

Usmernenie k interrupčnej starostlivosti

Neoficiálny preklad originálneho anglického vydania:
Abortion care guideline. Geneva: World Health
Organisation; 2022.



možnosť voľby
FREEDOM OF CHOICE

Usmernenie k interrupčnej starostlivosti

©Možnosť voľby 2022

Tento preklad nebol vytvorený Svetovou zdravotníckou organizáciou (SZO). SZO nezodpovedá za obsah ani presnosť tohto prekladu. Originálne anglické vydanie: Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Záväzným a autentickým vydaním je pôvodné anglické vydanie.

Tento preklad je dostupný pod licenciou CC BY-NC-SA 3.0

Pôvodné anglické vydanie Abortion care guideline je dostupné na:
www.who.int/publications/i/item/9789240039483

Preložila (2022): Alena Faragulová (2022)

Grafická úprava: Marta Gálvez Riudor

Preklad realizovala: Možnosť voľby o.z., Medená 5, 811 02 Bratislava

www.moznostvolby.sk

www.facebook.com/MoznostVolby

www.instagram.com/moznost_volby



Preklad vznikol vďaka finančnej podpore Centra pre reprodukčné práva.

CENTER *for*
REPRODUCTIVE
RIGHTS

Predslov a poďakovanie

V rukách máte neoficiálny preklad časti **Usmernenia k interrupčnej starostlivosti** od Svetovej zdravotníckej organizácie. Preklad sme realizovali pretože sexuálne a reprodukčné zdravie má zásadný význam pre jednotlivkyne a jednotlivcov, páry a rodiny, ako aj na fungovanie a rozvoj komúnít a pre spoločnosť ako takú. Na Slovensku však pre poskytovanie adekvátnej a potrebnej zdravotnej starostlivosti v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia neexistuje priaznivé prostredie. Vzniku takéhoto prostredia bránia napríklad čakacie doby, regionálna nedostupnosť interrupcií, ich vysoká cena, nemožnosť podstúpiť medikamentóznú interrupciu, tzv. výhrada vo svedomí, zlý prístup k informáciám, obmedzenia pre mladistvé osoby, stigmatizácia či pravidelné snahy političiek a politikov obmedzovať prístup k interrupciám ešte viac.

Práve tieto usmernenia prinášajú konkrétne potreby v oblasti legislatívy, poskytovania informácií, praxe poskytovania zdravotnej starostlivosti v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia a predinterrupčnej, interrupčnej a postabortívnej starostlivosti či interrupčných metód. V preklade nájdete Resumé a 4 kapitoly, v ktorých sa nachádzajú usmernenia v oblasti interrupčnej starostlivosti v kontexte sexuálneho a reprodukčného zdravia a ľudských práv. Odkazy na ďalšie dokumenty a prílohy nájdete v [originálnom dokumente](#).

Zo odborné konzultácie by sme chceli veľmi pekne poďakovať Jane Chudej a Márii Kubalovej, ktoré nám pomohli s termínmi z oblasti zdravotníctva ale aj ďalším ľuďom, ktorí nám poskytli konzultácie v oblasti zdravotníctva, ale aj oblasti ľudských práv.

V preklade (ako aj v originálnom dokumente) sú použité rôzne formy rodovo inkluzívneho jazyka. Preklad neprešiel redakciou ďalšej osoby.

Prekladateľka

Obsah

Glosár	6
Resumé.....	12
1. kapitola.....	35
Úvod.....	35
1.1 Východiská a kontext	35
1.2 Cieľ usmernenia, zdôvodnenie, cieľové publikum, inkluzivita a štruktúra	37
1.2.1 Cieľ a zdôvodnenie	37
1.2.2 Cieľové skupiny	38
1.2.3 Spravodlivosť, inkluzivita a starostlivosť zameraná na ľudí.....	38
1.2.4 Koncepčná štruktúra usmernenia	39
1.3 Prostredie priaznivé pre poskytovanie komplexnej interrupčnej starostlivosti	40
1.3.1 Ľudské práva a podporný legislatívny a politický rámec	42
1.3.2 Dostupnosť a prístupnosť informácií.....	49
1.3.3 Faktory súvisiace so zdravotníckym systémom	50
1.4 Otázky týkajúce sa zdravotníckeho systému	51
1.4.1 Univerzálne zdravotné poistenie a základná zdravotná starostlivosť	51
1.4.2 Financovanie zdravotníctva	53
1.4.3 Kompetencie a odborná príprava zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov.....	55
1.4.4 Tovary.....	55
1.4.5 Kontrola a hodnotenie kvality interrupčnej starostlivosti	57
2. kapitola.....	61
2.1 Časté prístupy k právnej úprave interrupcií.....	61
2.2 Odporúčania ohľadom právnej úpravy interrupcií.....	62
2.2.1 Kriminalizácia interrupcií.....	63
2.2.2 Právna úprava prístupu k interrupciám vyplývajúca z prístupu, ktorý povoľuje len interrupcie z určitých dôvodov.....	66
2.2.3 Obmedzenia týkajúce sa gestačného veku (dĺžky tehotenstva)	69
3. kapitola.....	73
3.1 Východiská.....	73
3.1.1 Štruktúra informácií v kapitole	74
3.1.2 Hlavné zásady a východiská súvisiace s odporúčaniami ohľadom úloh zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov	75
3.2 Služby vzťahujúce sa na celé kontinuum starostlivosti	76
3.2.1 Poskytovanie informácií	77
3.2.2 Ponúkanie a poskytovanie poradenstva	81
3.2.3 Prepojenia na ďalšie služby.....	85
3.3 Predinterrupčná starostlivosť.....	85
3.3.1 Povinné čakacie doby stanovené štátmi, zdravotníckymi zariadeniami alebo zdravotníckymi pracovníkmi a pracovníčkami.....	86
3.3.2 Súhlas tretej strany s interrupciou	87
3.3.3 Rh izoimunizácia	89

3.3.4	Antibiotická profylaxia.....	91
3.3.5	Určovanie gestačného veku tehotenstva.....	92
3.3.6	Manažment liečby bolesti pri interrupcii	94
3.3.7	Príprava krčka maternice pred chirurgickou interrupciou.....	100
3.3.8	Obmedzenia (vyplývajúce z legislatívy alebo politiky) týkajúce sa zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok, ktorí a ktoré môžu legálne poskytovať interrupčnú starostlivosť	108
3.3.9	Výhrada vo svedomí alebo odmietnutie poskytnutia interrupčnej starostlivosti zdravotníckymi pracovníčkami a pracovníkmi.....	109
3.4	Interrupcia	112
3.4.1	Metódy chirurgickej interrupcie.....	113
3.4.2	Medikamentózne manažment interrupcie.....	120
3.4.3	Zamlčaný potrat	129
3.4.4	Vnútromaternicový zánik plodu	131
3.5	Postabortívna starostlivosť	136
3.5.1	Následná postabortívna starostlivosť.....	136
3.5.2	Neúplný potrat.....	138
3.5.3	Manažment život neohrožujúcich komplikácií: infekcia a krvácanie.....	144
3.5.4	Postabortívna antikoncepcia.....	148
3.6	Modely poskytovania služieb a self-manažment	156
3.6.1	Prístupy poskytovania podporných služieb.....	156
3.6.2	Prístupy k riadeniu vlastnej medikamentóznej interrupcie – celej alebo jej časti/í...	161
3.6.2	Prístupy k riadeniu vlastnej postabortívnej antikoncepcie	163
4.	kapitola	168
4.1	Šírenie.....	168
4.2	Implementácia a posúdenie dopadu usmernenia.....	168
4.3	Rezervy vo výskume/témy pre ďalší výskum.....	169

Doplnkové materiály a webové prílohy dostupné online:

- Príloha A na webe: Kľúčové medzinárodné ľudskoprávne normy pre oblasť interrupcií (Key international human rights standards on abortion):
apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349317/9789240039506-eng.pdf
- Príloha B na webe: Odborné stretnutia počas tvorby usmernenia (Technical meetings during guideline development):
apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349318/9789240039513-eng.pdf
- Doplnkový materiál 1. Rámce od dôkazov k rozhodnutiu pre legislatívne a politické odporúčania (Evidence-to-Decision frameworks for the law and policy recommendations):
www.who.int/publications/i/item/9789240039483.
- Doplnkový materiál 2. Rámce "od dôkazov k rozhodnutiu" pre odporúčania týkajúce sa zdravotných služieb (Evidence-to-Decision frameworks for the clinical service):
www.who.int/publications/i/item/9789240039483
- Doplnkový materiál 3. Rámce od dôkazov k rozhodnutiu pre odporúčania týkajúce sa poskytovania služieb a vyhlásení o osvedčených postupoch (Evidence-to-Decision frameworks for the service delivery recommendations and best practice statements):
www.who.int/publications/i/item/9789240039483

Glosár

Pre zabezpečenie vzájomného porozumenia a jednotnosti nižšie nasleduje zoznam kľúčových pojmov použitých v tomto usmernení.

- **Dekriminalizácia:** Vyňatie interrupcií zo všetkých trestných zákonov, nevzťahovanie iných trestných činov (napr. vraždu, zabitie) na interrupcie a zabezpečenie beztrestnosti za podstúpenie interrupcie, asistenciu pri nej, poskytovanie informácií o interrupciách alebo za ich vykonávanie pre všetky zúčastnené strany.
- **Dilatácia a vákuová extrakcia plodu (miniinterrupcia):** Vykonáva sa po 12. – 14. týždni tehotenstva. Ak sú k dispozícii kvalifikovaní a skúsení lekári či lekárky, ide o najbezpečnejšiu a najúčinnnejšiu chirurgickú metódu UPT v neskoršom štádiu tehotenstva. Miniinterrupcia si vyžaduje prípravu krčka maternice pomocou osmotických dilatátorov a/alebo farmakologických liečiv a odsatie obsahu maternice najmä pomocou klieští s použitím vákuovej aspirácie (pozri heslo v tomto zozname) na odstránenie zvyšnej krvi alebo tkaniva.
- **Duševné zdravie:** Stav pohody, v ktorom si každý jednotlivец alebo jednotlivkyňa uvedomuje svoj vlastný potenciál, dokáže sa vyrovnat s bežným životným stresom, dokáže produktívne a efektívne pracovať a je schopný*á prispieť k rozvoju svojej komunity (8).
- **Gestačný vek (dĺžka tehotenstva):** Počet dní alebo týždňov od prvého dňa poslednej riadnej menštruácie u žien s pravidelným cyklom (pozri tabuľku č. 1). U žien s nepravidelným cyklom alebo v prípadoch, keď nie je známa posledná menštruácia, sa ako gestačný vek uvádza veľkosť maternice odhadnutá v týždňoch na základe klinického vyšetrenia alebo ultrazvuku, zodpovedajúca tehotnej maternici rovnakého gestačného veku určeného podľa poslednej menštruácie.

Tabuľka č. 1. Gestačný vek v týždňoch zodpovedajúci gestačnému veku v dňoch v ranom štádiu tehotenstva

Týždne gravidity	Dni gravidity
0	0 – 6
1	7 – 13
2	14 – 20
3	21 – 27
4	28 – 34
5	35 – 41
6	42 – 48
7	49 – 55
8	56 – 62
9	63 – 69
10	70 – 76
11	77 – 83
12	84 – 90
13	91 – 97
14	98 – 104

Poznámka: Nultý deň je prvý deň posledného menštruačného cyklu a zároveň je aj prvým dňom nultého týždňa tehotenstva (nie prvého týždňa).

Zdroj: Prevzaté z *Usmernenia o bezpečných interrupciách* z roku 2012 (2) podľa Medzinárodnej štatistickej klasifikácie chorôb a príbuzných zdravotných problémov, 10. revízia (MKCH-10), 2004 (3).

- **Chirurgické metódy interrupcie (chirurgické prerušenie tehotenstva):** Použitie vnútro maternicových zákrokov na prerušenie tehotenstva vrátane vákuovej aspirácie a dilatácie a vákuovej extrakcie plodu. (Pozri definície v tomto zozname) (2).
- **Komplexná interrupčná starostlivosť:** Poskytovanie informácií, riadenie interrupcií (vrátane umelého prerušenia tehotenstva a starostlivosti súvisiacej so spontánnym potratom/tehotenskou stratou) a postabortívnej starostlivosti.
- **Komunitná starostlivosť:** Služby poskytované v komunite široko chápanými zdravotníckymi pracovníčkami a pracovníkmi, ktoré vyplývajú z ich prípravy a kapacít. Ide o rôzne zameraných zdravotníckych pracovníkov a pracovníčky — laičky a profesionálov, registrované a neregistrované, platené a neplatené —, ako aj o personál pôsobiaci v zariadeniach, ktorý im poskytuje podporu a supervíziu a zabezpečuje terénne služby a kampane (1).
- **Kvalita starostlivosti:** Kvalita starostlivosti pokrýva šesť oblastí alebo dimenzií kvality, ktoré sú v súvislosti so zdravotnou starostlivosťou požadované:
 - *účinnosť* poskytovanie zdravotnej starostlivosti, pri ktorej sa vychádza z poznatkov a ktorá vedie k zlepšeniu výsledkov v oblasti zdravia jednotlivých, jednotlivcov a komunit podľa ich potrieb;
 - *efektivita*, poskytovanie zdravotnej starostlivosti spôsobom, ktorý optimalizuje využívanie zdrojov a zabraňuje plytvaniu;
 - *dostupnosť*, poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ktorá je včasná, geograficky prístupná a poskytovaná v podmienkach, v ktorých zručnosti a zdroje zodpovedajú zdravotným potrebám;
 - *prijateľnosť/orientácia na pacienta či pacientku*, poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ktorá rešpektuje preferencie a nároky jednotlivých užívateľiek a užívateľov služieb a kultúru príslušných komunit;
 - *spravodlivosť*, poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ktorej kvalita sa nelíši pod vplyvom charakteristík osôb (pozn. prekladateľky: prijímajúcich zdravotnú starostlivosť), akými sú pohlavie, rasa, etnický pôvod, zemepisná poloha alebo socioekonomické postavenie;
 - *bezpečnosť*, poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ktorá minimalizuje riziká a ohrozenie užívateľov a užívateľiek služieb (13; s. 9).
- **Ľudskoprávne normy:** Vymedzenie významu a rozsahu ľudských práv vyplývajúci z medzinárodných ľudskoprávných dohôd a z toho, ako ich interpretujú a aplikujú ľudskoprávne orgány poverené touto činnosťou. Patria medzi ne napríklad medzinárodné, regionálne a štátne súdy a výbory pre ľudské práva (2).
- **Medikamentózne interrupčné metódy (medikamentózna interrupcia):** Ukončenie tehotenstva pomocou farmakologických látok (2).
- **Medzinárodná ľudskoprávna zmluva** (niekedy nazývaná aj paktom alebo dohovorom): Medzinárodný právny nástroj prijatý medzinárodným spoločenstvom štátov, zvyčajne na Valnom zhromaždení OSN. Každou zmluvou je stanovený určitý rad ľudských práv a zodpovedajúcich právnych záväzkov pre štáty, ktoré zmluvu ratifikovali (2) (v prílohe 2 sa nachádza zoznam príslušných zmlúv).
- **Monitorovací orgán zmluvy:** Každá z medzinárodných ľudskoprávných zmlúv (pozri vyššie) je monitorovaná určeným monitorovacím orgánom zmluvy (pozri prílohu 2 [Annex 2] v [originálnom dokumente](#)). Monitorovacie orgány zmlúv sú výbory zložené z nezávislých odborníkov a odborníkov. Ich hlavnou úlohou je monitorovanie dodržiavania príslušnej dohody alebo dohovoru zo strany štátov, a to aj prostredníctvom posudzovania správ štátov (2).
- **Neúplný potrat:** Klinicky zistená prítomnosť otvoreného krčka maternice a krvácania, pričom nedošlo k úplnému vypudeniu placenty a plodových obalov z maternice alebo vypudená

placenta a plodové obaly nezodpovedajú odhadovanému trvaniu tehotenstva. Medzi bežné príznaky patrí vaginálne krvácanie a bolesť v podbrušku. Medzi bežné príznaky patrí vaginálne krvácanie a bolesť brucha. Nekomplikovaný neúplný potrat môže nastať po interrupcii alebo spontánnom potrate (t. j. potrate).

- **Osmotické dilatátory:** Krátke tenké tyčinky z morských rias (laminária) alebo zo syntetického materiálu. Dilatátory po umiestnení do krčka maternice absorbujú tekutiny a rozpínajú sa, čím postupne rozširujú krčok maternice (2).
- **Politika/politiky:** Zákon, právny predpis, postup, administratívne opatrenie, iniciatíva alebo dobrovoľná prax vlád a iných inštitúcií (11).
- **Postabortívna starostlivosť:** Poskytovanie služieb po vykonaní interrupcie. Ide napríklad o služby súvisiace s antikoncepciou a o sprostredkovanie ďalších potrebných služieb v komunite alebo mimo nej. Môže zahŕňať aj riešenie komplikácií po interrupcii.
- **Potrat (spontánne prerušenie tehotenstva):** Ukončenie tehotenstva z prirodzených príčin pred 24. týždňom tehotenstva, t. j. pred tým, ako je plod spravidla schopný prežiť mimo maternice. Zdravotnými príznakmi spontánneho prerušenia tehotenstva je vaginálne krvácanie, spravidla sprevádzané bolesťami v podbrušku a kŕčmi. Ak dôjde k vypudeniu tehotenského tkaniva, potrat sa označuje ako "úplný" alebo "neúplný" v závislosti od toho, či v maternici zostanú alebo nezostanú zachované tkanivá (9).
- **Povinná čakacia doba:** Požiadavka, podľa ktorej je potrebné dodržať čas medzi požiadaním o interrupciu a jej podstúpením; je stanovená zákonom, predpismi, alebo je vykonávaná v praxi.
- **Regulácia interrupcií:** Všetky formálne schválené zákony, politické opatrenia a iné nástroje (napr. protokol na úrovni zariadenia), ktoré kontrolujú tehotenstvo a interrupciu.
- **Sedácia pri vedomí:** Použitie kombinácie liekov – sedatív na uvoľnenie a anestetík na blokovanie bolesti – na navodenie poklesu vedomia počas lekárskeho zákroku.
- **Sociálny franchising:** Definuje sa ako systém zmluvných vzťahov zvyčajne spravovaných mimovládnu organizáciou, ktorá využíva štruktúru komerčných reťazcov na dosiahnutie spoločenských cieľov. Hlavný rozdiel medzi sociálnym a komerčným franchisingom spočíva v tom, že sociálny franchising sa zameriava na dosiahnutie spoločensky prínosných cieľov, zatiaľ čo komerčný franchising sa riadi ziskom (16, 17).
- **Sociálny marketing:** Možno široko vymedziť ako uplatňovanie marketingových praktík pri riešení sociálnych problémov. Jeho cieľom je presvedčiť alebo motivovať ľudí, aby si osvojili konkrétne spôsoby konania alebo správania, ktoré sú všeobecne vnímané ako prospešné. Ide o návrh, realizáciu a riadenie programov, ktorých cieľom je zvýšiť mieru prijateľnosti spoločensky orientovanej idey alebo praxe v cieľovej skupine (cieľových skupinách). Nemôže navodiť správanie, môže len pomôcť pri jeho akceptácii a nadobúdaní vôle osvojiť si ho. Jeho zameranie je prevažne preventívne (18).
- **Sociálny podnik:** Definuje sa ako podnik so špecifickými spoločenskými cieľmi, ktoré sú jeho hlavným účelom. Sociálne podniky sa snažia maximalizovať zisk a zároveň maximalizovať prínos pre spoločnosť a životné prostredie. Ich zisky sa využívajú najmä na financovanie sociálnych programov (15).
- **Starostlivosť o seba (self-care):** Schopnosť jednotlivcov a jednotlivkyň, rodín a komunit podporovať zdravie, predchádzať chorobám, udržiavať zdravie a vyrovnávať sa s chorobou a zdravotným znevýhodnením s podporou zdravotníckeho pracovníka alebo bez nej. Do oblasti starostlivosti o seba teda patrí podpora zdravia, prevencia a kontrola chorôb, samoliečba, poskytovanie starostlivosti o osoby odkázané na opateru, v prípade potreby vyhľadávanie nemocničnej/špecializovanej/základnej starostlivosti a rehabilitácia vrátane starostlivosti o umierajúce osoby (paliatívnej starostlivosti). Zahŕňa celý rad metód a prístupov k starostlivosti o seba (14).
- **Súhlas tretej strany:** Legislatívna, politická alebo v praxi existujúca požiadavka, podľa ktorej musí interrupciu povoliť iná strana – teda nie žena, dievča alebo iná tehotná osoba

(zvyčajne ide o rodiča/rodičku, opatrovníčku/opatrovníka, manžela/manželku, partnerku/partnera, zdravotníckeho pracovníka/pracovníčku, zdravotnícka inštitúcia alebo súdny orgán) – a to aj napriek tomu, že boli splnené iné platné právne požiadavky na legálnu.

- **Svojpomocne riadená interrupcia (self-manažment interrupcie):** Svojpomocné riadenie celého procesu umelého prerušenia tehotenstva alebo jedného či viacerých čiastkových krokov, akými sú napríklad svojpomocné zhodnotenie spôsobilosti na umelé prerušenie tehotenstva, svojpomocné podanie liekov bez priameho dohľadu zdravotníckej pracovníčky alebo pracovníka či svojpomocné zhodnotenie úspešnosti priebehu umelého prerušenia tehotenstva.
- **Telemedicína (alebo telezdravie):** Spôsob poskytovania zdravotníckych služieb, pri ktorom sú poskytujúci subjekt a klientka alebo klient či poskytujúci subjekt a konzultant alebo konzultantka od seba vzdialení*é (19). Táto interakcia môže prebiehať v reálnom čase (synchronne), napr. prostredníctvom telefonátu alebo videohovoru. Môže však prebiehať aj asynchronne (store-and-forward formou), keď je odpoveď po odoslaní otázky zaslaná až neskôr, napr. e-mailom alebo textovou/hlasovou/audio správou.
 - **Telemedicína medzi klientkou*om a poskytovateľom*kou:** Poskytovanie zdravotníckych služieb na diaľku; poskytovanie zdravotníckych služieb, pri ktorých sú klientky/pacientky a zdravotnícke pracovníčky od seba vzdialené (napr. konzultácie medzi vzdialenými klientom/pacientom a zdravotníckym pracovníkom; klientky/pacientky zasielajú zdravotnícke informácie [obrázky, poznámky, videá] zdravotníckej pracovníčke) (20).
- **Univerzálne zdravotné poistenie:** Zabezpečenie prístupu k potrebným podporným, preventívnym, liečebným, rehabilitačným a paliatívnym zdravotným službám v takej kvalite, aby boli účinné a aby ich využívanie pre žiadneho človeka nepredstavovalo finančné ťažkosti (12).
- **Vnútromaternicový zánik plodu (fetálna smrť):** vnútromaternicové úmrtie plodu kedykoľvek počas trvania tehotenstva (7).
- **Všeobecné pripomienky/odporúčania:** Výklad obsahu a pôsobnosti ľudskoprávných dohôdov monitorovacími orgánmi príslušných dohôdov. Úlohou všeobecných pripomienok je ozrejmiť povinnosti zmluvných štátov ohľadom podávania správ v súlade s príslušnými ustanoveniami a navrhovať spôsoby implementácie zmluvných ustanovení (2).
- **Výhrada svedomia alebo výhrada vo svedomí:** Odmietnutie poskytnutia interrupčnej starostlivosti zo strany zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov na základe ich svedomia alebo náboženského presvedčenia.
- **Záverečné pripomienky:** Po tom, čo štát, ktorý je zmluvnou stranou predmetného dohovoru predloží správu a prebehne s ním konštruktívny dialóg, monitorovacie orgány zmlúv vydajú záverečné pripomienky pre tento štát. Záverečné pripomienky zostavené do výročnej správy sa zasielajú Valnému zhromaždeniu OSN (2).
- **Vákuová aspirácia (elektrická alebo manuálna; EVA alebo MVA):** Vákuová aspirácia zahŕňa odsatie obsahu maternice pomocou plastovej alebo kovovej kanyly pripojenej k zdroju podtlaku. Pri elektrickej vákuovej aspirácii (EVA) sa používa elektrická vákuová pumpa. Pri manuálnej vákuovej aspirácii (MVA) sa podtlak dosahuje pomocou ručne ovládateľnej plastovej 60 ml odsávačky (nazývanej aj striekačka). Manuálne odsávačky sú vhodné na kanyly s priemerom 4 – 12 mm. Odsávacie hadičky pre elektrické odsávačky možno používať s kanylami s priemerom až 16 mm, čo umožňuje využívanie vákuovej aspirácie až do 15. – 16. týždňa tehotenstva alebo pri postinterrupčnej starostlivosti v prípadoch, keď je rozšírený krčok maternice a na vytvorenie účinného podtlaku je potrebný väčší počet kanýl.
- **Zamĺčaný potrat:** Zastavenie rozvoja tehotenstva, pričom embryo/plod/plodový obal alebo prázdny gestačný vak zostanú v maternici a krčok maternice je uzavretý. Medzi príznaky môže patriť bolesť a/alebo krvácanie, takisto sa však žiadne príznaky vyskytnúť nemusia (10).

- **Základná zdravotná starostlivosť:** Celospoločenský prístup k zdravotnej starostlivosti, ktorého cieľom je zabezpečiť čo najvyššiu možnú úroveň zdravia a pohody a ich spravodlivé rozloženie. A to takým spôsobom, že sa v rámci kontinuálnej starostlivosti čo najskôr zameria na potreby a preferencie ľudí – od posilňovania zdravia a prevencie chorôb až po liečbu, rehabilitáciu a paliatívnu starostlivosť (pozn. prekladateľky: starostlivosť o umierajúce osoby) — a v rámci toho sa čo najviac priblíži ku každodennému prostrediu týchto ľudí (12).
- **Zdravie:** Stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody nielen neprítomnosť choroby alebo slabosti (4).
- **Zdravotnícke pracovníčky a zdravotnícki pracovníci:** Všetky osoby zapojené do činností, ktorých hlavným cieľom je zlepšiť zdravie. Hoci striktne vzaté sem patria aj neplatení opatrovníci a opatrovníčky (napr. rodičky a rodičia starajúci sa o choré deti a osoby starajúce sa o seba), dostupné údaje o počtoch zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok sú vo všeobecnosti obmedzené len na osoby vykonávajúce platené činnosti (6; 1. kapitola: *Zdravotnícke pracovníčky a pracovníci (Health workers)*).
- **Zdravotnícky systém:** Zdravotnícky systém tvoria všetky organizácie, ľudia a činnosti, ktorých hlavným cieľom je podpora, prinavrátenie alebo udržanie zdravia (5).

Referencie

Pre všetky referencie v glosári pozri prílohu 3 (Annex 3) v [originálnom dokumente](#).

Resumé

Sexuálne a reprodukčné zdravie má zásadný význam pre jednotlivkyne a jednotlivcov, páry a rodiny, ako aj pre spoločenský a hospodársky rozvoj komunít a národov. Ako sa uvádza v Ústave Svetovej zdravotníckej organizácie (SZO), cieľom SZO je „dosiahnuť čo najvyššiu možnú úroveň zdravia všetkých národov“ a v záujme splnenia tohto cieľa patrí medzi jej úlohy aj poskytovanie odbornej pomoci v oblasti zdravia jednotlivým štátom. Univerzálny prístup k informáciám a službám v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia (SRZ) je pre zdravie jednotlivkyň, jednotlivcov aj komunít, ako aj pre uplatňovanie ľudských práv kľúčový. Po vypuknutí pandémie COVID-19 a na základe skúseností nadobudnutých počas predchádzajúcich epidémií – keď boli služby súvisiace so SRZ výrazne obmedzené, čo u ľudí vyvolávalo pocity bezmocnosti a zároveň spôsobovalo, že boli vystavení zdravotným rizikám, ktorým by sa dalo predísť – SZO v niektorých nedávno vydaných odborných publikáciách zaradila komplexnú interrupčnú starostlivosť do zoznamu základných zdravotníckych služieb.¹

Komplexná interrupčná starostlivosť zahŕňa poskytovanie informácií, riadenie interrupcií (vrátane umelého prerušenia tehotenstva, starostlivosti súvisiacej s tehotenskou stratou/spontánnym potratom a postabortívnej starostlivosti). Zlepšovanie prístupu k interrupčnej starostlivosti v rámci zdravotníckeho systému má zásadný význam pre napĺňanie cieľov trvalo udržateľného rozvoja (SDG) týkajúcich sa dobrého zdravia a pohody (SDG3) a rodovej rovnosti (SDG5). Globálna stratégia SZO v oblasti reprodukčného zdravia zameraná na urýchlenie napredovania pri dosahovaní medzinárodných rozvojových cieľov zaraďuje elimináciu rizikových interrupcií² medzi prioritné ciele. Podobným spôsobom zdôrazňuje význam kvalitnej interrupčnej starostlivosti pre zdravie aj Globálna stratégia OSN pre zdravie žien, detí a dospelých. Tá zaraďuje na dôkazoch založené opatrenia v oblasti interrupčnej a postabortívnej starostlivosti medzi účinné spôsoby pomoci jednotlivkyňam a jednotlivcom v tom, aby sa im lepšie žilo a komunitám v tom, aby sa mohli pretvárať.

Kvalitná interrupčná starostlivosť je základom tohto usmernenia. Kvalita starostlivosti (pozri Glosár) zahŕňa viacero zložiek. Je definovaná ako starostlivosť, ktorá je: efektívna, účinná, dostupná, prijateľná/orientovaná na pacientku či pacienta, spravodlivá a bezpečná. Účinná starostlivosť zahŕňa poskytovanie zdravotnej starostlivosti založenej na dôkazoch, ktorá vedie k zlepšeniu zdravia jednotlivkyň, jednotlivcov a komunít a reaguje na ich potreby. Efektívna starostlivosť optimalizuje využívanie zdrojov a minimalizuje plytvanie. Kvalitná starostlivosť musí byť dostupná (včasná, finančne i geograficky prístupná a poskytovaná v podmienkach, v ktorých zručnosti a zdroje zodpovedajú medicínskym potrebám) a zároveň prijateľná (zohľadňujúca preferencie a hodnoty jednotlivých užívateľiek a užívateľov služieb a kultúru príslušných komunít). Je mimoriadne dôležité zabezpečiť, aby bol prístup k interrupčnej starostlivosti spravodlivý a aby sa kvalita zdravotnej starostlivosti nelíšila pod vplyvom osobnostných charakteristík osoby, ktorá ju vyhľadá, medzi ktoré patrí jej pohlavie, rasa, viera, etnický pôvod, socioekonomické postavenie, vzdelanie, prípadné zdravotné znevýhodnenie či zemepisná poloha v krajine. A v neposlednom rade, kvalitná interrupčná starostlivosť znamená aj to, že je vykonávaná bezpečne a že všetky riziká a hrozby pre užívateľky*ov služieb sú minimalizované.

Interrupcia je bezpečný a nekomplikovaný zdravotný zákrok, ktorý možno účinne zvládnuť pomocou liekov alebo v rámci chirurgického zákroku v rôznych prostrediach. Pri medikamentóznej aj

¹ Pokiaľ ide o koncept „základných zdravotníckych služieb“, je dôležité uvedomiť si, že rôzne oblasti, dokonca aj v rámci jedného štátu, si môžu vyžadovať rôzne prístupy k vymedzeniu základných zdravotníckych služieb a k preskupovaniu zložiek zdravotníckeho systému tak, aby tieto služby zostali zachované. Ďalšie informácie nájdete v: *Zachovanie základných zdravotníckych služieb: operačné usmernenie pre kontext COVID-19, predbežné usmernenie, 1. júna 2020* (Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context, interim guidance, 1 June 2020 - www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential-health-services-2020.1). Ďalšie relevantné odkazy sa nachádzajú v 1. kapitole, časti 1.1.

² Označenie „riziková interrupcia“ sa vzťahuje na interrupciu vykonávanú osobou bez potrebných zručností, v prostredí nezodpovedajúcom minimálnym zdravotníckym normám alebo spojenie oboch prípadov.

chirurgickej interrupcii sú v prípade, že je interrupcia bezpečná, komplikácie zriedkavé. Bezpečná interrupcia znamená, že je vykonaná metódou primeranou dĺžke tehotenstva odporúčanou WHO a že ju vykonáva osoba s potrebnými zručnosťami. Interrupcia je vo svete bežným zákrokom, pričom 6 z 10 neplánovaných tehotenstiev a 3 z 10 všetkých tehotenstiev sa končí umelým prerušením tehotenstva. Celosvetové odhady však ukazujú, že 45 % všetkých interrupcií je rizikových. Ide o zásadný problém v oblasti verejného zdravia a ľudských práv. Rizikové interrupcie sú v rozvojových krajinách a v skupinách zažívajúcich hraničné a ohrozujúce situácie čoraz častejšie. Legislatívne obmedzenia a iné prekážky pre mnohé ženy znamenajú sťaženie alebo znemožnenie prístupu ku kvalitnej interrupčnej starostlivosti, čo môže spôsobiť, že sa môžu pokúsiť vyvolať si interrupciu samy pomocou nebezpečných metód alebo ju vyhľadať u nequalifikovaných poskytovateľov či poskytovateľiek. Interrupčná legislatíva nemá žiaden vplyv na to, či si žena vyberie interrupciu, ale výrazne ovplyvňuje to, či má prístup k bezpečnej interrupcii. Rizikové interrupcie majú na svedomí až za 4,7 až 13,2 % zo všetkých prípadov úmrtí matiek. To predstavuje 13 865 až 38 940 úmrtí ročne spôsobených tým, že nemohli podstúpiť bezpečnú interrupciu.

