

ODPORÚČANIE RADY MINISTROV RADY EURÓPY PRE ČLENSKÉ ŠTÁTY OHĽADNE ORGANIZÁCIE PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI – REC(2003)24

Odporúčanie prijaté Výborom ministrov 12. novembra 2003 na 860. stretnutí zástupcov ministerstiev.

Paliat. med. liec. boles., 2008, roč. 1 (1): 44–47

Rada Európy, na základe Článku 15.b Štatútu Rady Európy,

so zreteľom na to, že cieľom Rady Európy je dosiahnutie väčšej jednoty medzi jej členmi a že tento cieľ možno dosiahnuť, inter alia, prijatím všeobecných pravidiel v oblasti zdravia;

s odvolaním na Článok 11 Európskej sociálnej charty o práve na ochranu zdravia, s odvolaním na to, že Článok 3 Konvencie o ľudských právach a biomedicíne (ETS č.164) požaduje, aby zmluvné strany poskytovali spravodlivý prístup ku zdravotníckej starostlivosti primeranej kvality, že Článok 4 požaduje, aby sa všetky výkony v oblasti zdravotníctva, vrátane výskumu, vykonávali v súlade s relevantnými profesionálnymi záväzkami a štandardmi a že Článok 10 zdôrazňuje práva každého človeka poznať všetky informácie o svojom zdraví;

s poznaním, že systém zdravotníckej starostlivosti má byť orientovaný na pacienta a že občania majú nevyhnutne spolupracovať na rozhodnutiach týkajúcich sa ich zdravotníckej starostlivosti;

s odvolaním v tejto súvislosti na odporúčania Rady ministrov členských štátov – Odporúčanie č. R (2000) 5 o rozvoji štruktúr pre účasť občanov a pacientov v procese rozhodovania o zdravotníckej starostlivosti;

s presvedčením, že úcta a ochrana dôstojnosti nevyliciteľne chorej alebo zomierajúcej osoby znamená predovšetkým poskytovanie primeranej starostlivosti vo vhodnom prostredí tak, aby jej bolo dovolené zomrieť dôstojne;

s odvolaním v tejto súvislosti na Odporúčanie č.1418 (1999) Parlamentného zhromaždenia o ochrane ľudských práv a dôstojnosti nevyliciteľne chorých a zomierajúcich;

ďalej s odvolaním na Odporúčanie č. R (89) 13 o organizácii multidisciplinárnej starostlivosti o onkologických pacientov;

s poznaním, že paliatívna starostlivosť v európskych krajinách potrebuje ďalší rozvoj;

s odvolaním v tejto súvislosti na Poznanskú deklaráciu z r.1998 o paliatívnej starostlivosti vo východnej Európe;

s poznaním, že právo na zdravotnícku starostlivosť má docieľať pacientov pocit čo najlepšieho dosiahnuteľného zdravia bez ohľadu na vek, pôvod, ekonomický alebo sociálny stav alebo povahu jeho ochorenia alebo postihnutia;

so zreteľom na to, že rastie počet ľudí, ktorí potrebujú paliatívnu starostlivosť;

so zreteľom na to, že rozdiely v dostupnosti a kvalite paliatívnej starostlivosti v rámci Európy je potrebné brať do úvahy a riešiť zvýšenou spoluprácou medzi krajinami;

vedomá si toho, že paliatívna starostlivosť je aktívna celková starostlivosť o pacientov s pokročilými, progresujúcimi chorobami s cieľom liečby bolesti a iných príznakov a poskytujúca psychologickú, sociálnu a spirituálnu podporu;

vedomá si, že cieľom paliatívnej starostlivosti je dosiahnutie najlepšej možnej kvality života pacientov a ich rodín;

vedomá si, že paliatívna starostlivosť chce pomôcť mužom, ženám a deťom s pokročilou a progresujúcou chorobou tešiť sa z najlepšej možnej kvality života do konca a nechce urýchľovať ani spomaľovať smrť;

so zreteľom na to, že paliatívna starostlivosť prítakáva životu a smrť považuje za normálny proces a nie je motivovaná beznádejou ani fatalizmom;

