

PRAWA KOBIET RODZĄCYCH W WYBRANYCH KRAJACH UE
(ZAŁĄCZNIK DO KARTY PRAW KOBIETY RODZĄCEJ)

Ad. 1

Kobieta powinna mieć pełne prawo przede wszystkim w zakresie możliwie najszybszego stwierdzenia ciąży oraz jej prawidłowości. Pewnym wzorcowym przykładem jest w tym zakresie Belgia i Dania. Zarówno w odczuciu społecznym, jak i lekarzy, położnych i innych specjalistów w tym zakresie, ciąża i poród to procesy naturalne. Kobieta, chcąc potwierdzić ciążę, ma aż trzy możliwości - może zwrócić się do położnej, lekarza ogólnego lub ginekologa. Położne są jednak w niewielkim stopniu zaangażowane w opiekę przedporodową, ponieważ większość kobiet podczas ciąży zwraca się do ginekologa. W czasie porodu, położna pełni tylko funkcję pomocniczą, chyba że nieobecny jest lekarz. W takim wyjątkowym wypadku położna prowadzi poród samodzielnie. Dodatkowo, istotne jest roztoczenie pełnej opieki, a wręcz dostosowanie się do sytuacji życiowej kobiety ciężarnej. W Finlandii, przedstawiciel personelu medycznego (najczęściej pielęgniarka lub położna) składa kilka wizyt (ich ilość uzależniona jest od sytuacji) w domu pacjentki w celu sprawdzenia stanu zdrowia matki i dziecka, przy czym taki rodzaj opieki ma miejsce w okresie obejmującym aż 8 tygodni od dnia porodu.

Ad. 2

Bezpłatne działania w zakresie szeroko pojętej promocji, edukacji oraz innych działań o tym charakterze powinny być domeną przede wszystkim państwa i jego władz. W Finlandii już same władze gminne są odpowiedzialne za zorganizowanie podstawowych usług takich jak: edukacja oraz opieka społeczna i zdrowotna dla lokalnej społeczności. Najczęściej w krajach europejskich konkretne działania wykonują położne. We Francji, gdzie położne są uprawnione nawet do przepisywania środków antykoncepcyjnych i Irlandii położne zajmują się nie tylko edukacją, ale i faktycznym wspieraniem przyszłych rodziców. Same zaś działania o charakterze szkoleniowym obejmują edukację w zakresie karmienia piersią, zapobieganie nietrzymania moczu, żywienia i planowania rodziny, a nawet szkolenia i badania o charakterze naukowym, jak we Włoszech. W Austrii, w ramach tzw. prewencji pierwszego stopnia zapewniona jest kompleksowa edukacja obejmująca obowiązek dostarczania zainteresowanym informacji na temat leków, seksualności, wolności wyboru, ciąży, porodu itp. W Luksemburgu zaś lekarz w trakcie każdego spotkania z ciężarną pacjentką, uświadamia ją o szkodliwości stosowania takich używek, jak papierosy, alkohol i narkotyki, analizuje z nią możliwość występowania w jej otoczeniu szkodliwych czynników, a także przypomina o konieczności zachowywania tzw. higieny ciąży, w szczególności przestrzegania kompletnej i dobrze opracowanej diety.

Ad. 3

Wymienione działania powinny być obowiązkowe, zaś obowiązek ten wprowadzony na drodze opracowania odpowiedniego aktu normatywnego. Konieczne jest jednak przede wszystkim umożliwienie funkcjonowania takich obowiązków w praktyce. To zaś wiąże się bezpośrednio nie tylko z szeroko zakrojoną akcją edukacyjną, ale także odpowiednio przygotowaną procedurą logistyczną. Istotne jest zapewnienie specjalistycznej opieki w każdej możliwej dziedzinie. Przykładowo, w Luksemburgu, kobieta ma prawo m.in. do regularnych i bezpłatnych wizyt kontrolnych u stomatologa. Nadmienić należy także, iż akcje edukacyjne obejmować powinny także pełny zakres czynności wchodzących w obręb szeroko pojętej opieki nad dzieckiem. We Francji odpowiedni personel (najczęściej położne) edukuje przyszłych rodziców w tak szczegółowych kwestiach, jak karmienie piersią, zapobieganie nietrzymania moczu, czy żywienie i planowanie rodziny. W Niemczech zaś w czasie ciąży leczy się również wszystkie schorzenia, jakie mogą wystąpić w trakcie ciąży, jak cukrzyca, nadciśnienie i anemia.