Medikamentózna interrupcia znamená revolúciu v prístupe ku kvalitnej interrupčnej starostlivosti na celom svete. Lieky na umelé prerušenie tehotenstva je možné bezpečne a účinne podávať v zdravotníckom zariadení alebo si ich môžu osoby, ktoré potrebujú interrupciu, podať svojpomocne aj mimo zdravotníckeho zariadenia (napr. doma), v prípade, že majú prístup k presným informáciám a zaručene kvalitným liekom. Tie, ktoré si bezpečne riadia interrupciu do 12. týždňa samy doma, môžu v určitej fáze procesu stále potrebovať alebo chcieť podporu vyškolenej zdravotníckej pracovníčky či zdravotníckeho pracovníka. Poskytovanie služieb, ktoré si vyžadujú minimálny lekársky dohľad, môže výrazne zlepšiť dostupnosť, ako aj zvýšiť súkromie, pohodlie a prijateľnosť procesu interrupcie bez hrozby rizika a ohrozenia jej účinnosti.

Aby bola komplexná interrupčná starostlivosť prístupná pre každú*ého, kto*rá ju potrebuje, je potrebné prijať viacero opatrení na legislatívnej a komunitnej úrovni a úrovni zdravotníckeho systému. Prostredie, v ktorom človek žije, je pri ovplyvňovaní prístupu k zdravotnej starostlivosti kľúčové a ovplyvňuje jeho zdravotný stav. Priaznivé prostredie je základom kvalitnej a komplexnej interrupčnej starostlivosti. Základné zložky prostredia priaznivého pre poskytovanie interrupčnej starostlivosti

1. dodržiavanie ľudských práv a podporný legislatívny a politický rámec
2. dostupnosť a prístupnosť informácií a
3. podporný, univerzálne prístupný, cenovo dostupný a dobre fungujúci systém zdravotnej starostlivosti.

Interrupcie sú legálne takmer vo všetkých krajinách, hoci sa líšia konkrétnymi okolnosťami, za ktorých je možné ich podstúpiť. Okrem toho, takmer všetky štáty, v ktorých sú interrupcie legálne prístupné, na ne uplatňujú odlišné právne predpisy ako na iné formy zdravotnej starostlivosti (116). Na rozdiel od iných zdravotníckych služieb sú interrupcie v rôznej miere bežne regulované nielen v rámci právnych predpisov týkajúcich sa zdravotnej starostlivosti, ale aj v rámci trestného práva. To má vplyv na práva tehotných osôb a môže mať ochromujúci účinok (napr. zastavenie činnosti kvôli obavám z postihov alebo sankcií) na poskytovanie kvalitnej starostlivosti. Preto sú zrozumiteľné, dostupné a na právach založené legislatíva a politika súčasťou záruky priaznivého prostredia.

Ciele, vymedzenie a koncepcná štruktúra usmernenia

.....
Usmernenia sú základnými nástrojmi, prostredníctvom ktorých SZO realizuje svoju vedúcu odbornú funkciu v oblasti zdravia. Usmernenia SZO podliehajú prísnemu procesu zabezpečovania kvality, ktorý prináša odporúčania pre prax týkajúcu sa zdravotnej starostlivosti či politiku verejného zdravia s cieľom dosiahnuť čo najlepšie individuálne alebo kolektívne výsledky v oblasti zdravia. SZO sa v záujme dosiahnutia tohto cieľa zaviazala integrovať ľudské práva do programov a politík v oblasti zdravotnej starostlivosti na úrovni štátov aj regiónov. A to prostredníctvom skúmania základných určujúcich činiteľov zdravia ako jednej zo zložiek komplexného prístupu k zdraviu a ľudským právam.
.....

Cieľom tohto usmernenia je predstaviť kompletný súbor všetkých odporúčaní a vyhlásení o osvedčených postupoch SZO týkajúcich sa interrupcií. Hoci sa legislatívne, regulačné a politické podmienky a podmienky poskytovania služieb môžu v jednotlivých krajinách líšiť, cieľom odporúčaní a osvedčených postupov opísaných v tomto dokumente je umožniť robiť na dôkazoch založené rozhodnutia týkajúce sa kvalitnej interrupčnej starostlivosti.

Toto usmernenie aktualizuje a nahrádza odporúčania v predošlých usmerneniach SZO, ktorými sú:

- *Bezpečné interrupcie: odborné a politické usmernenia pre systémy zdravotnej starostlivosti, druhé vydanie* (Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, second edition) (2012),
- *Úlohy zdravotníckych pracovníkov a pracovníkov pri poskytovaní bezpečnej interrupčnej starostlivosti a postabortívnej antikoncepcie* (Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception) (predtým známe ako usmernenie o „rozdelení úloh“) (2015) a
- *Medikamentózny manažment interrupcií* (Medical management of abortion) (2018).

Súčasťou tohto usmernenia sú nové odporúčania skombinované s už existujúcimi nezmenenými odporúčaniami, ktoré ostali nezmenené, a takými, ktoré boli po opätovnom posúdení aktualizované. Pričom pri spracúvaní nových aj aktualizovaných odporúčaní boli dodržané rovnaké prísne metodológie (viac informácií sa nachádza v časti „Metódy tvorby usmernení“ nižšie).

Odporúčania v tomto usmernení uvádzame v troch oblastiach nevyhnutných pre poskytovanie interrupčnej starostlivosti: Legislatíva a politika, Zdravotné služby a Poskytovanie služieb. Odporúčania spojené s legislatívou a politikami, ktoré by sa v záujme zavedenia a udržania kvalitnej interrupčnej starostlivosti mali resp. nemali uplatňovať, sa vzťahujú na sedem oblastí: kriminalizácia interrupcií, prístupy povoľujúce interrupcie iba z určitých dôvodov, obmedzenia týkajúce sa gestačného veku/dĺžky tehotenstva, povinné čakacie doby pred poskytnutím interrupcie na žiadosť, súhlas tretej strany pred interrupciou, obmedzenia týkajúce sa toho, ktorí zdravotnícki pracovníci a zdravotnícke pracovníčky môžu poskytovať interrupčné služby, a výhrada vo svedomí/odmietnutie vykonania interrupcie zo strany poskytovateľiek*³lov. ³Odporúčania spojené s zdravotníckymi službami sa týkajú metód interrupcie a súvisiacej zdravotnej starostlivosti – od poskytovania informácií, poradenstva a manažmentu liečby bolesti až po metódy interrupcie a interrupčné liekové režimy (vrátane rôznych zdravotných indikácií) – a poskytovania postabortívnej starostlivosti, čo zahŕňa aj všetky antikoncepcné metódy.⁴Odporúčania ohľadom poskytovania služieb zahŕňajú odporúčania týkajúce sa toho, ktoré kategórie zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok môžu poskytovať konkrétne zložky zdravotníckej služby. Zahnuté sú aj odporúčania týkajúce sa toho, čo si môže žena riadiť sama: medikamentózne prerušenie tehotenstva v ranom štádiu tehotenstva a užívanie mnohých

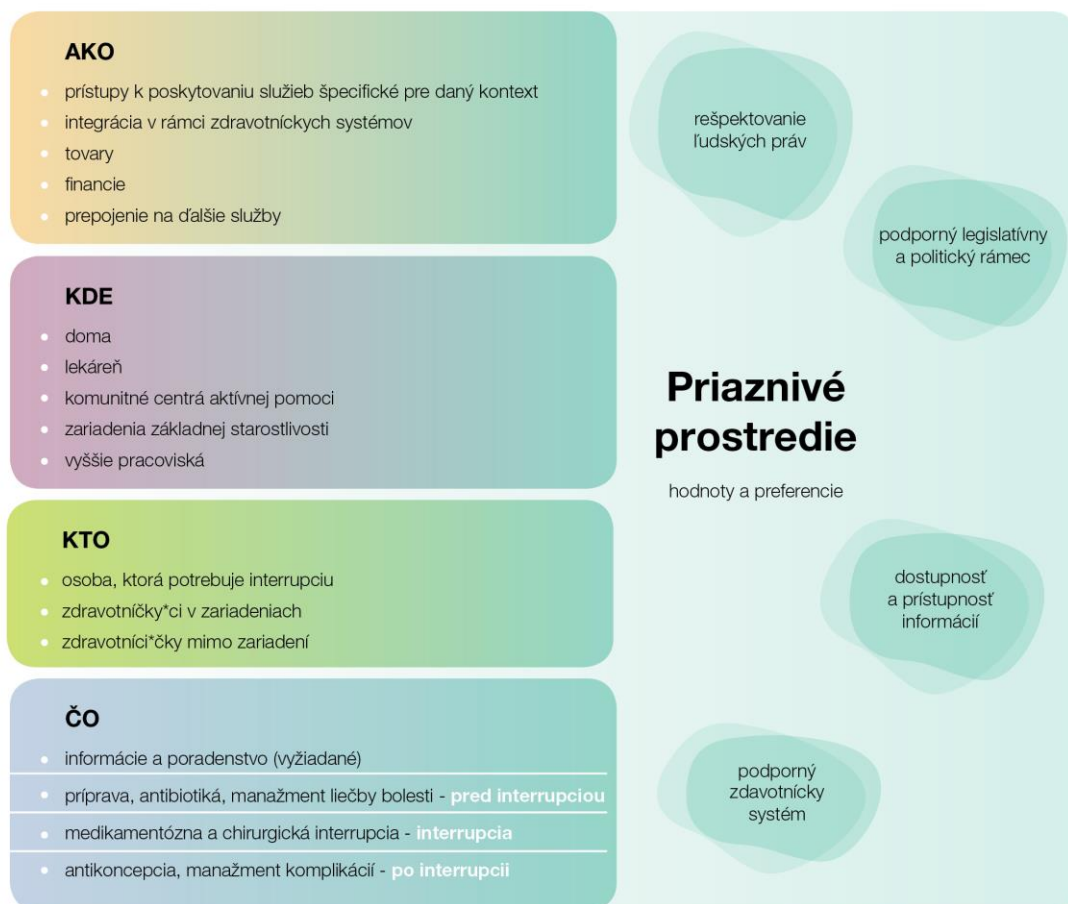
³ Predchádzajúce vydanie *Usmernenia k bezpečným interrupciám* (Safe abortion guidance, WHO, 2012) sa zaoberalo touto problematikou a súvisiacimi praxami a ponúklo jedno komplexné odporúčanie. V tomto usmernení je každá z nich spracovaná samostatne v rámci siedmich samostatných odporúčaní (Odporúčania 1,2,3,6,7,21,22).

⁴ Komplexné posúdenie všetkých antikoncepcných metód je nad rámec tohto usmernenia, ale po interrupcii je možné uvažovať o všetkých antikoncepcných metódach vrátane celého radu metód, ktoré si jednotlivkyne a jednotlivci zavádzajú samy*ⁱ.

antikoncepčných prostriedkov vrátane zavedenia vlastnej injekčnej antikoncepcie. Popri vyhláseniach o osvedčených postupoch týkajúcich sa iných prístupov k poskytovaniu služieb v oblasti interrupčnej starostlivosti sme na uľahčenie včasnej medikamentóznej interrupcie vypracovali aj odporúčanie vzťahujúce sa na telemedicínu. Toto usmernenie ako celok reflektuje nedávne zmeny vo všetkých týchto aspektoch interrupčnej starostlivosti. Posledná kapitola obsahuje identifikované rezervy vo výskume, výskumné priority a vynárajúce sa relevantné oblasti.

Ako naznačuje usporiadanie tohto usmernenia, tieto zdravotné služby musia byť integrované v rámci zdravotníckeho systému. A to v prípade žien, dievčat aj iných tehotných osôb, ktoré absolvujú interrupčnú starostlivosť (vrátane predinterrupčnej a postabortívnej starostlivosti starostlivosti), aby bolo zabezpečené, že poskytovanie služieb bude spĺňať ich potreby spravodlivo a bez diskriminácie. Koncepčný rámec interrupčnej starostlivosti v tomto usmernení (pozri obrázok 1) rozpoznáva a berie do úvahy potreby všetkých osôb spojené s interrupciou a opiera sa o hodnoty a preferencie osôb žiadajúcich o interrupciu, pričom ich vníma ako aktívne účastníčky – ako aj príjemkyne – zdravotníckych služieb. Individuálne zdravotné preferencie sa môžu líšiť; žiadny model interrupčnej starostlivosti nebude vyhovovať potrebám každej osoby, ktorá chce podstúpiť interrupciu. Avšak, ústredné hodnoty, akými sú dôstojnosť, autonómia, rovnosť, dôvernosť, komunikácia, sociálna podpora, podporná starostlivosť a dôvera, sú základom interrupčnej starostlivosti a odrážajú sa v celom usmernení. Aj naďalej je potrebné vyvíjať dôležitú prácu zameranú na vytváranie prepojení na kvalitnú interrupčnú starostlivosť naprieč celým zdravotníckym systémom a na to, aby sa vo všetkých kontextoch, v ktorých poskytujú služby ľuďom vyhľadávajúcim zdravotnú starostlivosť, kládol dôraz na ľudské práva a rodovú rovnosť.

Schéma 1: Konceptný rámec interrupčnej starostlivosti



Cieľové publikum a inkluzivita

Cieľom tohto usmernenia je poskytnúť odporúčania tvorkyniam a tvorcom politík na štátnych a nižších úrovniach, poskytovateľom a manažérkam programov v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia (SRZ), členkám a členom mimovládnych organizácií, iných subjektov občianskej spoločnosti a odborných združení, ako aj zdravotníckym pracovníkom či pracovníčkam a ďalším zainteresovaným stranám pôsobiacim v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia a práv (SRZP), ktoré by ich mali podporiť pri zabezpečovaní celosvetovo dostupnej a prístupnej kvalitnej na dôkazoch založenej interrupčnej starostlivosti.

Každá osoba má v prístupe k službám SRZ právo na nediskrimináciu a rovnosť. Právo nebyť diskriminovaná*ý je ukotvené vo Všeobecnej deklarácii ľudských práv a v ďalších všeobecne platných ľudskoprávnych zmluvách a regionálnych ľudskoprávnych nástrojoch. Je potvrdené, že právo na nediskrimináciu zaručené Medzinárodným paktom o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach (ICESCR) sa vzťahuje aj na sexuálnu orientáciu, rodovú identitu a pohlavné charakteristiky. Ako sa uvádza v správe nezávislého experta na ochranu pred násilím a diskrimináciou na základe sexuálnej orientácie a rodovej identity pre Valné zhromaždenie OSN z roku 2018, „právo na účinné uznanie vlastnej rodovej identity je spojené s právom na rovnaké uznanie pred zákonom“.

V usmernení zohľadňujeme, že väčšina dostupných dôkazov týkajúcich sa interrupcií môže byť založená na výskume sledovanej populácie cisrodových žien. Takisto si uvedomujeme, že interrupčnú starostlivosť môžu potrebovať cisrodové ženy, transrodoví muži, nebinárne, rodovo fluidné a intersexuálne osoby so ženským reprodukčným systémom, ktoré môžu otehotnieť. Pre stručnosť a ľahšiu čitateľnosť tohto usmernenia používame pri pomenúvaní všetkých osôb bez rozdielu pohlavia, ktoré môžu potrebovať interrupčnú starostlivosť, najčastejšie slovo „ženy“, pričom ich striedame aj

s pojmami „človek“, „osoba“ či „osoba, ktorá vyhľadáva interrupciu“ (pozn. prekladateľky: a ďalšie). Poskytovateľky a poskytovatelia služieb SRZ zahŕňajúcich interrupčnú starostlivosť, musia zohľadňovať potreby všetkých osôb a poskytovať im rovnakú starostlivosť, pričom rodová identita alebo jej prejav nesmú viesť k diskriminácii.

Metódy využívané pri tvorbe usmernenia

Skupina pre koordináciu Usmernenia SZO a širší Sekretariát SZO, vrátane zamestnancov a zamestnankýň ústredia aj regionálnych kancelárií SZO, riadili široko zameraný proces tvorby Usmernenia, na ktorom sa podieľalo veľké množstvo odborníkov, odborníčok a podporného personálu. Proces bol zahájený v septembri 2018 online prieskumom zameraným na aktualizáciu Usmernenia SZO o bezpečných interrupciách. V období od novembra 2018 do júna 2019 nasledovali stretnutia zamerané na vymedzenie jeho rozsahu s cieľom určiť kľúčové tematické oblasti a sformulovať kľúčové otázky, ktoré bolo potrebné preveriť prostredníctvom rešerše a analýzy databázy dôkazov, a to pre každú z troch nasledujúcich oblastí: Legislatíva a politika, Zdravotné služby a Poskytovanie služieb. Na zabezpečenie širokého pokrytia sme s cieľom získať podrobnejšie informácie pre toto usmernenie zorganizovali nasledujúce stretnutia: (i) Aspekty súvisiace so zabezpečovaním interrupčnej starostlivosti v humanitárnych podmienkach, (ii) Hodnoty a preferencie súvisiace s interrupčnou starostlivosťou vo svete a (iii) Mladí ľudia a bezpečné interrupcie.

Koordinačná skupina vyzvala svetových odborníkov a odborníčky, aby zostavili tri odborné panely – Skupiny pre posudzovanie dôkazov a odporúčania pre každú oblasť (Evidence and Recommendation Review Groups – ERRG), ktoré sa zúčastňovali na sérii dvojdňových stretnutí s cieľom prediskutovať a navrhnuť nové a aktualizované na dôkazoch založené odporúčania, ktoré vypracovali Tímy pre zhromažďovanie dôkazov (Evidence Synthesis Teams – EST). Koordinačná skupina spomedzi členstva ERRG – aby na finalizáciu odporúčaní vytvorila jednu multidisciplinárnu skupinu – vybrala a pozvala členky a členov Skupiny pre vypracovanie usmernenia (Guideline Development Group – GDG) pre jednotlivé oblasti vrátane predstaviteľa mládeže a ľudskoprávnej poradkyne.

V súlade s procesom tvorby usmernenia SZO sme pri formulácii a spresňovaní odporúčaní odbornými skupinami ERRG a GDG vychádzali z dostupných dôkazov (s rôznou mierou kvality dôkazov od vysokej po veľmi nízku). Pri vypracovávaní odporúčaní sme použili prístup Hodnotenia, vývoja a posudzovania odporúčaní (GRADE – Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation), pričom sme sa odvolávali na tabuľky „Od dôkazov k rozhodnutiu“ (Evidence-to-Decision – EtD), ktoré pripravili tímy EST, a tiež sme sa riadili vlastnými odbornými znalosťami a skúsenosťami zúčastnených. Rámec WHO-INTEGRATE bol použitý ako základ pre rozhodovanie o smerovaní a sile každého odporúčania (pozri poznámky k súhrnnej tabuľke nižšie). Pre odporúčania v oblasti legislatívy a politiky bol použitý rovnaký rámec, ale na hodnotenie dôkazov bol vyvinutý inovatívny prístup, ktorý do zdravotných výsledkov a analýzy účinne integroval ochranu a uplatňovanie ľudských práv.

Po ukončení stretnutí skupín ERRG a GDG členovia a členky Skupiny pre vypracovanie Usmernenia a Externej skupiny odborných posudzovateľiek a posudzovateľov preskúmali návrh prepracovaných odporúčaní a návrh úplného znenia Usmernenia. Na pripomienkovanie toho istého návrhu boli pozvaní aj pozorovatelia stretnutia GDG a individuálne recenzentky z viacerých implementačných organizácií. Po ďalších revíziách bolo usmernenie predložené Výboru SZO pre posudzovanie usmernení, ktorý ho schválil, a ďalej nasledovali záverečné revízie zo strany Úradu vysokého komisára OSN pre ľudské práva, záverečné redakčné úpravy a plánovanie vydania a zverejnenia. Kompletný opis metód tvorby usmernení sa nachádza v prílohe 4 v [originálnom dokumente](#).

Súhrnná tabuľka odporúčaní obsiahnutých v tomto usmernení

Dôležité poznámky:

i. Každé z odporúčaní a ich smerovanie (za alebo proti) a silu (silné alebo slabé) stanovili odborné skupiny, ktoré SZO na tento účel zriadila. Tie pri stanovovaní vychádzali zo šiestich zásadných kritérií rámca SZO-INTEGRATE, ktoré uplatnili na každú prax pre určité obyvateľstvo. Ide o nasledujúce kritériá: vyváženosť zdravotných prínosov a rizík; ľudské práva a sociokultúrna prijateľnosť; rovnosť v oblasti zdravia, rovnosť a nediskriminácia; spoločenské následky; finančné a ekonomické hľadisko; realizovateľnosť a hľadisko zdravotníckeho systému – pričom zohľadnili aj metakritérium: kvalitu dôkazov (t. j. typ, rozsah a nedostatky dostupných štúdií použitých ako dôkazov). Použité sú nasledujúce formulácie:

- **Odporúčame** – silné odporúčanie v prospech praxe
- **Navrhujeme** – slabé odporúčanie v prospech praxe (vyžaduje si dodatočné spresnenie odporúčania a špecifikáciu podmienok zavedenia)
- **Odporúčame zrušiť, odporúčame prestať, odporúčame nevykonávať** alebo **odporúčame nepoužívať** – silné odporúčanie proti praxi/v prospech porovnávaného.

ii. Väčšina odporúčaní je označených ako LP pre "legislatívu a politiku", ZS pre "zdravotné služby" alebo PS pre "poskytovanie služieb", čo predstavuje široký okruh oblastí, v rámci ktorých príslušné odborné panely (ERRG) preskúmali a posúdili dôkazy pre tieto odporúčania. Okrem toho je päť odporúčaní označených ako SELF-MANAŽMENT.

iii. Odporúčania ohľadom PS, ktoré sa vzťahujú na kategórie zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok, vychádzajú z predpokladu, že ľudia pracujúci v rámci daných kategórií majú zručnosti a kompetencie potrebné pre danú prax. Úlohy, zručnosti a kompetencie jednotlivých kategórií zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov uvedených v týchto odporúčaníach sú rozpísané v tabuľke o kategóriách a úlohách zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok v prílohe 5 v [originálnom dokumente](#). Ďalšie informácie možno nájsť v publikácii SZO z roku 2011 s názvom *Sexuálne a reprodukčné zdravie: základné kompetencie v primárnej starostlivosti* (Sexual and reproductive health: core competencies in primary care), ktorý poskytuje informácie o kompetenciách (vrátane zručností a vedomostí) potrebných pre každú úlohu.

iv. V prípade, že v predchádzajúcom usmernení SZO sa k danej téme alebo praxi nenachádzalo žiadne odporúčanie, odporúčania sme vyhodnotili ako „nové“ (ako ich aj označujeme v tejto tabuľke a v 3. kapitole). Predovšetkým musíme poznamenať, že v Usmernení k bezpečným interrupciám z roku 2012 je na legislatívu a politiku zamerané jedno komplexné odporúčanie. V tomto usmernení sú odporúčania v oblasti legislatívy a politiky rozpracované s použitím metodológie GRADE do siedmich samostatných odporúčaní, nepovažujeme ich však za nové (ide o odporúčania 1, 2, 3, 6, 7, 21, 22).

<p>ČASŤ Tematická oblasť Číslo a typ odporúčania alebo vyhlásenia o osvedčenom postupe</p>	<p>Odporúčanie alebo vyhlásenie o osvedčenom postupe</p>	
<p>PRÁVNA ÚPRAVA INTERRUPCIÍ</p>		
<p>Kriminalizácia</p>		
<p>1 (LEGISLATÍVA A POLITIKA; LP)</p>	<p>Odporúčame úplne dekriminalizovať interrupcie.</p> <p>Komentáre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dekriminalizácia znamená vyňatie interrupcií zo všetkých trestných zákonov, nevzťahovanie iných trestných činov (napr. vraždu, zabitie) na interrupcie a zabezpečenie beztrestnosti za podstúpenie interrupcie, asistenciu pri nej, poskytovanie informácií o interrupciách alebo za ich vykonávanie pre všetky zúčastnené strany. ▪ Dekriminalizácia by zabezpečila, že žiadna osoba, ktorá zažila tehotenskú stratu, nebude v prípade vyhľadania starostlivosti podozrivá z ilegálnej interrupcie. ▪ Dekriminalizácia interrupcií neznamená, že ženy, dievčatá alebo iné tehotné osoby budú vystavené vynúteným interrupciám. Vynútené interrupcie by predstavovali vážny útok, keďže ide o praxu vykonávanú bez súhlasu. 	
<p>Prístupy vyžadujúce udanie dôvodu</p>		
<p>2 (LP)</p>	<p>a. Odporúčame zrušiť zákony a iné nariadenia, ktoré povoľujú len interrupcie z určitých dôvodov.</p> <p>b. Odporúčame, aby bola interrupcia dostupná na žiadosť ženy, dievčaťa alebo inej tehotnej osoby (pozn. prekladateľky: bez udania dôvodu).</p> <p>Komentáre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Obmedzovanie prístupu k interrupciám vyplývajúce z prístupu povoľujúceho len interrupcie z určitých dôvodov je potrebné prepracovať tak, aby boli dostupné na žiadosť ženy, dievčaťa alebo inej tehotnej osoby (pozn. prekladateľky: bez udania dôvodu). ▪ Pokým tieto prístupy nebudú nahradené interrupciou na žiadosť, všetky existujúce kritériá by mali byť formulované a uplatňované spôsobom, ktorý je v súlade s medzinárodným právom v oblasti ľudských práv. To znamená, že obsah, výklad a uplatňovanie legislatívy a politiky založených na povolení interrupcií iba z určitých dôvodov je potrebné prepracovať tak, aby bolo zabezpečené dodržiavanie ľudských práv. Na to je potrebné, aby: <ul style="list-style-type: none"> i. boli existujúce dôvody definované, interpretované a uplatňované v súlade s ľudskými právami; ii. bola povolená interrupcia v prípade, keď by donosenie plodu spôsobovalo žene, dievčaťu alebo inej tehotnej osobe značnú bolesť alebo utrpenie, čo zahŕňa aj situácie, keď je tehotenstvo dôsledkom znásilnenia alebo incestu alebo keď nie je životaschopné; iii. bola interrupcia je dostupná v prípade ohrozenia života alebo zdravia ženy, dievčaťa či inej tehotnej osoby; iv. boli zdravotné dôvody stanovené podľa vymedzení zdravia a duševného zdravia SZO (pozri Glosár) a v. neexistovali žiadne procesné požiadavky na „dokazovanie“ alebo „určovanie“ opodstatnenosti dôvodov, ako je napríklad vyžadovanie súdnych rozhodnutí alebo policajných správ v prípadoch znásilnenia alebo sexuálneho útoku (zdroje na podporu týchto informácií sa nachádzajú v Prílohe A na webe: Kľúčové medzinárodné ľudskoprávne normy pre oblasť interrupcií (Web annex: Key international human rights standards on abortion)). 	

<p>ČASŤ Tematická oblasť Číslo a typ odporúčania alebo vyhlásenia o osvedčenom postupe</p>	<p>Odporúčanie alebo vyhlásenie o osvedčenom postupe</p>	
<p>Obmedzenia týkajúce sa gestačného veku (dĺžky tehotenstva)</p>		
<p>3 (LP)</p>	<p>Odporúčame zrušiť zákony a ďalšie predpisy, ktoré zakazujú interrupcie na základe dĺžky tehotenstva</p>	
<p>SLUŽBY VZŤAHUJÚCE SA NA CELÉ KONTINUUM STAROSTLIVOSTI</p>		
<p>Poskytovanie informácií o interrupčnej starostlivosti</p>		
<p>4 (POSKYTOVANIE SLUŽIEB; PS)</p>	<p>Naprieč celým kontinuum interrupčnej starostlivosti</p> <p>a. Odporúčame, aby informácie ohľadom interrupčnej starostlivosti poskytovali komunitné zdravotnícke pracovníčky, lekárnici, odborníčky na tradičnú a alternatívnu medicínu, pomocné sestry/pomocné pôrodné asistentky (PPA), zdravotné sestry, pôrodné asistentky, zdravotnícki asistenti/zdravotnícke laborantky, lekárky so všeobecným zameraním a špecializovaní lekári.</p> <p>b. Navrhujeme, aby informácie ohľadom interrupčnej starostlivosti poskytovali pomocné*í pracovníčky*ci v lekárňach.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Podmienka: v podmienkach, keď sú pomocní*é pracovníčky*ky v lekárňach pod priamym dohľadom lekárnik*čky a existuje prístup k vhodným zdravotníckym službám alebo možnosť presmerovať na ne. 	
<p>Poskytovanie poradenstva</p>		
<p>5 (PS)</p>	<p>Naprieč celým kontinuum interrupčnej starostlivosti:</p> <p>a. Odporúčame, aby poradenstvo poskytovali komunitní zdravotnícki pracovníci, lekárníčky, odborníci na tradičnú a alternatívnu medicínu, pomocné sestry/PPA, zdravotné sestry, pôrodní asistenti, zdravotnícke asistentky/zdravotnícki laboranti, lekári so všeobecným zameraním a špecializované lekárky.</p> <p>b. Navrhujeme, aby poradenstvo poskytovali pomocní*é pracovníčky*ky v lekárňach.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Podmienka: Poradenstvo je vyvážené (t. j. zahŕňa medikamentózne aj chirurgické metódy) a v prípade, že sa žena rozhodne pre chirurgickú metódu, je zabezpečený prístup k zodpovedajúcim zdravotníckym službám alebo je na ne nasmerovaná 	
<p>PREDINTERRUPTČNÁ STAROSTLIVOSŤ</p>		
<p>Povinné čakacie doby</p>		
<p>6 (PS)</p>	<p>Odporúčame zrušiť povinné čakacie doby pred interrupciou.</p>	
<p>Súhlas tretej strany</p>		
<p>7 (PS)</p>	<p>Odporúčame, aby bola interrupcia dostupná na žiadosť ženy, dievčaťa alebo inej tehotnej osoby bez nutnosti súhlasu iného človeka, orgánu alebo inštitúcie.</p> <p>Komentár:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hoci zapojenie rodičky*a, partnera*ky do rozhodovania ohľadom interrupcie môže byť pre ženy, dievčatá či iné tehotné osoby podporné a nápomocné, samotné rozhodnutie o interrupcii musí vychádzať z hodnôt a preferencií osoby, ktorá interrupciu podstupuje, a nesmie byť vynútené požiadavkou na súhlas tretej strany. 	
<p>Rh izoimunizácia pri interrupcii v gestačnom veku do 12. týždňa</p>		

ČASŤ Tematická oblasť Číslo a typ odporúčania alebo vyhlásenia o osvedčenom postupe	Odporúčanie alebo vyhlásenie o osvedčenom postupe	
8 (ZDRAVOTNÉ SLUŽBY; KS) (NOVÉ)	<p>Pri medikamentóznej aj chirurgickej interrupcii do 12. týždňa: Odporúčame prestať podávať anti-D imunoglobulín.</p> <p>Komentár:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pri podávaní anti-D v gestačnom veku po 12. týždni vrátane sa uplatňuje štandardná starostlivosť 	
Antibiotická profylaxia pri chirurgickej a medikamentóznej interrupcii		
9 (KS)	<p>a. V prípade chirurgickej interrupcie bez ohľadu na to, či existuje riziko panvovej zápalovej infekcie: Odporúčame vhodné profylaktické antibiotiká pred alebo počas operácie.</p> <p>b. V prípade medikamentóznej interrupcie: Odporúčame nepoužívať profylaktické antibiotiká.</p> <p>Komentár:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nedostatok antibiotík by nemal obmedzovať prístup k interrupčným službám. 	
Určenie gestačného veku tehotenstva: ultrazukové vyšetrenie pred interrupciou		
10 (KS)	<p>Pri medikamentóznej aj chirurgickej interrupcii: Odporúčame nepoužívať ultrazukové vyšetrenie ako podmienku pre poskytovanie interrupčných služieb.*</p> <p>Komentár:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Právna úprava obmedzujúca dostupnosť interrupcie na základe gestačného veku môže vyžadovať alebo viesť k tomu, že sa na overenie gestačného veku pred interrupciou bude používať ultrazvuk, aj keď to z medicínskeho hľadiska nie je potrebné. Odstránenie legislatívnych obmedzení prístupu k interrupcii spojených s gestačným vekom (pozri odporúčanie 3) by malo viesť k predchádzaniu zbytočným predinterrupčným ultrazukovým vyšetreniam a k zvýšeniu dostupnosti interrupcie v podmienkach, kde je ultrazukové vyšetrenie ťažko dostupné. <p>* V niektorých prípadoch môžu existovať zdravotné dôvody na predinterrupčným ultrazukové vyšetrenie.</p>	
Manažment liečby bolesti pri interrupcii		
<p>11– 14 (KS)</p> <p>pri chirurgickej interrupcii a pri príprave krčka maternice</p> <p><i>Poznámka: NOVÉ odporúčania 12, 13 a 14 sa týkajú manažmentu liečby bolesti, ktorý predstavuje DOPLNOK k nesteroidným protizápalovým liekom (NSAID) (11a).</i></p>	<p>11. Na manažment liečby bolesti pri chirurgickej interrupcii v akomkoľvek gestačnom veku:</p> <p>a. Odporúčame, aby boli lieky proti bolesti (napr. nesteroidné protizápalové lieky [NSAID]) bežne ponúkané tým, čo ich chcú využiť a</p> <p>b. Odporúčame prestať rutinne používať celkovú anestéziu.</p> <p>12. (NOVÉ) Na manažment liečby bolesti pri chirurgickej interrupcii do 14. týždňa:</p> <p>a. Odporúčame používať paracervikálny blok a</p> <p>b. Navrhujeme ponúkať možnosť kombinovaného manažmentu liečby bolesti pomocou sedácie pri vedomí – ak je k dispozícii – a paracervikálneho bloku.</p> <p>13. (NOVÉ) Na manažment liečby bolesti pri príprave krčka maternice osmotickými dilatátormi pred chirurgickou interrupciou pred 14. týždňom vrátane: Navrhujeme používať paracervikálny blok.</p> <p>Komentár:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Na prípravu krčka maternice možno zväziť ďalšie lieky proti bolesti, napríklad 	

