

Palijativna skrb u Hrvatskoj na pragu ulaska u Europsku uniju: medicinsko-pravni i medicinsko-etički osvrt

Palliative care in Croatia on the threshold of entering the European Union: medical-legal and medical-ethical review

Iva Sorta-Bilajac^{1*}, Morana Brkljačić Žagrović²

Sažetak. Godine 2013., kada Hrvatska postaje 28. članica Europske unije, obilježiti će se desetljeće otkad je Povjerenstvo ministara Vijeća Europe državama članicama izdalo Preporuku o organizaciji palijativne skrbi – REC (2003) 24. Ovaj rad analizira trenutnu situaciju u hrvatskom zdravstvenom sustavu, s posebnim osvrtom na organizaciju palijativne skrbi. Promatranjem hrvatskoga medicinskog prava u svjetlu europskih standarda palijativne skrbi ukazuje se na medicinsko-pravne i medicinsko-etičke pretpostavke i propuste u njihovoj implementaciji u konkretnu praksu. Analizom Ustava Republike Hrvatske, Zakona o zdravstvenoj zaštiti, Zakona o zaštiti prava pacijenata, Kodeksa medicinske etike i deontologije Hrvatske liječničke komore u kontekstu Preporuke REC (2003) 24 Povjerenstva ministara Vijeća Europe državama članicama o organizaciji palijativne skrbi (*Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care*) i Preporuke Europskog udruženja za palijativnu skrb (*White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. Recommendations from the European Association for Palliative Care*) dokazuje se manjkavost hrvatskog sustava palijativne skrbi, s posebnim naglaskom na potrebu za promptnim kreiranjem nacionalne zdravstvene politike palijativne skrbi. Prvi korak na tom putu treba biti osnivanje ustanova za palijativnu skrb. Palijativna skrb integralni je dio zdravstvenog sustava i neotuđiv element prava građana na zdravstvenu skrb, stoga je odgovornost vlade svake pojedine države članice jamčiti palijativnu skrb i učiniti je pristupačnom svakome tko je treba.

Ključne riječi: Hrvatska, medicinska etika, medicinsko pravo, palijativna skrb, REC (2003) 24

Abstract. In the year 2013 when Croatia is to become the 28th European Union member-state, a decade will have passed since the Committee of Ministers of the Council of Europe has issued a Recommendation to the member states on the organization of palliative care – the REC (2003) 24. This paper analyzes the current situation in the Croatian health care system with special emphasis on the organization of palliative care. Observing the Croatian Medical Law in the light of European standards of palliative care, the medical-legal and medical-ethical assumptions and omissions are pointed out in their implementation in practice. The analysis of the Croatian Constitution, the Law on Health Care, the Law on Protection of Patients' Rights, and the Code of medical ethics and deontology of the Croatian Medical Chamber in the context of the Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers and the "White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe" – Recommendations from the European Association for Palliative Care, proves the flaw in the Croatian system of palliative care, with special emphasis on the need to prompt establishment of a national health policy of palliative care. The first step on this path should be the establishment of institutions for palliative care. Palliative care is an integral part of the health system and an inseparable element of citizens' rights to health care and is therefore, the responsibility of the government of each member state to guarantee palliative care and make it accessible to those in need of it.

Key words: Croatia, medical ethics, medical law, palliative care, REC (2003) 24

¹Katedra za društvene i humanističke znanosti u medicini, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka

²Poliklinika "Sveti Rok M. D.", Zagreb

Primljeno: 31. 1. 2012.

Prihvaćeno: 3. 4. 2012.

Adresa za dopisivanje:

***Doc. dr. sc. Iva Sorta-Bilajac, dr. med.**
Katedra za društvene i humanističke znanosti u medicini
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci
Braće Branchetta 20, 51 000 Rijeka
e-mail: iva.sorta@medri.hr

<http://hrcak.srce.hr/medicina>

UVOD

Godine 2013. Hrvatska postaje 28. članica Europske unije. Te iste godine obilježiti će se desetljeće otkako je Povjerenstvo ministara Vijeća Europe državama članicama izdalo Preporuku o organizaciji palijativne skrbi – REC (2003) 24¹. U tom svjetlu legitimnim se nameće pitanje što je u međuvremenu učinjeno po pitanju približavanja ustroja hrvatskoga zdravstvenog sustava europskim trendovima? Naime, trolist preventivna medicina –

Preporuka REC (2003) 24 Povjerenstva ministara Vijeća Europe državama članicama o organizaciji palijativne skrbi: palijativna skrb integralni je dio zdravstvenog sustava i neotuđiv element prava građana na zdravstvenu skrb, stoga je odgovornost vlade svake pojedine države jamčiti palijativnu skrb i učiniti je pristupačnom svakome tko je treba.

kurativna medicina – palijativna medicina/skrb, koji predstavlja temelj suvremene medicine², u slučaju našeg zdravstvenog sustava još je uvijek krnji, premda prema Preporuci palijativna skrb predstavlja “integralni dio zdravstvenog sustava i neotuđiv element prava građana na zdravstvenu skrb”¹.

Definicija palijativne skrbi Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) iz 2002. glasi: “Palijativna skrb je pristup kojim se bolesnicima suočenim sa smrtonosnom bolešću i njihovim obiteljima unapređuje kvaliteta života. Čini se to kroz sprječavanje i olakšavanje simptoma sredstvima ranog otkrivanja, procjene i liječenja boli, te kroz olakšavanje ostalih psihičkih, psihosocijalnih i duhovnih problema”³. Bitne karakteristike palijativne skrbi su:

- kontrola simptoma
- psihološka, duhovna i socijalna potpora
- potpora obitelji
- potpora u žalovanju
- etička pitanja na kraju života¹.

Palijativnu skrb pruža interdisciplinarni tim u suradnji s dobrovoljcima i članovima obitelji oboljelog¹. Načini provođenja palijativne skrbi navode se u tablici 1^{1,4}.

Međunarodni dokumenti s jedne strane, hrvatski zakoni koji reguliraju područje zdravstva i socijalne skrbi, te kodeksi medicinske etike i deontologije liječnika, medicinskih sestara i srodnih zdravstvenih zanimanja s druge, jasno definiraju mjesto i ulogu palijativne skrbi. Primjerice, pojam palijativne skrbi ušao je u Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske još 2003. godine, dok u programu Vlade Republike Hrvatske za razdoblje od 2008. do 2011. godine (poglavlje 17. – zdravstvo, bolničko liječenje) stoji stavak: “Palijativnu skrb i hospicij uključiti u zdravstveni sustav (mreža uz referalni centar) – rok: prosinac 2008”⁵. Praksa, međutim, pokazuje kako još uvijek nije došlo do implementacije; konkretno – palijativna skrb još uvijek nije uključena u sustav obveznog zdravstvenog osiguranja, nisu utvrđeni standardi i normativi za ovu djelatnost, ne postoji niti nacionalna strategija zdravstvene politike za područje palijativne skrbi⁴.