Ad. 4

Prawidłowy przebieg ciąży oraz bezpieczne narodziny dziecka uwarunkowane są przede wszystkim stałym nadzorem specjalistycznym, który winien rozpocząć się możliwie najwcześniej. Aby zapewnić taki standard, wskazane jest, wzorem krajów europejskich, położenie nacisku na rolę położnych, a także wyraźne rozróżnienie ról pełnionych przez poszczególnych specjalistów. W Portugalii kobieta, po stwierdzeniu ciąży, kieruje się do położnej w szpitalu lub ośrodku zdrowia. Może także udać się do prywatnego gabinetu ginekologicznego. Położne i ginekolodzy respektują swoje role w opiece położniczej, dzięki czemu mogą efektywnie współpracować, zamiast konkurować. Każdy z przedstawicieli tych zawodów wie dokładnie, jakie są jego obowiązki w każdej fazie ciąży i porodu i jest za nie odpowiedzialny. W Hiszpanii kobieta podejrzewająca u siebie ciążę może zwrócić się do lekarza ogólnego. Ten skieruje ją do położnej, ale kobieta może też od razu udać się do położnej w placówce podstawowej opieki zdrowotnej. W przypadku stwierdzenia powikłań, kobieta zostanie zaś skierowana do ginekologa - położnika. Jeżeli ciąża przebiega prawidłowo, opieka roztaczana jest przez położną, która kieruje kobietę na trzykrotne konsultacje z ginekologiem - położnikiem. W przypadku powikłań, opieką (najczęściej w szpitalu) zajmuje się lekarz położnik, a położna koncentruje się na edukacji.

Ad. 5

Po pierwsze podnieść należy, iż kobiecie przysługiwać powinien swobodny wybór pomiędzy porodem szpitalnym a porodem domowym. Jest rzeczą oczywistą, iż niezależnie od podjętej decyzji, standard porodu przede wszystkim w zakresie poziomu opieki i szczególnej uwagi

personelu prowadzącego, powinien być analogiczny. W Grecji decyzja o miejscu porodu należy do co prawda lekarza – położnika i zazwyczaj jest to oddział położniczy w szpitalu, o ile jednak rodzice nie wyrażą zdecydowanie innego życzenia, które zawsze jest honorowane. Zainteresowanie porodami domowymi było w ostatnich latach stałe. W Holandii w ostatniej dekadzie, ich odsetek utrzymywał się na poziomie 30%. Aby poród mógł odbyć się w domu, muszą zostać spełnione dwa warunki: poród musi być fizjologiczny oraz musi istnieć możliwość szybkiego (w ciągu 15 minut) przewiezienia kobiety do szpitala, w razie powikłań. Dobrym rozwiązaniem byłoby również wprowadzenie miejsc wyspecjalizowanych, jak oddziały położnicze, ale kładące większy nacisk także na komfort kobiety i jej rodziny. Dobrym przykładem będzie tu Francja, gdzie planowane jest uruchomienie ośrodków porodowych - Domów Narodzin, jako alternatywy dla porodów domowych lub zmedykalizowanych porodów szpitalnych. W ośrodkach tych, kobiety w ciąży niezagrożonej mogłyby rodzić w atmosferze przypominającej domową, pod osobistą opieką położnej. Zaznaczyć należy, iż podobne Domy Narodzin funkcjonują już z powodzeniem m.in. w Holandii i w Hiszpanii.