ČASŤ Tematická oblasť Číslo a typ odporúčania alebo vyhlásenia o osvedčenom postupe	Odporúčanie alebo vyhlásenie o osvedčenom postupe	
	<p>použitie vaginálneho gélu. (Pozri odporúčania 17 – 20 nižšie týkajúce sa prípravy krčka maternice)</p> <p>14. (NOVÉ) Na manažment liečby bolesti pri chirurgickej interrupcii po 14. týždni vrátane:</p> <p>a. Odporúčame používať paracervikálny blok a</p> <p>b. Navrhujeme ponúkať možnosť kombinovaného manažmentu liečby bolesti pomocou sedácie pri vedomí – ak je k dispozícii – a paracervikálneho bloku.</p>	
<p>15 a 16 (KS)</p> <p>V prípade medikamentóznej interrupcie:</p> <p><i>POZNÁMKA: NOVÉ odporúčanie 16 sa týka manažmentu liečby bolesti, ktorý predstavuje DOPLNOK k nesteroidným protizápalovým liekom (NSAID) (15)</i></p>	<p>15. Pri medikamentóznej interrupcii v akomkoľvek gestačnom veku: Odporúčame, aby boli lieky proti bolesti (napr. nesteroidné protizápalové lieky [NSAID]) bežne ponúkané tým, čo ich chcú využiť.</p> <p>16. (NOVÉ) Pri manažmente liečby bolesti pri medikamentóznej interrupcii po 12. týždni vrátane: Navrhujeme zvážiť ďalšie metódy potlačania bolesti alebo nepohodlia, keďže bolesť sa so zvyšujúcim sa gestačným vekom zvyšuje. Medzi tieto metódy patria niektoré antiemetiká či epidurálna anestézia, ak je dostupná.</p> <p>Komentár:</p> <p>Ak v prípade medikamentóznej interrupcie do 14. týždňa tehotenstva nie sú nesteroidné protizápalové lieky (napr. ibuprofén) k dispozícii alebo neprichádzajú do úvahy, možno na potlačanie bolesti zvážiť paracetamol.</p>	
<p>Príprava krčka maternice pred chirurgickou interrupciou</p>		
<p>17 (KS)</p> <p>do 12. týždňa</p>	<p>Pred chirurgickou interrupciou do 12. týždňa:</p> <p>a. V prípade, že sa využíva príprava krčka maternice: Navrhujeme nasledujúce liekové režimy:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mifepristón 200 mg perorálne (pozn. prekladateľky: do úst) 24 – 48 hodín pred zákrokom ▪ Misoprostol 400 µg sublingválne (pozn. prekladateľky: pod jazyk) 1 – 2 hodiny pred zákrokom ▪ Misoprostol 400 µg vaginálne alebo bukálne (pozn. prekladateľky: medzi ňasno a stenu líca) 2 – 3 hodiny pred zákrokom <p>b. Odporúčame prestať používať osmotické dilatátory na prípravu krčka maternice.</p> <p>Komentáre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Misoprostol je účinnejšie podávať sublingválne. ▪ Treba poskytnúť vhodné lieky proti bolesti. 	
<p>18 (CS) (NOVÉ)</p> <p>po 12. týždni vrátane</p>	<p>Pred chirurgickou interrupciou vo vyššom štádiu tehotenstva:</p> <p>a. Pred chirurgickou interrupciou po 12. týždni vrátane: Navrhujeme prípravu krčka maternice pred zákrokom.</p> <p>b. Pri chirurgickej interrupcii medzi 12. a 19. týždňom: Navrhujeme prípravu krčka maternice iba pomocou liekov (uprednostňuje sa kombinácia mifepristónu a misoprostolu) alebo pomocou osmotických dilatátorov a liekov (mifepristónu, misoprostolu alebo kombináciou oboch).</p> <p>c. Ak sa pri chirurgickej interrupcii medzi 12. a 19. týždňom, na prípravu krčka maternice používajú osmotické dilatátory: Navrhujeme, aby čas medzi umiestnením osmotických dilatátorov a zákrokom nebol dlhší ako dva dni.</p> <p>d. Pred chirurgickou interrupciou po 19. týždni vrátane: Odporúčame prípravu krčka maternice pomocou osmotických dilatátorov a liekov (mifepristónu, misoprostolu</p>	

ČASŤ Tematická oblasť Číslo a typ odporúčania alebo vyhlásenia o osvedčenom postupe	Odporúčanie alebo vyhlásenie o osvedčenom postupe	
	alebo kombináciou oboch). Komentár: <ul style="list-style-type: none"> ▪ V prípade gestačného veku medzi 12. a 14. týždňom boli pre prípravu krčka maternice k dispozícii len limitované dôkazy, a preto by mali zdravotnícke pracovníčky a zdravotnícki pracovníci rozhodnúť o najvhodnejšej metóde prípravy krčka maternice pred vákuovou aspiráciou v tomto rozpätí dĺžky tehotenstva na základe lekárskeho úsudku. 	
19 (PS) Pri medikamentóznej, v akomkoľvek gestačnom veku	Pred chirurgickou interrupciou v akomkoľvek štádiu tehotenstva: a. Odporúčame , aby prípravu krčka maternice pomocou liekov poskytovali odborníčky na tradičnú a alternatívnu medicínu, pomocné sestry/PPA, zdravotné sestry, pôrodné asistentky, zdravotnícki asistenti/zdravotnícke laborantky, lekárky so všeobecným zameraním a špecializovaní lekári. b. Navrhujeme , aby prípravu krčka maternice pomocou liekov poskytovali komunitné zdravotnícke pracovníčky, pomocní pracovníci v lekárňach a lekárničky. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Podmienka: Poskytnutie liekov na účely prípravy krčka maternice je pri chirurgickej interrupcii súčasťou postupu, takže zdravotnícky pracovník alebo zdravotnícka pracovníčka musí zabezpečiť kontinuitu v starostlivosti o ženu zabezpečením liekov pred interrupčným zákrokom. 	
20 (PS) s osmotickými dilatátormi, po 12. týždni vrátane	Pred dilatáciu a vákuovou extrakciou plodu po 12. týždni vrátane: a. Odporúčame , aby prípravu krčka maternice pomocou osmotických dilatátorov vykonávali pomocné sestry/PPA, zdravotné sestry, pôrodné asistentky, zdravotnícki asistenti/zdravotnícke laborantky, lekárky so všeobecným zameraním a špecializovaní lekári. b. Navrhujeme , aby prípravu krčka maternice pomocou osmotických dilatátorov vykonávali odborníčky a odborníci v oblasti tradičnej a alternatívnej medicíny. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Podmienka: Zdravotník alebo zdravotníčka zabezpečuje kontinuitu starostlivosti od začiatku prípravy krčka maternice až po dilatáciu a vákuovú extrakciu plodu. 	
Obmedzenia týkajúce sa poskytovateľiek a poskytovateľov		
21 (LP)	Odporúčame zrušiť právne úpravy určujúce, kto môže vykonávať a riadiť interrupcie, ktoré nie sú v súlade s usmerneniami SZO. Komentár: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ak legislatíva alebo politika upravujú, kto môže poskytovať alebo riadiť interrupciu, táto úprava by mala byť v súlade s usmerneniami SZO nachádzajúcimi sa v 3. kapitole tohto usmernenia. 	
Výhrada vo svedomí		
22 (LP)	Odporúčame , aby boli prístup ku komplexnej interrupčnej starostlivosti a jej kontinuita chránené pred prekážkami spôsobenými výhradou vo svedomí. Komentáre: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Napriek ľudskoprávnemu záväzku zabezpečiť, aby výhrada vo svedomí nebránila prístupu ku kvalitnej interrupčnej starostlivosti a napriek predchádzajúcim odporúčaniam SZO zameraným na zabezpečenie toho, aby výhrada vo svedomí neohrozovala alebo nebránila prístupu k interrupčnej starostlivosti, výhrada vo svedomí je naďalej prekážkou v prístupe ku kvalitnej interrupčnej starostlivosti. Je 	

ČASŤ Tematická oblasť Číslo a typ odporúčania alebo vyhlásenia o osvedčenom postupe	Odporúčanie alebo vyhlásenie o osvedčenom postupe	
	<p>nevyhnutné, aby štáty zabezpečili dodržiavanie tejto právnej úpravy a navrhli/nastavili zdravotnícke systémy tak, aby bol zabezpečený prístup ku kvalitnej interrupčnej starostlivosti a jej kontinuita. Ak sa ukáže, že nie je možné právne upraviť výhradu vo svedomí spôsobom, ktorý rešpektuje, chráni a naplňa práva osôb žiadajúcich o interrupciu, výhrada vo svedomí pri poskytovaní interrupcie sa môže stať neobhájiteľnou.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Preskúmané dôkazy posudzovali vplyv výhrady vo svedomí na prístup k interrupčnej starostlivosti a jej dostupnosť, nie na účinnosť právnej úpravy výhrady vo svedomí so zreteľom na zlepšenie týchto dôsledkov. Medzinárodné právo v oblasti ľudských práv však ponúka určité usmernenia, ako môžu štáty zabezpečiť, aby boli ľudské práva osôb žiadajúcich o interrupciu rešpektované, chránené a naplňané (podrobnosti sa nachádzajú v hlavnom texte). 	
INTERRUPCIA		
Metódy chirurgickej interrupcie		
23 (KS) do 14. týždňa	<p>Pre chirurgickú interrupciu do 14. týždňa:</p> <p>a. Odporúčame vákuovú aspiráciu.</p> <p>b. Odporúčame nevykonávať dilatáciu a kyretáž (ostrou kyretou) vrátane kontroly ostrou kyretou (t. j. „dokončenie“ interrupcie) po vákuovej aspirácii.</p> <p>Komentáre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Observačné štúdie naznačujú, že vákuová aspirácia so sebou prináša menej komplikácií ako dilatácia a kyretáž; avšak randomizované kontrolné štúdie nepostačovali na to, aby zistili rozdiely v miere výskytu komplikácií. ▪ Žiadne dôkazy nepodporujú kontroly ostrou kyretou po vákuovej aspirácii. ▪ Kvalita dôkazov vychádzajúcich z randomizovaných kontrolovaných štúdií je nízka až stredná. 	
24 (PS) vákuová aspirácia do 14. týždňa	<p>Pre chirurgickú interrupciu do 14. týždňa:</p> <p>a. Odporúčame, aby vákuovú aspiráciu poskytovali odborníčky na tradičnú a alternatívnu medicínu, sestry, pôrodné asistenti, zdravotnícke asistentky/zdravotnícki laboranti, lekári so všeobecným zameraním a špecializované lekárky.</p> <p>b. Navrhujeme, aby vákuovú aspiráciu poskytovali pomocné zdravotné sestry sestrám/PPA.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Podmienka: V kontextoch, kde existujúce mechanizmy zdravotníckeho systému zapájajú pomocné sestry/PPA do poskytovania akútnej pôrodnickej starostlivosti a kde existujú spoľahlivé systémy presmerovania pacientky* a systémy kontroly. 	
25 (KS) po 14. týždni vrátane	<p>Pre chirurgickú interrupciu po 14. týždni vrátane: Odporúčame dilatáciu a vákuovú extrakciu plodu.</p> <p>Komentár:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vákuovú aspiráciu možno použiť počas dilatácie a vákuovej extrakcie plodu (t. j. na účely amniotómie (pozn. prekladateľky: umelé pustenie plodovej vody) alebo odstránenia tkaniva na konci dilatácie a vákuovej extrakcie plodu. 	
26 (PS) Dilatácia a vákuová extrakcia plodu po 14. týždni vrátane	<p>Pre chirurgickú interrupciu po 14. týždni vrátane:</p> <p>a. Odporúčame, aby dilatáciu a vákuovú extrakciu plodu vykonávali lekári so všeobecným zameraním a špecialistky.</p> <p>b. Navrhujeme, aby dilatáciu a vákuovú extrakciu plodu vykonávali odborníci v</p>	

ČASŤ Tematická oblasť Číslo a typ odporúčania alebo vyhlásenia o osvedčenom postupe	Odporúčanie alebo vyhlásenie o osvedčenom postupe	
	<p>oblasti tradičnej a alternatívnej medicíny, pôrodné asistentky a zdravotnícki asistenti/zdravotnícke laborantky.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Podmienka: V prostrediach, v ktorých existujúce mechanizmy zdravotníckeho systému umožňujú zapojenie týchto zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok do vykonávania ďalších úloh súvisiacich so zdravím matiek a reprodukčným zdravím. 	
Medikamentózne manažment interrupcie		
27 (KS) do 12. týždňa	<p>Pri medikamentóznej interrupcii do 12. týždňa:</p> <p>a. Odporúčame použiť 200 mg mifepristónu podaného perorálne a o 1 až 2 dni neskôr 800 µg misoprostolu podaného vaginálne, sublingválne alebo bukálné. Minimálny odporúčaný interval medzi použitím mifepristónu a misoprostolu je 24 hodín.*</p> <p>b. Pri použití samotného misoprostolu: Odporúčame použiť 800 µg misoprostolu podávaného vaginálne, sublingválne alebo bukálné.*</p> <p>c. (NOVÉ) Navrhujeme použitie kombinovaného režimu letrozolu a misoprostolu (letrozol 10 mg perorálne každý deň počas 3 dní a následne misoprostol 800 µg sublingválne štvrtý deň) ako bezpečnú a účinnú možnosť.* ‡</p> <p>Komentáre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dôkazy z klinických štúdií ukazujú, používanie tejto kombinácie liekov (odporúčanie 27a) je účinnejšie ako samotný misoprostol. ▪ Všetky režimy podávania misoprostolu sú zahrnuté ako možnosti podávania misoprostolu s ohľadom na preferencie pacientky* a a poskytovateľa*ky. ▪ Navrhované kombinované užitie letrozolu a misoprostolu môže byť bezpečné a účinné až do 14. týždňa tehotenstva. <p>* V prípade potreby možno zvážiť opakované dávky misoprostolu, aby interrupcia prebehla úspešne. V tomto usmernení neuvádzame maximálny počet dávok misoprostolu.</p> <p>‡ Na zistenie bezpečnosti, účinnosti a prijateľnosti užívania kombinácie letrozolu a misoprostolu v neskoršom gestačnom veku sú potrebné ďalšie dôkazy, najmä porovnanie s kombináciou mifepristónu a misoprostolu (dostupné dôkazy boli zamerané na porovnanie s použitím samotného misoprostolu).</p>	
28 (PS) ako celku alebo jej častí (t. j. vykonávanie všetkých alebo niektorých čiastkových úloh) ‡ do 12. týždňa*	<p>Pri medikamentóznej interrupcii do 12. týždňa:</p> <p>Odporúčame, aby si medikamentózne interrupciu riadili samotné osoby, ktoré ju potrebujú, alebo ju poskytovali komunitné zdravotnícke pracovníčky, pomocní pracovníci v lekárnach, lekárníčky, odborníci na tradičnú a alternatívnu medicínu, pomocné sestry/PPA, zdravotné sestry, pôrodné asistenti, zdravotnícke asistentky/zdravotnícki laboranti, lekári so všeobecným zameraním a špecializované lekárky.</p> <p>* Dostupné dôkazy o nezávislom poskytovaní medikamentóznej interrupcie nezdravotníckymi pracovníkmi a pracovníčkami sa týkajú tehotenstva do 10. týždňa (70 dní).</p> <p>‡ Medzi dostupnými dôkazmi pre toto odporúčanie boli zahrnuté postupy medikamentóznej interrupcie pomocou mifepristónu a misoprostolu alebo samotného misoprostolu (postup s použitím letrozolu zahrnutý nebol).</p>	

ČASŤ Tematická oblasť Číslo a typ odporúčania alebo vyhlásenia o osvedčenom postupe	Odporúčanie alebo vyhlásenie o osvedčenom postupe	
29 (KS) po 12. týždni vrátane	<p>Pri medikamentóznej interrupcii do 12. týždňa:</p> <p>a. Navrhujeme užiť 200 mg mifepristónu perorálnou cestou a o 1 až 2 dni neskôr opakované dávky 800 µg misoprostolu podaného vaginálne, sublingválne alebo každé 3 hodiny bukálné. Minimálny odporúčaný interval medzi použitím mifepristónu a misoprostolu je 24 hodín.*</p> <p>b. Pri použití samotného misoprostolu: Navrhujeme užiť opakované dávky 400 µg misoprostolu podaného vaginálne, sublingválne alebo bukálné každé 3 hodiny.</p> <p>Komentáre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ukazuje sa, že používanie tejto kombinácie liekov (odporúčanie 29a) je účinnejšie ako samotný misoprostol. ▪ Dôkazy naznačujú, že vaginálna cesta je najúčinnejšia. So zreteľom na preferencie pacientok*ov a poskytovateľov*liek navrhujeme zahrnúť všetky režimy. ▪ S placentou a plodovými obalmi by sa malo zaobchádzať rovnako ako s iným biologickým materiálom, pokiaľ osoba podstupujúca interrupciu nevyjadrí želanie, aby sa s ním naložilo inak. <p>* Aby interrupcia prebehla úspešne, dávky misoprostolu možno opakovať v stanovenom intervale podľa potreby. Poskytovateľky*lia by mali pri rozhodovaní o maximálnom počte dávok misoprostolu u tehotných osôb s predchádzajúcim rezom na maternici postupovať opatrne a na základe lekárskeho úsudku. Ruptúra maternice je zriedkavou komplikáciou; pri vyššom gestačnom veku je potrebné zohľadniť lekársky úsudok a pripravenosť zdravotníckeho systému na núdzové riešenie ruptúry maternice.</p>	
30 (PS) po 12. týždni vrátane	<p>Pri medikamentóznej interrupcii do 12. týždňa:</p> <p>a. Odporúčame, aby manažment medikamentóznej interrupcie vykonávali lekárky so všeobecným zameraním a špecialisti.</p> <p>b. Navrhujeme, aby manažment medikamentóznej interrupcie vykonávali odborníčky v oblasti tradičnej a alternatívnej medicíny, pôrodní asistenti a zdravotnícke asistentky/zdravotnícki laboranti.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Podmienka: V podmienkach, kde je k dispozícii osvedčený a jednoduchý prístup k vhodnej chirurgickej podpore a vhodná infraštruktúra na riešenie neúplného abortu alebo iných komplikácií. 	
Zamľčaný potrat		
31 (CS) (NOVÉ) Manažment medikamentóznej interrupcie do 14. týždňa	<p>V prípade zamľčaného potratu do 14. týždňa pre osoby, ktoré uprednostňujú medikamentózny manažment: Odporúčame použiť kombináciu mifepristónu a misoprostolu namiesto samotného misoprostolu.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Odporúčaný režim (pozn. prekladateľky: podávania): 200 mg mifepristónu podaného perorálne, po ktorom nasleduje 800 µg misoprostolu podaného akýmkoľvek spôsobom (bukálne, vaginálne, sublingválne)* ▪ Alternatívny režim: 800 µg misoprostolu podaného akýmkoľvek spôsobom (bukálne, vaginálne, sublingválne).‡ <p>Komentáre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rozhodnutie o spôsobe manažmentu (expektačnom, medikamentóznom alebo chirurgickom) zamľčaného potratu by malo byť založené na zdravotnom stave a preferenciách osôb, ktorých sa to týka. 	

ČASŤ Tematická oblasť Číslo a typ odporúčania alebo vyhlásenia o osvedčenom postupe	Odporúčanie alebo vyhlásenie o osvedčenom postupe	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expektačný manažment možno ponúknuť ako možnosť pod podmienkou, že žena, dievča alebo iná tehotná osoba je informovaná o tom, že vypudenie tehotenského tkaniva trvá v takomto prípade dlhšie a o zvýšenom riziku neúplného vyprázdnenia maternice. ▪ S placentou a plodovými obalmi by sa malo zaobchádzať rovnako ako s iným biologickým materiálom, pokiaľ osoba podstupujúca interrupciu nevyjadrí želanie, aby sa s ním naložilo inak. <p>* Minimálny odporúčaný interval medzi použitím mifepristónu a misoprostolu je 24 hodín.</p> <p>‡ Je potrebné poznamenať, že v prípade použitia alternatívneho režimu (samotného misoprostolu) v gestačnom veku po 9. týždni vrátane dôkazy ukazujú, že opakované dávkovanie misoprostolu je pre úspešnú interrupciu účinnejšie. V tomto usmernení neuvádzame maximálny počet dávok misoprostolu.</p>	
Vnútromaternicový zánik plodu		
32 (KS) Manažment medikamentóznej interrupcie medzi 14. a 28. týždňom vrátane	<p>Medikamentózne manažment vnútromaternicového odumretia plodu v gestačnom veku medzi 14. a 28. týždňom vrátane: Navrhujeme použiť kombináciu mifepristónu a misoprostolu namiesto samotného misoprostolu.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Navrhovaný režim: 200 mg mifepristónu podaného perorálne a o 1 až 2 dni neskôr opakované dávky 800 µg misoprostolu podaného bukálne, sublingválne alebo vaginálne každých 4 až 6 hodín. Minimálny odporúčaný interval medzi použitím mifepristónu a misoprostolu je 24 hodín.* ▪ Alternatívny spôsob podávania: užiť opakované dávky 400 µg misoprostolu podaného sublingválne alebo vaginálne každých 4 až 6 hodín. <p>Komentáre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dôkazy z klinických štúdií svedčia o tom, že, podávanie tejto kombinácie liekov je účinnejšie ako samotný misoprostol. ▪ S placentou a plodovými obalmi by sa malo zaobchádzať rovnako ako s iným biologickým materiálom, pokiaľ osoba podstupujúca interrupciu nevyjadří želanie, aby sa s ním naložilo inak. <p>* Aby interrupcia prebehla úspešne, dávky misoprostolu možno opakovať v stanovenom intervale podľa potreby. Poskytovatelia*ľky by mali pri rozhodovaní o maximálnom počte dávok misoprostolu u tehotných osôb s predchádzajúcim rezom na maternici postupovať opatrne a na základe lekárskeho úsudku. Ruptúra maternice je zriedkavou komplikáciou; pri vyššom gestačnom veku je potrebné zohľadniť lekársky úsudok a pripravenosť zdravotníckeho systému na núdzové riešenie ruptúry maternice.</p>	
33 (PS) (NOVÉ) Manažment medikamentóznej interrupcie medzi 14. a 28. týždňom vrátane	<p>Pre vnútromaternicový zánik plodu v gestačnom veku medzi 14. a 28. týždňom vrátane:</p> <p>a. Odporúčame, aby medikamentózne manažment vykonávali lekárkky so všeobecným zameraním a špecializovaní lekári.</p> <p>b. Navrhujeme, aby medikamentózne manažment vykonávali odborníčky v oblasti tradičnej a alternatívnej medicíny, pomocné zdravotné sestry/PPA, pôrodné asistentky a zdravotnícki asistenti/zdravotnícke laborantky.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Podmienka: V podmienkach, kde je k dispozícii osvedčený a jednoduchý prístup k vhodnej chirurgickej podpore a vhodná infraštruktúra na riešenie neúplného abortu alebo iných komplikácií. 	

ČASŤ Tematická oblasť Číslo a typ odporúčania alebo vyhlásenia o osvedčenom postupe	Odporúčanie alebo vyhlásenie o osvedčenom postupe	
POSTABORTÍVNA STAROSTLIVOSŤ		
Následná starostlivosť alebo ďalšie služby		
34 (KS)	<p>Po nekomplikovanej chirurgickej alebo medikamentóznej interrupcii: Odporúčame, aby z lekárskeho hľadiska nebolo potrebné vykonať bežnú kontrolnú prehliadku. Treba však poskytnúť informácie o dostupnosti ďalších služieb, ak ich konkrétna osoba potrebuje alebo si ich vyžaduje.</p> <p>Komentáre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ženy, dievčatá a iné tehotné osoby musia byť primerane informované o príznakoch pokračujúceho tehotenstva (ktoré môžu, ale nemusia znamenať neúspešnú interrupciu) a o iných zdravotných dôvodoch, pre ktoré sa treba dostaviť na kontrolu, akými sú napríklad dlhotrvajúce silné krvácanie, žiadne krvácanie pri medikamentóznom manažmente interrupcie, bolesť, ktorú nezmiernujú lieky, alebo horúčka. ▪ Kvalita dôkazov bola nízka (observačné štúdie a nepriame dôkazy). 	
Neúplný potrat		
15 a 36 (KS)	<p>35. Pre neúplný potrat do 14. týždňa:</p> <p>Odporúčame buď vákuovú aspiráciu, alebo medikamentózny manažment.</p> <p>36a. Pre medikamentózny manažment neúplného abortu, keď je veľkosť tehotnej matrice menšia ako 14 týždňov: Navrhujeme použitie 600 µg misoprostolu podávaného perorálne alebo 400 µg misoprostolu podávaného sublingválne.</p> <p>36b. Pre medikamentózny manažment neúplného abortu, keď je veľkosť tehotnej matrice menšia ako 14 týždňov: Navrhujeme užiť opakované dávky 400 µg misoprostolu podaného sublingválne, vaginálne alebo bukálné každé 3 hodiny.*</p> <p>Komentáre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rozhodnutie o spôsobe manažmentu neúplného potratu by malo byť založené na zdravotnom stave a preferenciách osoby, ktorej sa týka. ▪ Expektačný manažment neúplného potratu môže byť rovnako účinný ako misoprostol; možno ho ponúknuť ako možnosť pod podmienkou, že žena, dievča alebo iná tehotná osoba je informovaná o tom, že vypudenie placenty a plodových obalov trvá v takomto prípade dlhšie a o zvýšenom riziku neúplného vyprázdnenia matrice. ▪ Odporúčanie 35 bolo prevzaté z výskumu vykonaného medzi ženami, ktoré nahlásili spontánny potrat. <p>* Aby interrupcia prebehla úspešne, dávky misoprostolu možno opakovať v stanovenom intervale podľa potreby. Po 14. týždni tehotenstva by mali poskytovateľky* lia pri rozhodovaní o maximálnom počte dávok misoprostolu u tehotných osôb s predchádzajúcim rezom na maternici postupovať opatrne a na základe lekárskeho úsudku. Ruptúra matrice je zriedkavou komplikáciou; pri vyššom gestačnom veku je potrebné zohľadniť lekársky úsudok a pripravenosť zdravotníckeho systému na núdzové riešenie ruptúry matrice.</p>	
37 (PS) Medikamentózny manažment pomocou	<p>Pre neúplný potrat do 14. týždňa:</p> <p>Odporúčame, aby medikamentózny manažment pomocou misoprostolu poskytovali komunitní zdravotnícki pracovníci, pomocné pracovníčky v lekárnach, lekárnici,</p>	

ČASŤ Tematická oblasť Číslo a typ odporúčania alebo vyhlásenia o osvedčenom postupe	Odporúčanie alebo vyhlásenie o osvedčenom postupe	
misoprostolu do 14. týždňa.	odborníčky na tradičnú a alternatívnu medicínu, pomocné sestry/PPA, zdravotné sestry, pôrodné asistentky, zdravotnícke asistentky/zdravotnícki laboranti, lekári so všeobecným zameraním a špecializované lekárky.	
38 (PS) Vákuová aspirácia do 14. týždňa	Pre nekomplikovaný neúplný potrat do 14. týždňa: a. Odporúčame , aby vákuovú aspiráciu poskytovali odborníci na tradičnú a alternatívnu medicínu, sestry, pôrodné asistentky, zdravotnícke asistentky/zdravotnícki laboranti, lekári so všeobecným zameraním a špecializované lekárky. b. Navrhujeme , aby vákuovú aspiráciu poskytovali pomocné zdravotné sestry/PPA. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Podmienka: V kontextoch, kde existujúce mechanizmy zdravotníckeho systému zapájajú pomocné sestry/PPA do poskytovania akútnej pôrodnickej starostlivosti a kde existujú spoľahlivé systémy presmerovania klientky* a kontrolné systémy. 	
Manažment život neohrožujúcich komplikácií		
39 (PS) Infekcia	Pre život neohrožujúcu postabortívnu infekciu: Odporúčame , aby prvotný manažment poskytovali odborníci na tradičnú a alternatívnu medicínu, pomocné sestry/PPA, zdravotné sestry, pôrodné asistentky, zdravotnícki asistenti/zdravotnícke laborantky, lekárky so všeobecným zameraním a špecializovaní lekári. * Je dôležité, aby lekárničky, pomocní pracovníci v lekárňach a komunitné zdravotnícke pracovníčky vedeli rozpoznávať príznaky a symptómy tejto komplikácie.	
40 (PS) Krvácanie	Pre život neohrožujúcu postabortívne krvácanie: Odporúčame , aby prvotný manažment poskytovali odborníci na tradičnú a alternatívnu medicínu, pomocné sestry/PPA, zdravotné sestry, pôrodné asistentky, zdravotnícki asistenti/zdravotnícke laborantky, lekári so všeobecným zameraním a špecializované lekárky. * Je dôležité, aby lekárnici, pomocné pracovníčky v lekárňach a komunitní zdravotnícki pracovníci vedeli rozpoznávať príznaky a symptómy tejto komplikácie.	
Načasovanie postabortívnej antikoncepcie		
41 (KS) Kritériá zdravotnej spôsobilosti pre používanie antikoncepcie	Po chirurgickej alebo medikamentóznej interrupcii (v prvom a druhom trimestri a tiež po septickom potrate) možno začať okamžite používať nasledujúce antikoncepcné metódy (kategória 1 podľa kritérií zdravotnej spôsobilosti – bez obmedzení): kombinovanú hormonálnu antikoncepciu, antikoncepciu obsahujúcu len progesterón a bariérové metódy (kondómy, spermicídy, vaginálne a cervikálne pesare, ženské kondómy – poznámka: Vaginálne a cervikálne pesare, ženské kondómy nie sú vhodné do 6. týždňa po interrupcii v druhom trimestri). Vnútromaternicové telieska (IUD) je možné začať používať ihneď po chirurgickej alebo medikamentóznej interrupcii v prvom trimestri (kategória 1 podľa kritérií zdravotnej spôsobilosti – bez obmedzení) alebo po interrupcii v druhom trimestri (kategória 2 podľa kritérií zdravotnej spôsobilosti – výhody vo všeobecnosti prevažujú nad rizikami), avšak nemali by sa začať používať ihneď po septickom potrate (kategória 4 podľa kritérií zdravotnej spôsobilosti – zavedenie IUD môže podstatne zhoršiť stav). Metódy sledovania plodnosti: Metódy sledovania príznakov treba po interrupcii začať používať len veľmi „opatrne“ (v takýchto prípadoch môže byť na uistenie sa o správnom používaní metódy potrebné špeciálne poradenstvo) a používanie metód sledovania	

ČASŤ Tematická oblasť Číslo a typ odporúčania alebo vyhlásenia o osvedčenom postupe	Odporúčanie alebo vyhlásenie o osvedčenom postupe	
	<p>plodných dní v menštruačnom kalendári by sa malo odložiť (až do posúdenia stavu; mali by byť ponúknuté alternatívne dočasné metódy antikoncepcie).</p>	
42 (KS) Antikoncepcia a chirurgická interrupcia	<p>Pre osoby, ktoré podstupujú chirurgickú interrupciu a chcú používať antikoncepciu: Odporúčame možnosť nasadenia antikoncepcie v čase chirurgickej interrupcie.</p> <p>Komentár:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kvalita dôkazov vychádzajúcich z randomizovaných kontrolovaných štúdií je nízka až stredná. 	
43 (KS) Antikoncepcia a medikamentózna interrupcia	<p>Pre osoby podstupujúce medikamentóznú interrupciu pomocou kombinovaného režimu mifepristónu a misoprostolu alebo samotného misoprostolu:</p> <p>a. Pre tie, ktoré sa rozhodli využívať hormonálnu antikoncepciu (antikoncepčné tabletky, náplasť, krúžok, implantát alebo injekcie): Navrhujeme, aby dostali možnosť začať s hormonálnou antikoncepciou hneď po prvej tablete režimu medikamentóznej interrupcie.</p> <p>b. Pre tie, ktoré sa rozhodnú pre zavedenie vnútromaternicového telieska: Navrhujeme zaviesť vnútromaternicové teliesko hneď po zistení, že interrupčný zákrok prebehol úspešne.</p> <p>Poznámka (pre odporúčania 43a a b):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Toto odporúčanie sa vzťahuje na kombinovaný režim mifepristónu a misoprostolu a na použitie samotného misoprostolu. Kombinovaný režim letrozolu a misoprostolu neuvádzame, pretože štúdie, z ktorých tieto odporúčania vychádzajú, tento režim neposudzovali. <p>Poznámky (iba pre odporúčanie 43a):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Okamžité nasadenie intramuskulárneho depotného medroxyprogesterón acetátu (DMPA) sa spája s miernym znížením účinnosti režimov medikamentóznej interrupcie. Okamžité nasadenie DMPA by však malo byť napriek tomu ponúkané ako dostupná antikoncepčná metóda po interrupcii. ▪ Výhodiskom pre rozhodovanie o nasadení hormonálnej antikoncepcie ako možnosti pre osoby, ktoré podstupujú medikamentóznú interrupciu len s misoprostolom, boli nepriame dôkazy. ▪ O využívaní kombinovanej hormonálnej antikoncepcie (tabletky alebo injekcie) osobami podstupujúcimi medikamentóznú interrupciu neboli k dispozícii žiadne údaje. ▪ Osoby, ktoré sa rozhodnú začať používať antikoncepčný krúžok, by mali byť poučené o tom, že v prípade silného krvácania počas medikamentóznej interrupcie je potrebné skontrolovať, či nedošlo k jeho vylúčeniu. 	
44 (PS) Vnútromaternicové telieska (IUD)	<p>Pre vnútromaternicové telieska (IUD):</p> <p>a. Odporúčame, aby vnútromaternicové teliesko zavádzali a vyberali pomocné pôrodné asistentky, sestry, pôrodné asistentky, zdravotnícki asistenti/zdravotnícke laborantky, lekári so všeobecným zameraním a špecializované lekárky.</p> <p>b. Navrhujeme, aby vnútromaternicové teliesko zavádzali a vyberali odborníčky v oblasti tradičnej a alternatívnej medicíny a pomocné zdravotné sestry.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Podmienka (odborníčky v oblasti tradičnej a alternatívnej medicíny): V prostrediach s existujúcimi mechanizmami zdravotníckeho systému umožňujúcimi zapojenie týchto odborníkov do vykonávania ďalších úloh súvisiacich so zdravím matiek a reprodukčným zdravím. 	

