

KAKO NASTAJE POLITIKA ASISTIRANOG KUĆNOG PORODA U HRVATSKOJ?

- **Uvod**

„Što mi je činiti?“ – pita žena u trudovima u Monty Pythonovom skeču iz filma *Smisao života*. „Ništa! Niste kvalificirani!“ – odgovara doktor. Taj kratki dijalog otkriva srž medicinskog odnosno porodničarskog pristupa porodu koji je danas jedina opcija u Republici Hrvatskoj. Alternativa tom pristupu jest primaljski model, u sklopu kojega bi se porod odvijao izvan bolničkih institucija, uz školovanu primalju, bez prisustva lijekova i medicinskih zahvata. No, tu opciju službeno je nemoguće koristiti. Odluči li se žena na kućni porod država joj pri tome neće pomoći. Naime, materinstvo i porod nisu u potpunosti zakonski regulirani čime je onemogućena sloboda izbora mjesta i načina poroda uz punu medicinsku zaštitu. Način na koji to država onemogućuje te razlozi zbog kojih bi treba pomoći ženama da ostvare svoje želje je tema ovog eseja. Pokušat ću dokazati ne samo da je odabir mjesta i načina poroda ljudsko pravo, već i da država zbog vlastitog zakonodavnog okvira, ima dužnost urediti to pitanje.

Središnji *policy* problem ovog rada jest da u Republici Hrvatskoj sloboda odabira mjesta i načina poroda, potvrđena Europskom konvencijom o ljudskim pravima, nije ostvariva. Država isključivo regulira porod u bolničkim institucijama čime su žene zakinute za slobodan izbor mjesta poroda. U Hrvatskoj je nemoguće imati „normalan“ kućni porod, kao što je to uvriježeno u mnogim drugim zemljama. Razlog tomu je manjak zakonskih odredbi koje bi trebale detaljno propisivati mogućnosti poroda izvan bolnica (primjerice reguliranje struke koja bi to obavljala i sigurnosni preduvjeti poput udaljenosti od bolnice i slično). Postojanje takvih odredbi omogućilo bi kućne porode te reguliralo upisivanje novorođenčadi u maticu rođenih, koje bi trebalo biti jednostavno i zakonski jasno, kao i korištenje zdravstvenih usluga hrvatskih primalja tijekom poroda.

S opisanim *policy* problemom u središtu, istražujem kako u Hrvatskoj nastaje politika kućnog poroda, analiziram zakonski okvir te djelovanje aktera. Prikazujem kako zakonski okvir pogoduje uspješnosti politike kućnog poroda, kao i načine kojima akteri utječu na dinamiku cijelog procesa te tvrdim da politika kućnog poroda nastaje posredstvom strukturirane interakcije aktera, povoljnog zakonskog okvira, kao i stvaranjem svijesti o kućnom porodu.

Podaci za rad prikupljeni su analizom različitih dokumenata, proučavanjem literature o uređenju kućnih poroda u drugim zemljama, praćenjem javnih istupa ministara zdravlja te intervjuima s ključnim akterima. S obzirom da je ovo pitanje ponajprije dio zdravstvene politike i politike ljudskih prava, takvom problemu najbolje je pristupiti analizom zakona i uredbi. Naime, zbog građe problema važno je znati njegovo trenutno regulatorno stanje kako bi bolje razumijeli daljnje faze *policy* procesa te stvorili realna očekivanja. Drugi aspekt je analiza aktera; najbolje ga je napraviti putem intervjua što doprinosi razumijevanju njihovog djelovanja kroz vrijeme, a to sam i nastojala učiniti. Ostatak uvoda bavi se pomnijom analizom samog teorijskog okvira koji se bazira na taksonomijskom pristupu i faznom modelu *policy* procesa.

Nakon uvoda dublje ulazim u pitanje konkretnog *policy* problema, a potom analiziram hrvatski, ali i međunarodni zakonodavni okvir koji razjašnjava važnost rješavanja pitanja kućnog poroda. Iduće poglavlje je analiza aktera, nakon kojega slijedi opis dinamike *policy* procesa. Rad završavam zaključkom u kojem donosim finalne komentare na politiku kućnog poroda, te analizu cijelog rada spajam s teorijom Hala Colebatcha i tri dimenzije politike.

- *Teorijski okvir: Klasificiranje policy problema i faze policy procesa*

Problemu asistiranog kućnog poroda može se pristupiti na više razina; ovaj rad jest primjer pristupa javnih politika. Stoga je nužno krenuti od kratkog pojašnjenja samog pojma javnih politika tj. *policyja*. Javne politike su svojevrsno društveno djelovanje koje se odvija oko pitanja koja se shvaćaju društveno relevantnim, a to djelovanje nije nužno rezervirano samo za političke vrhove, već za široku paletu sudionika koji su na neki način povezani s određenim problemom „... izraz javne politike (*policy*) označava u osnovi racionalni dio političkog života, usmjeren na rješavanje sadržajnih problema politike, a ne na stjecanje političkog poborništva.“ (Petak, 2007:188)

Na koji je točno način pitanje kućnog poroda dio javne politike? Pitanju asistiranog kućnog poroda najčešće se pristupa s pozicije prava (ljudsko pravo, pravo izbora) i dokaza koji prikazuju prednosti kućnog poroda. U javnim raspravama postavljaju se pitanja vezana uz sigurnost takve prakse, kao i pitanja vezana uz sam financijski aspekt. Navedena razina teme asistiranog kućnog poroda najbliža je i „najprirodnija“ većini aktera i zainteresiranih. Dijelom javne politike tema postaje onog trenutka kada se pretvori u relevantno društveno pitanje ili problem koji će se vjerojatno riješavati i na političkoj razini: „Kada, primjerice, neko ministarstvo imenuje posebno osoblje da obavi politički posao koji ne želi prepustiti karijernim službenicima, riječ je o politici... Ako se, pak, to isto ministarstvo angažira u rješavanju nekog gorućeg društvenog problema, cjelinu takvih napora označavamo javnim politikama, pri čemu se pod tim izrazom ne podrazumijevaju samo naponi tog ministarstva, nego i niza socijalnih aktera u vodoravnog društvenoj dimenziji“ (Petak, 2007:189). Kućni porod usitnu jest pitanje javnih politika, jer je ta „obična“ tema uspješno problematizirana od strane aktera koji ukazuju na nužnost rješavanja tog pitanja na zakonodavnoj razini.