Suvremena svjetska populacija postaje sve starijom. Kao početak starosti danas se označava dob nakon 65 godina, premda postoji tendencija da se ta granica pomakne na 75 godina⁶. Hrvatska po tom pitanju strelovito slijedi svjetske trendove, a literatura ukazuje na činjenicu kako porast starije populacije diktira potrebu za organiziranim sustavom palijativne skrbi i izgradnjom hospicija. Premda se ne smije zanemariti činjenica da i djeca mogu postati bolesnici koji trebaju palijativnu skrb³, može se zaključiti kako su to dominantno bolesnici starije životne dobi. Naime, otprilike polovina bolesnika – korisnika palijativne skrbi, ima neku od onkoloških bolesti, značajan je broj bolesnika s demencijom, moždanim udarom, te krajnjim stadijima bolesti jetre ili srca².

Grad Rijeka slijedi navedeni trend, što se može ilustrirati podacima iz 2009. godine, navedenim u tablici 2⁸.

Činjenica da je Rijeka star grad, kao i činjenica da se u mnogim europskim državama veći dio zdravstvenog budžeta troši na bolesnike u njihovim posljednjim godinama života, ali oni ujedno ne dobivaju uvijek skrb koja najviše odgovara njihovim potrebama¹, zahtijevaju od zdravstvenih radnika u Rijeci i Primorsko-goranskoj županiji da pitanje palijativne skrbi prepoznaju kao pitanje od nacionalnog, ali i istaknuto lokalnog značaja.

Tablica 1. Načini provođenja palijativne skrbi.**Table 1.** Means for providing palliative care.

- U vlastitom domu
- pružaju je timovi palijativne skrbi u zajednici – mobilni timovi kućne skrbi
- omogućuje tzv. "hospitalizaciju kod kuće"
- kroz dnevne stacionare, tzv. "dnevne boravke"
- ambulantno (npr. ambulanta za bol)
- u domovima za starije i nemoćne osobe ili u domovima za njegu
- u bolničkim jedinicama palijativne skrbi – specijalizirane jedinice s krevetima
- o bolesnicima skrbe bolnički timovi palijativne skrbi
- u ustanovama za palijativnu skrb (hospicijima).

Tablica 2. Neke specifičnosti populacije grada Rijeke.**Table 2.** Some particularities of the population of the city of Rijeka.

- Struktura stanovništva grada Rijeke (prema popisu stanovništva iz 2001. godine) pokazuje da je stanovništvo u trendu progresivnog starenja
- dio starijih od 65 godina dosegao 16.74 %, a mlađih od 14 godina 13.34 %
- očekivano trajanje života Riječana na dan rođenja iznosi 77,2 godine
- negativno prirodno kretanje bilježi se unatrag 15 godina
- prirodni prirast je negativan: -944
- koeficijent ukupne dobne ovisnosti (stupanj opterećenosti stanovništva od 15 do 64 godina stanovništvom od 0 do 14 i preko 65 godina) iznosi 42,3 %
- preko 80 % umrlih nakon 60. godine života umrlo je zbog bolesti krvožilnog sustava i novotvorina
- vodeći uzrok pobola starijih od 65 godina su bolesti krvožilnog sustava.

Grad Rijeka i Primorsko-goranska županija učinili su značajan iskorak na nacionalnoj razini i osnovali Centar za palijativnu skrb pri Domu zdravlja Primorsko-goranske županije koji pruža potpunu skrb o osobi oboljeloj od neizlječive bolesti u njezinu domu:

- olakšavanjem fizičkog bola (kontrola bola);
- liječenjem ostalih pratećih simptoma;
- pružanjem psihosocijalne i duhovne podrške oboljeloj osobi i njezinoj obitelji¹⁰.

Skrb i podršku pružaju dva liječnika opće medicine, tri medicinske sestre, fizioterapeut, psiholog i duhovnik. Skrb je besplatna i ostvaruje se prema preporuci obiteljskog liječnika¹⁰. No, dva mobilna tima ne mogu zadovoljiti sve potrebe umirućih bolesnika na području koje pokrivaju, a slična je situacija i s inicijativama u drugim dijelovima zemlje. Naime, prema nekim procjenama, godišnje u Hrvatskoj palijativnu skrb treba oko 30 000 ljudi, no dobije je tek njih 200-tinjak⁴. Ta činjenica potvrđuje neophodnost osnivanja ustanova za palijativnu skrb.

S obzirom na sve navedeno, potrebno je istaknuti glavne smjernice Preporuke, te ukazati na postojeću nacionalnu medicinsko-pravnu i medicinsko-etičku dokumentaciju, koja predstavlja okvir za uspostavljanje palijativne skrbi u praksi, koja se – sukladno postojećim zakonskim propisima – unutar sustava zdravstvene skrbi smješta upravo na razinu primarne zdravstvene zaštite.

**PREPORUKA REC (2003) 24 POVJERENSTVA
MINISTARA VIJEĆA EUROPE DRŽAVAMA
ČLANICAMA O ORGANIZACIJI PALIJATIVNE
SKRBI**

Smjernice ove Preporuke neophodno je implementirati u hrvatsku zdravstvenu praksu, jer Povjerenstvo ministara, definirano člankom 15.b Statuta Vijeća Europe, smatra da je cilj Vijeća Europe postići veće jedinstvo među svojim članicama i to, između ostalog, usvajanjem zajedničkih pravila u području zdravstva¹¹!

Ovom Preporukom definiraju se standardi u pružanju palijativne skrbi među državama članicama

Europske unije. Smatra se da je palijativna skrb integralni dio zdravstvenog sustava i neotuđiv element prava građana na zdravstvenu skrb i da je stoga odgovornost vlade svake pojedine države jamčiti palijativnu skrb i učiniti je pristupačnom svakome tko je treba. Preporučuje se da vlade država članica usvoje politiku, zakone i druge europske mjere potrebne za kreiranje nacionalne politike za palijativnu skrb¹.