ČASŤ Tematická oblasť Číslo a typ odporúčania alebo vyhlásenia o osvedčenom postupe	Odporúčanie alebo vyhlásenie o osvedčenom postupe	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Podmienka (pomocné zdravotné sestry): V podmienkach prísneho výskumu. 	
45 (PS) Antikoncepčné implantáty	<p>Pre antikoncepčné implantáty:</p> <p>a. Odporúčame, aby antikoncepčné implantáty zavádzali a vyberali sestry, pôrodné asistenti, zdravotnícke asistentky/zdravotnícki laboranti, lekárky so všeobecným zameraním a špecializovaní lekári.</p> <p>b. Navrhujeme, aby ich zavádzali a vyberali komunitné zdravotnícke pracovníčky (KZP), odborníci v oblasti tradičnej a alternatívnej medicíny a pomocné zdravotné sestry/pomocné pôrodné asistentky (PPA).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Podmienka (KZP): V podmienkach prísneho výskumu. ▪ Podmienka (odborníci v oblasti tradičnej a alternatívnej medicíny): V prostrediach s existujúcimi mechanizmami zdravotníckeho systému umožňujúcimi zapojenie týchto odborníkov do vykonávania ďalších úloh súvisiacich so zdravím matiek a reprodukčným zdravím a tam, kde prípravu na odstraňovanie implantátov poskytujú spolu s prípravou na ich zavádzanie. ▪ Podmienka (pomocné zdravotné sestry/PPA): V podmienkach cielej kontroly a vyhodnocovania. 	
46 (PS) Injekčná antikoncepcia	<p>Injekčná antikoncepcia (zavedenie a pokračovanie):</p> <p>Odporúčame, aby si jej podanie riadili samotné osoby, ktoré ju potrebujú, alebo aby ju podávali komunitní zdravotnícki pracovníci, pomocné pracovníčky v lekárňach, lekárni, odborníčky na tradičnú a alternatívnu medicínu, pomocné sestry/PPA, zdravotné sestry, pôrodné asistenti, zdravotnícke asistentky/zdravotnícki laboranti, lekárky so všeobecným zameraním a špecializovaní lekári.</p>	
47 (PS) Podviazanie vajcovodov	<p>Na podviazanie vajcovodov:</p> <p>a. Odporúčame, aby vajcovody podväzovali zdravotnícke asistentky/zdravotnícki laboranti, lekárky so všeobecným zameraním a špecializovaní lekári.</p> <p>b. Navrhujeme, aby vajcovody podväzovali zdravotné sestry a pôrodné asistentky.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Podmienka: V podmienkach prísneho výskumu. 	
MOŽNOSTI POSKYTOVANIA SLUŽIEB A PRÍSTUPY SELF-MANAŽMENTU		
Telemedicínske prístupy k poskytovaniu medikamentóznej interrupčnej starostlivosti		
48 (PS) (NOVÉ)	<p>Odporúčame možnosť využitia telemedicíny na poskytovanie kompletných služieb medikamentóznej interrupcie alebo jej častí ako alternatívy k osobnej interakcii so zdravotníckym pracovníkom alebo pracovníčkou.</p> <p>Komentáre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Toto odporúčanie sa vzťahuje na posúdenie spôsobilosti na medikamentóznou interrupciu, poradenstvo a/alebo poskytnutie inštrukcií týkajúcich sa priebehu interrupcie a poskytnutie inštrukcií a aktívnej pomoci pri podávaní liekov a následnú postabortívnu starostlivosť – a to všetko prostredníctvom telemedicíny. ▪ Horúce linky, digitálne aplikácie alebo jednosmerné spôsoby komunikácie (napr. textové správy s pripomenutím), ktoré len poskytujú informácie, neboli zahrnuté do prieskumu dôkazov pre toto odporúčanie. 	

ČASŤ Tematická oblasť Číslo a typ odporúčania alebo vyhlásenia o osvedčenom postupe	Odporúčanie alebo vyhlásenie o osvedčenom postupe	
Prístupy k poskytovaniu služieb v oblasti poskytovania informácií, poradenstva a medikamentóznej interrupcie		
49 (PS) (NOVÉ)	<p>Vyhlásenie o osvedčenom postupe pri poskytovaní služby</p> <p>1. časť Neexistuje jeden odporúčaný prístup k poskytovaniu interrupčných služieb. Výber konkrétneho zdravotníckeho pracovníka (pracovníčok) (z odporúčaných možností) alebo self-manažmentu a miesta poskytovania služieb (z odporúčaných možností) bude závisieť od hodnôt a preferencií ženy, dievčaťa alebo inej tehotnej osoby, dostupných zdrojov a štátneho či lokálneho kontextu. V rámci každého kontextu môže súbežne existovať viacero prístupov k poskytovaniu služieb.</p> <p>2. časť Vzhľadom na to, že prístupy k poskytovaniu služieb môžu byť rôznorodé, je dôležité zabezpečiť, aby ako celok pre osobu vyhľadávajúcu starostlivosť znamenali:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ prístup k vedecky presným a zrozumiteľným informáciám vo všetkých fázach; ▪ prístup k liekom zaručenej kvality (vrátane liekov na manažment liečby bolesti); ▪ podporu pomocou presmerovania klientky*a, ak je to potrebné alebo žiadúce; ▪ sprostredkovanie vhodného výberu antikoncepčných služieb pre osoby, ktoré si želajú postabortívnu antikoncepciu. 	
Riadenie vlastnej medikamentóznej interrupcie do 12. týždňa		
50 (SELF-MANAŽMENT)	<p>Pri medikamentóznej interrupcii do 12. týždňa (pomocou kombinácie mifepristónu a misoprostolu alebo samotného misoprostolu):</p> <p>Odporúčame možnosť riadenia celého priebehu vlastnej medikamentóznej interrupcie alebo ktorejkoľvek z jeho troch častí:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ posúdenie vlastnej spôsobilosti (určenie dĺžky tehotenstva; vylúčenie kontraindikácií) ▪ podanie si interrupčných liekov mimo zdravotníckeho zariadenia a bez priameho dohľadu vyškolenej zdravotníckej pracovníčky a riadenie priebehu interrupcie ▪ posúdenie úspešnosti vlastnej interrupcie <p>Komentáre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ K riadeniu vlastnej medikamentóznej interrupcie (s využitím ktoréhokoľvek spôsobu) v prípade tehotenstva do 10. týždňa bolo viac dôkazov. ▪ Toto odporúčanie sa vzťahuje na kombinovaný režim mifepristónu a misoprostolu a na použitie samotného misoprostolu. Zahrnuté štúdie, z ktorých tieto odporúčania vychádzajú, neposudzovali kombináciu letrozolu a misoprostolu. ▪ Všetky osoby, ktoré sa podieľajú na riadení vlastnej medikamentóznej interrupcie, musia mať zároveň prístup k presným informáciám, kvalitným liekom vrátane liekov na manažment liečby bolesti, podporu vyškolených zdravotníckych pracovníkov a prístup k zdravotníckemu zariadeniu a k službám presmerovania pacientky*a, ak to potrebujú alebo si to želajú. ▪ Môže byť potrebná úprava obmedzení v rámci kontrolného rámca zdravotníckeho systému týkajúcich sa oprávnenia predpisovať a vydávať interrupčné lieky alebo zavedenie iných mechanizmov na riadenie vlastnej interrupcie. 	
Prístupy self-manažmentu postabortívnej antikoncepcie (pozri tiež Načasovanie antikoncepcie po interrupcii, odporúčania 41 – 47 vyššie)		
51 (SELF-MANAŽMENT) Injekčná antikoncepcia	<p>Odporúčame možnosť samopodania injekčnej antikoncepcie po interrupcii.</p> <p>Komentár:</p>	

ČASŤ Tematická oblasť Číslo a typ odporúčania alebo vyhlásenia o osvedčenom postupe	Odporúčanie alebo vyhlásenie o osvedčenom postupe	
(zavedenie a pokračovanie)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Injekčná antikoncepcia sa podáva pomocou injekčnej striekačky intramuskulárne alebo subkutánne. Na uľahčenie samopodávania injekčnej antikoncepcie boli vyvinuté kompaktné predplnené zariadenia s funkciou zabraňujúcou opätovnému použitiu (pozn. prekladateľky: AD striekačka). 	
52 (SELF-MANAŽMENT) Voľnopredajné perorálne antikoncepčné tabletky	Odporúčame , aby boli voľnopredajné perorálne antikoncepčné tabletky pre osoby, ktoré ich užívajú, dostupné bez lekárskeho predpisu.	
53 (SELF-MANAŽMENT) Voľnopredajné perorálne núdzové antikoncepčné tabletky	Odporúčame , aby boli voľnopredajné perorálne antikoncepčné tabletky pre osoby, ktoré ich chcú použiť, dostupné bez lekárskeho predpisu.	
54 (SELF-MANAŽMENT) Používanie kondómov	Dôsledné a správne používanie mužských a ženských kondómov je veľmi účinné z hľadiska prevencie prenosu HIV pohlavným stykom, zníženia rizika prenosu HIV z mužov na ženy aj zo žien na mužov v sérodiskordantných pároch (pozn. prekladateľky: páry, v ktorých je jedna osoba testovaná ako pozitívna a druhá nie), zníženia rizika prenosu iných pohlavne prenosných chorôb a súvisiacich ochorení vrátane genitálnych bradavíc a rakoviny krčka maternice aj prevencie neplánovaného tehotenstva.	

1. kapitola

Úvod

1.1 Východiská a kontext

Sexuálne a reprodukčné zdravie má zásadný význam pre jednotlivkyne a jednotlivcov, páry a rodiny, ako aj pre spoločenský a hospodársky rozvoj komunít a národov (1). Ako sa uvádza v Ústave Svetovej zdravotníckej organizácie (SZO), cieľom SZO je „dosiahnuť čo najvyššiu možnú úroveň zdravia všetkých národov“ a v záujme splnenia tohto cieľa patrí medzi jej úlohy aj poskytovanie odbornej pomoci v oblasti zdravia jednotlivým štátom (2, články 1 a 2). Univerzálny prístup k informáciám a službám v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia (SRZ) je pre zdravie jednotlivkyň, jednotlivcov aj komunít, ako aj pre uplatňovanie ľudských práv vrátane práva na najvyšší dosiahnuteľný štandard SRZ kľúčový (3). Zvýšená rizikovosť v oblasti SRZ si počas situácií, pri ktorých je potrebná humanitárna pomoc — vrátane ozbrojených konfliktov — navyše vyžaduje osobitnú ľudskoprávnú pozornosť (4 [ods. 7], 5, 6 [ods. 19-24]).

Po vypuknutí pandémie COVID-19 a na základe skúseností nadobudnutých počas predchádzajúcich epidémií — keď boli služby súvisiace so SRZ výrazne obmedzené, čo u ľudí vyvolávalo pocity bezmocnosti a zároveň spôsobovalo, že boli vystavení zdravotným rizikám, ktorým by sa dalo predísť — SZO v niektorých nedávno vydaných odborných publikáciách a usmerneniach (7-12) zaradila komplexnú interrupčnú starostlivosť do zoznamu základných zdravotníckych služieb.⁵ Interrupčná starostlivosť zahŕňa starostlivosť v prípade rozličných zdravotných stavov vrátane spontánneho potratu, umelého prerušenia tehotenstva (v prípade tehotenstva s neživotaschopným aj životaschopným plodom) a vnútromaternicového zániku plodu, ako aj postabortívnej starostlivosti vrátane starostlivosti v prípade neúplného abortu. Zlepšovanie prístupu k interrupčnej starostlivosti v rámci zdravotníckeho systému má zásadný význam pre napĺňanie cieľov trvalo udržateľného rozvoja (SDG) týkajúcich sa dobrého zdravia a pohody (SDG3) a rodovej rovnosti (SDG5) (13). Globálna stratégia SZO v oblasti reprodukčného zdravia zameraná na urýchlenie napredovania pri dosahovaní medzinárodných rozvojových cieľov identifikuje elimináciu rizikových interrupcií⁶ ako prioritný cieľ (1). Obdobným spôsobom zdôrazňuje význam kvalitnej interrupčnej starostlivosti pre zdravie aj Globálna stratégia OSN pre zdravie žien, detí a dospelých. Tá zaraďuje na dôkazoch založené opatrenia v oblasti interrupčnej a postabortívnej starostlivosti medzi účinné spôsoby pomoci jednotlivkyňam a jednotlivcom v tom, aby sa im lepšie žilo a komunitám v tom, aby sa mohli pretvárať (14).

Základom tohto usmernenia je kvalitná interrupčná starostlivosť. Kvalita starostlivosti (pozri [Glosár](#)) zahŕňa viacero zložiek: účinnosť, efektivitu, dostupnosť, prijateľnosť (napr. zameranie na pacienta či pacientku), spravodlivosť a bezpečnosť. Účinná starostlivosť zahŕňa poskytovanie zdravotnej starostlivosti založenej na dôkazoch, ktorá vedie k zlepšeniu zdravia jednotlivkyň, jednotlivcov a komunít a reaguje na ich potreby. Efektívna starostlivosť optimalizuje využívanie zdrojov a minimalizuje plytvanie. Kvalitná starostlivosť musí byť dostupná (včasná, finančne i geograficky prístupná a poskytovaná v podmienkach, v ktorých zručnosti a zdroje zodpovedajú medicínskym potrebám) a zároveň prijateľná (zohľadňujúca preferencie a hodnoty jednotlivých užívateľiek a užívateľov služieb a kultúru príslušných komunít). Je mimoriadne dôležité zabezpečiť, aby bola interrupčná starostlivosť spravodlivá a aby sa kvalita zdravotnej starostlivosti nelíšila pod vplyvom osobnostných charakteristík osoby, ktorá ju vyhľadá. Tie zahŕňajú pohlavie, rasu, etnický pôvod, socioekonomické postavenie, vzdelanie, prípadné zdravotné znevýhodnenie či zemepisnú polohu

⁵ Pokiaľ ide o koncept „základných zdravotníckych služieb“, je dôležité si uvedomovať si, že rôzne oblasti, dokonca aj v rámci jedného štátu, si môžu vyžadovať rôzne prístupy k vymedzeniu základných zdravotných služieb a k preskupovaniu zložiek zdravotníckeho systému tak, aby tieto služby zostali zachované (7).

⁶ „Riziková interrupcia“ označuje interrupciu vykonávanú osobou bez potrebných zručností alebo v prostredí nezodpovedajúcom minimálnym normám v oblasti zdravotníctva, alebo spojenie oboch prípadov.

v krajine. A v neposlednom rade, kvalitná interrupčná starostlivosť znamená aj to, že je vykonávaná bezpečne a že riziká a hrozby pre užívateľky týchto služieb sú minimalizované (15). Základom týchto zložíek je zásada, že poskytovanie kvalitnej interrupčnej starostlivosti by malo byť v súlade s ľudskými právami.

Interrupcia je vo svete bežným zákrokom, pričom 6 z 10 neplánovaných tehotenstiev a 3z 10 všetkých tehotenstiev sa končí umelým prerušením tehotenstva (16). Ak je interrupcia bezpečná – teda ak je vykonaná metódou odporúčanou SZO primeranou gestačnému veku (dĺžke tehotenstva) a osobou s potrebnými zručnosťami (17) – riziká s ňou spojené sú veľmi nízke. Avšak celosvetové odhady ukazujú, že 45 % všetkých interrupcií je rizikových, pričom 14,4 % z nich patrí medzi „najmenej bezpečné“ (18). V oblasti verejného zdravia a ľudských práv Ide o zásadný problém. V rozvojových krajinách a v skupinách zažívajúcich ohrozujúce a hraničné situácie sú rizikové interrupcie čoraz častejšie. V krajinách, v ktorých je umelé prerušenie tehotenstva silno obmedzené zákonom alebo nedostupné kvôli iným prekážkam, sa bezpečné interrupcie často stávajú výsadou bohatých. Zatiaľ čo chudobné ženy nemajú na výber a musia využívať služby nekvalifikovaných poskytovateľov a poskytovateľiek interrupcií v nebezpečných podmienkach alebo si interrupciu vyvolávajú samy, často nebezpečnými metódami, čo vedie k úmrtiam a patologickým stavom, za ktoré nesie spoločenský a finančný zodpovednosť systém verejného zdravotníctva. Zároveň ide o odopieranie ľudských práv žien. Interrupčná legislatíva nemá žiaden vplyv na pravdepodobnosť toho, či žena vyhľadá umelé prerušenie tehotenstva, avšak výrazne ovplyvňuje to, či má prístup k bezpečnej interrupcii (19).

Rizikové interrupcie majú na svedomí až 4,7 až 13,2 % zo všetkých prípadov úmrtí matiek. To predstavuje 13 865 až 38 940 úmrtí spôsobených nemožnosťou podstúpiť bezpečnú interrupciu ročne, pričom prípadov, ktoré vedú k závažným zhoršeniam zdravotného stavu, je omnoho viac. Zo všetkých rizikových interrupcií až 97 % pripadá na rozvojové krajiny (18). Podiel rizikových interrupcií v krajinách s vysoko reštriktívnymi zákonmi je v porovnaní s krajinami s menej reštriktívnymi zákonmi výrazne vyšší (18). Viac ako polovica (53,8 %) zo všetkých rizikových interrupcií pripadá na Áziu (väčšina z nich na južnú a strednú Áziu), štvrtina (24,8 %) na Afriku (najmä na východnú a západnú Afriku) a pätina (19,5 %) na Latinskú Ameriku a Karibik (18). Subregióny, v ktorých je najvyšší podiel interrupcií klasifikovaných ako „najmenej bezpečných“, sú severná, východná, západná a stredná Afrika (približne 45 – 70 % zo všetkých interrupcií je tam „najmenej bezpečných“), za nimi nasledujú Karibik, Oceánia a Stredná Amerika („najmenej bezpečných“ je približne 25 – 30 % zo všetkých interrupcií) (18). Výskumníčky a výskumníci na základe preskúmania ambulantnej starostlivosti zameranej na komplikácie po rizikovej interrupcii v 26 rozvojových krajinách za rok 2012 zistili, že v súvislosti s komplikáciami po rizikovej interrupcii v rozvojových krajinách ošetrili 7 miliónov žien, čo predstavuje 6,9 z 1000 žien vo veku 15 až 44 rokov (22).

Interrupcia vykonaná pomocou liekov alebo jednoduchého ambulantného chirurgického zákroku je bezpečným zdravotníckym úkonom vtedy, ak je vykonaná metódou primeranou dĺžke tehotenstva a v prípade zákroku v zdravotníckom zariadení osobou s potrebnými zručnosťami. V takýchto prípadoch sú komplikácie či závažné nežiaduce účinky zriedkavé. Medikamentózna interrupcia znamená revolúciu v prístupe ku kvalitnej interrupčnej starostlivosti na celom svete. Z výskumov vyplýva, že interrupčné tabletky je možné si bezpečne a účinne svojpomocne podať aj mimo zdravotníckeho zariadenia (napr. doma). Osoby, ktoré majú prístup k presným informáciám a vyškolnému zdravotníckemu pracovníkovi alebo pracovníčke (v prípade, že potrebujú alebo chcú podporu v ktorejkoľvek fáze tohto procesu), môžu počas prvých 12 týždňov tehotenstva bezpečne riadiť umelé prerušenie vlastného tehotenstva. Poskytovanie služieb, ktoré si vyžadujú minimálny lekársky dohľad, môže výrazne zlepšiť dostupnosť predovšetkým v obmedzených podmienkach a v krízových situáciách, ako aj zvýšiť súkromie, pohodlie a prijateľnosť procesu interrupcie bez hrozby rizika a ohrozenia jej účinnosti (23).

Prístup ku kvalitnej interrupčnej starostlivosti môžu však právne, politické a praktické prekážky sťažovať nie len v prípadoch, keď má žena k dispozícii málo prostriedkov, ale aj v prípadoch, keď ich má k dispozícii veľa. Aby mala každá osoba, ktorá ho potrebuje, prístup ku komplexnej interrupčnej starostlivosti, t. j. informáciám, starostlivosti v oblasti interrupcií (vrátane umelého prerušenia tehotenstva a starostlivosti súvisiacej s tehotenskou stratou/spontánnym potratom) a postabortívnej starostlivosti, je potrebné prijať celý rad opatrení na úrovni legislatívy, zdravotníctva a komunity.

1.2 Cieľ usmernenia, zdôvodnenie, cieľové publikum, inkluzivita a štruktúra

.....
Usmernenia sú základnými nástrojmi, prostredníctvom ktorých SZO realizuje svoju vedúcu odbornú funkciu v oblasti zdravia (24). Usmernenia SZO podliehajú prísnemu procesu zabezpečovania kvality, ktorý prináša odporúčania pre prax týkajúcu sa zdravotnej starostlivosti alebo politiku verejného zdravia s cieľom dosiahnuť čo najlepšie individuálne alebo kolektívne výsledky v oblasti zdravia. SZO sa v záujme dosiahnutia tohto cieľa zaviazala integrovať ľudské práva do programov a politík v oblasti zdravotnej starostlivosti na úrovni štátov aj regiónov. A to prostredníctvom skúmania základných určujúcich činiteľov zdravia ako jednej zo zložiek komplexného prístupu k zdraviu a ľudským právam.
.....

1.2.1 Cieľ a zdôvodnenie

Cieľom tohto usmernenia je predstaviť kompletný súbor všetkých odporúčaní a osvedčených praxí SZO týkajúcich sa interrupcií s cieľom celosvetovo umožniť kvalitnú na dôkazoch založenú interrupčnú starostlivosť.

Toto usmernenie aktualizuje a nahrádza odporúčania v predošlých usmerneniach SZO, ktorými sú:

- Bezpečné interrupcie: odborné a politické usmernenia pre systémy zdravotnej starostlivosti, druhé vydanie (Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, second edition) (2012),
- Úlohy zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov pri poskytovaní bezpečnej interrupčnej starostlivosti a postabortívnej antikoncepcie (Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception) (predtým známe ako usmernenie o „rozdelení úloh“) (2015) a
- Medikamentózne manažment interrupcií (Medical management of abortion) (2018).

Cieľom tohto usmernenia je poskytnúť konkrétne informácie a usmernenia, ktoré prepájajú aspekty starostlivosti naprieč všetkými oblasťami nevyhnutnými pre poskytovanie kvalitnej interrupčnej starostlivosti: legislatíva a politiky, zdravotnícke služby a poskytovanie služieb. Súčasťou tohto usmernenia sú nové odporúčania skombinované s už existujúcimi odporúčaniami, ktoré buď neboli zmenené, alebo boli po opätovnom posúdení aktualizované. Pričom pri spracúvaní nových aj aktualizovaných odporúčaní boli dodržané rovnaké prísne metodológie (pozri Prílohu 4: Metódy (Annex 4: Methods) v [originálnom dokumente](#)). Sedem odporúčení, ktoré by sa v záujme zavedenia a udržania kvalitnej interrupčnej starostlivosti mali resp. nemali uplatňovať, sa týka legislatívy a politík. Tri odporúčania z oblasti obmedzovania prístupu k interrupcii sa nachádzajú v 2. kapitole a ďalšie štyri odporúčania týkajúce sa legislatívy a politík, ktoré ovplyvňujú postupy zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov, sa nachádzajú v 3. kapitole. Všetky ostatné odporúčania sa týkajú metód umelého prerušenia tehotenstva a metód požívaných pri výkone zdravotnej starostlivosti súvisiacej s interrupciou, ako aj poskytovania služieb rôznymi zdravotníckymi pracovníkmi či pracovníčkami a ich poskytovania rôznymi spôsobmi, a to vrátane svojpomocného riadenia interrupcie osobou, ktorá ju potrebuje. Nedávne zmeny sa odrážajú vo všetkých týchto aspektoch interrupčnej starostlivosti. Nové oblasti záujmu a priority výskumu v oblasti interrupčnej starostlivosti vymedzujeme v 4. kapitole.

Kľúčovou súčasťou zdôvodnenia pre vypracovanie tohto aktualizovaného a uceleného usmernenia sú aj dôležité informácie týkajúce sa kontextu, ktoré sa nachádzajú v ďalších častiach tejto kapitoly. Sú neoddeliteľnou súčasťou tohto usmernenia a slúžia ako rámec pre odporúčania a usmernenia ohľadom dobrej praxe. Tieto informácie nemajú povahu odporúčaní SZO, skôr popisujú základné určujúce činitele kvality interrupčnej starostlivosti, a preto ich treba starostlivo nasledovať. V časti 1.3 popisujeme prostredie umožňujúce komplexnú interrupčnú starostlivosť (t. j. legislatívny a politický rámec podporujúci rešpekt k ľudským právam, prístup k informáciám a činitele súvisiace so zdravotníckym systémom) a v časti 1.4 bližšie rozpracujeme kľúčové faktory týkajúce sa zdravotníckeho systému (univerzálne zdravotné poistenie a základná zdravotná starostlivosť,

financovanie zdravotnej starostlivosti, odborná príprava zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov, zdravotnícke tovary, kontrola a hodnotenie). Dokument v relevantných prípadoch zahŕňa a nadväzuje na východiská obsiahnuté v iných existujúcich usmerneniach SZO vrátane **Konsolidovaného usmernenia týkajúceho sa sexuálneho a reprodukčného zdravia a práv žien žijúcich s HIV** (*Consolidated guideline on the sexual and reproductive health and rights of women living with HIV*) (25) a **Konsolidovaného usmernenia SZO o svojpomocných intervenciách v oblasti zdravia: sexuálne a reprodukčné zdravie a práva** (*WHO consolidated guideline on self-care interventions for health: sexual and reproductive health and rights*) (26).

1.2.2 Cieľové skupiny

Cieľom tohto usmernenia je poskytnúť odporúčania tvorcom a tvorkyniam politik na štátnej a nižšej úrovni, poskytovateľkám a manažérom programov v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia (SRZ), členom a členkám mimovládnych organizácií, iných subjektov občianskej spoločnosti a odborných združení, ako aj zdravotníckym pracovníčkam a pracovníkom a ďalším zainteresovaným stranám pôsobiacim v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia a práv (SRZP), ktoré by ich mali podporiť pri zabezpečovaní celosvetovo dostupnej a prístupnej kvalitnej na dôkazoch založenej interrupčnej starostlivosti.

1.2.3 Spravodlivosť, inkluzivita a starostlivosť zameraná na ľudí

V tomto usmernení v súvislosti s interrupciou rešpektujeme a zohľadňujeme potreby všetkých jednotlivkyň a jednotlivcov. Ľudskoprávny prístup presadzujúci rodovú rovnosť je nevyhnutný a je potrebné ho uplatňovať vo všetkých kontextoch, v ktorých sú poskytované služby osobám vyhľadávajúcim zdravotnú starostlivosť. Na zabezpečenie kvalitnej interrupčnej starostlivosti v rámci celého zdravotníckeho systému by mali byť tieto služby — pokiaľ je to možné — prepojené aj s inými službami v oblasti SRZ, ako sú napríklad na dôkazoch založené testovanie a liečba HIV a sexuálne prenosných infekcií (STI) či plánované rodičovstvo/antikoncepcia. A zároveň by mali byť ústretové a prístupné mládeži, osobám zo sexuálnych a rodových menšín, osobám so zdravotným postihnutím a všetkým zraniteľným a marginalizovaným skupinám.

V procese tvorby odporúčaní sme v Usmernení SZO systematicky zohľadňovali hodnoty a preferencie osôb, ktoré budú odporúčané alebo navrhované opatrenia využívať. S cieľom hlbšie porozumieť hodnotám a preferenciám osôb vyhľadávajúcich interrupčnú starostlivosť uskutočnila SZO celosvetový prieskum a v septembri 2019 usporiadala na túto tému odborne zamerané stretnutie so zainteresovanými stranami, na ktorom sa zúčastnilo 19 účastníčok a účastníkov z 15 rôznych krajín a organizácií. Tie otvorili kľúčové témy, ako význam spravodlivosti, inkluzivity a uspokojovania potrieb tých, ktoré a ktorí žijú v najzraňujúcejších a najhraničnejších podmienkach. V apríli 2021 sa navyše uskutočnilo odborné stretnutie vedené mladými ľuďmi, na ktorom sa zúčastnilo 16 mladých ľudí (zastupujúcich 13 krajín zo všetkých regiónov SZO) z pracovnej skupiny Mládež za interrupcie, aby sa oboznámili s problémami mladých ľudí. Pracovnú skupinu zostavovala Medzinárodná aliancia mládeže pre plánované rodičovstvo (IYAFP) – kolektív mladých jednotlivcov a jednotlivkyň, mládežníckych združení, organizácií a komunít, ktorých spoločným cieľom je podpora poskytovania komplexných služieb v oblasti reprodukčného zdravia a prístupu k nim (pozri [Prílohu B](#) na webe: *Odborné stretnutia počas tvorby usmernení (Technical meetings during guideline development)*). Ženy žijúce s HIV sú v kontexte interrupčnej starostlivosti jedným z mnohých príkladov marginalizovanej populácie, ktorej sa týkajú špecifické riziká. Sú vystavené osobitým ťažkostiam a voči porušovaniu ľudských práv súvisiacich so SRZ sú zraniteľné v okruhu svojich rodín a komunít, ako aj v zdravotníckych zariadeniach, kde vyhľadávajú starostlivosť. Pre zabezpečenie väčšej účinnosti opatrení a lepších zdravotných výsledkov pre všetky osoby vyhľadávajúce interrupciu, je nevyhnutné vytvoriť priaznivé prostredie (pozri časť 1.3).

Všetky jednotlivkyne a jednotlivci majú právo na nediskrimináciu a rovnosť v oblasti starostlivosti a služieb spojených so SRZ. Právo nebyť diskriminovaná*ý je ukotvené vo Všeobecnej deklarácii ľudských práv a v ďalších všeobecne platných ľudskoprávných zmluvách a regionálnych ľudskoprávných nástrojoch. Je potvrdené, že právo na nediskrimináciu zaručené Medzinárodným

paktom o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach (ICESCR) sa vzťahuje aj na sexuálnu orientáciu, rodovú identitu a pohlavné charakteristiky. Medzinárodný systém ľudských práv sa zameriava na podporu a ochranu ľudských práv bez rozdielu. Ochrana osôb na základe ich sexuálnej orientácie a rodovej identity vychádza z medzinárodného práva, ktoré je doplnené a rozšírené o prax štátov (27). Ako uvádza nezávislý expert na ochranu pred násilím a diskrimináciou na základe sexuálnej orientácie a rodovej identity v správe pre Valné zhromaždenie OSN z roku 2018, „právo na účinné uznanie vlastnej rodovej identity je spojené s právom na rovnaké uznanie pred zákonom“ (28, bod 20).

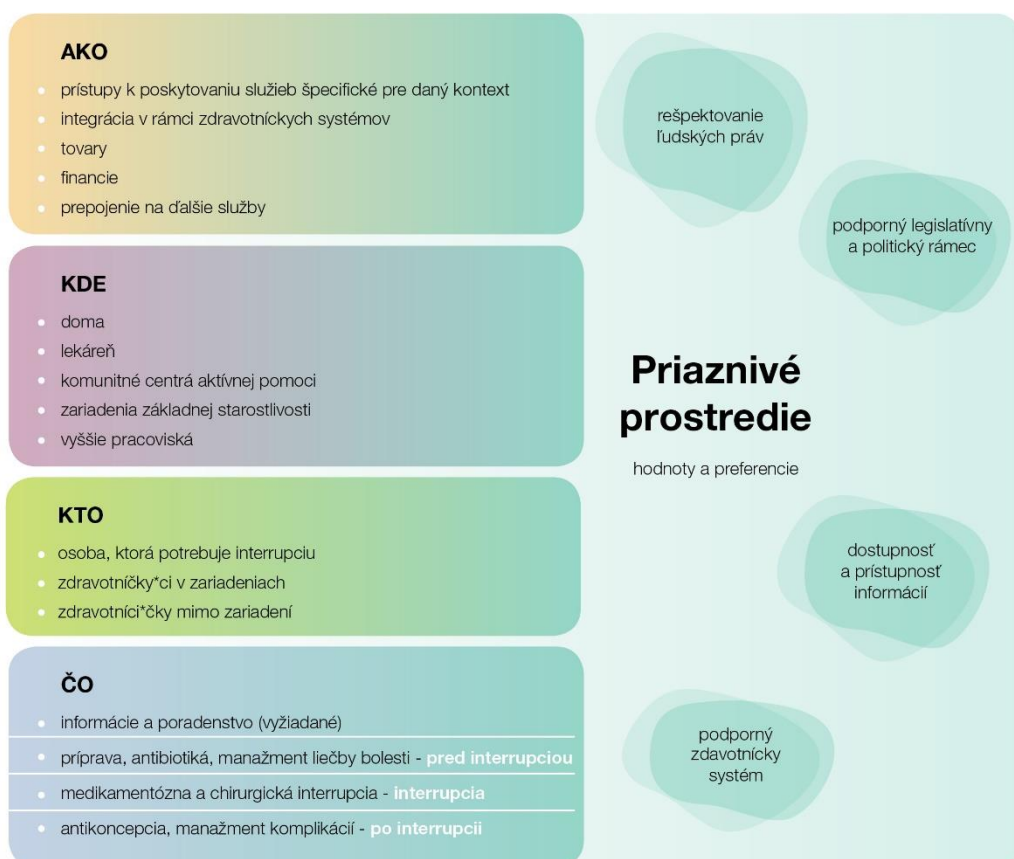
V usmernení zohľadňujeme, že väčšina dostupných dôkazov týkajúcich sa interrupcií môže byť založená na výskume sledovanej populácie cisrodových žien. Takisto si uvedomujeme, že , interrupčnú starostlivosť môžu potrebovať cisrodové ženy, transrodoví muži, nebinárne, rodovo fluidné a intersexuálne osoby so ženským reprodukčným systémom, ktoré môžu otehotnieť. Pre stručnosť a ľahšiu čitateľnosť tohto usmernenia používame pri pomenovaní všetkých osôb bez rozdielu pohlavia, ktoré môžu potrebovať interrupčnú starostlivosť, najčastejšie slovo „ženy“, pričom ich striedame aj s pojmami „človek“, „osoba“ a „osoba, ktorá vyhľadáva interrupciu“ (pozn. prekladateľky: a ďalšie). Poskytovatelia služieb SRZ zahŕňajúce aj interrupčnú starostlivosť musia zohľadňovať potreby všetkých osôb a poskytovať im rovnakú starostlivosť, pričom rodová identita alebo jej prejav nesmú viesť k diskriminácii.