Istražujući *policy* probleme često se primjećuje da problem gotovo nikada nije isključivo vezan za jednu vrstu politike, već sadrži elemente više različitih politika. Ta činjenica cijelu disciplinu čini veoma interdisciplinarnom i poprilično složenom za proučavanje, stoga je nužno raznolikost „dovesti u red“, pri čemu *policy* literatura najčešće priskače u pomoć korištenjem tipologija javnih politika te podjelom politika na faze (Hill, 2010:111). Sukladno tome, također ću smjestiti politiku asistiranog kućnog poroda u detaljniji kontekst. Ovaj rad koristi taksonomsku podjelu koja je zasnovana na empirijskim značajkama odabranih politika za razliku od tipologije koja pristupa kategorizaciji na konceptualnom principu.

Asistirani kućni porod primarno pripada u zdravstvene politike, ali postoji i snažan utjecaj politike ljudskih prava. Naime, asistencija pri porodu ili praćenje poroda je vrsta zdravstvene usluge. Zdravstvena usluga nije samo ona usluga koju pružaju liječnici u bolnici, već podrazumijeva sve usluge koje se bave dijagnozom i liječenjem bolesti, kao i unaprijeđenjem, održavanjem i obnovom zdravlja (WHO, 2012). S jedne strane, uvijek će postojati suradnja između medicinskih ustanova i izvanustanovnih pružatelja usluga. Takva suradnja je poželjna i nužna u slučaju asistiranog kućnog poroda, posebice dođe li do komplikacija koje se ne mogu riješiti izvan bolnice i zahtijevaju prebačaj iz doma u zdravstvenu ustanovu. Stoga, u većini zemalja koje pružaju tu uslugu postoji koordinirana suradnja s bolnicama. Bolnice su, naime, upoznate s brojem trudnicama koje rađaju kod kuće u danom trenutku. S druge strane, domena zdravstvenih politika objedinjuje gotovo sva pitanja vezana uz fizičke promjene i stanja koja trebaju medicinsku uslugu. Prema tome, pitanja vezana uz porod (tako je i u drugim državama), nalaze se u nadležnosti vlada tj. onih vladinih tijela koja se bave zdravstvom, a u Hrvatskoj je to Ministarstvo zdravlja. Primjerice, reguliranje kućnog poroda isključivo ovisi o Ministarstvu, kao i reguliranje prakse primalja koje bi trebale pomagati pri takavim porodima. Stoga, odgovor na pitanje – koje ministarstvo može najefikasnije riješiti problem? – u slučaju kućnog poroda, je nedvosmislen. Nedvojbeno, to je Ministarstvo zdravlja koje jedino ima sve potrebne preduvjete za rješavanje ovog pitanja i svih njegovih pojedinosti poput sigurnosti, dijagnoze, udaljenosti od bolnice i slično. Ta se pitanja ne bi mogla riješiti iz perspektive ljudskih prava ili obiteljskih politika.

Politiku ljudskih prava nemoguće je izostaviti iz ove diskusije i zapravo je ugrađena u temelje pitanja o kućnom porodu. Građani sve jasnije shvaćaju svoja prava, ne samo kao samostalne forme, već kao prava unutar podsustava, u ovom slučaju zdravstvenog, čime povezujem zdravstvenu i politiku ljudskih prava. Puljiz primjerice kaže: „Prava građana u pristupu zdravstvenom sektoru, pravo izbora liječnika, pravo izbora osiguravateljskih društava te prava pacijenata, sve su značajnije teme u nizu europskih zemalja.“ (Puljiz, 2000:81-82). U slučaju kućnog poroda to znači da se ne zahtijeva samo puko priznavanje toga čina kao dozvoljenog, već se pritom traži i određena zdravstvena zaštita. Zakonodavca se ne pokušava uvjeriti da je izbor mjesta i načina poroda pravo svakog pojedinca, jer po tom pitanju međunarodna prava su jasna. Naime, pravo na kućni porod osigurano je pravom na privatni život i obitelj u Europskoj konvenciji ljudskih prava čija je potpisnica i Hrvatska. Također postoje i obveze koje proizlaze iz Ustava, drugih zakona i akata, no o pitanju zakonskog okvira više u idućim poglavljima.

Kućni porod počiva na dobrim temeljima koji mu omogućuju da postane dijelom obiteljske politike, pogotovo promatra li ga se s prizme prava izbora obitelji. Za sada kreatori obiteljskih politika nisu pokušali „prisvojiti“ temu kućnog poroda. Naime, jedino je udruga *RODA (Roditelji u akciji)* svojim brojnim akcijama uključena u obiteljske politike, ali to nije jedino područja rada Udruge, jer također se zalaže za prava trudnica, roditelja i roditelja. Nadalje, po svom „opisu rada“ čini se da su obiteljske

politike zauzetije socijalnim aspektima obitelji i to nakon rođenja djeteta (Puljiz, 2000:159). Slično se može zaključiti promatranjem rasprava o medicinski pomognutoj oplodnji gdje zdravstvena politika i dalje drži središnje mjesto, iako se to pitanje u svojoj srži veže uz obitelj.

Drugi način rješavanja problema različitih sadržaja javnih politika jest podjela na faze. U slučaju politike kućnog poroda, kojoj se bavi ovaj rad, ta je podjela tek u nastajanju. Tek je kročila na dnevni red i djelomično zašla u fazu formulacije s kojom je najčešće usko povezana. Stoga je nemoguće napraviti potpunu podjelu na faze politike asistiranog kućnog poroda, ali mogu se analizirati dosadašnji procesi. Time se bavi sljedeće poglavlje.