Palijativna bi skrb trebala biti dostupna svakoj osobi kojoj je ona potrebna, bez nepotrebne birokracije i odgode, i to na razini koja je u skladu s individualnim potrebama i izborom samog bolesnika. Palijativna se skrb ne odnosi samo na skrb u ustanovi. To je čitava filozofija skrbi koja se može primjenjivati u svim oblicima i na svim razinama zdravstvene djelatnosti. Najčešće se susrećemo s organiziranim mobilnim timovima u zajednici, gdje se skrb unosi u bolesnikovu kuću ili, primjerice, u dom za starije osobe, ili u dom za njegu. Jednako tako nailazimo na različite modele palijativne skrbi unutar zdravstvenih ustanova, primjerice općih bolnica. Službe i organizacijska politika sustava palijativne skrbi moraju pružiti velik raspon opcija, kao što su kućna skrb, stacionarna skrb za bolesnike u specifičnim ili konvencionalnim jedinicama, dnevnoj bolnici ili ambulancama, hitnim službama i jedinicama za njegu za vrijeme odmora ukućana. One trebaju biti opsežne i primjerene pojedinom zdravstvenom sustavu i kulturi, te se trebaju usmjeriti na promjenjive potrebe i želje bolesnika. U idealnim će uvjetima bolesnik moći sam izabrati mjesto skrbi, tj. odabrati želi li da se za njega skrbi kod kuće, u hospiciju, na palijativnim odjelima u bolnici... Ondje gdje je to moguće, bolesnik bi trebao koristiti skrb ovisno upravo o svojim potrebama i željama, razmjerno kliničkom stanju¹.

Politika palijativne skrbi treba se zasnivati na vrijednostima koje predlaže Vijeće Europe: ljudskim i bolesničkim pravima, ljudskom dostojanstvu, socijalnoj povezanosti, demokraciji, jednakosti, solidarnosti, jednakim mogućnostima, sudjelovanju u odlučivanju i slobodi izbora¹.

Preporuka također ukazuje na potrebu za strukturiranim programima izobrazbe, usavršavanja i istraživanja. Smatra se da svi zdravstveni radnici trebaju poznavati temeljne principe palijativne

skrbi te ih primjereno primjenjivati u praksi. Pri tome valja razlikovati:

- opću palijativnu skrb – neki zdravstveni radnici, premda nisu uključeni isključivo u primjenjivanje palijativne skrbi, mogu imati dodatno iskustvo u palijativnoj skrbi;
- specijaliziranu palijativnu skrb – specijalizirane službe palijativne skrbi su one službe čija je bitna aktivnost ograničena na davanje palijativne skrbi; one su uključene u skrb bolesnika sa složenijim i zahtjevnijim potrebama, te traže veći stupanj uvježbanosti, izobrazbe djelatnika i drugačija sredstva.¹

Opću, nespacijaliziranu palijativnu skrb pružaju zdravstveni radnici kojima to nije glavni posao: liječnici opće/obiteljske medicine, patronažne sestre, dobrovoljci, domovi za njegu, pojedini odjeli u općim bolnicama, primjerice interna medicina. Specijalizirana palijativna skrb pruža se u bolničkim jedinicama palijativne skrbi (specijalizirane jedinice s krevetima), bolničkim timovima palijativne skrbi, timovima palijativne skrbi u zajednici – timovima kućne skrbi, dnevnim boravcima, hospitalizacijom kod kuće i ambulancama (npr. ambulancama za bol)¹.

Zaključno, ističe se sklonost država članica k razvitku službe palijativne skrbi do najviših mogućih standarda.

HRVATSKO MEDICINSKO PRAVO U SVJETLU EUROPSKIH STANDARDA PALIJATIVNE SKRBI

Na području medicinskog/zdravstvenog prava medicina i pravo susreću se i teže k zajedničkom cilju – očuvanju čovjekovih najvrjednijih dobara: života, tijela, zdravlja i ljudskog dostojanstva, kao iznimno značajnog dijela zaštite ljudskih prava¹⁰. Iz ove definicije moglo bi se zaključiti kako je upravo palijativna skrb – koja u svojoj filozofiji sažima sve navedeno – predmet od posebnog interesa, kako donosioca, tako i provoditelja zakona. Na žalost, činjenično stanje ukazuje da to nije tako, jer čak niti zakonima definirani entiteti nisu – u praksi koju ti zakoni definiraju – realizirani. Sukladno tome može se postaviti pitanje jesu li bolesnicima koji trebaju palijativnu skrb narušena temeljna ustavna prava, ako u članku 59. Ustava Republike Hrvatske jasno stoji da se svakom jamči pravo na zdravstvenu zaštitu u skladu sa zakonom¹¹?

Od pravnih izvora hrvatskog medicinskog/zdravstvenog prava, kao kontekst za razmatranje problematike palijativne skrbi, treba posebno izdvojiti Zakon o zdravstvenoj zaštiti i Zakon o zaštiti prava pacijenata. No osim propisa koje donosi država, treba se osvrnuti i na tzv. autonomno, staleško pravo, te u tom kontekstu razmotriti Kodeks medicinske etike i deontologije Hrvatske liječničke komore.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti

Treba reći da je na teorijskoj razini Hrvatska brzo reagirala na nove trendove, pa je pojam palijativne skrbi ušao u Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske još 2003. godine. Zakonom je palijativna skrb jasno definirana kao mjera zdravstvene zaštite, smještena na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti, u sklopu institucije doma zdravlja (tablica 3)¹². Zakonom je također predviđeno osnivanje ustanova za palijativnu skrb¹²:

Ustanova za palijativnu skrb

Članak 83.

Ustanova za palijativnu skrb jest zdravstvena ustanova koja ima palijativni interdisciplinarni tim kućnih posjeta (liječnik, medicinska sestra, fizioterapeut, socijalni radnik s posebnom naobrazbom za pristup umirućem) ambulantu za bol i palijativnu skrb te dnevni boravak¹².

Plan osnivanja ustanova za palijativnu skrb do danas nije realiziran, premda se kao rok isticao prosinac 2008. Nije se krenulo niti sa sustavnom edukacijom iz palijativne skrbi, kako na fakultetskoj razini, tako ni na razini specijalističkog usavršavanja, dok u brojnim europskim zemljama postoje subspecijalizacije ili samostalne specijalizacije iz palijativne medicine⁴. Najavljuje se kako će se prva ustanova za palijativnu skrb (hospicij) u Hrvatskoj otvoriti upravo u Rijeci – projekt koji je nastao suradnjom Riječke nadbiskupije, Pri-

Tablica 3. Izvadak iz Zakona o zdravstvenoj zaštiti.