Toto usmernenie v súvislosti so zdravotnými službami uplatňuje komplexný prístup orientovaný na človeka (29). Pre starostlivosť orientovanú na človeka je potrebné, aby mali jednotlivé osoby vzdelanie a podporu, aké potrebujú na to, aby sa vedeli rozhodovať a podieľať sa na vlastnej zdravotnej starostlivosti (30). Individuálne zdravotné preferencie sa môžu líšiť; žiadny model interrupčnej starostlivosti nebude vyhovovať potrebám každej osoby, ktorá chce podstúpiť interrupciu. Ústredné hodnoty, akými sú dôstojnosť, autonómia, rovnosť, dôvernosť, komunikácia, sociálna podpora, podporná starostlivosť a dôvera, sú základom interrupčnej starostlivosti a sú prítomné sa naprieč celým usmernením (31).

1.2.4 Konceptná štruktúra usmernenia

Ako ilustruje schéma 1.1, v usmernení sa orientujeme na hodnoty a preferencie osôb, ktoré vyhľadáujú interrupciu a vnímame ich ako osoby aktívne sa zúčastňujúce na zdravotných službách, ako aj ich prijímateľky. Kladieme dôraz na to, aby zdravotné služby boli integrované v rámci zdravotníckeho sektora. A to v prípadoch, ktoré sa týkajú žien, dievčat aj iných tehotných osôb, ktoré absolvujú interrupčnú starostlivosť (vrátane pred- a pointerrupčnej starostlivosti), aby bolo zabezpečené, že poskytovanie služieb bude spĺňať ich potreby spravodlivo a bez diskriminácie. Pre každú osobu, ktorej sa interrupcia týka, prináša usmernenie špecifické odporúčania ohľadom potrebných opatrení (teda „čo“) aj pokyny pre osoby, ktoré ich môžu bezpečne vykonávať (teda „kto“). Usmernenie tiež poskytuje informácie o miestach, kde je možné tieto služby poskytovať (t. j. „kde“), a popisuje modely poskytovania služieb, ktoré je možné použiť (t. j. „ako“). Priaznivé prostredie, ktoré je opísané v ďalšej časti tejto kapitoly poskytuje podmienky pre účinnú implementáciu týchto opatrení poskytuje.

Schéma 1.1: Konceptný rámec pre interrupčnú starostlivosť



1.3 Prostredie priaznivé pre poskytovanie komplexnej interrupčnej starostlivosti

Prostredie, v ktorom človek žije, je pri ovplyvňovaní prístupu k zdravotnej starostlivosti kľúčové a ovplyvňuje jeho zdravotný stav. Priaznivé prostredie je základom kvalitnej a komplexnej interrupčnej starostlivosti. Tri základné piliere prostredia priaznivého pre interrupčnú starostlivosť sú uvedené v rámciku 1.1 a bližšie rozpracované v texte tejto časti:

1. dodržiavanie ľudských práv a podporný legislatívny a politický rámec
2. dostupnosť a prístupnosť informácií a
3. podporný, univerzálne prístupný, cenovo dostupný a dobre fungujúci systém zdravotnej starostlivosti.

Upresňujeme, že v tejto časti usmernenia neuvádzame odporúčania, ide skôr o podrobný popis zložiek a faktorov, ktoré by mali tvoriť prostredie priaznivé pre poskytovanie kvalitnej interrupčnej starostlivosti vychádzajúcej z osvedčených postupov SZO a ktoré by poskytli optimálne podmienky pre čo najlepšie uplatňovanie odporúčaní uvedených v ďalších častiach tejto kapitoly a v 3. kapitole. Napriek tomu, že priaznivé prostredie predstavuje ideálny kontext, zavedenie všetkých zložiek takéhoto prostredia nie je nevyhnutnou podmienkou pre implementáciu a realizáciu odporúčaní obsiahnutých v tomto usmernení.

RÁMČEK 1.1:

Základné zložky prostredia priaznivého pre poskytovanie interrupčnej starostlivosti

Dodržiavanie ľudských práv a podporný legislatívny a politický rámec

- Štáty ratifikujú medzinárodné a regionálne ľudskoprávne zmluvy a dohovory týkajúce sa zdravia vrátane sexuálneho a reprodukčného zdravia (SRZ).
- Zákony a politiky podporujú SRZ pre všetky a všetkých a sú v súlade so sexuálnym a reprodukčným zdravím a právami.
- Sú zavedené adekvátne administratívne, politické a súdne opatrenia uľahčujúce kvalitnú interrupčnú starostlivosť, ktoré zahŕňajú dostupné, transparentné a účinné mechanizmy zabezpečujúce možnosť nápravy. Patria medzi ne:
 - ľahko dostupné mechanizmy, ktoré umožnia ženám včas napadnúť odmietnutie vykonania interrupcie, a
 - primerané mechanizmy na kontrolu prípadov, v ktorých zlyháva zabezpečenie kvalitnej starostlivosti. Súčasťou je aj pravidelná revízia a reforma právnych predpisov a politik s cieľom rozpoznať a odstrániť prekážky, ktoré bránia v poskytovaní kvalitnej interrupčnej starostlivosti.
- Politiky minimalizujú počet neplánovaných tehotenstiev poskytovaním kvalitných informácií a služieb v oblasti antikoncepcie vrátane celej škály antikoncepčných metód – núdzových, aj krátkodobo a dlhodobo pôsobiach.
- Všetci ľudia a komunity majú prístup k potrebným zdravotníckym službám bez toho, aby to pre nich predstavovalo finančné ťažkosti a bez akejkoľvek diskriminácie.

Dostupnosť a prístupnosť informácií

- Pre všetky a všetkých je zabezpečená na dôkazoch založená komplexná sexuálna výchova dostupná vo viacerých formách a jazykoch.
- Presné, nezaujaté a na dôkazoch založené informácie o SRZ vrátane informácie o interrupciách a antikoncepčných metódach vo viacerých a prístupných formách a jazykoch sú široko dostupné.

Podporný, univerzálne prístupný, cenovo dostupný a dobre fungujúci systém zdravotnej starostlivosti

- Vďaka univerzálnemu zdravotnému poisteniu (UHC) môžu všetky osoby využívať potrebnú starostlivosť bez toho, aby to pre ne predstavovalo finančnú záťaž (pozri časť 1.4.1).
- Zdravotnícky systém disponuje primeranými zdrojmi, čo znamená, že k dispozícii sú prístupné, prijateľné, cenovo dostupné a kvalitné prostriedky vrátane základných liekov, materiálu, vybavenia, pracovnej sily a pridelených financií.
- Je zabezpečený spravodlivý prístup ku kvalitným základným liekom a zdravotníckym potrebám.
- Vedenie a zdravotnícke normy presadzujú služby SRZ založené na dôkazoch.
- Organizácia zdravotníckeho systému zabezpečuje dodržiavanie SRZ a ľudských práv vrátane nediskriminácie a rovnosti a autonómie pri rozhodovaní.
- Je dostatok personálu, ktorý absolvuje odbornú prípravu zameranú na kompetencie a je kvalifikovaný poskytovať na dôkazoch založené poradenstvo a služby v oblasti SRZ.

- Personál, ktorý poskytuje služby v oblasti SRZ, je okrem odbornej prípravy vyškolený aj v oblasti znenia a významu právnych predpisov a je vyškolený a oprávnený interpretovať a uplatňovať právne predpisy a politiku spôsobom, ktorý je v súlade s ľudskými právami.
- Pri poskytovaní starostlivosti je zabezpečená dôvernosť a diskretnosť a vyvíja sa úsilie na boj proti stigmatizácii interrupcií.
- Je zabezpečený prístup k bezpečnej a včasnej komplexnej interrupčnej starostlivosti a ženy nie sú nútené podstupovať rizikové interrupcie.
- Politiky financovania zdravotníctva by sa mali vyhnúť tomu, aby bol prístup k službám SRZ podmienený priamou platbou zo strany pacientok na mieste poskytnutia služby.
- Starostlivosť je vždy rešpektujúca a empatická.
- zapojené a podporujúce sú aj komunity.

1.3.1 Ľudské práva a podporný legislatívny a politický rámec

Priaznivé prostredie je také, v ktorom sú ľudské práva jednotlivcov a jednotlivkyň dodržiavané, chránené a napĺňané. To si vyžaduje pravidelné posudzovanie a v prípade potreby revíziu kontrolných, právnych a politických rámcov a prijímanie opatrení v záujme ich zosúladienia s meniacimi sa medzinárodnými ľudskoprávnymi normami (pozri Prílohu 2 (Annex 2) v [originálnom dokumente](#)).

V celom texte usmernenia sa odvolávame na ľudskoprávne normy v medzinárodnom práve, ktorých uplatniteľnosť v konkrétnom prostredí závisí od faktorov, akým je napríklad ratifikácia príslušných ľudskoprávnych nástrojov daným štátom. Zdroje týchto ľudskoprávnych noriem detailne uvádzame v [Prílohe A](#) na webe: Kľúčové medzinárodné ľudskoprávne normy pre oblasť interrupcií (Web Annex A: Key international human rights standards on abortion).

(i) Sexuálne a reprodukčné zdravie a práva

Sexuálne a reprodukčné zdravie a práva majú svoj základ v celom rade ľudských práv uznaných a zaručených štátnym a medzinárodným právom a sú neoddeliteľne späté s plnením cieľov politik v oblasti verejného zdravia vrátane cieľov trvalo udržateľného rozvoja (32, 33). Ľudia disponujú celým radom sexuálnych a reprodukčných práv, ktoré sú relevantné z hľadiska informácií a služieb v rámci celého spektra interrupčnej starostlivosti (pozri rámček 1.2). Nadradené nad všetkými právami sú zásady nediskriminácie a rovnosti a právo na najvyššiu dosiahnuteľnú úroveň fyzického a duševného zdravia, a to aj v rámci služieb poskytovaných v oblasti SRZ (3, ods. 7). Všetky sa opierajú o záväzky štátov, podľa ktorých majú zabezpečiť, aby zákony a politiky, inštitucionálne opatrenia a spoločenská prax nebránili ľuďom v účinnom uplatňovaní svojho práva na SRZ (3, ods. 8).

(ii) Predchádzanie rizikovým interrupciám a znižovanie úmrtnosti a výskytu závažných zdravotných problémov (morbidity) rodičiek

Rámček 1.2 obsahuje všeobecný popis vybraných ľudských práv tak, ako sú ukotvené v nástrojoch medzinárodného práva, a s nimi súvisiace povinnosti a zásady relevantné pre SRZ.

Prijatie opatrení na prevenciu rizikových interrupcií je v súvislosti s právom na SRZ základnou povinnosťou (3, ods. 49). Medzinárodné právo v oblasti ľudských práv stanovuje štátom, aby prijali opatrenia na zníženie úmrtnosti rodičiek a zároveň účinne chránili ženy pred fyzickým a psychickým ohrozením (morbiditou) spojeným s rizikovou interrupciou (43, body 6, 9, 24, 30-33). Monitorovacie orgány zmlúv (pozri prílohu 2 (Annex 2) v [originálnom dokumente](#)) poukazujú na to, že štáty musia v záujme zabezpečenia takejto ochrany prepracovať svoje zákony (36, ods. 8). Preto aj Výbor OSN pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva (CESCR) potvrdzuje, že štáty musia uvoľniť reštriktívne interrupčné zákony, zaručiť prístup ku kvalitnej interrupčnej a postabortívnej starostlivosti a zaručiť právo žien na slobodné rozhodovanie sa o vlastnom sexuálnom a reprodukčnom zdraví (3, ods. 28). Podľa medzinárodného práva v oblasti ľudských práv je povinnosťou štátov za každých okolností zabezpečiť, aby predpisy týkajúce sa interrupcií (pozri 2. kapitolu) nemali za následok to, že ženy a

dievčatá budú nútené podstupovať rizikové interrupcie (36, ods. 8). Na základe medzinárodného práva v oblasti ľudských práv musia štáty poskytovať základné lieky uvedené v Akčnom programe Svetovej zdravotníckej organizácie o základných liekoch (46, ods. 12a). Štáty musia zároveň prijať opatrenia na predchádzanie stigmatizácii osôb, ktoré sa rozhodnú pre interrupciu (36, ods. 8). Navyše je potrebné zavádzať politiky zamerané na znižovanie počtu neplánovaných tehotenstiev prostredníctvom poskytovania kvalitných informácií a služieb v oblasti antikoncepcie, vrátane celej škály antikoncepčných metód – núdzových, aj krátkodobo a dlhodobo účinkujúcich.

Právo na prístup k sexuálnemu a reprodukčnému zdraviu zaväzuje štáty, aby zabezpečili, že zdravotnícke zariadenia, tovary a služby boli dostupné, prístupné, prijateľné a kvalitné (46, ods. 8, 12). To by malo byť zohľadnené vo všetkých zložkách právnej úpravy interrupcií.

(iii) Právo na prístup k interrupciám

Monitorovacie orgány zmlúv vyzývajú na dekriminalizáciu interrupcií za každých okolností. Takisto objasňujú záväzky štátov v oblasti ľudských práv vo vzťahu k interrupciám. Medzi ne patrí, že:

- Štáty nesmú tehotenstvo alebo interrupcie regulovať spôsobom, ktorý je v rozpore s ich základnou povinnosťou zabezpečiť, aby ženy a dievčatá nemuseli podstupovať rizikové interrupcie. V prípade, že tak konajú, musia tieto obmedzenia v prístupe k interrupcii prepracovať (36, ods. 8).
- Regulácia interrupcií nesmie ohrozovať životy tehotných žien, vystavovať ich fyzickej alebo duševnej bolesti či utrpeniu (vrátane prípadov, keď sa jedná o mučenie alebo kruté, neľudské či ponižujúce zaobchádzanie alebo trestanie), diskriminovať ich alebo svojvoľne zasahovať do ich súkromia (36, ods. 8).
- Aby bolo zaručené dodržiavanie ľudských práv, regulácia interrupcií musí byť založená na dôkazoch a primeraná (37, ods. 18).

RÁMČEK 1.2:

Vybrané ľudské práva podľa toho, ako sú vymedzené v príslušných nástrojoch medzinárodného práva a s nimi súvisiace záväzky a zásady týkajúce sa sexuálneho a reprodukčného zdravia a práv, predovšetkým interrupcií

Ľudské právo	Vybrané ľudskoprávne zásady a záväzky týkajúce sa interrupcií
Právo na najvyššiu dosiahnuteľnú úroveň fyzického a duševného zdravia vrátane prístupu k sexuálnemu a reprodukčnému zdraviu a právam	<ul style="list-style-type: none">• Štáty sú povinné dodržiavať, chrániť a naplňať právo všetkých osôb na prístup k sexuálnemu a reprodukčnému zdraviu a právam (34, článok 12). Zahŕňa to:<ul style="list-style-type: none">○ odstránenie právnych predpisov vrátane trestných zákonov trestajúcich ženy, ktoré podstúpia interrupciu, alebo lekárov a lekárkov, čo tieto služby ponúkajú (3, 35-38);○ zabezpečenie toho, aby výhrada vo svedomí uplatnená zdravotníckymi pracovníčkami a pracovníkmi, ženám nebránila v prístupe k zdravotným službám (napr. v prípade, keď je interrupcia legálna a lekárka alebo lekár ju odmietne vykonať, zdravotný systém musí zaisťovať nasmerovanie na iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti) (3, 39);○ odstránenie prekážok v poskytovaní interrupčných služieb vrátane prekážok, ktoré spôsobujú, že ženy volia rizikové interrupcie – vrátane odstránenia neprijateľných zdržaní pri poskytovaní lekárskej starostlivosti (3, 36, 38, 40-42);○ prijatie opatrení na prevenciu rizikových interrupcií a zabezpečenie prístupu k postabortívnej starostlivosti založenej na dôvere a bez hrozby trestného stíhania alebo iných represívnych sankcií za každých okolností (3, 36 – 38, 40, 41, 42 [ods. 33], 43 – 47);○ prijatie opatrení na predchádzanie a odstránenie diskriminácie, stigmatizácie a negatívnych stereotypov, ktoré sú prekážkou v prístupe k sexuálnemu a reprodukčnému zdraviu (SRZ), a to voči osobám vyhľadávajúcim interrupciu aj poskytovateľom zdravotnej starostlivosti poskytujúcim služby interrupčnej starostlivosti (36, 38).• Štáty musia zabezpečiť dostupnosť, prijateľnosť a kvalitu zariadení, tovarov a služieb v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia. Zahŕňa to:<ul style="list-style-type: none">○ zabezpečenie dostatočného množstva zariadení, tovarov a služieb v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia (napr. vyškolený a kvalifikovaný zdravotnícky a ošetrovateľský personál [42, 46, 48] a vedecky schválené a neexspirované medikamenty používané pri interrupciách a postabortívnej starostlivosti [49], ako aj možnosť podstúpiť bezpečnú interrupciu v prípade znásilnenia a incestu [3, 36, 42, 50, 51]);○ zabezpečenie toho, aby zdravotná starostlivosť a služby vrátane SRZ a základných liekov boli fyzicky aj geograficky prístupné a finančne dostupné pre všetky a všetkých – a to buď tak, že budú poskytované bezplatne alebo tak, aby výdavky na zdravotnú starostlivosť týmto osobám nespôsobili finančné ťažkosti [46];○ zabezpečenie prístupnosti informácií týkajúcich sa SRZ (3, 52) (napr. inštitúcie a jednotlivé osoby by mali mať umožnené poskytovať presné informácie o zdravotnej starostlivosti vrátane informácií o interrupciách bez obáv z trestnoprávných postihov [41, 50, 51]);○ zabezpečenie toho, aby bolo poskytovanie služieb rešpektujúce ku kultúre jednotlivých osôb, menších národov a komunit a citlivé voči potrebám súvisiacich s rodom, vekom, zdravotným znevýhodnením, sexuálnou rozmanitosťou a životným cyklom (53, ods. 20).

<p>Právo na nediskrimináciu a rovnosť</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Štáty musia zabezpečiť rovný prístup všetkých ľudí k rovnakému rozsahu, kvalite a štandardu informácií, produktov a služieb v oblasti SRZ (36, 45, 52). • Štáty musia priznať a prijať opatrenia na zabezpečenie prístupu k bezpečnej interrupčnej a postabortívnej starostlivosti pre špecifické skupiny ľudí, najmä tie, čo sú marginalizované, majú obmedzené zdroje, žijú vo vidieckych oblastiach a/alebo patria k menšinám, keďže je u nich väčšia pravdepodobnosť, že budú zažívať viaceré formy diskriminácie súčasne (3, 36-38, 40, 41, 42 [bod 33], 43-47, 49, 54 [bod 45]). • Štáty musia zrušiť alebo prepracovať diskriminačné zákony, politiky a praxe, ktoré jednotlivkyniam a jednotlivcom znemožňujú alebo zhoršujú dostupnosť SRZ, akými sú napríklad kriminalizácia interrupcií a reštriktívne interrupčné zákony (3, 35-38, 41, 42 [ods. 22], 55). • Štáty musia odstrániť všetky legislatívne, procedurálne, praktické a sociálne prekážky, ktoré bránia rovnocennému a nediskriminačnému prístupu jednotlivých osôb k SRZ vrátane interrupcií. Takisto by mali zrušiť opatrenia, ako sú požiadavky na súhlas tretej strany (t. j. manžela, partnera, rodiča/rodičky, opatrovníčky/opatrovníka alebo zdravotníckych inštitúcií), zaujaté poradenstvo, povinné čakacie doby a obmedzenia vyplývajúce z toho, že ide o nevydatú ženu (3, 35-38). • Štáty musia prijať opatrenia zabraňujúce vykonávaniu nútených interrupcií, ktoré sa týkajú najmä žien a dievčat z marginalizovaných skupín (37, 40, 47, 52, 56).
<p>Právo na život</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Štáty musia zabezpečiť, aby opatrenia zamerané na regulovanie prístupu k interrupciám neohrozovali život ženy, dievčaťa alebo inej tehotnej osoby, nevystavovali ich fyzickej alebo psychickej bolesti či utrpeniu, nediskriminovali ich a svojvoľne nezasahovali do ich súkromia (36). • V prípadoch, v ktorých je ohrozený život alebo zdravie ženy, dievčaťa alebo inej tehotnej osoby, v ktorých by pre tehotnú osobu donosenie plodu znamenalo veľkú bolesť alebo utrpenie, v prípadoch, keď je tehotenstvo dôsledkom znásilnenia alebo incestu alebo keď ide o tehotenstvo s neživotaschopným plodom, musia štáty zabezpečiť účinný na dôvere založený prístup k bezpečnej a legálnej interrupcii (36). • Štáty musia prijať opatrenia na zníženie výskytu závažných zdravotných problémov (morbidity) a úmrtnosti rodičiek, čo zahŕňa aj riešenie problematiky rizikových interrupcií, pričom je potrebné zohľadniť aj sťažené podmienky v určitých prostrediach (3, 36 – 38, 40, 43).
<p>Právo na súkromie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Štáty musia rešpektovať právo každého človeka samostatne sa rozhodovať o svojom sexuálnom a reprodukčnom zdraví vrátane toho, či podstúpi alebo nepodstúpi interrupciu (35, 36, 57). • Služby v oblasti SRZ vrátane interrupčnej a postabortívnej starostlivosti treba poskytovať spôsobom, ktorý plne rešpektuje súkromie ženy, dievčaťa alebo inej tehotnej osoby a zaručuje jej dôvernosť (35, 36). • Od zdravotníckych a ošetrovateľských pracovníčok a pracovníkov sa nesmie vyžadovať ani im nesmie byť nariadené nahlasovať prípady žien podstupujúcich interrupciu (36, 37, 40, 48). • Odmietnutie vykonania terapeutickkej interrupcie (pozn. prekladateľky: interrupcie, ktorá je potrebná na ochranu zdravia alebo záchranu života tehotnej) môže byť svojvoľným zásahom do práva na súkromie (57). • Požiadavky na súhlas tretej strany môžu porušovať právo na súkromie (3, 36, 38).
<p>Právo nebyť podrobená*ý mučeniu, krutému, neľudskému</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nútené interrupcie, kriminalizácia interrupcií, odmietanie alebo odďaľovanie bezpečnej interrupčnej a/alebo postabortívnej starostlivosti a napádanie a zlé zaobchádzanie so ženami a dievčatami, ktoré hľadajú informácie, tovary a služby v oblasti SRZ, sú formami rodovo podmieneného násillia (44, 55), ktoré – v závislosti

<p>a ponižujúcemu zaobchádzaniu a trestaniu vrátane práva na telesnú a duševnú integritu</p>	<p>od okolností – môžu predstavovať mučenie, kruté, neľudské alebo ponižujúce zaobchádzanie (55).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Štáty musia zabezpečiť, aby právne úpravy interrupcií nevystavovali jednotlivé osoby silnej fyzickej alebo duševnej bolesti alebo utrpeniu, napríklad v prípade, keď je tehotenstvo dôsledkom znásilnenia (36). • Zákony a politiky štátov nesmú povoľovať vykonanie interrupcie bez slobodného a informovaného súhlasu dotknutej osoby (40, 41, 48, 52, 56, 58). • Štáty musia predchádzať a postihovať vynucovanie interrupcií zo strany verejných inštitúcií a súkromných subjektov, a to aj v prípadoch, keď ich vykonávajú zdravotne znevýhodneným ženám alebo v súlade s donucovacími zákonmi a politikami rodinného plánovania, ako aj v kontexte konfliktu (40, 41, 48, 52, 56, 58). • Štáty by mali zabezpečiť, aby osoby vyhľadávajúce bezpečnú a legálnu interrupciu, neboli vystavované ponižujúcemu a odsudzujúcemu prístupu, ktorý by viedol k odmietnutiu alebo odkladu takýchto služieb. A to z dôvodu, že ide o mimoriadne zraniteľné osoby a o prípady, keď je včasná zdravotná starostlivosť nevyhnutná (35). • Kriminalizáciu interrupcií vrátane praxe vynucovania priznania od osôb, ktoré vyhľadali naliehavú lekársku starostlivosť po nelegálnej interrupcii na účely trestného stíhania možno v závislosti od okolnosti považovať za mučenie, kruté, neľudské alebo ponižujúce zaobchádzanie (55).
<p>Právo slobodne a zodpovedne rozhodovať o počte detí, vekom rozdiel medzi nimi a ich načasovaní a mať k dispozícii informácie a prostriedky, ktoré im to umožňujú.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Štáty musia zabezpečiť prístup k informáciám a službám v oblasti plánovaného rodičovstva a sexuálneho a reprodukčného zdravia vrátane cenovo dostupných antikoncepčných metód, aby sa mohli ženy a mladistvé samostatne a informovane rozhodovať o svojom reprodukčnom zdraví (42 [ods. 33], 49 [ods. 33]). • Štáty musia zabezpečiť, aby mohli zdravotne znevýhodnené ženy uplatňovať svoje právo rozhodovať o počte detí a vekom rozdiel medzi nimi (52, 59 [článok 3 ods. 3]).
<p>Právo na informácie a vzdelanie zahŕňajúce aj oblasť sexuálneho a reprodukčného zdravia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Štáty musia prijať opatrenia na zabezpečenie toho, aby boli aktuálne a presné informácie o SRZ vo vyhovujúcich jazykoch a formách verejne dostupné a prístupné všetkým osobám (3, 50-52). • Štáty musia zaistiť, aby vzdelávacie inštitúcie začlenili do svojich povinných učebných osnov objektívnu, vedecky presnú, na dôkazoch založenú, veku primeranú a komplexnú sexuálnu výchovu (3, ods. 63). • Štáty musia jednotlivým osobám sprístupniť presné, na dôkazoch založené informácie o interrupciách – a to dôverným spôsobom (3 [ods. 63], 50-52). • Tieto informácie musia byť prezentované spôsobom zrozumiteľným pre osobu, ktorej sú poskytované (3, 52). • Ak sa osoba, ktorej boli informácie ponúknuté, rozhodne ich odmietnuť, je potrebné to rešpektovať. • Štáty musia zabezpečiť, aby bol informovaný súhlas udelený slobodne, aby bol účinne chránený a aby bol založený na tom, že existujú kompletne sprístupnené kvalitné, presné a dostupné informácie.
<p>Právo využívať výhody vedeckého pokroku a jeho výsledkov</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Štáty musia zabezpečiť dobrý prístup k základným liekom za dostupné ceny (46, 49, 54). • Štáty musia zabezpečiť prístup k nevyhnutným moderným vedeckým technológiám, najmä k antikoncepcii a interrupčným liekom pre všetky a všetkých bez rozdielu (42, 49).

Poznámka: Pre ďalšie informácie pozri [prílohu A](#) na webe: Kľúčové medzinárodné ľudskoprávne normy pre oblasť interrupcií

(Key international human rights standards on abortion). Formulácie použité v tomto rámcu odrážajú pôvodné znenie použité v zdrojových dokumentoch (ľudskoprávných zmluvách).

- Interrupcia musí byť dostupná v prípade, ak by žene donosenie plodu spôsobilo značnú bolesť alebo utrpenie. To okrem iného zahŕňa aj situácie, keď sú ohrozené jej život a zdravie, keď je tehotenstvo výsledkom znásilnenia alebo incestu alebo keď ide o tehotenstvo s neživotaschopným plodom (36, ods. 8). Monitorovacie orgány zmlúv tiež odporúčajú, aby boli interrupcie prístupné aj v prípadoch poškodenia plodu a zároveň zaviesť opatrenia na ochranu pred diskrimináciou na základe znevýhodnenia v spoločnosti (60).
- Štáty by nemali kriminalizovať interrupcie, osoby podstupujúce interrupciu alebo osoby, ktoré podporujú osoby podstupujúce interrupciu (3 [body 20, 34], 36 [bod 8], 55 [bod 18], 61 [bod 51 písm. l]), 62 [bod 60], 63 [bod 82, 107]).
- Štáty by od zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok nemali vyžadovať, aby nahlasovali ženy, ktoré podstúpia interrupciu alebo u ktorých existuje podozrenie, že ju podstúpili (40, ods. 20).
- Štáty musia poskytovať nutnú základnú zdravotnú starostlivosť (64, ods. 10) (pozri tiež časť 1.4.1: Univerzálne zdravotné poistenie a základná zdravotná starostlivosť; časť 1.4.4: tovary; prílohu 2 v originálnom dokumente (Selected human rights treaties and their treaty monitoring bodies): Vybrané ľudskoprávne zmluvy a ich monitorovacie orgány; a tiež prílohu A na webe: Kľúčové medzinárodné ľudskoprávne normy týkajúce sa interrupcií (Key international human rights standards on abortion)).

(iv) Dostupnosť interrupčnej starostlivosti.

Ak je interrupcia legálna, musí byť dostupná v praxi. To si vyžaduje jednak zabezpečenie dostupnosti zdravotníckych zariadení, tovarov a služieb (vrátane dostatočného množstva poskytovateľov; pozri časť 3.3.8 o obmedzeniach pre poskytovateľov) a jednak to, aby bola interrupčná legislatíva a politika formulovaná, interpretovaná a uplatňovaná spôsobom, ktorý je v súlade s ľudskými právami. Teda tam, kde je v súčasnosti interrupcia dostupná len po udaní dôvodu, teda iba v určených prípadoch a v očakávaní prechodu na odporúčaný systém interrupcie na žiadosť (pozri odporúčanie 2: Prístupy vyžadujúce udanie dôvodu, časť 2.2.2), musia byť tieto dôvody definované a interpretované spôsobom plne zohľadňujúcim ľudské práva žien, ktorý je v súlade s nasledujúcimi definíciami SZO:

Zdravie: stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody, nielen neprítomnosť choroby alebo slabosti (2).

Duševné zdravie: stav pohody, v ktorom si každá jednotlivkyňa a jednotlivец uvedomuje svoj vlastný potenciál, dokáže sa vyrovnáť s bežným životným stresom, dokáže produktívne a efektívne pracovať a je schopná*ý prispieť k rozvoju svojej komunity (65).

Štáty musia prijať účinné opatrenia zabráňujúce tretím stranám (napr. rodičom, manželom, zdravotníckym inštitúciám) narušiť využívanie práva človeka na sexuálne a reprodukčné zdravie (pozri časť 3.3.2: Súhlas tretej strany) (3, ods. 59) a tiež musia zabezpečiť, aby odmietnutie zo strany poskytovateľa nebolo prekážkou v prístupe k interrupčnej starostlivosti (pozri časť 3.3.9: Výhrada vo svedomí) (3 [ods. 14, 43], 39 [kap. 1, ods. 11, 13]).

(v) Slobodný a informovaný súhlas

Medzinárodné právo v oblasti ľudských práv ustanovuje, že interrupciu je potrebné vykonávať na základe slobodného a informovaného súhlasu osoby podstupujúcej interrupciu bez potreby ďalšieho schvaľovania.

Medzinárodné právo v oblasti ľudských práv zaväzuje štáty, aby zabezpečili, že presné, na dôkazoch založené informácie o interrupcii (3 [ods. 9], 36 [ods. 8]) budú jednotlivkyňiam a jednotlivcom k dispozícii na dôvernom základe (36 [ods. 8], 43), a tiež, že bude rešpektovaná ich voľba odmietnuť takéto informácie, keď sú im ponúknuté (58, ods. 15). Poskytovanie takýchto informácií má zásadný význam, pretože je základom práva a spôsobilosti na vykonanie informovaného rozhodnutia o záležitostiach týkajúcich sa vlastného tela a SRZ a udeľovanie informovaného súhlasu (pozri tiež časť

1.3.2 nižšie).

Podľa medzinárodného práva v oblasti ľudských práv sú štáty povinné zabezpečiť, aby bol „informovaný súhlas“:

- zaznamenaný pred zdravotným zákrokom a poskytnutý bez nátlaku, neoprávneného ovplyvňovania alebo zavádzania (58, ods. 13);
- zaručený legislatívnymi, politickými a administratívnymi prostriedkami (58, ods. 7), ako základný rozmer celého radu ľudských práv (t. j. práva na zdravie, informácie, nediskrimináciu a bezpečnosť a dôstojnosť človeka);
- založený na poskytnutí úplných informácií o výhodách, rizikách a alternatívach;
- založený na kvalitných, presných a prístupných informáciách, ktoré sú prezentované spôsobom prijateľným pre osobu udeľujúcu súhlas (čo zahŕňa zabezpečenie ich dostupnosti v rôznych formách a jazykoch a vo vyhotoveniach, ktoré ich sprístupňujú mentálne znevýhodneným osobám).

