. Lohr, P. A., Hayes, J. L., & Gemzell-Danielsson, K. (2008). Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. *The Cochrane Library*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd006714.pub2>
59. Costescu, D., & Guilbert, É. (2018). No. 360-Induced Abortion: Surgical Abortion and Second Trimester Medical Methods. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC*, 40(6), 750–783. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.12.010>
60. Chandrasekaran, S., Paul, M., Ruggiero, S., Monschauer, E., Blanchard, K., & Robinson, Y. (2021). Foley catheter and misoprostol for cervical preparation for second-trimester surgical abortion. *Contraception*, 104(4), 437–441. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.06.015>
61. Sium, A. F., Prager, S., Wolderufael, M., Abubeker, F. A., Tufa, T. H., & Grentzer, J. M. (2022). Foley catheter for cervical preparation prior to second trimester dilation and evacuation: A supply-based alternative for surgical

- abortion: A case series. *Contraception*, X, 4(100085), 100085. <https://doi.org/10.1016/j.conx.2022.100085>
62. World Health Organization. (2022). *Abortion Care Guidance*. Chapter 3. Recommendations and best practice statements across the continuum of abortion care. *Incomplete abortion management: Recommendations 35-38 (3.5.2)*.
63. Pauleta, J. R., Clode, N., & Graça, L. M. (2009). Expectant management of incomplete abortion in the first trimester. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 106(1), 35–38. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.02.018>
64. White, K., Carroll, E., & Grossman, D. (2015). Complications from first-trimester aspiration abortion: a systematic review of the literature. *Contraception*, 92(5), 422–438. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2015.07.013>
65. Kerns, J. L., Brown, K., Nippita, S., & Steinauer, J. (2024). Society of Family Planning Clinical Recommendation: Management of hemorrhage at the time of abortion. *Contraception*, 129(110292), 110292. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2023.110292>
66. Whitehouse, K., Tschann, M., Soon, R., Davis, J., Micks, E., Salcedo, J., Savala, M., & Kaneshiro, B. (2019). Effects of prophylactic oxytocin on bleeding outcomes in women undergoing dilation and evacuation: A randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*, 133(3), 484–491. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003104>
67. Kerns, J. L., Pearlson, G., Mengesha, B., Harter, K., Jackson, R. A., & Drey, E. A. (2021). A randomized controlled trial of methylergonovine prophylaxis after dilation and evacuation abortion. *Contraception*, 103(2), 116–120. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.10.009>
68. Ipas. (2022). Postabortion hemorrhage: Prevention and management. <https://www.ipas.org/clinical-update/english/postabortion-care/postabortion-hemorrhage-prevention-and-management/>
69. Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z 26 maja 2011 r., skarga nr 27617/04.
70. CEDAW Committee, General recommendation No. 35 on gender-based violence against women, updating general recommendation No. 19, 25.07.2017, CEDAW/C/GC/35.
71. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), 02.05.2016, E/C.12/GC/22.
72. Human Rights Committee, General comment No. 36, 03.09.2019, CCPR/C/GC/36.
73. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover. Addendum. Mission to Poland, 20.05.2010, A/HRC/14/20/Add. 3.
74. World Health Organization. (2022). *Abortion care guideline (p. 24); Supplementary material 1: Evidence-to-Decision frameworks for the law and policy recommendations (pp. 3-59)*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/abortion/supplementary-material-1.pdf?sfvrsn=5bc94f18_7
75. World Health Organization. (2022). *Abortion care guideline (p. 26); Supplementary material 1: Evidence-to-Decision frameworks for the law and policy recommendations (pp. 60-113)*.
76. CAT Committee, Concluding Observations: Paraguay, para. 22, U.N. Doc. CAT/C/PRY/CO/4-6 (2011).
77. Decyzja Komitetu Praw Człowieka z dnia 24 października 2005 roku, sprawa nr CCPR/C/85/D/1153/2003.
78. World Health Organization. (2022). *Abortion care guideline (p. 28); Supplementary material 1: Evidence-to-Decision frameworks for the law and policy recommendations (pp. 114-153)*.
79. World Health Organization. (2022). *Abortion care guideline (p. 41); Supplementary material 1: Evidence-to-Decision frameworks for the law and policy recommendations (pp. 154-188)*.
80. World Health Organization. (2022). *Abortion care guideline (p. 43); Supplementary material 1: Evidence-to-Decision frameworks for the law and policy recommendations (pp. 189-279)*.
81. World Health Organization. (2022). *Abortion care guideline (p. 59); Supplementary material 1: Evidence-to-Decision frameworks for the law and policy recommendations (pp. 280-309)*.
82. World Health Organization. (2022). *Abortion care guideline (p. 61); Supplementary material 1: Evidence-to-Decision frameworks for the law and policy recommendations (pp. 310-361)*.
83. Aiken, A. R. A., Lohr, P. A., Lord, J., Ghosh, N., & Starling, J. (2021). Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion (termination of pregnancy) provided via telemedicine: a national cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 128(9), 1464–1474. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16668>
84. Kim, C., Sorhaindo, A., & Ganatra, B. (2020). WHO guidelines and the role of the physician in task sharing in safe abortion care. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 63, 56–66. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.07.007>
85. Dunlop, H., Sinay, A. M., & Kerestes, C. (2023). Telemedicine Abortion. *Clinical obstetrics and gynecology*, 66(4), 725–738. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000818>
86. Johnson, D. M., Michels-Gualtieri, M., Gomperts, R., & Aiken, A. R. A. (2023). Safety and effectiveness of self-managed abortion using misoprostol alone acquired from an online telemedicine service in the United States.

- Perspectives on sexual and reproductive health, 55(1), 4–11. <https://doi.org/10.1363/psrh.12219>
87. Moseson, H., Herold, S., Filippa, S., Barr-Walker, J., Baum, S. E., & Gerdts, C. (2020). Self-managed abortion: A systematic scoping review. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 63, 87–110. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.08.002>
 88. Hoggart, L., & Berer, M. (2022). Making the case for supported self-managed medical abortion as an option for the future. *BMJ sexual & reproductive health*, 48(2), 146–148. <https://doi.org/10.1136/bmjshr-2021-201181>
 89. Wainwright, M., Colvin, C. J., Swartz, A., & Leon, N. (2016). Self-management of medical abortion: a qualitative evidence synthesis. *Reproductive health matters*, 24(47), 155–167. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.06.008>
 90. Raifman, S., Ralph, L., Biggs, M. A., & Grossman, D. (2021). “I’ll just deal with this on my own”: a qualitative exploration of experiences with self-managed abortion in the United States. *Reproductive health*, 18(1), 91. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01142-7>
 91. Rozporządzenie Ministra Edukacji i Nauki z dnia 29 września 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego, t.j. Dz.U. 2023 poz. 2152.
 92. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. (2023). Program specjalizacji w dziedzinie Położnictwa i Ginekologii. <https://www.cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/2023/03/0724-program-1-.pdf>
 93. Oberman, M., & Lehmann, L. S. (2023). Doctors’ duty to provide abortion information. *Journal of law and the biosciences*, 10(2), lsad024. <https://doi.org/10.1093/jlb/lsad024>
 94. American College of Obstetricians and Gynecologists. “Abortion Is Healthcare”. www.acog.org/advocacy/facts-are-important/abortion-is-healthcare.
 95. Leitao, S., O’Shaughnessy, E., San Lazaro Campillo, I., & O’Donoghue, K. (2022). Healthcare professionals and students’ knowledge on termination of pregnancy legislation and clinical practice: A systematic review. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*, 33, 100762. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100762>