Definiranje konkretnog *policy* problema

Hrvatska država trenutno ne omogućava asistirani kućni porod. On nije *de facto* zabranjen, jer ne postoji zakonska odredba koja eksplicitno zabranjuje rađanje izvan bolnice, no ukoliko se trudnica odluči na porod kod kuće ona uza sebe *službeno* ne može imati školovanu primalju. Prisustvo primalje podrazumijeva zdravstvenu zaštitu tijekom kućnog poroda. Zakonske odredbe onemogućuju hrvatskim primaljama da obavljaju kućni porod uz pomoć školovanog osoblja, a samim time trudnice koje se odluče na takav porod ne mogu koristiti njihove usluge, a da pritom sve bude sukladno zakonu. Drugim riječima, praksa kućnog poroda kao takva nije zabranjena, ali nije ni omogućena. Dakle, ako kućni porod nije u potpunosti pravno uređen, iako nije zabranjen, nije ni ostvariv, čime se stvara začarani krug. Odluči li roditelj roditi kod kuće uz inozemnu primalju (zbog nemogućnosti korištenja usluga školovanih hrvatskih primalja), tada nastaju problemi pri prvom službenom liječničkom pregledu djeteta i njegovim upisivanjima u matične knjige. Naime, pedijatri ne žele pregledati takvo dijete, a od majki se često traži ginekološki pregled netom nakon poroda u svrhu dokazivanja majčinstva. Neke žene se osjećaju prisiljenima odabrati „slobodan porod“ (porod bez ikakve stručne asistencije) i to su najčešće osobe koje su imale jedan ili više neugodnih poroda u bolnici i ne žele ponoviti to iskustvo, ali žele imati još djece. Umjesto da ih se proziva neodgovornima, država bi im trebala omogućiti ono na što imaju pravo – zdravstvenu zaštitu tijekom poroda, pa makar to bio porod izvan bolničkih zidova.

Za ovu je temu od središnje važnosti dokazati da osobe koje se susreću s navedenim problemima i proživljavaju prethodno spomenute situacije doista postoje. Prema približnim procjenama voditeljice RODA, Branke Mrzić Jagatić, kojima se te žene javljaju, njihov se broj mjeri u desecima na godinu i u stalnom je porastu. Tražeći savjete vezane uz kućni porod, obitelji se javljaju i *Hrvatskoj komori primalja* čija predsjednica Barbara Finderle također komentira porast broja žena koje rađaju kod kuće, kao i veliki broj situacija pri kojima roditelji imaju poteškoće prilikom prijave novorođenčadi u maticu rođenih. Problem je, osim pregleda djeteta, pronaći osobu koja će potpisati potvrdu o majčinstvu. Finderle napominje kako se više puta dogodilo da se u cijeli proces umiješala policija i socijalna služba, a u jednom slučaju došlo je i do odvajanja roditelja i djeteta na nekoliko dana. I primalje i udruga RODA takve postupke smatraju nedopustivima, jer se zbog korištenja vlastitih prava roditelje na kraju i „kažnjava“. Reguliranje asistiranog poroda je važno, jer socijalna praksa već postoji i u porastu je. Prateći praksu stranih država, prilikom reguliranja primaljskog rada izvan bolnica one imaju pravo izdavanja potvrda koja dokazuje da su pratile trudnoću i porod roditelje. Time bi se riješio cijeli niz birokratskih zavrzlama oko prijavljivanja djeteta. Država ne smije dopustiti da zbog nemogućnosti korištenja asistencije pri kućnom porodu žene moraju rađati neasistirano, pri čemu je moguć tragični scenarij: „Više je slučajeva neasistiranog poroda kod kuće do kojih je došlo zbog različitih razloga (primalje su zakasnile ili čak nisu prihvatile poziv da prisustvuju porođaju zbog medicinskih indikacija). Ovakvom praksom majka i otac prinuđeni su prihvatiti svu odgovornost i sve rizike ukoliko se dogode neželjene posljedice tijekom ili nakon porođaja.“ (Udruga RODA, 2011.)

Uz navede, postoje i drugi argumenti koji dokazuju prednosti reguliranja kućnog poroda. Državi koja nastoji riješiti probleme nataliteta trebalo bi biti u interesu poboljšanje trenutnog stanja u samim rađanama, ali isto tako moraju ponuditi alterantive takvom porodu. Prema riječima voditeljice RODA B.M. Jagatić, dio žena nakon traumatičnog bolničkog poroda odabire ne imati više djece zbog izuzetne nelagode pri pomisli vraćanja u bolnicu. Osim toga, za državu kućni porod bio bi jeftiniji, pa ga stoga neke zapadne zemlje, poput Velike Britanije, nastoje popularizirati. „Ostale porodiljne jedinice, kao i Vlada, pomno promatraju mjesta poput Torbaya i razmišljaju o načinima na koji bi i oni mogli povećati broj kućnih poroda, jer prednosti za majku i dijete su ujedno i prednosti za zdravstveni sustav, ne samo zbog manjih troškova, već i zbog većeg zadovoljstva klijenata.“ (*The Good Birth*, 2010.). Duga praksa kućnih poroda koji su jasno regulirani kako bi se ostvarila što veća sigurnost, razvili su i pozitivnu praksu kućnih poroda u Nizozemskoj. Naime, Nizozemska ima jedan od najvećih postotaka kućnih poroda u svijetu, oko 30 % (AIMS, 2011). Državi je, k tome, jeftinije podržati kućne

porode koji zahtijevaju minimalne troškove, jer nema uporabe lijekova, medicinskih zahvata i žene ne provode vrijeme u bolnici. Istovremeno, strogim mjerama pazi se na kvalitetu. Tako i predsjednica *Komore primalja*, Finderle, opisuje jednostavnu i jasnu metodu ABCD dijagnoze, pri kojoj se svaki simptom i stanje roditelje obilježava jednim slovom koje označuje može li roditelj roditi doma ili u bolnici.