Ďalšie dôležité informácie sa nachádzajú v časti 3.2 o poskytovaní informácií a poradenstve ohľadom interrupcií pre individuálne žiadateľky o interrupciu, v časti 3.5.1 o následnej starostlivosti a v časti 3.5.4 o postabortívnej antikoncepcii. Štáty sú povinné chrániť ženy vyhľadávajúce služby v oblasti SRZ pred svojvoľným ovplyvňovaním a zabezpečiť dodržiavanie práva žien na slobodné rozhodovanie o ich sexuálnom a reprodukčnom zdraví a pohode, čo sa vzťahuje aj na ženy so zdravotným znevýhodnením (60).

Hoci majú ženy právo na prístup k pravdivým informáciám, niektorí zdravotnícki pracovníci a pracovníčky, ktorí a ktoré sú proti interrupciám z dôvodu výhrady vo svedomí, buď o interrupciách poskytujú zámerne zavádzajúce informácie alebo ich odmietajú poskytovať úplne (66-68). V štátoch, v ktorých sa môžu zdravotníčky a zdravotníci odvolávať na výhradu vo svedomí (3, ods. 43), musí byť odmietnutie interrupčnej starostlivosti na takomto základe právne upravené a sledované, aby bol ženám zabezpečený prístup k pravdivým informáciám a primeraným službám (pozri časť 3.3.9: Výhrada vo svedomí).

Podľa medzinárodného práva v oblasti ľudských práv nesmú štáty obmedzovať prístup žien k zdravotníckym službám z dôvodu, že nemajú súhlas manželov, partnerov, rodičov/opatrovníčok alebo zdravotných inštitúcií či z dôvodu, že nie sú vydaté, alebo že sú ženy (39 [kap. 1, body 14, 21], 3 [body 41, 43]). V prípade dospelých by sa pred vykonaním interrupcie nemalo vyžadovať povolenie alebo súhlas rodičov (pozri tiež časť 3.3.2: Súhlas tretej strany). Štáty musia vo všeobecnosti rešpektovať psychický vývoj detí a dospelých a s ním spojenú schopnosť robiť rozhodnutia, ktoré ovplyvňujú ich život (69, článok 5). S cieľom zabezpečiť ochranu sexuálneho a reprodukčného zdravia a práv dospelých navrhuje špeciálny spravodajca OSN pre právo každého človeka na najvyššiu dosiahnuteľnú úroveň fyzického a duševného zdravia, aby štáty zväzili zavedenie „právneho predpokladu o spôsobilosti, podľa ktorého dospelá osoba žiadajúca o preventívne alebo časovo citlivé zdravotnícke tovary alebo služby – aj v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia –, disponuje potrebnou spôsobilosťou na prístup k takýmto produktom a službám“ (35, ods. 60). Výbor OSN pre práva dieťaťa (CRC) takisto vyzýva štáty, že „by mali prehodnotiť a zväziť možnosť umožniť deťom poskytovať súhlas s určitými typmi medicínskej liečby a intervencií aj bez predchádzajúceho súhlasu rodiča, opatrovníka alebo zákonného zástupcu, napr. ... služby sexuálneho a reprodukčného zdravia, vrátane bezpečného prerušenia tehotenstva“ (45, ods. 31).

Osoby so zdravotným postihnutím majú právo sa samostatne rozhodovať (59, článok 3a), ale čelia pretrvávajúcej systémovej diskriminácii v prístupe k službám v oblasti SRZ. Štáty majú povinnosť zakázať a predchádzať diskriminačnému odopieraniu poskytovania služieb SRZ ľuďom so zdravotným postihnutím (70, ods. 66). Štáty nesmú vykonávať a musia podniknúť kroky na zamedzenie nútených interrupcií (40, ods. 11), ktoré znamenajú mučenie, kruté, neľudské alebo ponižujúce zaobchádzanie (40 [ods. 11], 52 [ods. 62]).

Poskytovanie postabortívnej starostlivosti je v rámci práva na SRZ základnou povinnosťou štátov (3, ods. 49e). Štáty sú povinné zabezpečiť prístup k postabortívnej starostlivosti bez ohľadu na to, či je interrupcia legálna alebo je prístup k nej obmedzený (45, ods. 70). Takúto starostlivosť je potrebné poskytovať na základe dôvernosti, nediskriminácie a bez hrozby trestného stíhania alebo iných represívnych sankcií (36, ods. 8). Štáty musia zabezpečiť aj prístup k širokej škále moderných, bezpečných a cenovo dostupných antikoncepčných metód (36 [ods. 8], 49 [ods. 33]).

(vi) Postabortívna starostlivosť

Mechanizmy zodpovednosti sú nevyhnutné pre ochranu, dodržiavanie a napĺňanie sexuálneho a reprodukčného zdravia a práv. Kontrola a zodpovednosť za dodržiavanie ľudských práv sa uskutočňuje na štátnej, regionálnej a medzinárodnej úrovni, podľa toho, o aký zákon ide. Na kontrole a zodpovednosti majú podiel rôzne subjekty, ako napríklad samotný štát, organizácie občianskej spoločnosti, štátne ľudskoprávne inštitúcie alebo medzinárodné či regionálne ľudskoprávne mechanizmy. Súčasťou takýchto mechanizmov zodpovednosti sú administratívne mechanizmy na zaznamenávanie a kontrolu relevantných zdravotných dopadov v súvislosti s interrupčným zákonom a politikou a ich zahrnutie do správ pre ľudskoprávne inštitúcie (39, kap. 1, body 9, 10, 12, 17) (pozri aj časť 1.4.5 o kontrole a hodnotení interrupčnej starostlivosti). Štáty musia zabezpečiť, aby mali všetky osoby v prípade porušenia ich ľudských práv možnosť obrátiť sa na orgány spravodlivosti a dosiahnuť zmysluplnú a účinnú nápravu (39, kap. 1, ods. 13). Tieto prostriedky nápravy môžu zahŕňať primeranú, účinnú a rýchlu nápravu vo forme náhrady, odškodnenia, rehabilitácie, kompenzácie a záruk neopakovania (3, ods. 64), a to aj prostredníctvom reformy legislatívy a politiky. S ohľadom na uvedené by malo byť súčasťou prostredia priaznivého pre interrupčnú starostlivosť zabezpečenie vhodných mechanizmov zodpovednosti za zlyhania pri poskytovaní kvalitnej interrupčnej starostlivosti vrátane prístupných, transparentných a účinných mechanizmov zodpovednosti pre ženy, aby mohli včas rozporovať odmietnutie vykonania interrupcie.

(vii) Zodpovednosť za porušovanie ľudských práv

Okrem toho by pre prípady zlyhania kvalitnej interrupčnej starostlivosti mali byť súčasťou priaznivého prostredia aj primerané prostriedky na nápravu, vrátane pravidelnej revízie a reformy právnych predpisov a politík s cieľom rozpoznať a odstrániť prekážky, ktoré bránia poskytovaniu kvalitnej interrupčnej starostlivosti. Ako potvrdil Výbor pre odstránenie diskriminácie žien (CEDAW), takáto reforma by mala zahŕňať „zrušenie diskriminačnej kriminalizácie a preskúmanie a kontrolu všetkých trestných konaní... [a] dekriminalizáciu foriem správania, ktoré sa môžu týkať len žien, ako napríklad interrupcie“ (61, ods. 51[II]).

1.3.2 Dostupnosť a prístupnosť informácií

Základným prvým krokom pri zlepšovaní prístupu k interrupčnej starostlivosti a jej kvality je zabezpečiť, aby mali v prípade potreby všetky osoby prístup k relevantným, presným a na dôkazoch založeným zdravotným informáciám a poradenstvu. Vyžaduje to medzinárodné právo v oblasti ľudských práv - ukotvené v práve na informácie a práve na súkromie (pozri rámček 1.2) – a uľahčuje to rozhodovanie sa jednotlivých ľudí o službách v oblasti SRZ vrátane interrupcií. K dispozícii musia byť dva rôzne typy informácií o interrupciách: (i) všeobecné informácie pre verejnosť (opísané nižšie) a (ii) špecifické informácie prispôbené tak, aby boli relevantné pre konkrétnu osobu, ktorá chce podstúpiť interrupciu (pozri časť 3.2.1) a aby boli základom pre slobodný a informovaný súhlas, ktorý bol opísaný v časti 1.3.1(v).

Zmluvné štáty majú zabezpečiť, aby mal každý človek právo na presné, nezaujaté a na dôkazoch založené informácie o SRZ. V súvislosti s tým musia štáty v rámci svojho záväzku znížiť úmrtnosť a výskyt závažných zdravotných problémov (morbiditu) u matiek zabezpečiť komplexnú, nediskriminačnú, vedecky podloženú a veku primeranú výchovu v oblasti sexuality a reprodukcie, ktorej súčasťou budú aj informácie o interrupcii, a to v školách aj mimo nich (46, 71 [články 10, 16], 72). Tiež musia zabezpečiť, aby mali neplnoleté osoby prístup ku komplexnej sexuálnej výchove aj bez súhlasu rodičiek alebo opatrovníkov (45, odsek 31). V priaznivom prostredí by mala mať každá osoba k dispozícii všetky informácie potrebné na to, aby sa mohla informovane rozhodnúť o tom, či bude využívať antikoncepciu. Tieto informácie by mali zahŕňať aj informácie o tom, kde a ako možno

podstúpiť interrupciu alebo sa dostať k antikoncepcii, aké sú náklady na služby a aké sú osobitosti jednotlivých miestnych zákonov. Narastajúci počet osôb, ktoré si interrupciu riadia svojpomocne (pozri časť 3.6.2), poukazuje na potrebu zabezpečiť, aby boli presné informácie o interrupcii dostupné všetkým, ktoré a ktorí o ňu môžu požiadať.

Podľa medzinárodného práva v oblasti ľudských práv by poskytovanie informácií o interrupciách nemalo byť trestné, a to ani v prípadoch, keď je samotný zákrok nezákonný (pozri časť 2.2.1: Kriminalizácia interrupcií). Súčasťou priaznivého prostredia by za účelom zabezpečenia širokej dostupnosti presných informácií, a to aj pre osoby s nízkou gramotnosťou, malo byť zdieľanie týchto informácií v rôznych formátoch/médiách vhodných pre príslušné publikum (napr. videá, sociálne médiá). Výbor OSN pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva potvrdzuje, že „[š]írenie dezinformácií a obmedzovanie práva jednotlivých a jednotlivcov na prístup k informáciám o SRZ je zároveň porušením povinnosti dodržiavať ľudské práva. [...] Takéto obmedzenia bránia prístupu k informáciám a službám a môžu podnecovať stigmatizáciu a diskrimináciu“ (3, ods. 41).

1.3.3 Faktory súvisiace so zdravotníckym systémom

Na splnenie ľudskoprávných záväzkov v rámci zdravotníckeho systému je potrebné prijať viacero opatrení. Opatrenia na uľahčenie a posilnenie poskytovania interrupčných služieb by mali vychádzať z ľudských práv, lokálnych potrieb v oblasti zdravia a dôkladnej znalosti systému poskytovania služieb a širšieho sociálneho, kultúrneho, politického a ekonomického kontextu. Štátne normy a usmernenia pre interrupčnú starostlivosť by mali byť založené na dôkazoch, mali by byť pravidelne aktualizované a mali by predstavovať smerovanie potrebné na dosiahnutie spravodlivého prístupu ku komplexnej interrupčnej starostlivosti. Služby SRZ založené na dôkazoch a v súlade s týmito normami a usmerneniami by mali podporovať aj riadiace inštitúcie.

Právo na najvyššiu dosiahnuteľnú úroveň telesného a duševného zdravia zahŕňa právo na rešpektujúcu zdravotnú starostlivosť, ako aj právo na ochranu pred násilím a diskrimináciou (73). Právo využívať výhody vedeckého pokroku a jeho výsledkov oprávňuje ženy na prístup k najmodernejším vedeckým technológiám, ktoré sú pre ženy nevyhnutné. To znamená, že štáty musia zabezpečiť prístup k moderným a bezpečným formám antikoncepcie (vrátane núdzovej antikoncepcie), liekom na umelé prerušenie tehotenstva, technológiám asistovanej reprodukcie a ďalším tovarom a službám v oblasti SRZ na základe nediskriminácie a rovnosti (49, ods. 33). Na dosiahnutie vysokého štandardu rešpektujúcej starostlivosti by mali byť zdravotnícke systémy organizované a riadené spôsobom, ktorý zabezpečuje rešpektovanie SRZ ľudí a ľudských práv (73). Rešpektujúca zdravotná starostlivosť zohľadňuje práva jednotlivých osôb, rešpektuje ich slobodu a autonómiu pri rozhodovaní a pri starostlivosti zohľadňuje ich hodnoty a preferencie.

Okrem politických a legislatívnych prekážok môžu dostupnosť interrupčných služieb obmedzovať aj ďalšie prekážky vrátane: stigmy; oficiálnych a neoficiálnych poplatkov; nedostatku vybavenia, služieb, kvalifikovaných poskytovateľiek a poskytovateľov služieb a informácií; a/alebo neochoty niektorých zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok poskytovať starostlivosť. To spôsobuje, že prekážky v prístupe k interrupcii robia určité skupiny ľudí nepomerne zraniteľnejšími. Ide napr. o osoby žijúce na vidieku, osoby, ktoré čelia finančným ťažkostiam, dospievajúce, slobodné, transrodové alebo nebinárne osoby, osoby s horším prístupom k vzdelaniu a osoby žijúce s HIV. Súčasťou priaznivého prostredia by malo byť aj riadne financovanie zdravotníckeho systému, čo znamená, že zdroje (napr. základné lieky, materiál, vybavenie, pracovná sila, pridelené finančné prostriedky) by mali byť dostupné, spravodlivo rozdelené a efektívne využívané. Týmto spôsobom by mal byť zabezpečený riadny a spravodlivý prístup k základným liekom a vybaveniu. Rovnako by malo byť v rámci politik financovania zdravotníctva zamedzené to, aby bol prístup k službám v oblasti SRZ podmienený priamou platbou na mieste poskytnutia služby zo strany pacientok. A zdravotnícky personál by mal byť vyškolený v poskytovaní na dôkazoch založených služieb v oblasti SRZ vrátane poradenstva.

Stigma spojená s interrupciami je veľmi rozšírená a má negatívne psychologické dopady na osoby vyhľadávajúce interrupciu a zdravotnícke pracovníčky a pracovníkov poskytujúcich interrupčnú starostlivosť (31, 74, 75) a môže mať negatívne dopady aj na zdravotné výsledky. Stigma spojená s interrupciami je spoločenský jav a závisí od kontextu, ale možno ju považovať za prejav moci a

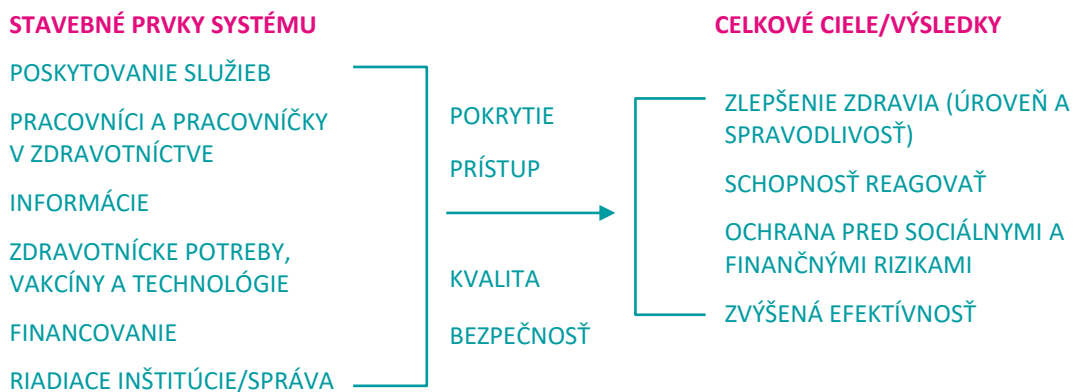
kontroly jednej skupiny nad príslušníkmi a príslušníčkami slabšej skupiny, ktorých a ktoré spoločnosť hodnotí ako iné a iných, negatívne stereotypizuje, diskriminuje a marginalizuje (75, 76). Na odstránení stigmy je potrebné pracovať naprieč sektormi; zdravotnícke systémy by mali rozpoznávať riziká a následky stigmy a zavádzať riešenia nielen na zabezpečenie súkromia a dôvernosti, ale aj na podporu zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov. Starostlivosť treba vždy poskytovať s rešpektom a porozumením. Súčasťou priaznivého prostredia sú aj zapojené a podporujúce komunity. Ľudia pomáhajúci a podporujúci osoby, ktoré potrebujú interrupciu – ich partneri či partnerky, priateľky a priatelia, rodinní príslušníci a rodinné príslušníčky – takisto potrebujú podporu v rámci zdravotníckeho systému a aj v širšom okolí.

Kľúčové faktory zdravotníckeho systému sú spracované podrobnejšie v časti 1.4 nižšie.

1.4 Otázky týkajúce sa zdravotníckeho systému

Ako zdravotnícky systém treba chápať všetky organizácie, ľudí a činnosti, ktorých *hlavným cieľom* je podpora, prinavrátenie alebo udržanie zdravia (77). Zdravotnícky systém pozostáva zo šiestich základných stavebných prvkov uvedených na schéme 1.2, ktoré podporujú štyri celkové ciele a výsledky, ako je znázornené nižšie. Táto časť sa podrobne zaoberá otázkami zdravotníckeho systému, ktoré sú relevantné pre prostredie priaznivé na výkon interrupčnej starostlivosti.

Schéma 1.2: Rámec systému zdravotníctva SZO



Zdroj: SZO, 2007 (77).

Dobre fungujúci zdravotnícky systém, v ktorom fungujú všetky „prvky“ v súčinnosti, je podmienený vyškolenými a motivovanými zdravotníckymi pracovníkmi a pracovníčkami, dobre fungujúcou infraštruktúrou a spoľahlivými dodávkami liekov a technológií a zároveň sa opiera o riadne financovanie, dobré plánovanie v oblasti zdravotníctva a o politiky založené na dôkazoch. Služby zdravotnej starostlivosti poskytované prostredníctvom zdravotníckeho systému nemožno zužovať len na služby poskytované v zdravotníckom zariadení – k zdravotnej starostlivosti a službám sa možno dostať aj prostredníctvom komunitných poskytovateľiek a poskytovateľov starostlivosti (napr. opatrovateľov a opatrovateľiek, lekárničiek a lekárníkov), digitálnych intervencií alebo sebou riadených prístupov (napr. telemedicína).

1.4.1 Univerzálne zdravotné poistenie a základná zdravotná starostlivosť

Univerzálne zdravotné poistenie znamená zabezpečenie prístupu k potrebným podporným, preventívnym, liečebným, rehabilitačným a paliatívnym (pozn. prekladateľky: starostlivosti o umierajúcich a umierajúce) zdravotným službám pre všetkých ľudí v takej kvalite, aby boli účinné a zároveň zabezpečenie toho, aby využívanie týchto služieb nepredstavovalo pre žiadneho človeka

finančné ťažkosti (30). Univerzálne zdravotné poistenie je neoddeliteľnou súčasťou dosahovania cieľa udržateľného rozvoja 3.8: Dosiachnutie univerzálneho zdravotného poistenia vrátane ochrany pred finančnými rizikami, prístupu ku kvalitným základným službám zdravotnej starostlivosti a prístupu k bezpečným, účinným, kvalitným a cenovo dostupným základným liekom a vakcínam pre všetky a všetkých. Účelom tohto cieľa je urýchliť úsilie o zabezpečenie toho, aby všetci ľudia a komunity mali k dispozícii celé spektrum základných a kvalitných zdravotníckych služieb počas celej dĺžky života bez toho, aby pre nich predstavovali finančné ťažkosti.

Na vytvorenie priaznivého prostredia je potrebné začleniť interrupčnú starostlivosť do zdravotníckeho systému na všetkých jeho úrovniach (základnej/primárnej, sekundárnej a terciárnej) a zároveň ju podporovať v komunite, aby bolo možné rozšíriť úlohy zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok – aj o metódy selfmanagementu (pozn. prekladateľky: svojpomocného riadenia interrupcie). Takéto začlenenie je komplexný proces, ktorý možno uskutočniť prostredníctvom poskytovania služieb, finančných mechanizmov a/alebo zahrnutím do balíkov výhod. Hoci zaradením do balíkov zdravotných výhod možno zlepšiť prístup k interrupčnej starostlivosti a jej poskytovanie, v mnohých krajinách nie je interrupčná starostlivosť explicitne zahrnutá do štandardného balíka, čo prispieva k nerovnému prístupu k službám (78).

Z hľadiska financovania zdravotníctva si zlepšenie prístupu ku komplexnej interrupčnej starostlivosti ako súčasť univerzálneho zdravotného poistenia vyžaduje presunutie bremena financovania z jednotlivých a jednotlivcov na financovanie z domácich verejných zdrojov, ktoré je kombináciou daňových príjmov a preddavkových systémov pokrývajúcich náklady na starostlivosť (78). Ďalšie informácie sú uvedené v časti 1.4.2 nižšie. Z hľadiska poskytovania služieb je začlenenie interrupčnej starostlivosti do štátnych programov materskej starostlivosti a plánovaného rodičovstva technicky najpriechodnejšou možnosťou, keďže interrupčné služby si vyžadujú len málo alebo vôbec žiadne dodatočné zručnosti poskytovateľiek a poskytovateľov, lieky, vybavenie alebo materiál. Zároveň je to aj najefektívnejšia možnosť, pretože minimalizuje akékoľvek dodatočné/vedľajšie náklady spojené so zavedením interrupčných služieb.

Na dosiahnutie pokroku smerom k univerzálnemu zdravotnému poisteniu je nevyhnutné posilniť zdravotnícke systémy zlepšením fungovania všetkých šiestich stavebných prvkov zdravotníckeho systému (pozri vyššie) (77). Do programov a balíkov zdravotných výhod v jednotlivých krajinách je potrebné v rámci poskytovania sprostredkovania alebo podpory interrupčných služieb začleniť využívanie nových a inovatívnych technológií a prístupov. Príručka SZO k univerzálnemu zdravotnému poisteniu (UHC Compendium) obsahuje zoznam všetkých opatrení súvisiacich s interrupčnou starostlivosťou, ktoré by bolo vhodné zohľadniť pri zaradovaní do balíka univerzálneho zdravotného poistenia krajiny (79)⁷.

Na zabezpečenie prístupu k interrupciám, ako aj na zavedenie univerzálneho zdravotného poistenia je potrebné, aby boli interrupcie súčasťou základnej (primárnej) zdravotnej starostlivosti, ktorá je sama o sebe plne začlenená do systému zdravotnej starostlivosti a v prípade potreby umožňuje zvýšenie úrovne starostlivosti. Základná zdravotná starostlivosť je multisektorový spoločenský prístup k zdravotnej starostlivosti, ktorého cieľom je zabezpečiť čo najvyššiu možnú úroveň zdravia a pohody pre všetky a všetkých tým, že sa zameriava na potreby a preferencie ľudí (ako jednotlivých osôb, rodín a komunit) v rámci kontinuálnej starostlivosti od posilňovania zdravia a prevencie chorôb až po liečbu, rehabilitáciu a paliatívnu starostlivosť (pozn. prekladateľky: starostlivosť o umierajúce osoby) (30). Kvalitná základná zdravotná starostlivosť je založená na dôkazoch, poskytovaná v komunite a zameraná na človeka. Zabezpečenie dostupnosti a prístupnosti interrupcií v rámci základnej zdravotnej starostlivosti je bezpečnou a účinnou stratégiou na posilnenie spravodlivosti v prístupe k interrupciám a na vytvorenie prostredia priaznivého pre interrupcie.

7 Dostupné po zvoľení „Sexual and reproductive health“ na tomto odkaze: www.who.int/universal-health-coverage/compendium/interventions-by-programme-area alebo po vyhľadaní v databáze na tomto odkaze: www.who.int/universal-health-coverage/compendium/database

1.4.2 Financovanie zdravotníctva

Financovanie zdravotníctva je hlavnou funkciou zdravotníckych systémov, ktorá môže pomôcť v napredovaní smerom k univerzálnemu zdravotnému poisteniu tým, že zlepší efektívne financovanie služieb a finančnú bezpečnosť. Na zlepšenie efektívneho financovania služieb by mali mechanizmy financovania zdravotníctva v prípade interrupčných služieb zabezpečiť pokrytie prevádzkových nákladov, aby mali poskytovatelia zdravotnej starostlivosti prostriedky na realizáciu týchto výkonov bez finančných obmedzení. Na zvýšenie finančnej bezpečnosti je potrebné, aby zdravotnícky systém zaručil, že podiel nákladov – prevádzkových nákladov a nákladov na zabezpečenie dostupnosti služieb –, ktoré znášajú pacienti, nebude predstavovať prekážku pre plné využívanie služieb. Prístup SZO k financovaniu zdravotníctva sa zameriava na tieto hlavné funkcie:

- získavanie príjmov – stanovovanie zdrojov finančných prostriedkov vrátane štátnych rozpočtov, programov povinných alebo dobrovoľných preddavkov na poistné, priamych platieb z vrecka užívateľov a užívateľiek a vonkajšej pomoci;
- zhromažďovanie finančných prostriedkov – akumulácia finančných prostriedkov z preddavkov od časti alebo od celej populácie; a
- nákup služieb – platba alebo pridelovanie zdrojov poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.

Všetky krajiny okrem toho disponujú politikami stanovujúcimi, na ktoré služby má obyvateľstvo nárok. Platí to aj v prípade, ak ich vláda výslovne nestanoví, a preto všetky nepokryté služby si pacienti a pacientky zvyčajne hradia z vlastného vrecka ako užívateľské poplatky alebo spoluúčasť.

Financovanie interrupčných služieb by malo v záujme vytvorenia priaznivého prostredia zohľadňovať náklady zdravotníckeho systému a zároveň zabezpečiť, aby boli služby bezplatné alebo cenovo prijateľné a bezodkladne dostupné pre všetky osoby, ktoré ich potrebujú, a prispieť tak k cieľu dosiahnuť univerzálne zdravotné poistenie (UHC). V nedávnej prehľadovej štúdii pomocou kategorizácie ekonomických následkov interrupcií a interrupčných politík na troch úrovniach – mikro-, mezo- a makroekonomickej – zistili výskumníčky a výskumníci, aké sú náklady zdravotníckeho systému a žien. Posúdenie mikro-, mezo- a makroekonomickej úrovne im umožnilo získať prehľad o zdokumentovaných ekonomických následkoch interrupcií na úrovni jednotlivých a jednotlivcov, komunity a zdravotníckeho systému (80-82).

Náklady zariadenia alebo zdravotníckeho systému

Pokiaľ ide o náklady zdravotníckeho zariadenia a zdravotníckeho systému, zistenia z prieskumu mezoekonomických následkov potvrdili, že obmedzené zdroje negatívne ovplyvňujú schopnosť zariadení uspokojiť dopyt a poskytovať kvalitné služby (81). Okrem toho náklady na postabortívnu starostlivosť vrátane liečby komplikácií, ktoré môžu nastať po interrupcii, si v mnohých prípadoch vyžadujú neúmerne veľkú časť zdrojov zariadení, čo predstavuje záťaž pre zdravotnícke systémy, pretože dodatočne vyčerpávajú ich už aj tak dosť vyčerpané zdroje. Z tohto dôvodu možno finančné prostriedky ušetriť zachovaním alebo dokonca zlepšením kvality služieb interrupčnej starostlivosti, ale aj decentralizáciou služieb a legalizáciou interrupcií, ako je uvedené v makroekonomickom hodnotení (82).

Zabezpečenie prístupu ku kvalitnej interrupčnej starostlivosti je omnoho menej nákladné ako liečba komplikácií spojených s rizikovými interrupciami (83-87). Náklady na vykonávanie interrupčnej starostlivosti pomocou vákuovej aspirácie zahŕňajú občasnú, skromnú finančnú investíciu, akými je nákup odsávačky na elektrickú vákuovú aspiráciu (EVA) alebo vybavenia na manuálnu vákuovú aspiráciu (MVA), vyšetrovacieho stola, parného sterilizátora alebo autoklávu a prípadne aj renovácia čakárni, konzultačných a pooperačných miestností a toaliet. Opakované náklady na chirurgickú alebo medikamentóznú interrupciu zahŕňajú náklady spojené s nákupom nástrojov a spotrebného materiálu, ktoré bude potrebné pravidelne dopĺňať. Ide napríklad o kanyly a odsávačky na manuálnu vákuovú aspiráciu (MVA), antiseptické roztoky a vysokoúčinné dezinfekčné prípravky používané na prípravu nástrojov a lieky na tlmenie bolesti, prevenciu infekcií a medikamentóznú interrupciu.

Rozhodnutia o voľbe ponúkaných interrupčných metód a spôsobe organizácie služieb priamo ovplyvňujú náklady na poskytovanie služieb a ich finančnú dostupnosť. Dva body spojené

s organizáciou majú pre zvýšenie bezpečnosti a zníženie nákladov osobitný význam. Ide o: (i) uprednostnenie vákuovej aspirácie alebo medikamentózneho interrupcie a (ii) zjednodušenie výkonu interrupcie (napr. zlepšenie prístupu k interrupčným službám, začlenenie do základnej zdravotnej starostlivosti). Medzi stratégie na zníženie nákladov štátnych zdravotníckych systémov boli zaradené aj rozšírenie úlohy zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok pri poskytovaní interrupcií a výskum inovatívnych foriem poskytovania služieb, ako sú telemedicína a pohotovostné linky (82).

Zabezpečenie dostupnosti služieb pre ženy

V krajinách, kde je prístup k interrupciám legálny, je naďalej výzvou zabezpečiť, aby boli interrupčné služby financované z verejných zdrojov a na mieste poskytnutia starostlivosti bezplatné (88). Niekde je navyše zabezpečenie finančnej bezpečnosti obmedzené na špecifické demografické skupiny osôb vyžadujúcich interrupciu alebo na určité zákonom stanovené kategórie interrupcií. Osobám žiadajúcim o interrupciu môžu byť účtované nemalé dodatočné poplatky (nad rámec oficiálnych poplatkov), čo pre mnohé z nich predstavuje obmedzenie, najmä v kombinácii s cestovnými nákladmi a cenou premeškanej príležitosti, ako je premeškaný čas v platenej a neplatenej práci. V niektorých situáciách sú sadzby za úhradu pre súkromných alebo verejných poskytovateľov spolupracujúcich s mimovládnyimi organizáciami výrazne nižšie ako náklady na poskytovanie starostlivosti. V prípade prekážok v podobe vysokých nákladov na lieky a/alebo služby súvisiace s interrupciou je vyššia pravdepodobnosť vzniku vyšších nákladov pre zdravotnícky systém, keďže tieto náklady v mnohých prípadoch nútia najmä dospievajúcu populáciu (89) k tomu, aby podstupovala interrupciu v pokročilejšom gestačnom veku alebo aby využívala rizikových poskytovateľov alebo rizikové metódy, čím sa zvyšuje počet hospitalizácií z dôvodu závažných komplikácií (80, 90-92). Vyššia miera komplikácií, dodatočné poplatky a vysoké náklady tiež prispievajú k stigmatizácii interrupcií.

Dodržiavanie, ochrana a napĺňanie práva na zdravie si vyžaduje, aby štáty zaručili prinajmenšom univerzálny a spravodlivý prístup k finančne dostupným, prijateľným a kvalitným službám, tovarom a zariadeniam v oblasti SRZ, a to najmä pre ženy a znevýhodnené a marginalizované skupiny (3, ods. 49). V záujme zabezpečenia prostredia priaznivého pre interrupčnú starostlivosť by teda finančné možnosti žien nemali mať žiaden vplyv na to, či budú mať prístup k legálnym interrupčným službám (3 [ods. 17], 35 [ods. 31], 39 [kap. 1, ods. 21]).

V priaznivom prostredí by sa pri navrhovaní politiky financovania zdravotníctva mali zohľadňovať rodová rovnosť, ľudské práva a spravodlivosť, čo by viedlo k zníženiu, ak nie k odstráneniu finančných prekážok pre najzraniteľnejšie osoby a k zabezpečeniu spravodlivého prístupu ku kvalitným službám (93). Výbor CEDAW označuje poplatky spojené s interrupciou za prekážku pri informovanej voľbe a pre autonómiu žien (94, ods. 37). V prípade, že sú za interrupciu klientkam účtované poplatky, mali by byť založené na dôkladnom posúdení ich finančných možností a osoby v ťažkej finančnej situácii či neploleté osoby vyžadujúce interrupciu, by mali byť od poplatkov oslobodené. Zároveň je však potrebné dodať, že dôkazy o účinnosti oslobodzovania od poplatkov pri riešení finančných prekážok a zlepšovaní prístupu ku kvalitnej interrupčnej starostlivosti, nie sú jednoznačné a definitívne (95). Viaceré monitorovacie orgány zmlúv (pozri prílohu 2 (Annex 2) v [originálnom dokumente](#)) konštatujú, že interrupčné služby musia byť z ekonomického hľadiska dostupné a štátom odporúčajú znížiť poplatky za interrupciu, a v prípade, že je to potrebné, poskytnúť inú finančnú podporu (96 [bod 37 písm. b), bod 38 písm. b)], 97 [bod 24], 98 [body 38, 39]). Podobne aj Výbor proti mučeniu (Committee against Torture) vyzýva štáty, aby v prípadoch znásilnenia zabezpečili bezplatný prístup k interrupcii (99, ods. 15a). Vzhľadom na uvedené je potrebné v čo najvyššej možnej miere zavádzať povinné krytie interrupčných služieb a pomôcok v rámci poisťných plánov, keďže nemožnosť zaplatiť nie je prijateľným dôvodom na odmietnutie alebo odloženie interrupčnej starostlivosti. Okrem toho transparentné postupy vo všetkých zdravotníckych zariadeniach môžu zabezpečiť, že personál nebude vyberať poplatky navyše.