so zreteľom na to, že paliatívna starostlivosť je integračnou časťou systému zdravotníckej starostlivosti a neodhäteľný prvok občianstva práva na zdravotnícku starostlivosť a preto je zodpovednosťou vlády

garantovať, že je paliatívna starostlivosť dostupná každému, kto ju potrebuje;

so zreteľom na to, že je potrebné rozvíjať kvalitnú starostlivosť vykonávanú humánne s cieľom, aby sa stala základnou súčasťou zdravotníckej starostlivosti o pacientov na konci ich života;

s poznaním, že všetci ľudia blížiaci sa ku koncu svojho života túžia byť liečení zdravotníckymi profesionálmi ako hodnotné osoby a chcú si zachovať dôstojnosť pri zručnej starostlivosti, ktorá posilní ich nezávislosť pomocou zmiernenia príznakov a maximalizácie komfortu;

s poznaním, že paliatívna starostlivosť podobne ako všetka medicínska starostlivosť musí byť orientovaná ku pacientovi, vedená potrebami pacienta a musí brať do úvahy jeho(jej) hodnoty a preferencie a že dôstojnosť a autonómia sú hlavnými cieľmi pre pacientov, ktorí potrebujú paliatívnu starostlivosť,

odporúča, aby vlády členských štátov:

1. prijali postupy, legislatívne a iné opatrenia potrebné pre premyslenú a komplexnú národnú štruktúru paliatívnej starostlivosti;
2. zaviedli všade, kde to je možné, opatrenia uvedené v prílohe týchto odporúčaní pri zohľadnení vlastných národných podmienok;
3. podporovali medzinárodnú spoluprácu medzi organizáciami, výskumnými pracoviskami a inými agentúrami aktívnymi v paliatívnej starostlivosti;
4. podporovali aktívne a cielené šírenie týchto odporúčaní a ich vysvetľujúce memorandum, aj prekladom do národného jazyka.

Príloha ku Odporúčaniam Rady ministrov Rady Európy pre členské štáty ohľadne organizácie paliatívnej starostlivosti – Rec(2003)24.

Všeobecné úvahy

Napriek tomu, že v mnohých krajinách sa väčšia časť nákladov na zdravotnícku starostlivosť vynakla-

dá pre ľudí v posledných rokoch ich života, nie vždy dostanú starostlivosť primeranú ich potrebám.

Paliatívna starostlivosť nie je zameraná na špecifické ochorenie a zahŕňa obdobie od diagnostikovania pokročilého ochorenia až po smrť; toto obdobie môže trvať roky, týždne a niekedy len dni. Nie je synonymom pre terminálnu starostlivosť, ale zahŕňa ju.

V členských štátoch je rozhodujúce vytvorenie atmosféry, ktorá napomáha pochopiť dôležitosť paliatívnej starostlivosti.

Je potrebné vzdelávať spoločnosť, vrátane pacientov a ich rodín o dôležitosti paliatívnej starostlivosti a o tom, čo môže poskytnúť.

Mnohé súčasné výskumy, ktoré zisťovali údaje v tridsiatich piatich krajinách Európy zdôraznili rozdiely medzi krajinami týkajúce sa paliatívnej starostlivosti: rozdiely v platbách, v organizácii zdravotníckeho systému a miesta paliatívnej starostlivosti v ňom; rozdielne etické a kultúrne faktory; úlohy národných organizácií a medzinárodnej spolupráce v rozvoji paliatívnej starostlivosti; dostupnosť opioidov; otázky výučby a rozvoja pracovníkov a paliatívnej starostlivosti.

I. Základné princípy

Organizácia paliatívnej starostlivosti musí byť založená na hodnotách predložených Radou Európy: ľudské práva a práva pacientov, ľudská dôstojnosť, sociálna súdržnosť, demokracia, rovnosť, solidarita, rovnaké rodové možnosti, participácia a sloboda výberu.

Ústrednými rysmi paliatívnej starostlivosti sú:

- symptomatická liečba,
- psychologická, spirituálna a emocionálna podpora,
- podpora rodiny,
- podpora pri smútení.