Iako su opisane poteškoće problemi ciljane skupine, a ne cijelog građanstva, ipak ta skupina nije zanemariva, jer obuhvaća sve žene reproduktivne dobi. Važno je ponuditi mogućnost izbora i dozvoliti obiteljima da odaberu hoće li ponudenu mogućnost iskoristiti ili ne, jer možda se za jedan porod opredijele za rađanje u bolnici, a za drugom kod kuće ili obrnuto. Kućni porod danas nije moguć i takvo stanje nije održivo, a samo država može riješiti to pitanje, stoga je i nužna njezina suradnja. Kada se govori o kućnom porodu uvijek se preispituje i sigurnosno pitanje, stoga je važno kratko se osvrnuti i na tu problematiku. Naime, brojna istraživanja dokazuju da je kućni porod jednako siguran kao i bolnički. Metodološki najkvalitetnijim istraživanjem smatra se niz od sedamnaest istraživanja britanskog NICE-a (Nacionalni institut za zdravlje i kliničku izvrsnost). Istraživanje dokazuje da ne postoje statistički značajne razlike smrtnosti novorođenčadi kod kućnih poroda te kod bolničkih poroda. Podrazumjeva se da su porodi niskorizični. (AIMS, 2011.) Kod kućnih poroda žene su bile zadovoljnije, a medicinske intervencije su manje korištene, iako je riječ o trudnoćama jednake rizičnosti. Naime, u Hrvatskoj se rutinskih provodi veliki broj zahvata koji su u većini zapadnih država odavno napušteni „...provodi se opstetričko aktivno vođenje porođaja koje podrazumijeva rutinsko provođenje postupaka koje *Svjetska zdravstvena organizacija* u svojim smjernicama *Skrb tijekom normalnog porođaja – praktični vodič* iz 1999. navodi kao neučinkovite ili štetne i koje bi zbog toga trebalo izbaciti iz bolničke prakse: korištenje klistira, brijanje stidnih dlaka, intravenozna infuzija, profilaktičko uvođenje intravenske braunile, ležeći položaj tijekom porođaja, rektalni pregled, korištenje rendgenske pelvimetrije“ (Udruga *RODA*, 2011.). Zanimljivo je spomenuti i radikalne autore poput francuskog doktora Michela Odenta koji nastoji dokazati važnost prirodnog poroda za zdravo uspostavljanje odnosa majke i djeteta. Osim post porođajne depresije te nemogućnosti povezivanja s djetetom, Odent tvrdi kako je izostanak djelovanja brojnih hormona prilikom poroda (na koje se utječe davanjem medicinskih lijekova i umjetnih hormona) odražava negativno na majku i dijete u daljnjem životu. (Odent, 2006.) No, to je već tema nekog drugog rada, a u ovim sam recima nastojala sažeti prednosti kućnog poroda i globalne trendove u diskusiji vezane uz isti.

Problem je u nemogućnosti korištenja asistiranog kućnog poroda sa svim njegovim prednostima i zaštitom države. Reguliranjem kućnog poroda postigla bi se usklađenost sa zdravstveno regulatornim okvirom Europske unije te pokazalo poštivanje prava pacijenata i ljudskih prava općenito.

- **Zakonski okvir**

Zakonodavni okvir u Hrvatskoj definitivno pogoduje zagovarateljima asistiranog kućnog poroda. S obzirom da se nastoji utjecati na zakonodavce, najbolje ih je uvjeriti „na njihovom terenu“ – zakonskim argumentima. Pri analizi zakonskog okvira nastojat ću raščlaniti trenutno zakonsko stanje, odrediti koji su ciljevi, kao i pitanje *policy* instrumenata u ovom konkretnom slučaju. Analiza zakona se sastoji od pregleda Ustava, *Zakona o zdravstvenoj zaštiti* i *Europske konvencije ljudskih prava*.

Trenutno u Hrvatskoj ne postoji niti jedan zakon ili akt koji izričito zabranjuje kućni porod. Postoji pak, više zakonskih odredbi koje predstavljaju izvrstan temelj za zakonsku regulaciju kućnog poroda. Hrvatski Ustav nalaže da država štiti i regulira kategorije materinstva i porođaja (članak 56. i 62.). Također nalaže da svatko ima pravo na zdravstvenu zaštitu u skladu sa zakonom. (Ustav, članak 58. i 69). Dakle, ono što članci ističu jest da ukoliko se trudnica u Hrvatskoj odluči na asistirani kućni porod, a zbog manjka regulacije ili nekog drugog razloga za koji država odgovara, isto ne može ostvariti – država je prekršila članak Ustava, jer nije pružila zdravstvenu zaštitu prilikom korištenja vlastitih prava (na pravnu slobodu odabira mjesta i poroda osvrnut ću se uskoro). Naime, zdravstvena zaštita također je osigurana Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, točnije, člankom 17. u kojem se spominje cjelovita zdravstvena zaštita žena, a govori se o planiranju obitelji, trudnoći, porođaju i majčinstvu kao jednoj od mjera zdravstvene zaštite. Članci 56. i 62. Ustava naglašavaju općenitiju nužnost reguliranja pitanja poroda ukazujući državi da se to nalazi u njenoj domeni te da to nije briga samih pojedinaca.

Posebno je zanimljiva zakonska regulativa sadržana u *Planu i programu mjera zdravstvene zaštite* iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u Članku 15. Tu se nalazi najviše eksplicitnih referenci na asistirani kućni porod i njegovo reguliranje. Kao što je opisano u kratkom objašnjenju zakonskog stanja u Hrvatskoj pod nazivom *Pravna pitanja vezana uz kućne porode u Republici Hrvatskoj* „od presudnog je značaja za pitanje kućnih poroda, jer se radi o jedinom trenutno važećem propisu koji

izrijekom spominje porod u domu i generalno predviđa mjere koje valja poduzeti tijekom i nakon kućnog porođaja. Također, njime se načelno određuje i djelokrug medicinskog osoblja koje navedene mjere treba provoditi.“ (*Pravna pitanja vezana uz kućne porode u Republici Hrvatskoj*)

Zaključno, pojam kućnog poroda hrvatskom zakonodavstvu nije strana ideja i dužnost je države putem akata ili zakona omogućiti odabira mjesta i načina poroda. Neriješavanjem tog pitanja država otvoreno ignorira zahtjeve koji se nalaze unutar domaćeg, ali i međunarodnog zakonskog okvira.