Table 3. Extract from the Law on Health Care.

ZAKON O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI
II. ZDRAVSTVENA ZAŠTITA
MJERE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE Članak 17.
Mjere zdravstvene zaštite su: (...) 8. <i>palijativna skrb</i> za neizlječivo bolesne, odnosno umiruće (...).
III. ZDRAVSTVENA DJELATNOST
RAZINE ZDRAVSTVENE DJELATNOSTI Članak 25.
Zdravstvena djelatnost obavlja se na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini te na razini zdravstvenih zavoda. Članak 26.
Zdravstvena zaštita na primarnoj razini obuhvaća: (...) - <i>palijativnu skrb</i> (...). Zdravstvena zaštita na primarnoj razini pruža se kroz djelatnosti: (...) - <i>palijativne skrbi</i> (...).
VII. ZDRAVSTVENE USTANOVE NA PRIMARNOJ RAZINI ZDRAVSTVENE DJELATNOSTI
Dom zdravlja Članak 77.
Dom zdravlja temeljni je nositelj zdravstvene zaštite na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti koji mora osigurati ostvarenje načela sveobuhvatnosti, cjelovitog pristupa primarne zdravstvene zaštite te načela dostupnosti i kontinuiranosti pružanja zdravstvene zaštite na svome području. Dom zdravlja organizira i skrbi o sustavu unapređenja zdravlja i prevencije bolesti na svome području. Dom zdravlja na svome području također koordinira i ugovara provođenje dijela mjera zdravstvene zaštite koje provode nositelji zdravstvene djelatnosti, uključujući grupne privatne prakse i privatne zdravstvene radnike koji obavljaju javnu zdravstvenu službu na osnovi koncesije. U provedbi poslova iz stavka 3. ovoga članka dom zdravlja povezuje i rad patronažne zdravstvene službe, zdravstvene njege i <i>palijativne skrbi</i> s timovima obiteljske (opće) medicine. Članak 78.
Dom zdravlja u svom sastavu ima obiteljsku (opću) medicinu, stomatološku zdravstvenu zaštitu, zdravstvenu zaštitu žena, dojenčadi i predškolske djece, medicinu rada, laboratorijsku, radiološku i drugu dijagnostiku, sanitetski prijevoz, ljekarničku djelatnost, patronažnu zdravstvenu zaštitu, zdravstvenu njegu i <i>palijativnu skrb</i> bolesnika...

morsko-goranske županije i Grada Rijeke – sa stacionarom kapaciteta 15 kreveta. Kao mogući početak rada hospicija spominje se početak tekuće godine¹³. Do publiciranja ovog rada znat će se jesu li barem Grad Rijeka i Primorsko-goranska županija ispunili svoje obećanje i time učinili ništa drugo doli poštovali ustavne i zakonske odredbe (tablica 4)^{11,12}.

Zakon o zaštiti prava pacijenata

Preporuka ističe da zdravstveni sustav treba biti orijentiran na bolesnika i da građani nužno trebaju sudjelovati u odlukama koje se tiču njihova zdravlja. Poštovanje i zaštita terminalno bolesnih ili umirućih osoba uključuje, prije svega, osiguranje odgovarajuće skrbi u odgovarajućoj okolini, kako bi on ili ona mogli dostojanstveno umrijeti. U državama članicama ključno je stvaranje ozračja u kojem se prepoznaje važnost palijativne skrbi. Javnost, uključivši bolesnike i njihove obitelji, treba biti odgojena tako da bude svjesna važnosti palijativne skrbi i onoga što ona može pružiti¹.

Zakon o zaštiti prava pacijenata donesen je 2004. godine. Uređuje visoke moralne, etičke i građanske norme ponašanja i korisnika i davatelja zdravstvenih usluga. Ovaj Zakon svakom čovjeku kao bolesniku jamči *jednako pravo na kvalitetnu i stalnu zdravstvenu zaštitu primjerenu zdravstve-*

nome stanju, a sukladno općeprihvaćenim stručnim standardima i etičkim načelima *u njegovu interesu uz poštivanje njegovih osobnih stavova*. Pri pružanju zdravstvenih usluga jamči se poštovanje ljudskog bića, očuvanje fizičkog i mentalnog integriteta te zaštita osobnosti¹⁴, stoga ovaj Zakon predstavlja dokument kojim se svakom pojedincu kao potencijalnom bolesniku osigurava pravo da bude uvažavan kao aktivni subjekt procesa donošenja odluka koje se tiču njegova/njezina zdravlja i liječenja, i to čini u kolaborativnom ozračju sa zdravstvenim radnicima. U njemu se izrijeком ne spominje palijativna skrb, ali sam Zakon, u temeljnim vrijednostima koje promiče, vrlo je blizak filozofiji palijativne skrbi. U kontekstu palijativne skrbi potrebno je posebno naznačiti članak 4. u kojem se ističe kako se načelo humanosti zaštite prava bolesnika, između ostalog, ostvaruje i osiguravanjem prava na fizički i mentalni integritet bolesnika (tablica 5)¹⁴.

Osnovna prava koja regulira ovaj Zakon jesu:

1. pravo na suodlučivanje i pravo na obavijestitost;
2. pravo na prihvaćanje, odnosno odbijanje medicinskoga postupka ili zahvata;
3. pravo na povjerljivost;
4. pravo na privatnost;
5. pravo na održavanje osobnih kontakata;

Tablica 4. Izvadak iz Ustava Republike Hrvatske i Zakona o zdravstvenoj zaštiti.

Table 4. Extract from the Constitution of the Republic of Croatia and the Law on Health Care.