Nasledujúce princípy podčiarkujú odporúčania:

1. Paliatívna starostlivosť je vitálnou a integrálnou súčasťou zdravotníckych služieb. Platby na ich rozvoj a funkčné začlenenie by mali byť zahrnuté v národných zdravotníckych stratégiách.
2. Každá osoba, ktorá potrebuje paliatívnu starostlivosť, by ju mala dostať bez prílišného zdržania, v prostredí, ktoré podľa rozumných možností vyhovuje jej výberu.
3. Cieľom paliatívnej starostlivosti je dosiahnutie a udržanie najlepšej možnej kvality života pacientov.
4. Paliatívna starostlivosť sa snaží vysporiadať s fyzickými, psychickými a spirituálnymi dôsled-

kami spojenými s pokročilým ochorením. Preto si vyžaduje koordinovaný prístup vysoko kvalifikovaného a primerane zaisteného interdisciplinárneho a multiprofesionálneho tímu.

5. Ak sa prihodí akútne problémy, je ich treba liečiť, ak si to pacient želá, ale možno ich nechať aj bez liečby, ak si to pacient neželá, avšak v najlepšej paliatívnej starostlivosti je potrebné pokračovať.
6. Prístup k paliatívnej starostlivosti má byť podľa potreby a nemá ho ovplyvňovať typ ochorenia, bydlisko, socio-ekonomický stav a iné podobné faktory.
7. Programy vzdelávania v paliatívnej starostlivosti majú byť zahrnuté do výučby všetkých zdravotníckych pracovníkov, ktorých sa táto problematika týka.
8. Výskum zameraný na zlepšenie kvality starostlivosti je potrebný. Všetky intervencie v paliatívnej starostlivosti majú byť podložené výskumnými údajmi čo najvyššej významnosti.
9. Paliatívna starostlivosť by mala dostať primerané a spravodlivé financovanie.
10. Tak ako vo všetkých odvetviach zdravotníctva aj pracovníci v paliatívnej starostlivosti majú riešiť plne práva pacientov, spĺňať profesionálne povinnosti a štandardy a v tomto kontexte konať v najlepšom záujme pacientov.

II. Prostredie a služby

1. Paliatívna starostlivosť je interdisciplinárny a multiprofesionálny projekt, ktorý slúži potrebám pacienta, pričom však nezanecháva ani na neformálnych opatrovateľov ako sú členovia rodiny.
2. Služby paliatívnej starostlivosti musia ponúkať viaceré možnosti, ako sú: domáca starostlivosť, hospitalizácia na špecifických alebo konvenčných jednotkách, denný stacionár, ambulantná starostlivosť, pohotovostná služba a možnosť respitnej hospitalizácie. Tieto služby majú byť komplexné a primerané zdravotníckemu systému a kultúre a majú sa sústreďovať na meniace sa potreby a prania pacientov.
3. Je potrebné podporovať neformálnych opatrovateľov v ich starostlivosti a zabrániť veľkým sociálnym stratám, ako je napr. strata zamestnania ako dôsledok opatrovania. Formálne právo na „opustenie starostlivosti“ je žiaduce akceptovať.
4. Všetci profesionáli zahrnutí do starostlivosti o pacientov s pokročilým a progredujúcim ochorením by mali mať ľahkú dostupnosť kvalifikovaných špecialistov ak ju potrebujú.
5. Špecializovaná paliatívna starostlivosť by mala byť dostupná pre všetkých pacientov, ktorí ju potrebujú a vždy a v každej situácii.

6. Malo by sa zabezpečiť, aby vedenie pre rozvoj paliatívnej starostlivosti na národnej úrovni zabezpečilo správnu koordináciu služieb s jasným rozdelením zodpovednosti. Na dosiahnutie tohto cieľa sa odporúča vytvorenie regionálnych sieťí.
7. Pacientom by sa mal zabezpečiť prístup ku paliatívnej starostlivosti bez prehnáných finančných bariér. Finančné a iné opatrenia by mali byť také, aby zabezpečili kontinuitu paliatívnej starostlivosti a aby sa prispôbovali potrebám pacienta.
8. Mal by byť dostatočný počet respitných zariadení na zabezpečenie dočasného oddychu opatrovateľov, ktorí vykonávajú starostlivosť v domácnosti.