Ad. 6

Stwierdzenie tzw. ciąży patologicznej pociągać za sobą powinno niezwłoczne działania o charakterze diagnostycznym i leczniczym. W Austrii położne uprawnione są do stosowania tzw. prewencji drugiego stopnia. Oznacza to wczesne rozpoznawanie choroby lub patologii, dzięki czemu możliwe jest powstrzymanie dalszego rozwoju schorzenia. Najważniejszym zaś zadaniem położnej jest wykrywanie ciąż podwyższonego ryzyka. Co do zasady, jeżeli nie ma podejrzeń o możliwej patologii, ciążarna powinna pozostać, jak w Danii, pod opieką położnej. Wówczas, jak w Belgii, pełna odpowiedzialność spoczywa na położnej. Niemniej jednak, w razie stwierdzenia podejrzenia wystąpienia ciąży patologicznej, położna zwrócić się powinna niezwłocznie do specjalisty – ginekologa położnika, który przejmie od tej chwili pełną odpowiedzialność. Przekonanie o wszechobecnym zagrożeniu patologią znajduje odbicie m.in. we Francji, przez co zaleca się także, aby co najmniej jedno spotkanie informacyjne odbyło się z anestezjologiem. Niezwykle istotne jest również wprowadzenie, wzorem Holandii, klarownego podziału między zadaniami w podstawowej i specjalistycznej opiece położniczej, wynikającego z rozróżnienia pomiędzy fizjologią a patologią.

Ad. 7

Szczególne opieka roztoczona powinna być również bezpośrednio po porodzie. W Szwecji, bezpośrednio po porodzie, położna jest odpowiedzialna za opiekę nad matką i noworodkiem, zarówno w domu, jak i na oddziale położniczym. Położna również opiekuje się matkami i noworodkami w przypadku często występujących dolegliwości, a także komplikacji

wymagających zabiegów położniczych lub ginekologicznych. W gminnych ośrodkach zdrowia, opieką nad kobietami po porodzie i noworodkami roztaczają z kolei wyspecjalizowane pielęgniarki pediatryczne. Wzór ten po raz kolejny zdaje się przesądzać o konieczności specjalizacji pediatrycznej w każdym zawodzie medycznym mającym kontakt ze zjawiskiem ciąży. Istotna jest również regularność opieki pediatrycznej i innej specjalistycznej. Nie można zapominać także o stanie zdrowia matki po porodzie. Tutaj z kolei dobrym przykładem będzie też Luksemburg, gdzie w przeciągu dziesięciu tygodni od daty porodu (ale nie wcześniej niż po pierwszych dwóch tygodniach po porodzie) przeprowadza się szczegółowe badanie kobiety.

Ad. 8

Podnieść należy, iż waga ciąży nie tylko w ocenie społecznej, ale również z punktu widzenia medycznego i naukowego, powinna przesądzać o konieczności pojmowania opieki położniczej, jako mającej charakter multidyscyplinary. We Francji pediatrzy, anestezjolodzy, psychologowie, ginekolodzy-położnicy i położne pracują w jednym zespole. Niektóre zadania wykonywane są ponadto przez radiologów i genetyków. Także lekarze ogólni mają uprawnienia do prowadzenia działalności na polu opieki położniczej. Istotna jest także dalsza opieka nad dzieckiem, już po jego urodzeniu. W Luksemburgu, każde dziecko, które urodziło się na terenie tego kraju, musi mieć przeprowadzone przynajmniej dwa badania krwi oraz cztery badania ogólne w ciągu pierwszych dwóch lat życia. Dodatkowo przeprowadza się badania okulistyczne w zakresie niebezpieczeństwa wystąpienia jaskry, przy czym pierwsze odbywa się w ciągu 48 godzin po urodzeniu, zaś kolejne w okresie od 4 do 6 tygodni od urodzenia, w ciągu 4 do 6 miesięcy od urodzenia, w okresie od 9 do 12 miesięcy życia, oraz od 21 do 24 miesięcy od urodzenia.