USTAV REPUBLIKE HRVATSKE	ZAKON O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI
VI. MJESNA, LOKALNA I PODRUČNA (REGIONALNA) SAMOUPRAVA	II. ZDRAVSTVENA ZAŠTITA
<p>Članak 134.</p> <p>Jedinice lokalne samouprave obavljaju poslove iz lokalnog djelokruga kojima se <i>neposredno ostvaruju potrebe građana</i>, a osobito poslove koji se odnose na uređenje naselja i stanovanja, prostorno i urbanističko planiranje, komunalne djelatnosti, brigu o djeci, socijalnu skrb, <i>primarnu zdravstvenu zaštitu</i>, odgoj i osnovno obrazovanje, kulturu, tjelesnu kulturu i sport, zaštitu potrošača, zaštitu i unapređenje prirodnog okoliša, protupožarnu i civilnu zaštitu.</p> <p>Jedinice područne (regionalne) samouprave obavljaju poslove od područnog (regionalnog) značenja, a osobito poslove koji se odnose na školstvo, <i>zdravstvo</i>, prostorno i urbanističko planiranje, gospodarski razvoj, promet i prometnu infrastrukturu te planiranje i razvoj mreže obrazovnih, zdravstvenih, socijalnih i kulturnih ustanova...</p>	<p>Članak 3.</p> <p><i>Svaka osoba ima pravo na zdravstvenu zaštitu</i> i na mogućnost ostvarenja najviše moguće razine zdravlja, u skladu s odredbama ovoga Zakona i Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju.</p> <p>DRUŠTVENA SKRB ZA ZDRAVLJE</p> <p>Članak 4.</p> <p>Republika Hrvatska <i>mjerama gospodarske i socijalne politike stvara uvjete za provođenje zdravstvene zaštite</i>, kao i uvjete za zaštitu i očuvanje te poboljšanje zdravlja stanovništva te <i>usklađuje djelovanje i razvoj na svim područjima zdravstva</i> u cilju osiguranja ostvarivanja <i>zdravstvene zaštite</i> stanovništva.</p> <p>Jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave u skladu s utvrđenim pravima i obvezama osiguravaju uvjete za zaštitu, očuvanje i poboljšanje zdravlja stanovništva, organiziraju i osiguravaju ostvarivanje zdravstvene zaštite na svom području.</p>

6. pravo na samovoljno napuštanje zdravstvene ustanove;
7. pravo na pristup medicinskoj dokumentaciji;
8. pravo na zaštitu pri sudjelovanju u kliničkim ispitivanjima;
9. pravo na naknadu štete¹⁴.

Kodeks medicinske etike i deontologije Hrvatske liječničke komore

Preporuka ističe kako je palijativna skrb područje gdje postoji obilje etičkih tema. Većina je slična onima koje se pojavljuju u drugim područjima zdravstvene skrbi. Neke se teme, poput onih vezanih uz kraj života, očito, jače ističu¹.

Razmišljanja o etičkim principima uključenim u palijativnu skrb zasnivaju se na prepoznavanju činjenice da neizlječivi i/ili terminalni bolesnik nije "biološki ostatak" za koji se više ništa ne može učiniti¹, nego osoba, i kao takva zavrjeđuje da joj sustav zdravstvene skrbi osigura najvišu moguću razinu kvalitete života, poštujući osobnu autonomiju. Stoga zdravstveni radnici trebaju prepoznati granice medicinske dopustivosti i suzdržati se od besmislenog liječenja.

Pristup medicinskoj etici zasnovan na deontološkom pristupu, karakteriziran uobičajenim pravilima, sažet u četiri temeljna principa – do-

bročinstvo, neškodljivost, pravednost i autonomnost – ovdje može biti nedostatan, stoga se sve više primjenjuju novi pristupi u medicinskoj etici, kao što su etika skrbi, etika vrline¹⁵⁻¹⁷. Etika skrbi naglašava bitno ranjivu i ovisnu narav ljudskih bića, tvrdi da se etika ne treba odnositi samo na donošenje odluka nego i na kvalitetu odnosa kao što su kontinuitet, otvorenost, povjerenje i pouzdanost. Etika vrline kritizira etički pogled na odluke s pozicije pojedinca, naglašava da je bitno općenito raditi na krepostan način¹.

U Kodeksu medicinske etike i deontologije Hrvatske liječničke komore izrijeком se ne spominje palijativna skrb, ali se naglašava poštovanje prava bolesnika, što je posebno važno u palijativnoj skrbi, dok je članak 4. posvećen upravo pitanjima vezanim uz donošenje tzv. "near-the-end-of-life" odluka (tablica 6)¹⁸.

RASPRAVA

Potreba za univerzalizacijom standarda u palijativnoj skrbi na području Europske unije dokazuje se brojnim studijama koje analiziraju poimanje samog koncepta palijativne skrbi, organizacijsku politiku, postignute standarde i probleme s kojima se pojedine države susreću, radi sagledavanja

Tablica 5. Izvadak iz Zakona o zaštiti prava pacijenata.

Table 5. Extract from the Law on protection of patients' rights.

ZAKON O ZAŠTITI PRAVA PACIJENATA
I. OPĆE ODREDBE
Članak 2.
Svakom pacijentu jamči se opće i jednako pravo na <i>kvalitetnu i kontinuiranu zdravstvenu zaštitu primjerenu njegovom zdravstvenom stanju</i> , sukladno općeprihvaćenim stručnim standardima i etičkim načelima, u <i>najboljem interesu pacijenta uz poštivanje njegovih osobnih stavova</i> .
NAČELA ZAŠTITE PRAVA PACIJENATA
Članak 3.
Zaštita prava pacijenata u Republici Hrvatskoj provodi se na načelima <i>humanosti i dostupnosti</i> .
Načelo humanosti zaštite prava pacijenata
Članak 4.
Načelo humanosti zaštite prava pacijenata ostvaruje se: - osiguravanjem <i>poštivanja pacijenta kao ljudskog bića</i> , - osiguravanjem <i>prava na fizički i mentalni integritet pacijenta</i> , - <i>zaštitom osobnosti pacijenta</i> uključujući poštivanje njegove privatnosti, svjetonazora te moralnih i vjerskih uvjerenja.
Načelo dostupnosti zaštite prava pacijenata
Članak 5.
Načelo dostupnosti zaštite prava pacijenata podrazumijeva <i>jednaku mogućnost zaštite prava svih pacijenata</i> na području Republike Hrvatske.

šire slike o načinima provođenja palijativne skrbi. Konačni je rezultat svih tih istraživanja dokazana potreba za stvaranjem zajedničke platforme, općeprihvatljivog seta temeljnih smjernica, realno primjenjivih u svakoj pojedinoj nacionalnoj organizacijskoj politici palijativne skrbi.