III. Postup a organizácia

1. Paliatívna starostlivosť má byť integrálnou súčasťou zdravotníckeho systému danej krajiny a ako taký musí byť časťou komplexných plánov zdravotníckej starostlivosti v špecifických programoch týkajúcich sa napríklad rakoviny, AIDS alebo geriatrickej.
2. Vlády by mali vykonať výskum týkajúci sa potreby existencie takýchto služieb, potreby personálu s rôznou úrovňou špecializácie a možností výučby rôznych profesií (vrátane dobrovoľníkov).
3. Na základe odhadu potrieb by mali národné a regionálne vlády navrhnuť a implementovať racionálne stratégie rozvoja paliatívnej starostlivosti v úzkej spolupráci s profesionálmi ako aj s pacientmi a ich rodinami, resp. s ich zástupcami.
4. Ako súčasť týchto stratégií by mali vlády odhaliť legálne, sociálne, ekonomické, kultúrne, administratívne a/alebo fyzické prekážky prístupu ku službám paliatívnej starostlivosti. Mali by zabezpečiť také programy na redukcii prekážok, aby nevedli ku nerovnosti.
5. Legislatíva by mala zabezpečiť dostupnosť opioidov a iných liekov v primeraných skupenstvách a formách pre medicínske využitie. Strach zo zneužitia by nemal byť dôvodom na zabránenie dostupnosti potrebnej a efektívnej liečby. Krajiny by mali zvážiť zmenu alebo doplnenie existujúcej legislatívy.
6. Odporúča sa, aby vznikali interdisciplinárne skupiny alebo rady na národnej, regionálnej a lokálnej úrovni, ktoré by zabezpečovali udržanie politického a sociálneho záujmu. Tieto skupiny by mali spolupracovať s vládami a s ostatnými úradmi tak, aby sa zaviedli potrebné opatrenia do praxe.
7. Aby bolo možné monitorovať kvalitu paliatívnej starostlivosti, bolo by potrebné vytvoriť „minimálny súbor údajov“ aspoň na národnej úrovni.

8. Kvôli zabezpečeniu rovnosti je potrebné venovať osobitnú pozornosť paliatívnej starostlivosti pre nepriviligované skupiny pacientov (napr. pre vážňov, ľudí s poruchami učenia, bezdomovcov, utečencov) a kultúrnym a etnickým rozdielom vo vzťahu ku potrebám pacientov. Rovnako dôležité je venovať pozornosť paliatívnej starostlivosti pre deti.
9. Pre profesionálnych opatrovateľov by mala byť zabezpečená spravodlivá odmena a uznanie za ich prácu a pre ich schopnosti.
10. Mala by sa publikovať každoročne správa o organizácii a fungovaní paliatívnej starostlivosti.

IV. Zlepšovanie kvality a výskum

1. Určiť a prijať indikátory hodnotenia správnej paliatívnej starostlivosti, podporiť posudzovanie všetkých rozmerov starostlivosti z pohľadu pacienta.
2. Smernice klinickej praxe pre paliatívnu starostlivosť majú byť založené na všetkých dôkazoch, ktoré sú dostupné, majú sa pripraviť systematicky a za spoluúčasti pacientov.
3. Pre kontrolu kvality je základom priebežná spätná väzba formou auditu.
4. Hoci základný výskum v paliatívnej starostlivosti môže prinášať ťažké etické problémy, predsa treba hodnotiť poskytované služby a lekárske zákroky overenými, ako kvalitatívnymi tak aj kvantitatívnymi, vedeckými metódami. Ťažisko týchto štúdií sa musí vzťahovať k pacientovi.
5. Treba podporovať výskumnú spoluprácu na národnej aj európskej úrovni.
6. Treba ustanoviť centrá na regionálnej aj národnej úrovni, ktorých úlohou bude zbierať, spracovávať a publikovať dôveryhodné informácie o rozvoji v paliatívnej starostlivosti a jej kvalite.