Hrvatska je potpisnica *Europske konvenciji o ljudskim pravima* u kojoj pod Člankom 8., „Pravo na poštovanje privatnog i obiteljskog života“, stoji da svatko ima pravo na samostalno uređivanje svoga privatnog i obiteljskog života. Taj članak, implicira da je odabir mjesta i načina porod dio privatnog i obiteljskog života, kao što je i odabir imena, grada gdje će se živjeti, broja djece i slično. Europa je to prepoznala kao ljudsko pravo, a Hrvatska se s time složila. Ipak, Hrvatska ne omogućava potpuno uživanje u tom pravu. Stoga je podignuta tužba na Europskom sudu za ljudska prava gdje hrvatska državljanka Ivana Pojatina tuži Republiku Hrvatsku upravo po spomenutim osnovama. (Udruga RODA, 2011.) Slučaj je pokrenut u veljači 2012. godine i na presudu se čeka. Sličan slučaj zabilježen je i u Mađarskoj, slučaj *Ternovszky v. Hungary*, gdje je podnositeljica tužbe odnijela pobjedu koju su suci pojasnili sljedećim riječima: „Dok autonomijski aspekt prava na poštovanje privatnog života jasno ukazuje na to da postoji pravo izbora postati roditeljem ili ne (*Evans v. the United Kingdom*) te je u svrhu učinkovitosti potrebno poštovati uvjete uživanja tog prava, nalazimo potrebnim pojasniti zašto to pravo poštovanja roditeljskog izbora zahtjeva minimum pozitivne regulative. Takav bi se izbor smatrao slobodom u 19. stoljeću. Dok nema državnog utjecaja na slobodu, čini se da ne postoji problem. Ali pozadinska pretpostavka klasičnog liberalizma ne funkcionira nužno u okviru moderne socijalne države, a pogotovo u medicinskom okruženju. U socijalnoj državi praktično se sve regulira: pravna uređenost je osnovno stanje i samo ono što je pravno uređeno smatra se sigurnim i prihvatljivim. Odjednom, u nedostatku pozitivne regulative, ono što je predmet neosporivog osobnog izbora postaje neuobičajeno i nesigurno. U svijetu koji je izuzetno reguliran, pojavljuju se opasnosti za slobode koje nisu pravno uređene.“ (*Pravna pitanja vezana za kućne porode u Republici Hrvatskoj*). Lako je zaključiti kako bi se ista poruka mogla primjeniti i na Hrvatsku.

Razumijemo li ciljeve kao smjernice koje nam ukazuju što moramo činiti, a instrumente kao najbolji način postizanja ciljeva, tada možemo reći da je cilj uvođenje regulacije, a instrumenti su različiti zakoni ili akti koje država može odrediti pri postizanju cilja regulacije. Drugim riječima, problem manjaka regulacije se treba riješiti uvođenjem regulacije. To je primarni, ako ne i jedini način rješavanja ovog problema. Naime, ako se kroz Ministarstvo zdravlja uredi pitanje asistiranih kućnih poroda unutar postojećih zakona dodatnim aktima, te dodatnim mijenjanjem zakona o radu samih hrvatskih primalja, tada Vlada riješava svoje obaveze uređivanja pitanja vezana uz porod.

Veliki dio problema može se riješiti pravilnom regulacijom rada samih primalja. *Zakon o primaljstvu* mijenjao se 2008. i 2010. godine, ali primaljama nije dozvoljen rad izvan bolničkih institucija. U radu samih primalja mnogo se promjenilo, postrožena je regulacija njihove struke, točnije kompetentnosti. „Tek nedavno nekoliko primalja dobilo je licencu za samostalan rad, ali one ne mogu samostalno pratiti trudnoću i fiziološki porođaj, osnovati kuću za porode, niti samostalno savjetovati žene o zdravoj trudnoći i prirodnom porođaju. Primalje u hrvatskim rodilištima samo izvršavaju intervencije, terapije i postupke koje odredi liječnik.“ (Udruga RODA, 2011). Naime, iako primalje mogu obavljati privatnu praksu nije im dozvoljeno da je otvaraju i zatvaraju, iako u *Zakonu o primaljstvu* stoji da je djelatnost primalja vođenje trudnoće na svim razinama zdravstvene zaštite što podrazumijeva i sam dom žene. Taj paradoks i nedostatak preciznije regulacije koči mogućnost kućnog poroda na fundamentalnoj razini, jer ne dozvoljava rad primalja izvan medicinskih institucija čime je roditeljama uskraćena zdravstvena zaštita pri kućnom porodu.

- **Analiza aktera**

Javne politike imaju dvije dimenzije, okomitu i vodoravnu. Okomita se fokusira na stvaranje politike pristupom odozgo prema dolje tj. prenošenjem odluka od strane onih koji su ih osmislili na podređene, dok je vodoravna dimenzija šireg oblika, jer podrazumijeva više sudionika u stvaralačkom procesu politika: „U okomitoj dimenziji drži se neupitnim postojanje kreatora politika: budući da je fokus na vlasti, moraju postojati i vladari. U vodoravnoj dimenziji, međutim, vidljivo je da hijerarhijska vlast nije dovoljna te da postoji mnoštvo sudionika, da su pregovaranje i konsenzus važni i da se malo postiže između kreatora politike i preuzimatelja politike.“ (Colebatch 2004:26) Problem kojim se bavim u ovom radu nije klasičnog okomitog tipa, jer nije okarakteriziran direktnim vertikalnim stvaranjem politika i

prijenosa odluka, već mnoštvom aktera koji djeluju u međusobnoj interakciju te generiraju interes za raspravu o pitanju poroda. Ti su akteri građani, udruga *RODA*, hrvatske primalje, liječnici te Ministarstvo zdravlja. Oni se mogu podijeliti u vladine i nevladine, pri čemu je jedini vladini akter Ministarstvo. Mogu se također razdvojiti prema podjeli na vlast, ekspertizu ili poredak (Colebach, 2004:27). U toj je podjeli Ministarstvo dio vladina aktera, a svojevrsna ekspertiza su liječnici i primalje, dok ostali akteri pripadaju poretku (organizacije, građani, udruge...).

Za ovu politiku aktere je možda najkorisnije podijeliti prema stavu koji zauzimaju oko pitanja kućnog poroda. Točnije, podijelit ću ih na one koje zagovaraju rješavanje pitanja kućnog poroda i one koji ga nastoje osporiti. Trenutačno stanje je takvo da se zainteresirane građane, udrugu *RODA* i primalje može svrstati na stranu koja zagovara kućni porod, dok su doktori generalno manje oduševljeni tom idejom. Vlada nema inherentan stav, već se mijenja ovisno o sazivu. Trenutna Vlada podržava rješavanje pitanja kućnog poroda, dok vlada prijašnjeg saziva nije pokazivala interes prema temi.