U dvjema istraživanjima provedenim prije desetak godina bilo je obuhvaćeno 28 država Istočne Europe i središnje Azije, te sedam zapadnoeuropskih država. Upotrebljavajući niz kvantitativnih i kvalitativnih metoda pokazalo se da postoje znatne razlike u opsegu u kojem je palijativna skrb pristupačna onima koji je trebaju, ali i velika sličnost u interesu i energiji koja se posvećuje uređenju palijativnih službi^{19,20}. Prvo istraživanje ustvrdilo je niz važnih problema zajedničkih državama Istočne Europe:

- pomanjkanje prepoznavanja, financijske potpore i održivosti politike palijativne skrbi;
- nedovoljna mogućnost nabave opioida;
- nedostatak zdravstvenih radnika;
- pomanjkanje medicinske opreme i opreme za njegu;
- pomanjkanje mogućnosti istraživanja;
- negativni kulturni stereotipi¹⁹.

Pallium-studija, koju je provelo Europsko povjerenstvo, revidirala je koncepte palijativne skrbi i srodne segmente zdravstvene politike u sedam

zapadnoeuropskih država: Nizozemskoj, Belgiji, Švedskoj, Njemačkoj, Španjolskoj, Velikoj Britaniji i Italiji²⁰. Uočeno je sljedeće:

- tradicionalna struktura obitelji u mnogim se regijama promijenila,
- mnoge starije osobe žive same i ne mogu računati na potporu obitelji,
- 50 % ozbiljno bolesnih osoba radije će ostati kod kuće,
- pomanjkanje financijskih sredstava često je najveća zapreka^{1,20}.

Dok u Hrvatskoj u ruralnim domaćinstvima s više generacija i dalje postoji želja za zadržavanjem bolesnika u vlastitom domu do kraja života, socio-ekonomski uvjeti urbane sredine rezultirali su trendom da se oboljeli član smjesti u ustanovu (bolnicu)⁴.

Za Hrvatsku je posebno značajan primjer Španjolske u kojoj razvitak palijativne skrbi nije započeo kao "grassroots" hospicijski pokret, kao u većini ostalih zemalja, dakle "bottom-up", već je iniciran kroz nacionalne smjernice u zdravstvenom sustavu, dakle "up-to-bottom". Španjolski nacionalni plan za palijativnu skrb iz 2000. spominje čak 241 ustanovu za palijativnu skrb^{1,20}! Hrvatska nema vremena razviti hospicijski pokret kao spontanu reakciju na nove potrebe u zdravstvu i neku vrst građanske inicijative, već – kako bi do 2013. zado-

Tablica 6. Izvadak iz Kodeksa medicinske etike i deontologije Hrvatske liječničke komore.

Table 6. Extract from the Code of medical ethics and deontology of the Croatian medical chamber.

KODEKS MEDICINSKE ETIKE I DEONTOLOGIJE	
TEMELJNA NAČELA	
Članak 1.	
1. Liječniku je časna obveza svoje životno usmjerenje i struku posvetiti zdravlju čovjeka.	
2. U tom smislu on će poštovati ljudski život od njegova početka do smrti, promicati zdravlje, sprječavati i liječiti bolest te poštovati ljudsko tijelo i osobnost i nakon smrti.	
Obveze prema pacijentu/bolesniku	
Članak 2.	
1. Liječnik će poštovati prava pacijenta smatrajući dobrobit pacijenta svojom prvom i osnovnom brigom.	
4. UMIRUĆI PACIJENT	
Članak 4.	
1. Ublažavanje patnje i boli jedna je od osnovnih zadaća liječnika. To je posebno važno u skrbi oko umirućeg pacijenta, kada će liječnik pacijentu uz lijekove nastojati pružiti i svu duhovnu pomoć, poštujući pacijentovo uvjerenje i želje. Istodobno će liječnik upoznati i pacijentove bližnje o njegovu stanju i nastojati postići njihovu suradnju na ublažavanju pacijentovih tegoba.	
2. Namjerno skraćivanje života (eutanazija) u suprotnosti je s medicinskom etikom. Želju dobro informiranog pacijenta, koji boluje od neizlječive bolesti, jasno izraženu pri punoj svijesti u pogledu umjetnog produživanja njegova života, treba poštivati primjenjujući pozitivne zakonske propise.	
3. Nastavljanje intenzivnog liječenja pacijenta u ireverzibilnom terminalnom stanju medicinski nije utemeljeno i isključuje pravo umirućeg bolesnika na dostojanstvenu smrt.	

voljila smjernice iz Preporuke – mora posegnuti za španjolskim modelom i nacionalnom politikom zdravstvene skrbi uključiti palijativnu skrb u zdravstveni sustav. Premda iskustva pokazuju kako se palijativna skrb treba organizirati i na sekundarnoj i na tercijarnoj razini^{1,20}, Hrvatska za početak treba zadovoljiti postojeće zakonske pretpostavke i započeti s intenzivnom dinamikom otvaranja ustanova za palijativnu skrb na primarnoj razini.

Dok mi “kaskamo” za Europskim državama i tek moramo uspostaviti sustav palijativne skrbi, Europsko udruženje za palijativnu skrb (engl. *the European Association for Palliative Care*; EAPC) izdalo je tzv. “EAPC Atlas of Palliative Care in Europe”, dokument kojim su prvi put obuhvaćene sve zemlje Europske unije i koji trenutno predstavlja jedinu službenu analizu stanja u nacionalnim programima palijativne skrbi u Europi^{21,22}.

Nakon Atlasa, EAPC je izdao svoju Preporuku: “White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Recommendations from the European Association for Palliative Care”. U njoj se, između ostalog, naglašava potreba za univerzalizacijom nomenklature. Velik naglasak postavlja se na strukturiranje sustava na svim razinama zdravstvene skrbi. Ističu se (minimalni) standardi ispod kojih kvalitetna palijativna skrb nije ostvarljiva i norme (pravila) kao konsenzus o ciljevima kojima treba težiti u svrhu ostvarenja kvalitetne palijativne skrbi^{23,24}.

EAPC Preporuka ističe norme, odnosno pravila provođenja palijativne skrbi kao realno ostvarljiv set općih smjernica, prihvatljiv u različitim državama, s različitim zdravstvenim sustavima i različitim kulturološkim pozadinama. Standardi su, s druge strane, prerigidni i preisključivi (ako nisu zadovoljeni). Norme (pravila) provođenja palijativne skrbi trebale bi omogućiti svakoj državi da, ako ta pravila slijedi, dostigne cilj kvalitetne organizacijske politike palijativne skrbi.