V. Vzdelávanie a výcvik

1. Pre výskum a vzdelávanie je dôležité akademické uznanie paliatívnej starostlivosti.
2. Paliatívna starostlivosť má byť súčasťou pregraduálneho vzdelávania lekárov aj sestier. Treba pripraviť štandardné osnovy, postgraduálne vzdelávanie a výcvik, ako aj programy pre špecialistov v paliatívnej starostlivosti.
3. Treba podporiť medzinárodnú spoluprácu vo vzdelávaní, napríklad zostavením zoznamu družobných pracovísk paliatívnej starostlivosti, ktoré sa chcú podieľať na spoločných projektoch.
4. Špecialistov aj všetkých ostatných, ktorí sa podieľajú na paliatívnej starostlivosti, treba školiť primerane ich úlohám, na každej úrovni školenia majú dostať konkrétne a obsažné inštrukcie vrátane citlivého vnímania kultúrnych osobitností.

5. Vzdelávanie v paliatívnej starostlivosti má byť špecifické aj multidisciplinárne.
6. Vzdelávanie v paliatívnej starostlivosti treba primerane kontrolovať odborným dohľadom.
7. Pre výučbu a výcvik v paliatívnej starostlivosti treba zriadiť v každej krajine referenčné centrá.
8. V ideálnom prípade má mať (kontinuálne) vzdelávanie špecialistov tri úrovne: základnú, pokročilú a špeciálnu.
9. Odporúča sa, aby jednotlivé krajiny venovali osobitnú pozornosť všeobecnej a primeranej osvete obyvateľstva o paliatívnej starostlivosti.
10. Treba dbať na nápravu neoprávnene zlého mena opioídiu v ponímaní pacientov, ich rodiny, zdravotníkov a verejnosti. Vzdelávacie kampane pre zdravotníkov aj verejnosť treba osobitne zamerať na rozdiel medzi klinickým použitím a potenciálnym návykovým zneužitím opioídiu.

VI. Rodina

1. Pri pomoci blízkym (najmä rodine) pacienta je základným cieľom umožniť a rozvinúť ich emotívnu a praktickú pomoc pacientovi pri adaptácii na chorobu a pomôcť im vyrovnávať sa so zármutkom a stratou. Treba venovať pozornosť prevencii a liečbe depresie z preťaženia.

VII. Komunikácia s pacientom a rodinou

1. Paliatívna starostlivosť vyžaduje od poskytovateľa vo vzťahu k pacientovi prístup, vzťah a prostredie, ktoré podporuje otvorenosť pacienta a rodiny k informáciám.
2. Špecialista musí brať ohľad na to, v akom rozsahu chce byť pacient informovaný o svojom stave a treba venovať pozornosť pacientovmu kultúrnemu východisku.
3. Špecialista musí prispôbiť podávanie informácií emočnej a kognitívnej schopnosti, ktoré sú často obmedzené pokročilou a progredujúcou chorobou.
4. Ak sa starostlivosť týka detí, či už sú samé choré alebo ide o ochorenie ich rodičov, treba komunikáciu prispôbiť ich potrebám.

VIII. Tímy, tímová spolupráca a plánovanie starostlivosti

1. Paliatívna starostlivosť je interdisciplinárna a multiprofesionálna činnosť, ktorá zapája do spolupráce lekárov, sestry a ďalších zdravotníckych pracovníkov, ktorí majú potrebnú kvalifikáciu na to, aby mohli reagovať na telesné, psychické a duchovné potreby pacient a jeho rodiny. Treba podporovať vznik takýchto tímov.
2. Rozhodovanie, predovšetkým vypracovanie plánu starostlivosti, jeho úpravu a kontrolu plnenia úloh musí paliatívny tím zdieľať s pacientom

a jeho rodinou vždy keď je to vhodné, a naplňovať v súlade so želaním pacienta. Treba zabezpečiť primeranú komunikáciu medzi rozmanitými kura-tívnymi a paliatívnymi zdravotníckymi službami.