1.4.3 Kompetencie a odborná príprava zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov

Zdravotníckymi pracovníkmi a pracovníčkami sú všetky osoby zapojené do činností, ktorých hlavným cieľom je zlepšovanie zdravia (100). Na poskytovanie vysokokvalitnej starostlivosti je potrebný dostatok primerane rozmiestnených kompetentných zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov disponujúcich optimálnou kombináciou zručností v zdravotníckych zariadeniach, v teréne a na úrovni komunity (101). Aby mohli zdravotnícki pracovníci a zdravotnícke pracovníčky poskytovať starostlivosť kompetentne, musia mať zabezpečenú primeranú podporu. Kompetencie potrebné na poskytovanie alebo podporu interrupčnej starostlivosti sa zhodujú s kompetenciami vyžadovanými v mnohých rôznych oblastiach zdravotníctva (102, 103). SZO v súčasnosti vypracúva celosvetový rámec kompetencií pre oblasť univerzálneho zdravotného poistenia, ktorý stanovuje pre pracovníkov a pracovníčky základnej zdravotnej starostlivosti kompetencie potrebné na to, aby mohli poskytovať celú škálu podpornej, preventívnej, diagnostickej, liečebnej a paliatívnej starostlivosti (104, 105).

Poskytovanie služieb starostlivosti a liečby by malo byť realizované neodsudzujúcim, nenátlakovým a na ľudí zameraným spôsobom, ktorý umožňuje jednotlivým osobám rozhodovať o vlastnej starostlivosti informovane a s podporou (106). V rámci zabezpečovania priaznivého prostredia je obzvlášť dôležité, aby boli v odbornej príprave zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov zapojených do služieb v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia zahrnuté:

- jedinečné kompetencie potrebné na poskytovanie služieb v oblasti SRZ, najmä v oblasti interrupčnej starostlivosti;
- poskytovanie starostlivosti zameranej na ľudí;
- ľudské práva, obsah a význam zákonov a spôsob výkladu a aplikácie zákonov a politík spôsobom, ktorý je v súlade s právami (pozn. prekladateľky: ľudskými právami);
- komunikácia potrebná na prijatie informovaného rozhodnutia
- objasnenie hodnôt;
- medziodborová tímová spolupráca; a
- empatické a ústretové prístupy k starostlivosti (105).

Tieto zručnosti by mali byť súčasťou programov odbornej prípravy a presadzované odbornými spoločnosťami. Je obzvlášť dôležité, aby postoj a správanie zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok boli inkluzívne, neodsudzujúce a nestigmatizujúce a aby podporovali pocit bezpečia a rovnosť. Za náležité poskytovanie služieb a dodržiavanie noriem založených na profesijnej etike a na medzinárodne uznávaných ľudskoprávných princípoch – vo verejnom alebo súkromnom sektore – nesie zodpovednosť manažment zdravotnej starostlivosti.

1.4.4 Tovary

Súčasťou poskytovania základnej zdravotnej starostlivosti je aj prístup k bezpečným, účinným, kvalitným a cenovo dostupným liekom vrátane interrupčných liekov a liekov na postabortívnu starostlivosť (t. j. antibiotiká a lieky proti bolesti, ako aj interrupčné tablety a antikoncepcia po interrupcii).

Modelový zoznam esenciálnych liekov SZO (označovaný aj ako Zoznam esenciálnych liekov alebo EML) obsahuje nevyhnutné minimum liekov pre systém najzákladnejšej zdravotnej starostlivosti a stanovuje zoznam najúčinnjších, bezpečných a finančne najvýhodnejších liekov pre prioritné stavy. Pri určovaní prioritných stavov sa vychádza zo súčasného a odhadovaného budúceho významu pre verejné zdravie a z možnosti bezpečného a finančne najvýhodnejšieho ošetrovania. Mifepristón aj misoprostol sú zahrnuté v Modelových zoznamoch esenciálnych liekov SZO od roku 2005. V roku 2019 v 21. Zozname esenciálnych liekov tieto lieky presunuli z doplnkového do základného zoznamu esenciálnych liekov a zrušili aj povinnosť „prísneho lekárskeho dohľadu“ pri ich užití (107). Predmetné interrupčné lieky zahrnuté v 21. Zozname esenciálnych liekov a tiež v novšom 22. Zozname esenciálnych liekov uvádzame v tabuľke 1.1.

Tabuľka 1.1 Lieky zaradené do Modelového zoznamu esenciálnych liekov SZO (Zoznamu esenciálnych liekov) a ich indikácie

Indikácia zahrnutá v Zozname esenciálnych liekov	Lieky zaradené do Zoznamu esenciálnych liekov
Vyvolanie umelého prerušenia tehotenstva	<ul style="list-style-type: none"> • Mifepristón (200 mg) a misoprostol (200 µg) • Lieky sú k dispozícii samostatne alebo v spoločnom balení. • V Zozname esenciálnych liekov je výslovne uvedené práve toto spoločné balenie: 1 tableta Mifepristón (200 mg) + 4 tablety misoprostol (200 µg).
Manažment neúplného a spontánneho potratu	<ul style="list-style-type: none"> • Misoprostol (200 µg)

Zdroj: SZO, EML – 21. zoznam (21st list), 2019 (107), 22. zoznam (22nd list), 2021 (108).

Medzi hlavné zložky stratégie v oblasti tovarov na úrovni štátu patria politika, kontrola, obstarávanie a dodávateľský reťazec, ako aj prepojenie so systémami financovania a preplácania (109).

Mifepristón a misoprostol by mali byť súčasťou príslušných štátnych zoznamov esenciálnych liekov (NEML) alebo ich ekvivalentov a mali by byť zahrnuté do príslušných usmernení pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti/služieb. Pokiaľ ide o tehotenské testy a vybavenia na manuálnu vákuovú aspiráciu (MVA) môžu mať štáty Zoznam esenciálnych zdravotníckych pomôcok alebo obdobný zoznam zdravotníckych pomôcok. Tehotenské testy a kvalitné vybavenie na MVA by mali byť zaradené do týchto zoznamov ako súčasť stratégie v oblasti tovarov.

Zaradenie do štátneho zoznamu esenciálnych liekov je jedným z dôležitých nástrojov na zabezpečenie dostupnosti kvalitných liekov. Misoprostol, mifepristón, chirurgické vybavenie na výkon interrupcií a ďalšie relevantné zdravotnícke potreby by mali byť súčasťou verejných obstarávaní na štátnej úrovni, ako aj činností v rámci dohľadu nad dodávateľským reťazcom. Súčasťou obstarávania by malo byť aj plánovanie metód, pri ktorých sa používajú dané výrobky a zároveň zodpovedajú kontextu krajiny, pričom cieľom je zabezpečenie kontinuálneho zásobovania (110). Centrálné zdravotnícke sklady (Central Medical Stores) majú dohliadať na to, aby štátne orgány pre kontrolu liečiv odsúhlasili špecifikácie pre obstarávanie bezpečných interrupčných liekov a aby jasne špecifikovali štandardy zabezpečenia kvality a všetky ostatné požiadavky, ako je sila lieku, balenie a dátum expirácie.

SZO odporúča dodržiavať najvyššiu úroveň zabezpečenia kvality, ale zároveň si je vedomá, že v krajinách, v ktorých je prístup na medzinárodné trhy obmedzený, môže byť potrebné uplatňovať prístupy zohľadňujúce riziká. Prístupy zohľadňujúce riziká závisia od kontextu danej krajiny, ich súčasťou však môžu byť výnimky založené na predchádzajúcich informáciách o výrobcovi alebo spoľahlivosti informácií od iných kontrolných orgánov (111). Medzi lieky so zaručenou kvalitou patria lieky schválené prísnymi kontrolnými orgánmi (Stringent regulatory authorities) (112)⁸ alebo také, ktoré sú zapísané do zoznamu na základe predkvalifikácie SZO⁹. Tam, kde nie sú takéto lieky k dispozícii, mifepristón a misoprostol by mali byť schválené príslušným štátnym orgánom pre kontrolu liečiv, čo zahŕňa aj kontrolu a testovanie podľa prijatých noriem.¹⁰

⁸ Zoznam prísnych kontrolných orgánov sa nachádza na nasledujúcej webovej stránke: www.who.int/initiatives/who-listed-authority-reg-authorities/SRAs. V citovanom odkaze (s. 34 – 35) sú SRA definované ako „kontrolné orgány, ktoré sú členmi alebo pozorovateľmi Medzinárodnej rady pre harmonizáciu [Medzinárodnej rady pre harmonizáciu technických požiadaviek na humánne lieky] alebo sú pridružené k členovi Medzinárodnej rady pre harmonizáciu prostredníctvom právne záväznej dohody o vzájomnom uznávaní“ (pred 23. októbrom 2015).

⁹ Predkvalifikácia SZO (WHO Prequalification) je jednotnou normou pre všetky typy výrobkov vrátane liekov (farmaceutík a bioterapeutík), vakcín a imunizačných prostriedkov, diagnostík in vitro a výrobkov na kontrolu vektorov. Toto zaradenie má status odporúčania, ale nie je povolením na uvedenie na trh.

¹⁰ Ďalšie informácie sú dostupné v Medzinárodnom liekopise (The International Pharmacopoeia), ktorý je k dispozícii na webovej stránke: <https://digicollections.net/phint/2020/index.html#p/home>.

Štátne orgány pre kontrolu liečiv sú orgány, ktoré zabezpečujú registráciu a povolenie na uvedenie konkrétnych výrobkov na trh. V rámci udeľovania povolenia na uvedenie na trh tieto orgány posudzujú bezpečnosť, účinnosť a kvalitu liekov. Takéto povolenie je špecifické pre konkrétny liek vyrobený na konkrétnom mieste konkrétnym výrobcom. Povolenia na uvedenie na trh sa udeľujú na základe hodnotenia technickej dokumentácie predloženej výrobcom alebo jeho sprostredkovateľom, ktorá potvrdzuje účinnosť, kvalitu a bezpečnosť výrobku. SZO prostredníctvom predkvalifikácie podporuje mechanizmus zabezpečujúci spoľahlivosť pri kontrole, v rámci ktorého poskytuje štátnym orgánom pre kontrolu liečiv podrobné informácie o hodnotení výrobkov, ktoré boli predkvalifikované SZO, aby mohli prijímať kontrolné rozhodnutia na základe hodnotenia SZO a nemuseli ho duplikovať. SZO na základe rovnakého princípu podporuje aj zdieľanie informácií o hodnotení výrobkov schválených prísnymi kontrolnými orgánmi. Oba tieto procesy sa označujú ako kooperatívne registračné postupy SZO (WHO Collaborative Registration Procedures – CRP)¹¹.

Regulačné orgány rozhodujú o oprávnení predpisovať a vydávať lieky. Jestvujú prípady, keď kontrolné orgány prijali rozhodnutia upravujúce oprávnenie predpisovať lieky s cieľom zlepšiť ich dostupnosť a vhodné užívanie, vrátane predaja „bez lekárskeho predpisu“ alebo predpisovania liekov lekárnikom či lekárničkou bez konzultácie s lekárom. Takéto úpravy sa týkajú aj núdzovej antikoncepcie. V týchto prípadoch sa obvykle zohľadňuje napríklad to, či je možné daný stav ľahko diagnostikovať svojpomocne, celková bezpečnosť lieku a pravdepodobnosť zneužitia alebo vzniku komplikácií v prípade menej kontrolovaného alebo nekontrolovaného užitia lieku. (113, 114). Štátne programy by mali s kontrolnými orgánmi spolupracovať na určení čo najvhodnejších autorít zodpovedných za predpis a výdaj liekov. Potrebná môže byť úprava obmedzení týkajúcich sa oprávnenia predpisovať lieky pre niektoré kategórie zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov alebo v rámci kontrolného rámca zdravotníckeho systému zavedenie iných mechanizmov na sprístupnenie liekov týmto zdravotníckym pracovníkom a pracovníčkam.

Ucelená stratégia pre oblasť tovarov a efektívny prístup na zabezpečenie dostupnosti si bude vyžadovať: začlenenie potrebných tovarov do štátneho zoznamu esenciálnych liekov; schválenie zo strany štátneho orgánu pre kontrolu liečiv (t. j. oprávnenie na uvedenie na trh alebo registrácia); vypracovanie mechanizmov na plánovanie, obstarávanie, distribúciu a usmerňovanie pri predpisovaní a výdaji; a plán dohľadu po uvedení na trh.

1.4.5 Kontrola a hodnotenie kvality interrupčnej starostlivosti

Efektívna kontrola a hodnotenie sú nevyhnutné pre meranie kvality a trendov v oblasti interrupcií a predstavujú východisko pre politický dialóg a rozhodovanie založené na dôkazoch s cieľom ďalej zlepšovať úroveň a kvalitu poskytovaných služieb. Na účely podpory kontroly a hodnotenia kvality interrupčnej starostlivosti na úrovni štátu pripravuje SZO rámec kontroly a hodnotenia kvality interrupčnej starostlivosti, ktorý vychádza z dokumentu SZO **Kontrola a hodnotenie posilňovania zdravotníckeho systému: operačný rámec** (*Monitoring and evaluation of health systems strengthening: an operational framework*) (115). Štruktúra, domény a skupiny ukazovateľov daného rámca, kategórie pre delenie podľa miery nerovností a štandardné zdroje údajov sú uvedené v tabuľke 1.2. Aktuálne sa pripravuje súbor ukazovateľov týkajúcich sa interrupčnej starostlivosti, ktorý bude zverejnený v blízkej budúcnosti (pre prehľad o priebehu práce v oblasti kontroly a hodnotenia pozri Prílohu 6 (Annex 6) v [originálnom dokumente](#)).

Rámec kontroly a hodnotenia kvality interrupčnej starostlivosti bude podporovať kontrolu a hodnotenie na úrovni vstupných zdrojov zdravotníckeho systému, poskytovania služieb, vplyvu na obyvateľstvo a dopad. Kontrola a hodnotenie služieb v oblasti interrupcií sú vo väčšine štátnych systémov zdravotníctva stále slabé. Je potrebné identifikovať a riešiť konkrétne nedostatky v zbere a využívaní údajov.

Kontrola vstupných zdrojov zdravotníckeho systému zahŕňa správu, financovanie zdravotníctva, pracovníkov a pracovníčky v zdravotníctve, zdravotnícke tovary a zdravotnícke informácie. V rámci týchto piatich kategórií patria medzi vstupné zdroje systému zdravotnej starostlivosti v oblasti

¹¹ Pre ďalšie informácie pozri: <https://extranet.who.int/pqweb/medicines/collaborative-procedure-accelerated-registration>

kvalitnej interrupčnej starostlivosti, ktoré je potrebné sledovať v čase, okrem iného aj:

- Správa: ujasnenie právneho postavenia interrupcií, zosúladenie postupov využívaných pri vykonávaní interrupcií v štátnych usmerneniach s globálnymi normatívnymi usmerneniami (pozri tiež časť 1.3.1[vii]);
- Financovanie: zahrnutie opatrení na financovanie zdravotnej starostlivosti súvisiacej s interrupciami do hlavných balíkov zdravotných výhod (pozri časť 1.4.2);
- Pracovníčky a pracovníci v zdravotníctve: zahrnutie starostlivosti v oblasti umelého prerušenia tehotenstva (v súlade s celosvetovými normatívnymi usmerneniami) do štátneho kurikula pre relevantné kategórie zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok (pozri časť 1.4.3);
- Zdravotnícke tovary: zaradenie mifepristónu a misoprostolu do štátnych zoznamov esenciálnych liekov (NEML), kontrola nedostatku zásob tovarov určených pre interrupčné služby v miestach poskytovania služieb (pozri časť 1.4.4);
- Zdravotnícke informačné systémy (HMIS): začlenenie ukazovateľov kvality interrupčnej starostlivosti do štátneho informačného systému pre správu zdravotníctva.

Pre tento stupeň kontroly vstupných zdrojov sú zvyčajne k dispozícii údaje z administratívnych zdrojov vrátane dokumentov týkajúcich sa štátnej politiky, systémov sledovania financovania zdravotníctva, štátnych kurikulárnych dokumentov, informačných systémov pre riadenie logistiky (LMIS) a zdravotníckych informačných systémov (HMIS).

Kontrola poskytovania služieb sleduje dostupnosť pracovníkov a pracovníčok vyškolených na poskytovanie starostlivosti v oblasti umelého prerušenia tehotenstva, dostupnosť potrebných liekov a pomôcok v miestach poskytovania služieb, pripravenosť systému poskytovať starostlivosť v oblasti interrupčnej starostlivosti v súlade s ustanoveným minimálnym štandardom a kvalitu poskytovania služieb vrátane starostlivosti orientovanej na človeka, ktorá je sčasti hodnotená na základe názorov užívateľiek a užívateľov a komunity. Údaje získané pri kontrole poskytovania interrupčných služieb na národnej úrovni by mali byť zahrnuté do hodnotení zdravotníckych zariadení, informačných systémov pre správu v zdravotníctve (HMIS) a do reprezentatívnych prieskumov medzi obyvateľstvom.

Kontrola vplyvu na obyvateľstvo v oblasti interrupčnej starostlivosti vyhodnocuje jej dosah, čo zahŕňa aj kontrolu (i) prístupu ku kvalitnej a cenovo dostupnej interrupčnej starostlivosti a (ii) informovanosti obyvateľstva o prístupe ku kvalitnej a cenovo dostupnej interrupčnej starostlivosti. Je potrebné vyvinúť úsilie o kategorizáciu údajov podľa oblastí nerovnosti. Medzi tieto oblasti patrí napríklad z(ne)výhodnenie, vek, kasta, vzdelanie, etnický pôvod, pohlavie, geografia, ekonomický status. Zdroje údajov týkajúcich sa vplyvu na obyvateľstvo zvyčajne zahŕňajú hodnotenia zdravotníckych zariadení a reprezentatívne prieskumy medzi obyvateľstvom a môžu zahŕňať informačné systémy pre správu v zdravotníctve (HMIS) a informačné systémy pre riadenie vzdelávania. V mnohých kontextoch sú údaje o vplyve na obyvateľstvo v súvislosti s interrupciami zanedbávanou oblasťou zberu a vykazovania údajov.

Meranie dopadu kvality interrupčnej starostlivosti zohľadňuje úmrtnosť a výskyt závažných zdravotných problémov (morbidity) v súvislosti s interrupciou. Odhady v týchto oblastiach by mali byť v čo najväčšej miere kategorizované podľa oblastí nerovnosti. Medzi zdroje údajov patria reprezentatívne prieskumy medzi obyvateľstvom, zdravotnícke informačné systémy (HMIS) či matrika a vitálna štatistika obyvateľstva (CRVS).

V prípade zistenia nedostatkov v dostupnosti údajov je potrebné investovať do ich odstránenia. V krátkodobom horizonte môže byť na odhad hodnôt ukazovateľov potrebné štatistické modelovanie, najmä na úrovni vplyvu.

Tabuľka 1.2 Kontrola a hodnotenie kvality interrupčnej starostlivosti

Kategórie	Skupiny ukazovateľov	Kategorizácia podľa miery nerovností	Zdroje údajov
Vstupné zdroje zdravotníckeho systému	Správa	Geografia: štátna, medzinárodná	Administratívne zdroje (vrátane dokumentov týkajúcich sa štátnej politiky, systémov sledovania financovania zdravotníctva, štátnych kurikulárnych dokumentov, informačných systémov pre riadenie logistiky (LMIS) a informačných systémov pre správu v zdravotníctve (HMIS))
	Financovanie zdravotníctva		
	Pracovníčky a pracovníci v zdravotníctve		
	Zdravotnícke tovary		
	Zdravotnícke informácie		
Poskytovanie služieb	Dostupnosť služieb	Geografia: štátna, medzinárodná	Hodnotenie zdravotníckych zariadení (vrátane rozhovorov s pacientmi a pacientkami), prieskum medzi obyvateľstvom, informačné systémy pre správu v zdravotníctve
	Pripravenosť na poskytovanie služieb		
	Kvalita služieb		
Vplyv na obyvateľstvo	Prístup ku kvalitnej a cenovo dostupnej interrupčnej starostlivosti	Z(ne)výhodnenie, vek, kasta, vzdelanie, etnický pôvod, pohlavie, geografia, ekonomický status	Hodnotenie zdravotníckych zariadení, prieskum medzi obyvateľstvom, zdravotnícky informačný systém, informačné systémy pre správu vzdelávania
	Informovanosť obyvateľstva o prístupe ku kvalitnej a dostupnej interrupčnej starostlivosti		
Dopad	Úmrtnosť súvisiaca s interrupciami	Znevýhodnenie, vek, kasta, vzdelanie, etnický pôvod, pohlavie, geografia, ekonomický status	CRVS, zdravotnícky informačný systém, prieskum medzi obyvateľstvom
	Výskyt závažných zdravotných problémov (morbidity) v súvislosti s interrupciami		

2. kapitola

Právna úprava interrupcií a príslušné odporúčania

Ako je uvedené v 1. kapitole, časti 1.3, jedným z predpokladov priaznivého prostredia je, že sexuálne a reprodukčné zdravie a práva (SRZP) sú legislatívne a politicky podporované a chránené. Mnohé bežné prístupy k legislatíve a politike v oblasti interrupcií, ktoré uvádzame v 1. kapitole (časti 1.3.1), predstavujú prekážky v prístupe k interrupcii, nie sú v súlade s medzinárodnými právnymi nástrojmi v oblasti ľudských práv a môžu mať negatívny vplyv na uplatňovanie ľudských práv. V tejto kapitole sa venujeme dôkazom týkajúcim sa vplyvu týchto legislatívnych a politických prístupov, posudzujeme ich ľudskoprávne dôsledky a predstavujeme na dôkazoch založené odporúčania na zlepšenie interrupčnej legislatívy a politiky ako súčasť prostredia priaznivého pre existenciu univerzálneho prístupu ku kvalitnej interrupčnej starostlivosti. V rámciku 2.1 zhrňame legislatívne a politické zásady týkajúce sa interrupcií, ktoré by boli v súlade s kľúčovými ľudskoprávnymi zásadami.

RÁMČEK 2.1 :

Interrupčná legislatíva a politika v súlade s kľúčovými ľudskoprávnymi zásadami

Štáty musia rešpektovať, chrániť a naplňať práva osôb vyhľadávajúcich interrupciu vrátane ich sexuálneho a reprodukčného zdravia a práva (SRZP).

Štáty by mali podniknúť opatrenia na zabezpečenie priaznivého regulačného¹² a politického prostredia, ktoré umožní všeobecnú dostupnosť, prístupnosť, prijateľnosť a kvalitu¹³ (AAAQ) interrupčnej a postabortívnej starostlivosti.

Interrupcie by mali byť úplne dekriminalizované. Je potrebné odstrániť regulačné, politické a programové prekážky, ako aj prekážky v praxi, ktoré bránia v prístupe ku kvalitnej interrupčnej starostlivosti a jej včasnému poskytnutiu. Ide napríklad o prístupy povoľujúce len interrupcie z určitých dôvodov¹⁴, obmedzenia týkajúce sa dĺžky tehotenstva, povinné čakacie doby, požiadavky na súhlas tretej strany a obmedzenia na strane poskytovateľov. Štáty by mali zároveň chrániť prístup k interrupčnej starostlivosti a jej kontinuitu pred prekážkami vyplývajúcimi z výhrady vo svedomí (pozri odporúčania 1,2,3,6,7,21 a 22 v tomto usmernení).

Cieľom právnej úpravy interrupcií by malo byť rešpektovanie, ochrana a naplňanie sexuálneho a reprodukčného zdravia a práv žien; dosiahnutie dobrých zdravotných výsledkov u žien; poskytovanie kvalitných informácií a služieb v oblasti antikoncepcie; a uspokojenie špecifických potrieb marginalizovaných osôb vrátane žien čeliacich finančným ťažkostiam, dospelých, zdravotne znevýhodnených žien, prežívajúcich sexuálneho a rodovo podmieneného násillia, transrodových a nebinárnych osôb, žien z etnických, náboženských a rasových menšín, migrantiek a vysídlených žien, žien žijúcich s HIV a ďalších. Právna úprava interrupcií by mala byť založená na rovnosti a nediskriminácii, ktoré by mala tiež presadzovať.

Zdroj: Odkazy sa nachádzajú v rámciku 1.2.

2.1 Časté prístupy k právnej úprave interrupcií

¹² Pozn. prekladateľky: týkajúceho sa právnej úpravy interrupcií.

¹³ Pozn. prekladateľky: A anglickom jazyku sa obvykle používa skratka AAAQ (availability, accessibility, acceptability and quality).

¹⁴ Pozn. prekladateľky: To znamená, že interrupcie sú legálne iba z určitých zákonom stanovených dôvodov.

Takmer všetky štáty, v ktorých sú interrupcie legálne prístupné, na ne uplatňujú iné právne predpisy ako na ďalšie formy zdravotnej starostlivosti (116). Na rozdiel od iných základných zdravotníckych služieb sú interrupcie v rôznej miere bežne regulované nielen v rámci právnych predpisov týkajúcich sa zdravotnej starostlivosti, ale aj v rámci trestného práva. Aj v štátoch, v ktorých sú interrupcie dostupné na základe určitých zákonných dôvodov alebo do určitej dĺžky tehotenstva (často spojenej s presne špecifikovanými dôvodmi), sú v prípade, že sú vykonané z iných ako z presne špecifikovaných legálnych dôvodov, zvyčajne klasifikované ako trestný čin. To môže mať za následok, že ľudia v takýchto prípadoch narážajú na veľké prekážky v prístupe k interrupčnej a postabortívnej starostlivosti. Tieto prekážky pretrvávajú navzdory tomu, že interrupcia je bezpečnou, účinnou a nekomplikovanou súčasťou starostlivosti o sexuálne a reprodukčné zdravie (SRZ). A pretrvávajú aj napriek výrazným pokrokom medzinárodného práva v oblasti ľudských práv. A bez ohľadu na to, sú svojpomocne riadené interrupcie čoraz bežnejšie, bezpečné a vyžadujú si malý alebo žiaden kontakt s oficiálnym zdravotníckym systémom.

Medzi časté prekážky v prístupe ku kvalitnej interrupčnej starostlivosti, ktoré môžu, ale nemusia byť legislatívne ukotvené, patria: zlý prístup k pravdivým informáciám, poskytovanie zaujatých informácií alebo poradenstva, zavádzanie povinných čakacích dôb, vyžadovanie súhlasu od tretej strany, obmedzenia týkajúce sa typu zariadení alebo podmienok, v akých je možné legálne poskytovať interrupčné služby, obmedzenia týkajúce sa toho, akí zdravotnícki pracovníci a aké zdravotnícke pracovníčky môžu tieto služby legálne poskytovať, nedostatok cenovo dostupných služieb, nedodržiavanie dôvernosti a súkromia, nezabezpečenie prístupu k starostlivosti a jej kontinuity v prípadoch, keď zdravotnícke pracovníčky a pracovníci odmietnu poskytnúť starostlivosť na základe výhrady vo svedomí, neudelenie licencie alebo nesprístupnenie základných liekov a neuznanie žien ako osôb, ktoré dokážu manažovať svoje vlastné interrupcie.

Reštriktívna legislatíva, politiky a praxe majú často za následok, že zdravotnícki pracovníci a pracovníčky, zdravotnícke zariadenia, výbory, etické komisie, polícia, sudy alebo iné subjekty sa stávajú „strážkyňami a strážcami“ prístupu ku kvalitnej interrupčnej starostlivosti, pretože sa od nich vyžaduje, aby určovali, či má nejaká osoba „nárok“ na legálnu interrupciu. V mnohých prípadoch to spôsobuje odďaľovanie termínu interrupcie. Takíto strážcovia a strážkyne nemajú vždy dostatok informácií o legislatíve či snahu vykladať a uplatňovať legislatívu a politiku spôsobom, ktorý rešpektuje, chráni a naplňuje práva osôb vyhľadávajúcich interrupciu. Kriminalizácia interrupcií môže mať aj „ochromujúci účinok“ v širšom zmysle, pretože môže viesť k zúženému výkladu platných právnych predpisov zo strany zdravotníčok a zdravotníkov, a to aj s cieľom vyhnúť sa prípadnej trestnej zodpovednosti (napríklad keď nekonajú zo strachu z postihu alebo trestu). V dôsledku toho sú skúsenosti žien s vyhľadávaním interrupčnej starostlivosti, prístupom k nej a manažovaním interrupcie v mnohých prostrediach veľmi rôznorodé, pričom v mnohých prípadoch to závisí nielen od zákona, ale aj od prístupu strážcov alebo strážkyň, s ktorými prichádzajú do kontaktu. Preto je absolútne nevyhnutné, aby boli informácií o príslušných právach, legislatíve a politikách do odbornej prípravy a vzdelávania zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov absolútne nevyhnutné pre zabezpečenie prostredia priaznivého pre kvalitnú interrupčnú starostlivosť (pozri aj 1. kapitolu, časť 1.4.3).

Ako sme uviedli vyššie, zrozumiteľné, dostupné a na právach založené politiky a legislatíva sú súčasťou prostredia priaznivého pre interrupčnú starostlivosť (pozri časť 1.3). Napriek tomu sa zdá, že interrupčná legislatíva je v niektorých štátoch nekonzistentná a ústavy, trestné zákonníky, právne predpisy v oblasti zdravotníctva či politické smerovanie sú v rozpore (117). Navyše právne predpisy štátov sú v niektorých prípadoch v rozpore s medzinárodnými ľudskoprávnymi normami a nezlučiteľné so súčasnými poznatkami v oblasti verejného zdravia. A v niektorých prípadoch chýbajú vládne usmernenia, ktoré by poskytovateľom pomohli určiť, kedy je interrupcia zákonná. Takáto legislatívna nejednotnosť môže byť zdrojom neistoty pre osoby vyhľadávajúce interrupciu, ako aj pre poskytovateľky a poskytovateľov interrupcií. Odporúčania v tomto usmernení vychádzajú z práva v oblasti ľudských práv a z poznatkov v oblasti verejného zdravia. A predstavujú tak prístup, v rámci ktorého sú interrupcie upravené podobne ako ostatné zdravotnícke úkony, teda všeobecnou legislatívou a politikou v oblasti zdravotnej starostlivosti, osvedčenými postupmi, odbornou prípravou a usmerneniami založenými na dôkazoch.

2.2 Odporúčania ohľadom právnej úpravy interrupcií

V tejto časti sa nachádzajú tri odporúčania, ktoré sa konkrétne týkajú právnej úpravy interrupcií (odporúčania 1 – 3) a ďalšie štyri odporúčania z oblasti legislatívy, politiky a interrupcií, sa nachádzajú

v 3. kapitole, časti 3.3: Predinterrupčná starostlivosť (odporúčania 6,7,21 a 22). Týchto sedem odporúčaní sformulovali odborníci a odborníčky – vrátane poradkýň a poradcov pre oblasť ľudských práv – v paneloch, ktoré boli vytvorené za účelom vypracovania tohto usmernenia (všetky osoby, ktoré sa na tomto procese zúčastnili uvádzame v Prílohe 1 (Annex 1) v [originálnom dokumente](#) a úlohy skupín popisujeme v Prílohe 4 (Annex 4) v [originálnom dokumente](#)).¹⁵ Panely najprv systematicky preskúmali dôkazy ku každej z prioritných tém a otázok a posúdili ich úroveň dôveryhodnosti (na základe kvality dôkazov, vrátane typov a rozsahu realizovaných štúdií a ich prípadných nedostatkov).

Odborný panel na základe šiestich zásadných kritérií rámca SZO-INTEGRATE, ktoré aplikoval na každú prax¹⁶ pre určité obyvateľstvo, stanovil smerovanie (v prospech alebo neprospech) a silu každého odporúčania. Ide o nasledujúce kritériá: vyváženosť zdravotných prínosov a rizík; ľudské práva a sociokultúrna prijateľnosť; rovnosť v oblasti zdravia, nediskriminácia a rovnosť; spoločenské následky; finančné a ekonomické hľadisko; realizovateľnosť a hľadisko systému zdravotníctva, pričom zohľadnili aj metakritérium: kvalita dôkazov (118).

Odporúčania v prospech praxe sú vymedzené ako silné alebo slabé (pričom v prípade slabých odporúčaní sú špecifikované podmienky využívania). Tretím variantom je odporúčanie zrušiť, prestať, nevykonávať alebo nepoužívať. Na prehľadné označenie sily a smerovania každého z odporúčaní používame nasledujúce formulácie:

- **Odporúčame** – silné odporúčanie v prospech praxe
- **Navrhujeme** – slabé odporúčanie v prospech praxe (vyžaduje si dodatočné spresnenie odporúčania a špecifikáciu podmienok zavedenia)
- **Odporúčame zrušiť, odporúčame prestať, odporúčame nevykonávať alebo odporúčame nepoužívať** – silné odporúčanie proti praxi/v prospech porovnávaného.