Građane kao aktere čine svi zainteresirani pojedinci ili obitelji koje su na neki način povezane s temom kućnog poroda i svoje zanimanje često prenose udruzi *RODA*, a nešto rijeđe samoj *Hrvatskoj komori primalja* ili Ministarstvu. Važnost građana kao aktera vidi se i u samoj činjenici da je jedna osoba podigla tužbu protiv Hrvatske, što u konačnici može biti presudni faktor u stvaranju osjećaja hitnoće rješavanja ovog problema. S druge strane imamo udrugu *RODA* kojoj je primaljni cilj edukacija građana o njihovim pravima i mogućnostima tijekom trudnoće, poroda i roditeljstva. Iako je primarna djelatnost Udruge usmjerenost na edukaciju društva, posljednjih mjeseci mijenja se odnos prema radu s Vladom te Udruga želi proširiti i svoj utjecaj na njih, objašnjava B.M. Jagatić iz Udruge. To je jedina Udruga koja okuplja interese građana vezane uz kućni porod, te ih educira o tom pitanju, iako ih, naravno, ne može savjetovati niti povezivati s primaljama. U *RODI* primjećuju porast interesa prema kućnim porodima, naime, tim se pitanjem bave od samog postojanja Udruge.

Udruga *Roda* vrlo dobro surađuje i s *Hrvatskom komorom primalja* koje su jedan od ključnih aktera, jer regulacijom kućnog poroda one bi obavljale taj posao. Ipak, u *Hrvatskoj komori primalja* spominju kako je sama profesija suočena s velikim izazovima rješavanja unutarnjih pitanja funkcioniranja struke i uređenja te su im, za sada, ta pitanja primarna. Rješavanje pitanja mogućnosti asistiranog kućnog poroda ovog trenutka nije na vrhu njihovih prioriteta te nisu započinjali diskusiju o tom pitanju s Ministarstvom, iako vjeruju kako je ta ideja pokrenuta i nemoguće ju je zaustaviti. Njihova Komora, osim što dobro surađuje s udrugom *RODA*, zadovoljna je i suradnjom s Ministarstvom, posebice trenutačnom Vladom s kojom se redovito sastaju te uređuju zakonski okvir vezan uz regulaciju njihove prakse. S druge strane, suradnja s doktorima (govori li se o pitanju asistiranog poroda) baš i nije zadovoljavajuća. Uvođenje te mogućnosti kod mnogih liječnika ginekologije i opstetricije problematičan je s aspekta sigurnosti majke i djeteta, ali doživljava se i kao oduzimanje njihova posla od strane primalja. Na takav stav primalje reagiraju tvrdeći da je to oduvijek bio posao koji pripada primaljama. Određeni animozitet oko tog pitanja je razumljiv, pogotovo jer se radi o svojevrsnom sukobu pristupa porodu – primaljskom i porodničarskom. Ipak, određena suradnja između ta dva aktera je potrebna kako bi se u budućnosti uspješno vodile različite trudnoće. Same primalje u Hrvatskoj su mnogo snažnije i koherentnije kao akter od kada su osnovale Komoru. Postojanjem Komore primaljska stuka ozbiljnije je shvaćena zbog mogućnosti unificiranog i zajedničkog djelovanja. Na taj način mogu efikasnije komunicirati i sa samim Ministarstvom, koje je posljednji akter u ovoj analizi.

Zanimljivo je istaknuti da je Ministarstvo jedini promjenjivi akter u pogledu stava prema kućnom porodu. Naime, promjenom Vlada mijenjaju se i ministri, a s njima i njihovi stavovi vezani uz određena pitanja. Većina aktera s kojima sam razgovarala pohvalila je Vladu izabranu 2011. godine, naglasivši da je s novom Vladom lakše raditi te da su u nekim stavovima liberalniji. Prijašnja Vlada, točnije Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, bilo je gotovo neprijateljski nastrojeno prema pitanju kućnog poroda. Prema riječima Jagatić iz udruge *RODA*, svojedobno je poslan dopis navedenom Ministarstvu sa zahtijevom za rješavanje problema prijave djece nakon kućnog poroda. U pristiglom odgovoru prozivale su se majke koje su odabrale takav porod uz opasku da je to nadriliječništvo. Ondašnje Ministarstvo očito nije bilo sklono regulaciji kućnog poroda, što je razumljivo, jer je i sam ministar bio ginekolog što ga svrstava u aktere koji se protive kućnom porodu. S promjenom Vlade promijenili su se i stavovi. Već u samoj kampanji za izbore pod svojim *Planom 21*, u djelu *Zdravlje za sve*, Kukuriku koalicija obećaje razvijanje sustava usluga za trudnice, kao i načina izbora poroda. (Kukuriku koalicija, 2011.) Još uvijek nije pokrenuto rješavanje pitanja kućnog poroda, što se možda može pripisati činjenici da Ministarstvo ima pune ruke posla spašavanjem posrnulog zdravstvenog sustava i stavljenjem pitanja medicinski pomognute oplodnje u središnju raspravu, kao i činjenicom da nisu napisali rok rješavanja spornog pitanja. Ipak, vidi se dijametralna razlika u samoj reakciji trenutačnog

Ministra zdravlja na podignutu tužbu protiv Hrvatske na Europskom sudu za ljudska prava. Ministar Ostojić izjavio je kako to pitanje treba regulirati i da nema pravnih prepreka rješavanju tog problema, naglašavajući da svaka žena ima pravo odabira mjesta poroda. (Žapčić, 2012.)

Konačno, čini se da se većina aktera trenutno slaže s nužnošću rješavanjem tog problema, uz djelomični izuzetak ginekologa i opstetričara. Kako postoje ginekolzi koji se ne protive toj ideji, očito je da sam otpor po tom pitanju nije organiziran i snažan, čime ne predstavljaju ozbiljnu prijetnju toku politike kućnog poroda. No, ono što nedostaje je aktivnost ženskih udruga. Bilo bi značajno kada bi politiku kućnih poroda, osim udruga orijentiranih na obitelj i roditelje, podržale i udruge usmjerene isključivo na ženska prava koje bi promicale kućni porod s njima jedinstvene pozicije.