3. Dôležitou súčasťou tímu sú dobrovoľníci. Dobrovoľníci nepreberajú prácu špecialistov, ale majú vlastnú úlohu aj odbornosť. Treba podporovať využitie dobrovoľníkov ako aj ich získavanie pre spoluprácu.
4. Členovia paliatívneho tímu musia kompetentne plniť svoje úlohy s plným vedomím možností a limitácií tak vlastných ako aj ostatných členov kolektívu.
5. Pre pacienta a jeho rodinu je dôležité, aby všetkých poskytovateľov dostali zrozumiteľné a jednotné informácie. Optimálny tok informácií medzi poskytovateľmi je dôležitý predpoklad na predchádzanie nedorozumeniam alebo rozporom. Je vhodné, aby jeden člen tímu bolo koordinátorom informačného toku, odporúča sa, samozrejme v závislosti od okolností, aby to bol praktický lekár pacienta.
6. Obsah informácií, ktoré si vymieňajú zdravotníci o pacientovi, je dôverný a je predmetom profesionálneho tajomstva. Treba plne rešpektovať pacientovo právo na dôvernosť a právo rodiny súkromie.
7. Paliatívna starostlivosť je vo všeobecnosti veľmi prospešná a žiaduca. Preto je pre paliatívnu starostlivosť neodmysliteľná starostlivosť o jej poskytovateľov. Pre týchto pracovníkov treba vypracovať primerané postupy.

IX. Starostlivosť o pozostalých

1. Trúchliacim pozostalým treba podľa potreby poskytnúť primerané služby.
2. Všetci profesionáli paliatívneho tímu musia venovať pozornosť príznakom komplikácií alebo poruchy vo fáze smútku za blízkym.

Komentár

Ďalších temer 40 strán tvorí vysvetľujúce memorandum, ktoré hovorí o histórii hospicov v Európe a vo svete, o vzniku paliatívnej starostlivosti, o jej rozvoji v niektorých európskych krajinách a podrobne mapuje spôsoby poskytovania paliatívnej starostlivosti. Hovorí aj o pracovníkoch, ktorí sú potrební pre chorých s nevyliciteľnou a progredujúcou chorobou a zdôrazňuje, aby sa paliatívna starostlivosť vykonávala v kontexte s celou zdravotníckou a sociálnou starostlivosťou. Na záver uvádza slovník najčastejšie používaných slov v paliatívnej starostlivosti a vysvetlenie pojmov.

Rada Európy je najstaršia európska politická organizácia pre medzivládnu a medziparlamentnú spoluprácu. Jej členom sa môže stať ktorýkoľvek európsky štát, ak bude dodržiavať princípy právneho

štátu, ochrany ľudských práv a základných slobôd pre všetky osoby spadajúce pod jeho právomoci. Základnými cieľmi Rady Európy je ochrana ľudských práv, pluralitnej demokracie a právneho štátu. Jej úlohou je prispievať k uvedomovaniu si európskej kultúrnej identity a rozmanitosti a pomáhať ich rozvoju. Rovnako však i hľadať riešenia problémov, ktorým čelí európska spoločnosť – diskriminácia menšín, nezneslivosť, ochrana životného prostredia, klonovanie ľudí, drogy, organizovaný zločin.

Rada Európy ako spoločenstvo krajín vyznávaajúcich rovnaké hodnoty pomáha upevňovať stabilitu demokraciu v Európe podporou politických, legislatívnych a ústavných reforiem. Rada Európy pôsobí vo všetkých oblastiach, s výnimkou obrany a hospodárskej integrácie.

Rada Európy vznikla 5. mája 1949 z iniciatívy desiatich zakladajúcich štátov: Belgicka, Dánska, Francúzska, Holandska, Írska, Luxemburska, Nórska, Spojeného kráľovstva Veľkej Británie a Severného Írska, Švédska a Talianska.

Rada Európy má v súčasnosti 47 členov. K zakladajúcim desiatim členom postupne pristúpili: Grécko a Turecko (august 1949), Island a Nemecko (1950), Rakúsko (1956), Cyprus (1961), Švajčiarsko (1963), Malta (1965), Portugalsko (1976), Španielsko (1977), Lichtenštajnsko (1978), San Marino (1988), Fínsko (1989), Maďarsko (1990), Poľsko (1991), Bulharsko (1992), Estónsko, Litva, Slovinsko, Česká republika,

Slovenská republika a Rumunsko (1993), Andorra (1994), Lotyšsko, Albánsko, Moldavsko, Ukrajina, Macedónsko (1995), Ruská federácia, Chorvátsko (1996), Gruzínsko (1999), Arménsko a Azerbajdžan (2001), Bosna a Hercegovina (2002), Srbsko (2003), Monako (2004) a Čierna Hora (2006).