Pravila služe da:

- jasno definiraju terminologiju, opće vrijednosti i filozofiju palijativne skrbi (među zdravstvenim radnicima u Europi prepoznat je set zajedničkih vrijednosti koje se moraju poštovati i promovirati: bolesnikova autonomija i dostojanstvo, pravo na suodlučivanje, holistički pristup);

- organiziraju sustav palijativne skrbi (olakšaju suradnju na razini opće palijativne skrbi te olakšaju razvoj i napredak programa specijalne palijativne skrbi, kao npr. klinička palijativna skrb);
- promoviraju kvalitetu programa provođenja palijativne skrbi na svim razinama zdravstvene skrbi;
- osiguraju dostupnost servisa na svim razinama skrbi, svim bolesnicima, gdje god i kad god ih trebaju, bez nepotrebne odgode i birokratizacije;

Pojam palijativne skrbi ušao je u Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske još 2003. godine. Zakonom je palijativna skrb jasno definirana kao mjera zdravstvene zaštite, smještena na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti, u sklopu institucije doma zdravlja. Zakonom je također predviđeno osnivanje ustanova za palijativnu skrb, što još uvijek nije realizirano.

- stvore preduvjete za kontinuirani pristup tijekom odvijanja bolesti, kroz sve razine zdravstvene skrbi;
- potaknu same bolesnike na tzv. “advance care planning” (primjerice biološkim testamentom);
- promoviraju edukaciju i istraživanje;
- potiču interes javnosti;
- osiguraju mjerljive mehanizme kontrole i validacije^{1,23-27}.

EAPC Preporuku, kao i Preporuku REC (2003) 24, treba, dakle, shvatiti kao set smjernica, neku vrst *core curriculum* za definiranje organizacijske politike i uspostavljanje kvalitetnog, cjelovitog sustava palijativne skrbi, adekvatno integriranog u postojeću organizacijsku strukturu hrvatskog zdravstvenog sustava. Pravila bi se trebala promptno primijeniti, a olakotna okolnost trebala bi biti činjenica da ona nisu potpuno nepoznata hrvatskim medicinsko-pravnim dokumentima, jer, primjerice, načela kontinuiranosti i dostupnosti promovira naš Zakon o zdravstvenoj zaštiti (tablica 7)¹².

U kontekstu postojeće legislative, a sukladno REC (2003) 24 i EAPC, za Hrvatsku je neophodno da obrati pažnju na sljedeće:

- većinu djelatnosti iz područja palijativne skrbi trebaju preuzeti tzv. opće ili nespecializirane službe;

Tablica 7. Izvadak iz Zakona o zdravstvenoj zaštiti.**Table 7.** Extract from the Law on Health Care.

ZAKON O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI
NAČELA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE
<p>Članak 11.</p> <p>Zdravstvena zaštita stanovništva Republike Hrvatske provodi se na načelima <i>sveobuhvatnosti, kontinuiranosti, dostupnosti i cjelovitog pristupa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti</i>, a specijaliziranog pristupa u specijalističko-konzilijarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti.</p>
<p>Članak 12.</p> <p>Sveobuhvatnost zdravstvene zaštite uključuje cjelokupno stanovništvo Republike Hrvatske u provedbi odgovarajućih mjera zdravstvene zaštite u skladu sa zakonom.</p>
<p>Članak 13.</p> <p><i>Kontinuiranost</i> zdravstvene zaštite postiže se ukupnom organizacijom zdravstvene djelatnosti, osobito na razini primarne zdravstvene djelatnosti koja pruža neprekidnu zdravstvenu zaštitu stanovništvu kroz sve životne dobi. U osiguranju kontinuiranog djelovanja, sustav zdravstvene djelatnosti u Republici Hrvatskoj mora biti međusobno funkcionalno povezan i usklađen.</p>
<p>Članak 14.</p> <p><i>Dostupnost</i> zdravstvene zaštite ostvaruje se takvim rasporedom zdravstvenih ustanova, trgovačkih društava koja obavljaju zdravstvenu djelatnost i zdravstvenih radnika na području Republike Hrvatske koji će omogućiti stanovništvu podjednake uvjete zdravstvene zaštite, naročito na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti.</p> <p>Dostupnost zdravstvene zaštite na svom području jedinica područne (regionalne) samouprave osigurava <i>organiziranjem zdravstvene zaštite u ustanovama čiji je osnivač</i>, davanjem koncesija za obavljanje javne zdravstvene službe, koordiniranjem njihovog rada te sudjelovanjem u osiguravanju sredstava za provođenje zdravstvene zaštite na svom području.</p>
<p>Članak 15.</p> <p>Načelo cjelovitog pristupa primarne zdravstvene zaštite osigurava se provođenjem objedinjenih mjera za unapređenje zdravlja i prevencijom bolesti te liječenjem i rehabilitacijom.</p>
<p>Članak 16.</p> <p>Načelo specijaliziranog pristupa osigurava se organiziranjem i razvijanjem posebnih specijaliziranih kliničkih, javnozdravstvenih dostignuća i znanja te njihovom primjenom u praksi.</p>

- na svakih 100.000 stanovnika treba biti raspoređen po jedan mobilni tim palijativne skrbi, dostupan 24 sata dnevno, sedam dana u tjednu;
- broj kreveta u ustanovama palijativne skrbi kreće se od 80 do 100 kreveta na 1,000.000 stanovnika;
- uz nacionalni referalni centar potrebno je oformiti i regionalnu mrežu, zbog učinkovitije koordinacije i ostvarivanja prava na dostupnost i kontinuiranost palijativne skrbi^{1,23,24}.

ZAKLJUČAK

Palijativna skrb integralni je dio zdravstvenog sustava. Uz preventivnu i kurativnu medicinu, palijativna medicina/skrb predstavlja temelj suvremene medicine. Međunarodne smjernice i preporuke za njezin ustroj (REC 2003, EAPC), funkcionalnu integraciju i razvoj treba uključiti u nacionalne zdravstvene strategije.

Filozofija palijativne skrbi temelji se na poštovanju ljudskih i bolesničkih prava, ljudskog dostojanstva, autonomije u suodlučivanju i slobode iz-

bora. Pristup palijativne skrbi je holistički. Sustav palijativne skrbi temelji se na načelima kontinuiranosti i dostupnosti.