- **Analiza dinamike *policy* procesa**

Za problem asistiranog kućnog poroda nemoguće je napraviti potpunu analizu dinamike *policy* procesa iz jednostavnog razloga što se većina faza još nije odvila. Problem asistiranog poroda tek je došao na dnevni red i djelomično se nalazi u fazi formulacije. Te dvije faze razvijaju se paralelno, stoga ih je teško razlikovati. No, vezano uz sam dolazak teme na dnevni red mogu se uočiti neke karakteristike. Iako je tema poprilično kontroverzna, ipak nije tema većih sukoba ili prepirka. Ona ne zalazi u izrazito osjetljiva područja dubokih fundamentalnih religijskih ili ideoloških uvjerenja kao što su pitanja pobačaja ili čak pomogunute oplodnje. Osobe o kućnom porodu često imaju stav ili ga brzo stvore kada saznaju za temu ali to nisu duboko utkana i nepromjenjiva uvjerenja. Štoviše, često su i promjenjiva nakon iskustva poroda. Primjerice, osoba može biti protiv kućnog poroda, no promjeni mišljenje nakon lošeg iskustva u bolnici ili osoba nakon prevelike boli odluči idući porod ostvariti uz lijekove. U *policy* procesu uvjerenja aktera mogu biti od velike važnosti. Ona mogu pojasniti procese i ishode odabrane politike jer se polazi od ideje da snažno utječu na djelovanje *policy* aktera, a autori Sabatier i Jenkins-Smith razlikuju duboka, *policy* i sekundarna uvjerenja. Pri tome su duboka ona gotovo nepromjenjiva, temeljna, ontološka i normativna uvjerenja. *Policy* uvjerenja su umjerenija, mogu biti empirijska i normativna te su veoma pogodna za stvaranje zagovaračkih koalicija unutar kojih je podjela uvjerenja i stvorena. Posljednja vrsta uvjerenja su sekundarna koja se najlakše mijenjaju i ponajviše su empirijski utemeljena. (Sabatier, 2009:196) Iako akteri poput udruge *Roda* i primalja vjerojatno neće mijenjati stav o kućnom porodu, Ministarstvo nema uniformirani stav jer se on mijenja ovisno o pojedincima koji čine vlast a promjenjivi su akteri i sami građani, kao što sam već opisala. Zaključujem da su uvjerenja oko pitanja kućnog poroda kod većine opisanih aktera dio *policy* uvjerenja. Kod udruge *Roda* i primalja ona su više normativne prirode jer sadrže osnove pojedinih vrijednost pomiješanih s idejama boljitka. Kod običnih građana su to više empirijska *policy* uvjerenja jer su podložnija znanstvenim informacijama kao i vlastitoj empirijom pri čemu se mišljenje može promijeniti novim iskustvima ili primjerice studijama o sigurnosti poroda.

U posljednjem desetljeću raste zanimanje za asistirani kućni porod raste, ponajviše od strane visoko obrazovanih majki koje su ili već rodile, pa su ponukane lošim iskustvom, ili su dobro informirane, a nerijetko su živjele i u inozemstvu. Za promoviranje pojedinih politika, pa tako i kućnog poroda u pravilu je korisno imati što više zainteresiranih aktera, ali „ključ“ uspješnosti također počiva i na poštivanju ljudskih prava i vlastitih zakonskih okvira. Znakovito, prvi stvarni korak naprijed u politici asistiranih kućnih poroda upravo se događa i to nakon što je podignuta tužba na Europskom sudu za ljudska prava. Tužba je, čini se, potaknula Ministarstvo zdravlja da po prvi put pokaže zanimanje za rješavanje tog pitanja. Dinamika ovog *policy* prije promjene Vlade i podignute optužbe je bila spora i neproduktivna. Svijest o problemu je postojala, ali izjava tadašnjeg ministra Milinovića koja porod kod kuće priziva nadriječnoštvom dala je do znanja da ništa vezano uz regulaciju kućnog poroda neće biti učinjeno. Premda je prerano sa sigurnošću tvrditi, čini se da je podizanje optužnice protiv Hrvatske ukazalo Vladi ozbiljnost namjere hrvatskih roditelja koje žele ostvariti mogućnost izbora, a ujedno i ukazalo na dužnost države.

- **Zaključak**

Konačno, u ovoj fazi politike kućnog poroda nemoguće je završom ocjenom ocijeniti djelovanje države. No, moguće je još jednom sažeti odgovor na pitanje nastajanja politike asistiranog kućnog poroda koje je u središtu ovoga rada. To ću učiniti kroz teoriju o tri razine javnih politika Hala Colebatcha. Autor iznosi tri dimenzije politika koje zajedno stvaraju određenu politiku. Te razine su mjerodavni izbor, strukturirana interakcija i društvena konstrukcija. Pogrešno je i nepotrebno razdvajati spomenute razine, jer svaka od njih zasebno ne može dati potpuni prikaz određene politike. (Colebatch, 2011:18) To nije slučaj sa svim politikama, ali politika kućnog poroda usitnu je ostvarila sve tri razine.

Prva razina je mjerodavni izbor (*authoritative choice*) koja podrazumijeva one elemente koji se vežu uz vladu i politiku te „klasično“ stvaranje politika kao vladinih odluka. Iako ta razina sama po sebi nije dovoljna za potpuno razumijevanje *policy* procesa, ipak je od središnje važnosti. Njoj pripadaju djelovi politike kućnog poroda koji se odnose na potrebne zakonodavne promjene (to su instrumenti za postizanja cilja). Mjerodavnom izboru pripada i sukladnost s ljudskim pravima, kao i potrebna zdravstvena zaštita svih roditelja koju samo država može garantirati. Utjecaj mjerodavnog izbora na politiku ogleda se i u činjenici da veće razumijevanje pitanju kućnog poroda od strane trenutne Vlade naglašava i njeno brže rješavanje.

Strukturirana interakcija aktera je druga razina javne politike u kojoj je poznato tko sudjeluje u pojedinom *policy* problemu te na kojoj je poziciji. Pristupa je određena stabilnost u odnosu aktera, jer postoji jasan *policy* problem, ljudi i institucije koje su uključene u njega, kao i predviđanje njihovog mogućeg djelovanja (Colebatch, 2011:17). Iz predhodne analize *policy* aktera u politici kućnog poroda jasno se zaključuje da su zastupljeni svi elementi strukturirane interakcije, jer poznate su pozicije svih aktera, postojana je njihova međusobna komunikacija, kao i suradnja, a jasne su i njihove uloge.