Kandidátom na členstvo je Bielorusko (od roku 1993).

Štatút pozorovateľa má Kanada, Svätá stolica, Japonsko, Spojené štáty americké a Mexiko. Využívajú štatúty pozorovateľov v medzivládnych orgánoch Rady Európy.

Sídlom Rady Európy je Palác Európy v Štrasburgu. Rada Európy nie je totožná s Európskou radou ani s Radou EÚ, Parlamentné zhromaždenie Rady Európy nie je totožné s Európskym parlamentom, ktorý tiež sídli v Štrasburgu, ale je orgánom Európskej únie.

Odporúčaní Rady ministrov Rady Európy bolo prijatých pre rôzne oblasti života 526 od r. 1979 dosiaľ. Z toho odporúčaní týkajúcich sa zdravotnej starostlivosti je 21. Každý odborník si môže nájsť svoje, aj aktualizované v priebehu desaťročí. Ide o komplexné spracovanie danej problematiky s čo najpriateľnejším konsenzom pre členské krajiny tak, aby sa nevytvárali trecie plochy pri zavádzaní odporúčaní do praxe.

Orgány Rady Európy vydávajú dokumenty adresované členským štátom a ostatným pozorovateľom

s rôznym stupňom záväznosti. Najzávažnejšími sú zmluvy, ktorých sa zverejnilo 203 od založenia Rady Európy.

Odporúčania Rady Európy nie sú povinné, ale znamenajú morálnu zodpovednosť. Aktívny a proaktívny prístup ku paliatívnej starostlivosti môže priniesť ak už nie revolúciu, tak určite radikálnu evolúciu v členských štátoch. Nemôže byť všeliekom, ale môže byť prostriedkom ku zmenám, ktoré zavedú paliatívnu medicínu do existujúceho systému zdravotníckej starostlivosti.

Treba zdôrazniť, že prvky paliatívnej medicíny/starostlivosti treba zaviesť do zdravotníckeho systému skôr ako sa v krajine začne zmysluplne verejne diskutovať o eutanázii. Týka sa to krajín od Gibraltaru po Vladivostok, teda krajín s rozvinutou aj s menej rozvinutou zdravotníckou starostlivosťou. Tam, kde je rozvinutá paliatívna starostlivosť, žiadosti o eutanáziu alebo lekárom asistovanú samovraždu početne klesajú.

Odporúčania Rady Európy ohľadne paliatívnej starostlivosti nie sú oficiálne preložené do slovenčiny.

Preklad a komentár:

MUDr. Kristína Krížanová

Interná klinika, odd. paliatívnej medicíny
Národný onkologický ústav
Klenová 1, 832 01 Bratislava
e-mail: kristina.krizanova@nou.sk

ALGEZIOLÓGIA

Kolektív autorov:

Dušan Broďáni, Stanislav Fabuš, Darina Hasarová, Karol Hornáček, Róbert Illéš, Hedviga Jakubíková, Karol Kralinský, Marta Kulichová, Igor Martuliak, Ľubomíra Nemčíková, Juraj Šteňo, Alena Šulajová, Jozef Šurkala, Peter Turčáni, Zuzana Turčániová

Algeziológia je prvou knihou svojho druhu u nás. Kniha podáva prehľadne súčasné poznatky o patofyziológii, farmakológii a farmakoterapii, diagnostike a zásadách liečby bolesti. V špeciálnej časti pojednáva o syndromológii bolesti.

Kniha je prehľadne členená na všeobecnú a špeciálnu časť, obsahuje 300 strán odborného textu, 39 obrázkov a 71 tabuliek. V časti farmakologickej sú uvedené SPC základných liekov používaných v liečbe bolesti.

Vydalo EDIS – vydavateľstvo Žilinskej univerzity v Žiline v edičnom rade MONOGRAFIE ako svoju 2069 publikáciu, vydanie prvé, ISBN 80-8070-445-7.

Objednávajte na adrese:

EDIS – vydavateľstvo Žilinskej univerzity v Žiline, Hurbanova 15, 010 26 Žilina