U Hrvatskoj je palijativna skrb regulirana Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, dodatne smjernice nalaze se u Zakonu o zaštiti prava bolesnika, te Kodeksu medicinske etike i deontologije Hrvatske liječničke komore. Smještena je na razini primarne zdravstvene zaštite, međutim, ne postoji adekvatna implementacija u praksi, jer u Hrvatskoj još uvijek nisu osnovane zakonom predviđene ustanove za palijativnu skrb. Također, postoji problem školovanja kadra, jer u Hrvatskoj još ne postoji specijalizacija ili sub-specijalizacija iz palijativne medicine.

Približavanje hrvatskog zdravstvenog sustava europskim trendovima, na pragu ulaska u Europsku uniju, nameće praktičnu implementaciju postojećih zakonskih propisa, ali i usvajanje i primjenjivanje europskih preporuka stvaranjem preduvjeta za kvalitetnu zdravstvenu skrb na svim razinama zdravstvenog sustava, kao i pripadajuću adekvatnu edukaciju.

Etički preduvjeti za kvalitetnu organizaciju i provedbu palijativne skrbi prvenstveno se odnose na

pronalaženje ravnoteže između promoviranja društvene dobrobiti općenito, odnosno dobrobiti bolesnika kao pojedinca. Rješavanje etičkih dilema u palijativnoj skrbi uključuje:

- mogućnost i sposobnost procjene jednog skupa rizika u odnosu na drugi;
- poznatu dobrobit nasuprot nepoznatog rizika;
- poznati rizik nasuprot neizvjesnoj dobrobiti, te
- sposobnost dovođenja u ravnotežu konkurentnih moralnih vrijednosti⁴.

Kako bi zdravstveni radnici bili sposobni uhvatiti se u koštac i s etičkim pitanjima na kraju života, dok skrbe o samom završetku života svog bolesnika, moraju se educirati o postojećim domaćim i međunarodnim dokumentima, kao medicinsko-etičkim i medicinsko-pravnim smjernicama, na koje se mogu osloniti.

Implementacija palijativne skrbi u hrvatski zdravstveni sustav u potpunosti opravdava etičko-humanističke pothvate suvremene medicine, razvijajući time zrelost civilizacijske misli modernog društva u brizi za čovjeka²⁸.

LITERATURA

1. Preporuka REC (2003) 24 Povjerenstva ministara Vijeća Europe državama članicama o organizaciji palijativne skrbi. Zagreb: Hrvatsko društvo za hospicij/palijativnu skrb, HLZ, 2004.
2. Hospice Operations: Resources for Managing a Hospice Program of Care. Alexandria, VA: National Hospice and Palliative Care Organisation, 2005.
3. WHO Definition of Palliative Care. Available at: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Accessed January 31st, 2012.
4. Brkljačić M. Bioetički, zakonodavni i organizacijski preduvjeti primjene suvremenih trendova u hospicijskom pokretu u zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske. Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, 2009. (Doktorska disertacija)
5. Hrvatska deklaracija o palijativnoj medicini. Available at: http://www.palijativa.com/index.php?option=com_content&view=article&id=50%3Apotpisite-deklaraciju&Itemid=78. Accessed January 31st, 2012.
6. Jušić A. Eutanazija. Revija za socijalnu politiku 2002;9(3). Available at: <http://www.rsp.hr/ojs2/index.php/rsp/article/view/157/161>. Accessed January 31st, 2012.
7. Brkljačić M, Mavrinac M, Sorta-Bilajac I, Bunjevac I, Čengić T, Golubović V et al. An Increasing Older Population Dictates the Need to Organize Palliative Care and Establish Hospices. Collegium Antropologicum 2009;33:473-80.
8. Rijeka u kojoj i stariji plivaju uzvodno. Strategija zdravog starenja u Rijeci 2009-2013. Rijeka: Grad Rijeka, Odjel gradske uprave za zdravstvo i socijalnu skrb, 2009.
9. Palijativna skrb u Rijeci. Available at: <http://www.rijeka.hr/CentarZaPalijativnu>. Accessed January 31st, 2012.
10. Čizmić J. Bioetika i medicinsko pravo. Medicina 2008;44:171-85.
11. Ustav Republike Hrvatske. Available at: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2010_07_85_2422.html. Accessed January 31st, 2012.
12. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Available at: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2008_12_150_4097.html. Accessed January 31st, 2012.
13. Prvi hospicij u Hrvatskoj otvorit će se u Rijeci. Available at: <http://www.novolist.hr/Vijesti/Rijeka/Prvi-hospicij-u-Hrvatskoj-otvorit-ce-se-u-Rijeci>. Accessed January 31st, 2012.
14. Brošura – Zakon o zaštiti prava pacijenata. Available at: http://www.mzss.hr/ministarstvo/publikacije_i_izvjesca/brosura_zakon_o_zastiti_prava_pacijenata. Accessed January 31st, 2012.
15. Tronto J. Moral Boundaries. A political argument for an ethic of care. London / New York: Routledge, 1993.
16. MacIntyre A. After Virtue. Notre Dame: Notre Dame University Press, 1995.
17. Sorta-Bilajac I, Ostojčić S. Back to Basics: Is there a Place for Virtue-Ethics-Approach in Genetic Counseling? 5th International Conference on Clinical Ethics and Consultation: Bioethics & Ethics Consultation in a Diversified World. Taichung-Taipei, Taiwan, 09.-11. March. 2009: 53-4.
18. Kodeks medicinske etike i deontologije. Available at: <http://www.hlk.hr/874>. Accessed: January 31st, 2012.
19. Clark D, Wright M. Transitions in end of life care. Hospice and related developments in Eastern Europe and Central Asia. Sheffield: University of Sheffield, 2002.
20. Ten Have H, Janssens R. Palliative care in Europe. Amsterdam: IOS Press / Ohmsha, 2001.
21. Centeno C, Clark D, Lynch T, Rocafor J, Prail D, De Lima L et al. Facts and indicators on palliative care development in 52 countries of the WHO European region: results of an EAPC task force. Palliat Med 2007;21:463-71.
22. Centeno C, Clark D, Lynch T, Rocafor J, Greenwood A, Flores LA et al. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe. Houston: IAHPIC Press, 2007.
23. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. Recommendations from the European Association for Palliative Care. European Journal of Palliative Care 2009;16:278-89.
24. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. Recommendations from the European Association for Palliative Care. European Journal of Palliative Care 2010;17:22-33.
25. National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, 2004.
26. Davies E, Higginson IJ (eds). Better Palliative Care for Older People. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2004.
27. Nemeth C, Rottenhofer I. Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2004.
28. Brkljačić M. Bioetika i bioetički aspekti palijativne medicine. Medicina 2008;44:146-51.