Ad.9

W Holandii, udzielanie wsparcia psychologicznego należy do zadań położnych. Położne powinny zwracać szczególną uwagę na osobowość oraz społeczne i kulturowe środowisko kobiety w ciąży. W Austrii działania te podejmowane są w ramach tzw. prewencji trzeciego stopnia. Położna jest powołana do dawania kobiecie oraz jej partnerowi wsparcia psychologicznego i emocjonalnego.

Ad. 10

Bardzo dobrym rozwiązaniem charakteryzuje się amerykański system zdrowotny, w odniesieniu do pacjentów w ogólności, szczególnie zaś w zakresie kobiet ciężarnych. Zapewnienie komfortu psychicznego oraz zabezpieczenie dóbr osobistych posunięte jest tak daleko, że pacjentka za każdym razem musi wyrazić zgodę na badanie przez konkretnego lekarza. W każdym szpitalu,

przychodni i innych miejscach świadczących usługi medyczne, udostępniona jest rozbudowana i szczegółowa karta praw pacjenta, wraz z kompleksowym pouczeniem w zakresie przepisów prawnych a także swoistym poradnikiem prawnym odnośnie uprawnień, obowiązków i sposobów ich dochodzenia i realizowania.

Podsumowanie i wnioski. Konieczne jest zapewnienie kompleksowej procedury obejmującej nie tylko okres przedporodowy i poród ale również opiekę pediatryczną po urodzeniu się dziecka. Niezwykle precyzyjne i godne poparcia szczegółowe rozwiązania obowiązują w Luksemburgu. Kobieta podlega obowiązkowej, ale jednocześnie zupełnie bezpłatnej serii badań, które przeprowadzane są w ramach poszczególnych okresów, przy czym decydujące znaczenie ma ich systematyka. Pierwsze pięć badań kobieta przechodzi jeszcze przed końcem trzeciego miesiąca ciąży. W badaniu tym uwzględnia się wiek ciąży oraz prawdopodobny termin porodu (czterdzieści tygodni od pierwszego dnia ostatniej miesiączki), masę i wielkość płodu, wywiad chorobowy (z chorobami serca i nadciśnieniem włącznie) i wywiad rodzinny (włącznie z chorobami, jakie wystąpiły dotychczas w rodzinie), oraz tzw. społeczno – biologiczną przyszłość matki (ewentualnie uzupełnione o wizytę lub dochodzenie przeprowadzoną przez asystenta zdrowia lub opieki społecznej), a także oznacza się poziom żelaza w surowicy, glukozę we krwi, a nadto przeprowadza się badanie moczu. Dopiero po zakończeniu tego badania lekarz może wydać matce tzw. książeczkę macierzyństwa. Kolejne badanie odbywa się nie później niż w drugiej połowie czwartego miesiąca i przebiega analogicznie, przy czym dodatkowo przeprowadza się badanie macicy i rozwoju płodu. W międzyczasie przeprowadza się kilkakrotnie badanie serologiczne. Trzecie badanie przeprowadza się podczas szóstego miesiąca na analogicznych zasadach, jak powyżej, przy czym sprawdza się dodatkowo obecność ewentualnych zakażeń, a także dokonuje się badania płodu w obrębie miednicy celem ewentualnego stwierdzenia dysproporcji. Kolejne, czwarte badanie, przeprowadzane w ciągu pierwszych piętnastu dni ósmego miesiąca ciąży, wygląda analogicznie, ale dodatkowo przeprowadza się (na co położony jest zdecydowany nacisk) badanie mające na celu wykrycie ewentualnego zakażenia toxoplasma gondii. Ostatnie badanie przeprowadzone jest w pierwszych piętnastu dniach dziewiątego miesiąca, na takich samych zasadach, jak pierwsze badanie, przy czym tutaj już kierunek zmierza przede wszystkim na zapobieganie późnym zgonom płodów. Jasnym jest, iż w trakcie każdego badania standardem jest również badanie krwi, ciśnienia tętniczego, masy ciała oraz analiza takich substancji jak albuminy i glukoza.

(opracowanie: Mgr n. prawnych Jacek Świeca , Warszawa, 1.12.2008)