Posljednji element je društvena konstrukcija koja se veže na postojanje *policy* problema. Iako sve može biti *policy* problem, dok se ne ostvari društvena konstrukcija ne može postojati niti sam *policy*. Potrebno je odrediti oko čega se odvija interakcija, koji je točno problem i zašto. Od „obične teme“ potrebno je stvoriti problem. To stvara diskurs o društvenoj konstrukciji problema. (Colebatch, 2011:17) U politici kućnih poroda to je nastalo raspravama o mjestu i načinu poroda kao temeljnom ljudskom pravu, ali i diskursom o različitim pristupima porodu (porodničarski vs. primaljski) te pitanjima koja propituju koji je bolji. Time jedna opcija poroda, porodničarskog, i nemogućnost izbora shvaća se kao problem koji treba riješiti. Trenutno u Hrvatskoj događa se ključni trenutak, nedvojbena je porast važnosti ovog pitanja čime se zadovoljava posljednja dimenzija Colebatchevog okvira javnih politika.

Konačno, ovaj rad nastojao je prikazati stvaranje politike kućnog poroda u Hrvatskoj, čija se uspješnost, za sada, čini obećavajućom. Osim pritiska tužbe u Strasbourgu, čini se da je ova Vlada sklonija rješavanju ovog problema. Ono će se sastojati, gotovo u potpunosti, od sređivanja regulatornog sustava tj. manjka istoga. Postavljanje potrebne regulacije moglo bi biti riješeno za nekoliko godina, a možda i brže. U brzo rješavanje vjeruju i primalje, dok su u *RODI* oprezniji i vjeruju da će tek iduće generacije donijeti promjene. Za uspostavu mogućnosti kućnog poroda nije potrebno uvoditi opsežne strukturalne promjene, već detaljno izraditi pravni okvir vezan uz sigurnost i kvalitetu te uređenje rada primalja. Za zadovoljavanje potreba za kućnim porodom malog broja žena, već postoji stručni kadar primalja koje to mogu obavljati, a u budućnosti bi se uvodili i usavršavanje u školovanju samih primalja. Tim postupkom, jednostavnim, ali izrazito značajnim, vlast može uspješno riješiti naizgled jednodimenzionalno pitanje ljudskih prava i potaknuti pozitivne ishode na više razina poput smanjenja troškova za zdravstvo, kraćeg oporavaka i većeg zadovoljstva roditelja, a indirektno vjerojatno i bolje natalitetne slike Hrvatske.

Literatura

- AIMS (Association for improvements in the maternity services). 2011. *The benefits of home birth: Evidence of safety, effectiveness and women's experience*. Surrey: AIMS.
- Colebatch Hal. 2004. *Policy*. Zagreb: Fakultet političkih znanosti.
- Colebatch Hal. 2011. Challenge and Development: The Emerging Understanding of Policy Work. *Politička misao* 48(5): 11-24.
- Crawford Bridget J. 2011. Third-wave feminism, motherhood and the future of feminist legal theory. u. J. Jones et al., ur. *Gender, Sexualities and Law*. New York. Routledge: 227-240.
- Hill Michael. 2010. *Proces stvaranja javnih politika*. Zagreb: Fakultet političkih znanosti.
- *Konvencija za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda*. Tajništvo Europskog suda za ljudska prava, 2010. <http://www.echr.coe.int/NR/rdonlyres/8E8F1266-6754-4880-80DD-BBA9D2677D9C/0/CRO_CONV.pdf> (pregledano 10.05.2012.)
- Kukuriku koalicija. 2011. Zdravlje za sve. <<http://www.kukuriku.org/plan21/zdravlje-za-sve/>> (pregledano 26.05.2012.)
- Odent Michel. 2006. Womb Ecology: The physiological reference. <<http://www.wombecology.com/?pg=physiological>> (pregledano 30.05.2012.)

- Petak Zdravko. 2007. Javne politike: Razvoj discipline u Hrvatskoj i svijetu. u. M.Kasapović, ur. *Izlazak iz množine? Stanje hrvatske političke znanosti*. Zagreb. Fakultet političkih znanosti: 187-215.
- *Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja*. Zagreb: Narodne novine. 126/06, 156/08
- *Pravna pitanja vezana za kućne porode u Republici Hrvatskoj*. (Nedostaje naziv autora i godine izdanja, dobiveno na uvid od Hrvatske komore primalja)
- Puljiz Vlado et al. 2000. *Sustavi socijalne politike*. Zagreb: Revija za socijalnu politiku.
- *The Bussiness of Being Born*. Red.Abby Epstein. Barranca Productions, 2008.
- The Good Birth Company. 2010. Giving Birth At Home. <http://www.thegoodbirth.co.uk/home_birth> (pregledano 26.05.2012.)
- Udruga Roda. 2011. *Predmet: Podnesak uz tužbu*. Zagreb: Roda.
- *Zakon o primaljstvu*. Zagreb: Narodne novine. 120/08, 145/10.
- *Zakon o zdravstvenoj zaštiti*. Zagreb: Narodne novine. 150/08, 71/10, 139/10, 22/11
- Žapčić, A. 2012. Ostojić najavio regulaciju: „Žene u Hrvatskoj trebaju moći odlučiti hoće li roditi u bolnici ili kod kuće.“ *Tportal*. 09.05. <<http://www.tportal.hr/vijesti/hrvatska/192660/zene-u-Hrvatskoj-trebaju-moci-odluciti-hoce-li-roditi-u-bolnici-ili-kod-kuce.html>> (pregledano 26.05.2012.)
- Weible, C. M., Sabatier, P. A. 2009. Coalitions, Science, and Belief Change: Comparing Adversarial and Collaborative Policy Subsystems. *Policy Studies Journal* 37(2): 195-212.
- WHO. 2012. Health Services. <http://www.who.int/topics/health_services/en/> (pregledano 26.05.2012)

Nina Juretić, studentica Sveučilišta u Zagrebu, Fakultet političkih znanosti, Posebne javne politike