Pri každej téme, ktorej sa venujeme v tejto, ako aj v 3. kapitole, najprv uvádzame (i) stručné východiskové informácie, za ktorými nasleduje (ii) samotné odporúčanie a po ňom (iii) zoznam prípadných komentárov odborného panelu – ktorý podrobne preskúmal dôkazy – vysvetľujúci podmienky a kontext relevantné pre dané odporúčanie, Nasleduje (iv) zdôvodnenie alebo zhrnutie podkladov pre dôkazy a rozhodovacieho procesu pre dané odporúčanie a nakoniec (v) rámček obsahujúci zoznam všetkých kľúčových ľudskoprávných hľadísk relevantných pre dané odporúčanie alebo širšiu tému.¹⁷ Je potrebné poznamenať, že v Usmernení k *bezpečným interrupciám* z roku 2012 je na legislatívu a politiku zamerané jedno komplexné odporúčanie. V tomto usmernení sú odporúčania v oblasti legislatívy a politiky rozpracované do siedmich samostatných odporúčaní s použitím metodológie GRADE. Nepovažujeme ich však za nové (ide o odporúčania 1,2,3,6,7,21,22). Metódy sú podrobne popísané v Prílohe 4 (Annex 4) v [originálnom dokumente](#) (Annex 4). Popis zahŕňa aj rozdiely medzi metódami použitými pri siedmich odporúčaní zameraných na legislatívu a politiku a metódami využívanými v prípade iných druhov odporúčaní. Súhrnná tabuľka obsahujúca témy, výskumné otázky, uskutočnené systematické prieskumy a čísla odporúčaní, sa nachádza v Prílohe 7 (Annex 7) v [originálnom dokumente](#). Kompletné rámce „od dôkazov k rozhodnutiu“ (Evidence-to-Decision – EtD) sú k dispozícii online ako doplnkový materiál a hypertextové odkazy na ne uvádzame spolu s odôvodneniami nových a aktualizovaných odporúčaní.¹⁸

2.2.1 Kriminalizácia interrupcií

Je bežné, že na rozdiel od iných zdravotníckych služieb sú interrupcie v rôznej miere legislatívne upravované nielen v rámci právnych predpisov týkajúcich sa zdravotnej starostlivosti, ale aj v rámci

¹⁵ Súčasťou odborných panelov boli Skupiny pre posudzovanie dôkazov a odporúčaní (Evidence and Recommendations Review Groups – ERRG) pre každú z troch oblastí (legislatíva a politika, zdravotné služby a poskytovanie služieb) a neskôr Skupina pre vypracovanie usmernenia (Guideline Development Group - GDG), pričom v každej fáze a na každom zasadnutí týchto skupín sa zúčastnila minimálne jedna poradkyňa alebo jeden poradca v oblasti ľudských práv. Ďalšie podrobnosti o úlohách týchto tímov a kompletnú metodiku procesu tvorby usmernení nájdete v Prílohe 4: Metódy (Annex 4: Methods) v [originálnom dokumente](#).

¹⁶ Pozn. prekladateľky: praxou je označená akákoľvek intervencia v oblasti.

¹⁷ Pozn. prekladateľky: číslovanie bolo v preklade doplnené.

¹⁸ Doplnkový materiál 1: Dostupné rámce od dôkazov k rozhodnutiu pre legislatívne a politické témy: www.who.int/publications/i/item/9789240039483.

trestného práva (t.j. kriminalizované).

Interrupcie sú vo väčšine krajín naďalej trestným činom, pričom postihované sú osoby, ktoré ich podstúpia, a/alebo osoby, ktoré poskytujú služby súvisiace s interrupciami alebo pomáhajú zabezpečiť ich prístup či pri ich manažovaní. Môže však ísť aj o osoby, ktoré o nich poskytujú informácie. V niektorých krajinách je trestné všetko z uvedeného.

Dekriminalizácia je nevyhnutným krokom k legalizácii interrupcií, ale zabezpečenie prístupnosti, dostupnosti a vysokej kvality interrupcií si môže vyžadovať ďalšie legislatívne alebo regulačné zmeny nad rámec dekriminalizácie. Napríklad zavedenie ďalších odporúčaní uvedených v tomto usmernení, ak je to potrebné.

Odporúčanie pre oblasť LEGISLATÍVY A POLITIKY 1: Kriminalizácia

Odporúčame úplne dekriminalizovať interrupcie.

Komentáre:

- Dekriminalizácia znamená vyňatie interrupcií zo všetkých trestných zákonov, nevzťahovanie iných trestných činov (napr. vraždu, zabitie) na interrupcie a zabezpečenie beztrestnosti za podstúpenie interrupcie, asistenciu pri nej, poskytovanie informácií o interrupciách alebo za ich vykonávanie pre všetky zúčastnené strany.
- Dekriminalizácia by zabezpečila, že žiadna osoba, ktorá zažila tehotenskú stratu, nebude v prípade vyhľadania starostlivosti podozrivá z ilegálnej interrupcie.
- Dekriminalizácia interrupcií neznamená, že ženy, dievčatá alebo iné tehotné osoby budú vystavené vynúteným interrupciám. Vynútené interrupcie by predstavovali vážny útok, keďže sú vykonávané bez súhlasu.

Poznámka k aktualizácii odporúčaní: Toto a ďalšie legislatívne a politické odporúčania nie sú novými odporúčaniami. Súčasťou Usmernenia SZO k bezpečným interrupciám z roku 2012 bolo komplexné odporúčanie v oblasti legislatívy a politiky (19). V tomto usmernení sú legislatívne a politické odporúčania rozpracované do siedmich samostatných odporúčaní pomocou metodológie GRADE.

Zdôvodnenie

Úplnú dekriminalizáciu interrupcií podporuje množstvo ľudskoprávných orgánov a držiteľov mandátov v oblasti ľudských práv, vrátane Výboru dohovoru o odstránení všetkých foriem diskriminácie žien (CEDAW) (38), Výboru OSN pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva (CESCR) (3), Výboru OSN pre ľudské práva (36) a Osobitného spravodajcu pre právo každého a každej na užívanie najvyššej dosiahnuteľnej úrovne fyzického a duševného zdravia (37). Uvádzajú, že štáty by nemali kriminalizovať lekárske zákroky týkajúce sa výhradne žien – čo zahŕňa aj interrupcie – ani kriminalizovať osoby, ktoré interrupciu podstúpili, ani trestať či uplatňovať sankcie voči tým, čo ženám pri interrupciách pomáhajú. Štáty podľa medzinárodného práva v oblasti ľudských práv nesmú od zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok vyžadovať, aby nahlasovali ženy a dievčatá, ktoré podstúpili interrupciu alebo u nich existuje podozrenie, že ju podstúpili. Zároveň musia zabezpečiť postabortívnu starostlivosť za každých okolností a bez rizika trestného postihu. Okrem toho musia prijať opatrenia vrátane revízie zákonov na zníženie výskytu závažných zdravotných problémov (morbidity) u rodičiek a ich úmrtnosti (vrátane morbidity a úmrtnosti súvisiacej s interrupciami) a na zabezpečenie účinnej ochrany žien a dievčat – ktoré v dôsledku kriminalizácie interrupcií siahnu po rizikovej interrupcii – pred fyzickými a psychickými rizikami (pozri tiež 1. kapitolu, časť 1.3.1 o ľudských právach a [Prílohu A](#) na webe: Kľúčové medzinárodné ľudskoprávne normy pre oblasť interrupcií (Annex A: Key international human rights standards on abortion), ktoré obsahujú ďalšie informácie, ako aj odkazy na vyhlásenia vyššie).

S cieľom zistiť vplyv kriminalizácie interrupcií na osoby vyhľadávajúce interrupciu a na zdravotnícke pracovníčky a pracovníkov bol vypracovaný systematický prehľad štúdií uverejnených v rokoch 2010 až 2019, v ktorom výskumníci a výskumníčky identifikovali 22 štúdií uskutočnených v Austrálii, Brazílii, Čile, Salvádore, Etiópii, Írsku, Mexiku, Severnom Írsku (Spojené kráľovstvo), na Filipínach, v Rwande, Senegale, Tanzánijskej zjednotenej republike, Uruguaji a Zambii. Zhrnutie dôkazov z týchto štúdií sa nachádza v Doplnkovom materiáli 1, Rámec od dôkazov k rozhodnutiu: Kriminalizácia (Supplementary

material 1, EtD framework for Criminalization)¹⁹. Dôkazy z týchto štúdií preukázali, že kriminalizácia oddialila prístup k interrupcii, pričom v niektorých prípadoch spôsobila, že na to, aby ju mohli poskytovateľky a poskytovatelia poskytnúť v rámci výnimiek – v prípadoch, v ktorých podľa zákona interrupcia nie je trestným činom –, museli čakať s jej vykonaním až do doby, keď bol ohrozený život ženy. Kriminalizácia so sebou navyše prináša rôzne ďalšie prekážky pre ženy, medzi ktoré patria zbytočné cestovanie a náklady, oneskorený alebo žiadny prístup k postabortívnej starostlivosti, úzkosti a stigma. Z dôkazov vyplynulo, že kriminalizácia nemala žiaden vplyv na rozhodnutie podstúpiť interrupciu, nezabránila ženám podstúpiť interrupciu ani im nezabránila vyhľadávať si informácie či odporúčania o tom, kde v zahraničí môžu využiť interrupčné služby. Kriminalizácia miesto toho obmedzuje prístup k bezpečným a legálnym interrupciám a zvyšuje pravdepodobnosť, že osoby vyhľadávajúce interrupciu podstúpia ilegálnu či rizikovú interrupciu. Trestné stíhanie môžu neúmerne dopadať na mladé, slobodné ženy, ženy čeliace finančným ťažkostiam a na ženy s horším prístupom k vzdelaniu. Niektoré štáty nariaďujú zdravotníckym pracovníkom a pracovníčkam, aby nahlasovali ženy a dievčatá, ktoré vyhľadávajú interrupciu alebo postabortívnu starostlivosť.

Kriminalizácia môže mať za následok, že zdravotníčky a zdravotníci budú z obáv pred trestným stíhaním konať zdržanlivo. V dôsledku toho sa môžu zdráhať poskytnúť interrupčnú starostlivosť aj v prípadoch znásilnenia, incestu a smrteľného poškodenia plodu. Odmietnutie vykonania interrupcie v takýchto prípadoch môže predstavovať mučenie, kruté či ponižujúce zaobchádzanie alebo trestanie.

Kriminalizácia spôsobuje nižšiu dostupnosť kvalifikovaných poskytovateľov a poskytovateľiek interrupcií a stratu potrebných zručností u zdravotníčok a zdravotníkov. To môže negatívne vplývať na zdravotníckych pracovníkov a pracovníčky, čo vykonávajú interrupcie a zároveň zvýšiť byrokraciu v zdravotníckych systémoch.

¹⁹ Pozn. Prekladateľky: Dostupný na adrese [extension://elhekieabhbkmcefcobjddigjcaadp/https://cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/abortion/supplementary-material-1.pdf?sfvrsn=5bc94f18_7](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/abortion/supplementary-material-1.pdf?sfvrsn=5bc94f18_7)

KLÚČOVÉ ĽUDSKOPRÁVNE ASPEKTY SPOJENÉ S KRIMINALIZÁCIOU INTERRUPCIÍ

- Pri právnej úprave služieb SRZ musia byť dostupnosť, prístupnosť, prijateľnosť a kvalita kľúčové.
- Vyhľadanie, podstúpenie alebo vykonanie interrupcie či asistencia pri interrupcii, ku ktorej tehotná osoba poskytla slobodný a informovaný súhlas, by nemali byť nikdy trestné.
- Štáty nesmú od zdravotníčok a zdravotníkov vyžadovať, aby nahlasovali ženy alebo dievčatá, ktoré podstúpili interrupciu alebo u ktorých existuje podozrenie, že ju podstúpili.
- Postabortívna starostlivosť musí byť vždy dostupná bez rizika trestnoprávneho postihu.
- Vyhľadávanie alebo poskytovanie presných, na dôkazoch založených a nezaujatých informácií o interrupciách nesmie byť nikdy trestné.
- Štáty musia prijať opatrenia – čo zahŕňa aj prepracovanie zákonov – na znižovanie úmrtnosti a výskytu závažných zdravotných problémov (morbidity) rodičiek a na účinnú ochranu žien a dievčat pred fyzickými a psychickými problémami spojenými s využitím rizikovej interrupcie.
- Každá osoba má v prístupe k službám SRZ právo na nediskrimináciu a rovnosť.
- Služby SRZ treba poskytovať spôsobom zaručujúcim súkromie a dôvernosť.

Ďalšie informácie a zdroje sa nachádzajú v rámciku 1.2 a v [prílohe A](#) na webe: Klúčové medzinárodné ľudskoprávne normy pre oblasť interrupcií (Key international human rights standards on abortion).

2.2.2 Právna úprava prístupu k interrupciám vyplývajúca z prístupu, ktorý povoľuje len interrupcie z určitých dôvodov

Legislatíva väčšiny štátov povoľuje interrupcie v určitých prípadoch, a to aj vtedy, keď sú kriminalizované. Interrupcie sú spravidla v rámci stanovených „dôvodov“ alebo za špecifických okolností povolené. Okolnosti, v ktorých sú interrupcie povolené, sa v jednotlivých štátoch značne líšia. Tieto okolnosti sa môžu týkať zdravotných indikácií (napr. ohrozenia zdravia tehotnej alebo poškodenia plodu), môžu súvisieť s okolnosťami počatia (napr. so znásilnením) alebo sa môžu týkať socioekonomických pomerov (napr. finančných ťažkostí). Prístupy povoľujúce len interrupcie z určitých dôvodov bežne dopĺňajú obmedzenia súvisiace s gestačným vekom (dĺžkou tehotenstva), ktoré sa často líšia v závislosti od konkrétnych podmienok, za akých sú interrupcie povolené. V niektorých štátoch sú interrupcie na žiadosť umožnené do určitého gestačného veku a potom sú dostupné len z určitých dôvodov.

Odporúčanie pre oblasť LEGISLATÍVY A POLITIKY 2: Prístupy povoľujúce len interrupcie z určitých dôvodov

a. **Odporúčame zrušiť** zákony a iné nariadenia, ktoré povoľujú len interrupcie z určitých dôvodov.

b. **Odporúčame**, aby bola interrupcia dostupná na žiadosť ženy, dievčaťa alebo inej tehotnej osoby (pozn. prekladateľky: bez udania dôvodu).

Komentáre:

- Obmedzovanie prístupu k interrupciám vyplývajúce z prístupu povoľujúceho len interrupcie z určitých dôvodov je potrebné prepracovať tak, aby boli dostupné na žiadosť ženy, dievčaťa alebo inej tehotnej (pozn. prekladateľky: bez udania dôvodu).
- Pokým tieto prístupy nebudú nahradené interrupciami na žiadosť, všetky existujúce kritériá by mali byť formulované a uplatňované spôsobom, ktorý je v súlade s medzinárodným právom v oblasti ľudských práv. To znamená, že obsah, výklad a uplatňovanie legislatívy a politiky založených na povolení interrupcií iba z určitých dôvodov je potrebné prepracovať tak, aby bolo zabezpečené dodržiavanie ľudských práv. Na to je potrebné, aby:
 - i. boli existujúce dôvody definované, interpretované a uplatňované v súlade s ľudskými právami;
 - ii. bola povolená interrupcia v prípade, keď by donosenie plodu spôsobovalo žene, dievčaťu alebo inej tehotnej osobe značnú bolesť alebo utrpenie, čo zahŕňa aj situácie, keď je tehotenstvo dôsledkom znásilnenia alebo incestu alebo keď nie je životaschopné;
 - iii. bola interrupcia dostupná v prípade ohrozenia života alebo zdravia ženy, dievčaťa či inej tehotnej osoby;
 - iv. boli zdravotné dôvody stanovené podľa vymedzení zdravia a duševného zdravia SZO (pozri [Glosár](#)); a
 - v. neexistovali žiadne procesné požiadavky na „dokazovanie“ alebo „určovanie“ opodstatnenosti dôvodov, medzi ktoré patrí napríklad vyžadovanie súdnych rozhodnutí alebo policajných správ v prípadoch znásilnenia alebo sexuálneho útoku (zdroje na podporu týchto informácií sa nachádzajú v [prílohe A](#) na webe: Kľúčové medzinárodné ľudskoprávne normy pre oblasť interrupcií (Key international human rights standards on abortion)).

Poznámka k aktualizácii odporúčaní: Toto a ďalšie legislatívne a politické odporúčania nie sú novými odporúčaniami. Súčasťou Usmernenia SZO k *bezpečným interrupciám* z roku 2012 bolo komplexné odporúčanie v oblasti legislatívy a politiky (19). V tomto usmernení sú legislatívne a politické odporúčania rozpracované do siedmich samostatných odporúčaní pomocou metodológie GRADE.

Zdôvodnenie

Podľa medzinárodného práva v oblasti ľudských práv musia byť interrupcie dostupné v prípade, že by žene donosenie plodu spôsobilo značnú bolesť či utrpenie alebo v prípade, že je ohrozený jej život alebo zdravie. Štáty nesmú právne upravovať interrupcie spôsobom, ktorý núti ženy siahnuť po rizikovej interrupcii, a musia prijať opatrenia na zníženie výskytu závažných zdravotných problémov u rodičiek či ich úmrtnosti a účinnú ochranu žien a dievčat pred fyzickými a psychickými problémami spojenými s rizikovou interrupciou – medzi tieto opatrenia patrí aj prepracovanie zákonov (ďalšie informácie sú dostupné v 1. kapitole, časti 1.3.1,[i] a v [Prílohe A](#) na webe: Kľúčové medzinárodné ľudskoprávne normy pre oblasť interrupcií (Web Annex: Key international human rights standards on abortion)). Na to, aby prístupy povoľujúce iba interrupcie z určitých dôvodov zabezpečili dostupnosť interrupcií za takýchto okolností, sú tieto dôvody často buď (i) príliš úzko vymedzené alebo (ii) príliš prísne dodržiavané. Cieľ znížiť výskyt závažných zdravotných problémov u rodičiek a ich úmrtnosť či chrániť ženy a dievčatá pred rizikami spojenými s rizikovými interrupciami možno účinne dosiahnuť sprístupnením interrupcií na žiadosť tehotnej ženy alebo dievčaťa.

S cieľom zistiť vplyv prístupov povoľujúcich iba interrupcie z určitých dôvodov na osoby vyhľadávajúce

interrupciu a na zdravotníkov a zdravotníčky bol vypracovaný systematický prehľad štúdií uverejnených v rokoch 2010 až 2021, v ktorom výskumníčky a výskumníci identifikovali 22 štúdií uskutočnených v Argentíne, Austrálii, Brazílii, Čile, Kolumbii, Etiópii, Ghane, Spojenom kráľovstve Veľkej Británie a Severného Írska, Iránskej islamskej republike, Írsku, Izraeli, Mexiku, Rwande, Thajsku, Tanzánijskej spojenej republike, Uruguaji a Zambii. Zhrnutie dôkazov z týchto štúdií sa nachádza v Doplnkovom materiáli 1, Rámec od dôkazov k rozhodnutiu: Prístupy povolujúce len interrupcie z určitých dôvodov (Supplementary material 1, EtD framework for Grounds-based approaches)²⁰. Preskúmané dôkazy ukázali, že legislatíva povolujúca iba interrupcie z určitých dôvodov oddialila interrupcie, pričom k oddiaľovaniu dochádza kvôli (i) nejednotnosti pri výklade alebo uplatňovaní zdravotných dôvodov, (ii) kvôli tomu, že ženy čakajú na uznanie svojho nároku na interrupciu alebo (iii) kvôli spochybňovaniu ich prehlásení o tom, že otehotneli v dôsledku znásilnenia, (iv) kvôli príliš striktnému výkladu dôvodov alebo (v) kvôli nezhodám lekárskeho tímu o tom, či žena spĺňa zákonné dôvody.²¹ Nesprávny výklad zákona môže viesť aj k odmietnutiu vykonania interrupcie. V niektorých prípadoch zdravotníci a zdravotníčky čakali, kým sa zdravotný stav ženy zhoršil natoľko, aby bola „v ohrození života“ a naplnili tak tento dôvod pre vykonanie interrupcie. Týmto jednoznačne ohrozili jej právo na život a potenciálne porušili jej právo nebyť mučená, podrobená krutému, neľudskému a ponižujúcemu zaobchádzaniu.

Interpretácia dôvodov, a teda aj nároku na legálnu interrupciu, sa líši od poskytovateľa k poskytovateľke, ktorí a ktoré nemajú ohľadom zákona alebo jeho uplatňovania vždy istotu; výklad je často úzky a nezlučiteľný s ľudskoprávnymi zákonmi a/alebo s vymedzeniami zdravia a duševného zdravia podľa SZO, čo vedie k odopieraniu prístupu k interrupcii. Ženy uvádzali značné problémy pri prístupe k starostlivosti v prípadoch, keď nedokázali získať právnu pomoc a poradenstvo ohľadom zákonných dôvodov. Zistilo sa, že prístupy povolujúce len interrupcie z určitých dôvodov majú obzvlášť negatívny vplyv na ženy, ktoré čelia finančným ťažkostiam, a na ženy s nižším dosiahnutým vzdelaním.

Dôkazy preskúmané pre účely tohto usmernenia ukázali, že prístupy povolujúce iba interrupcie z určitých dôvodov majú nepomerne negatívny vplyv na preživšie sexuálneho násillia, ktoré sa rozhodli podstúpiť interrupciu. Aby tieto ženy splnili požiadavky, akými sú nahlásenie trestného činu na polícii alebo potreba súdneho príkazu, museli často absolvovať výsluchy, zdĺhavé priesťahy a byrokratické procesy. A to napriek tomu, že vyžadovanie nahlásenia či takéto postupy pred podstúpením interrupcie, nie sú v súlade s ľudskými právami. Môže sa stať, že poskytovatelia vyžadujú doklad alebo schválenie (napr. súdne rozhodnutie alebo policajnú správu) dokonca aj v prípadoch, keď zákon stanovuje, že na splnenie zákonnej požiadavky stačí vyjadrenie ženy o tom, že bola znásilnená. V praxi to znamená, že podstúpenie interrupcie po znásilnení je náročné a zdĺhavé. Sú prípady, keď priesťahy trvajú tak dlho, že ženy porodila pred tým, ako obdržia rozhodnutie o tom, či majú na interrupciu zo zákona nárok. V iných prípadoch miesto toho siahnu po rizikovej interrupcii. Takže „interrupcia z dôvodu znásilnenia“ nespĺňa požiadavku medzinárodného práva v oblasti ľudských práv, podľa ktorej musí byť prístupná a dostupná. Tieto obmedzenia zároveň vystavujú jednotlivkyne a jednotlivcov zbytočnej traume, môžu ich vystaviť väčšiemu ohrozeniu zo strany páchatela a môžu spôsobiť, že siahnu po rizikovej interrupcii.

Dôkazy tiež ukázali, že prístupy povolujúce legálne interrupcie z dôvodu smrteľného poškodenia plodu, sú frustrujúce pre poskytovateľov a poskytovateľky, ktorí a ktoré chcú pomôcť pacientkam, ale nemôžu im poskytnúť inú možnosť ako pokračovať v tehotenstve. Nútenie pokračovať v tehotenstve, ktoré spôsobuje značné utrpenie, porušuje mnohé ľudské práva. Štáty sú povinné tieto zákony prepracovať tak, aby boli v súlade s medzinárodným právom v oblasti ľudských práv.

Podľa medzinárodného práva v oblasti ľudských práv sú štáty povinné zabezpečiť, aby ženy nemuseli siahnuť po rizikových interrupciách. Dôkazy z vyššie spomenutých štúdií ukazujú, že legislatíva povolujúca len interrupcie z určitých dôvodov môže prispieť k zvýšeniu počtu rizikových interrupcií, keďže osoby, ktoré nespĺňajú zákonné dôvody, siahajú po ilegálnych interrupciách, vrátane ilegálnych samostatne manažovaných interrupcií, pričom niektoré z nich môžu byť nebezpečné. Dôkazy zo štúdií tiež nepriamo naznačujú, že legislatíva povolujúca interrupcie iba z určitých dôvodov prispieva k úmrtnosti rodičiek, pretože keď štáty prejdú od prístupov povolujúcich len interrupcie z určitých dôvodov k interrupcii na žiadosť, dochádza k zníženiu úmrtnosti tehotných (najmä mladistvých)

²⁰ Pozn. Prekladateľky: Dostupný na adrese [extension://elhekieabhbkmcefcobjddigcaadp/https://cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/abortion/supplementary-material-1.pdf?sfvrsn=5bc94f18_7](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/abortion/supplementary-material-1.pdf?sfvrsn=5bc94f18_7).

²¹ Pozn. prekladateľky: číslovanie bolo v preklade doplnené.

v prvom trimestri, ako aj k zníženiu pôrodnosti. To poukazuje na prepojenie medzi medzinárodným záväzkom prijať opatrenia na zníženie úmrtnosti a výskytu závažných zdravotných problémov u tehotných a upúšťaním od prístupov, ktoré povoľujú len interrupcie z určitých dôvodov.

KLÚČOVÉ ĽUDSKOPRÁVNE ASPEKTY V SPOJENÉ S PRÍSTUPMI POVOĽUJÚCIMI LEN INTERRUPCIE Z URČITÝCH DÔVODOV

- Pri právnej úprave služieb SRZ musia byť dostupnosť, prístupnosť, prijateľnosť a kvalita kľúčové.
- Interrupcia musí byť dostupná v prípadoch, keby donosenie plodu spôsobovalo žene značnú bolesť alebo utrpenie, keď je tehotenstvo dôsledkom znásilnenia alebo incestu alebo keď je ohrozený jej život alebo zdravie.
- Štáty nesmú právne upravovať interrupcie spôsobom, ktorý núti ženy siahť po rizikovej interrupcii.
- Štáty musia prijať opatrenia, vrátane prepracovania zákonov, na znížovanie úmrtnosti a morbidity rodičiek a na účinnú ochranu žien a dievčat pred fyzickými a psychickými problémami spojenými s tým, že siahnu po rizikovej interrupcii.
- Každá osoba má v prístupe k službám SRZ právo na nediskrimináciu a rovnosť.

Ďalšie informácie a zdroje sa nachádzajú v rámciku 1.2 a v [prílohe A](#) na webe: Kľúčové medzinárodné ľudskoprávne normy pre oblasť interrupcií (Key international human rights standards on abortion).

2.2.3 Obmedzenia týkajúce sa gestačného veku (dĺžky tehotenstva)

Obmedzenia týkajúce sa dĺžky tehotenstva sú obvykle definované v liberálnych aj reštriktívnych interrupčných legislatívach a politikách. Tieto obmedzenia vyplývajúce z formálnych zákonov, inštitucionálnej politiky alebo individuálnej praxe jednotlivých zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov ohraničujú dobu, počas ktorej je vzhľadom na dĺžku tehotenstva možné legálne podstúpiť interrupciu. V mnohých štátoch sú obmedzenia týkajúce sa dĺžky tehotenstva prepojené s prístupmi povoľujúcimi len interrupcie z určitých dôvodov, pričom obmedzenia týkajúce sa dĺžky tehotenstva sa líšia na základe dôvodov alebo okolností, za ktorých je interrupcia povolená. Hoci sa interrupčné metódy môžu líšiť podľa dĺžky tehotenstva (pozri 3. kapitolu, časť 3.4), tehotenstvo je možné bezpečne ukončiť bez ohľadu jeho dĺžku. Obmedzenia týkajúce sa gestačného veku nevyplývajú z dôkazov; obmedzujú dobu, počas ktorej je možné legálne ukončiť tehotenstvo akoukoľvek metódou.

Medzinárodné právo v oblasti ľudských práv vyžaduje, aby bola kvalita starostlivosti pri právnej úprave služieb SRZ kľúčová a teda, aby bola právna úprava interrupcií založená na dôkazoch, vedecky a medicínsky primeraná a aktuálna (3, ods. 21). Štáty podľa medzinárodného práva v oblasti ľudských práv nesmú právne upravovať tehotenstvá či interrupcie spôsobom, ktorý je v rozpore s ich záväzkom zabezpečiť, aby ženy a dievčatá nemuseli siahť po rizikových interrupciách a sú povinné prepracovať svoje zákony tomu zodpovedajúcim spôsobom (pozri [Prílohu A](#) na webe: Kľúčové medzinárodné ľudskoprávne normy pre oblasť interrupcií (Web Annex: Key international human rights standards on abortion)).

Odporúčanie pre oblasť LEGISLATÍVY A POLITIKY 2: Obmedzenia týkajúce sa gestačného veku (dĺžky tehotenstva)

Odporúčame zrušiť zákony a ďalšie predpisy zakazujúce interrupcie v súvislosti s dĺžkou tehotenstva.

Poznámka k aktualizácii odporúčaní: Toto a ďalšie legislatívne a politické odporúčania nie sú novými odporúčaniami. Súčasťou Usmernenia SZO k bezpečným interrupciám z roku 2012 bolo komplexné odporúčanie v oblasti legislatívy a politiky (19). V tomto usmernení sú odporúčania v oblasti legislatívy a politiky rozpracované do siedmich samostatných odporúčaní pomocou metodológie GRADE.

Zdôvodnenie

S cieľom zistiť vplyv obmedzení týkajúcich sa gestačného veku na osoby vyhľadávajúce interrupciu a na zdravotnícke pracovníčky a pracovníkov bol vypracovaný systematický prehľad štúdií uverejnených v rokoch 2010 až 2020, v ktorom výskumníci a výskumníčky identifikovali 21 štúdií uskutočnených v Austrálii, Belgicku, Mexiku, Nepále, Juhoafrickej republike, Spojenom kráľovstve a Spojených štátoch amerických. Zhrnutie dôkazov z týchto štúdií uvádzame v Doplnkovom materiáli 1, Rámec od dôkazov k rozhodnutiu: Obmedzenia týkajúce sa gestačného veku (Supplementary material 1, EtD framework for Gestational age limits)²². Preskúmané dôkazy ukázali, že obmedzenia týkajúce sa gestačného veku – samostatne alebo v kombinácii s inými regulačnými požiadavkami vrátane prístupov povoľujúcich iba interrupcie z určitých dôvodov – oddialili prístup k interrupcii, najmä u žien vyhľadávajúcich interrupciu v pokročilejšom gestačnom veku, u žien blížiacich sa k hranici gestačného veku (pozn. prekladateľky: k hraničnej dĺžke tehotenstva, do ktorej je interrupcia legálna) a u žien žijúcich v oblastiach s obmedzeným prístupom ku klinikám. Ukazuje sa, že obmedzenia týkajúce sa gestačného veku sú spojené so zvýšenou mierou úmrtnosti rodičiek a s negatívnymi zdravotnými dopadmi. Medzinárodné právo v oblasti ľudských práv vyžaduje od štátov také prepracovanie zákonov, aby bolo ich výsledkom predchádzanie rizikovým interrupciám a zníženie úmrtnosti a výskytu závažných zdravotných problémov u rodičiek.

Zo štúdií tiež vyplynulo, že prípady, keď ženy žiadali o interrupciu a kvôli obmedzeniam týkajúcich sa gestačného veku im bola starostlivosť odmietnutá, mohli viesť k neželanému pokračovaniu tehotenstva najmä u žien s kognitívnymi poruchami alebo u žien, ktoré žiadali o interrupciu v 20. týždni tehotenstva či neskôr. Toto môže byť v rozpore s požiadavkou medzinárodného práva v oblasti ľudských práv, aby bola interrupcia dostupná v prípade, že by malo tehotenstvo žene spôsobiť značnú bolesť alebo utrpenie, a to bez ohľadu na jeho životaschopnosť.

Dôkazy z týchto štúdií ukázali, že obmedzenia týkajúce sa gestačného veku majú nepomerný vplyv na ženy s kognitívnymi poruchami, dospelé ženy, mladšie ženy, ženy žijúce vo väčšej vzdialenosti od kliník, ženy, ktoré musia za interrupciou cestovať, ženy s nižším vzdelaním, ženy čeliace finančným ťažkostiam a na nezamestnané ženy. To svedčí o nepomernom vplyve obmedzení týkajúcich sa gestačného veku na určité skupiny žien, z čoho pre štáty vyplýva povinnosť zabezpečiť nediskrimináciu a rovnosť pri poskytovaní služieb v oblasti SRZ.

²² Pozn. Prekladateľky: Dostupný na adrese [extension://elhekieabhbkmcefcobjddigjcaadp/https://cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/abortion/supplementary-material-1.pdf?sfvrsn=5bc94f18_7](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/abortion/supplementary-material-1.pdf?sfvrsn=5bc94f18_7).

KLÚČOVÉ ĽUDSKOPRÁVNE ASPEKTY SPOJENÉ S OBMEDZENIAMÍ TÝKAJÚCIMI SA GESTAČNÉHO VEKU

- Pri právnej úprave služieb SRZ musia byť dostupnosť, prístupnosť, prijateľnosť a kvalita kľúčové.
- Štáty nesmú právne upravovať interrupcie spôsobom, ktorý núti ženy siahnuť po rizikovej interrupcii
- Štáty musia prijať opatrenia – vrátane prepracovania zákonov – na znižovanie úmrtnosti a výskytu závažných zdravotných problémov (morbidity) u rodičiek a na účinnú ochranu žien a dievčat pred fyzickými a psychickými problémami spojenými s tým, že siahnu po rizikovej interrupcii.
- Každá osoba má v prístupe k službám SRZ právo na nediskrimináciu a rovnosť.

Ďalšie informácie a zdroje sa nachádzajú v rámciku 1.2 a v [prílohe A](#) na webe: Kľúčové medzinárodné ľudskoprávne normy pre oblasť interrupcií (Key international human rights standards on abortion).

3. kapitola

Odporúčania a osvedčené postupy naprieč celým spektrom interrupčnej starostlivosti

3.1 Východiská

Všetky normy, štandardy a praxe týkajúce sa zdravotnej starostlivosti v súvislosti s interrupciami, by mali ako bežná súčasť prístupu k zdravotníckej starostlivosti založenej na ľudských právach podporovať a chrániť:

- zdravie a ľudské práva jednotlivých a jednotlivcov
- informované a dobrovoľné rozhodovanie
- samostatnosť pri rozhodovaní
- nediskrimináciu (vrátane intersekcionalnej) a rovnosť
- dôvernosť a súkromie
- vhodné systémy presmerovania pacientky*a
- kontinuálnu starostlivosť.

Nové a aktualizované odporúčania v tomto usmernení sformulovali panely odborníkov a odborníčok – vrátane ľudskoprávných poradkýň a poradcov –, ktoré boli vytvorené za účelom vypracovania tohto usmernenia (všetkých a všetky, ktoré sa na tomto procese zúčastnili uvádzame v Prílohe 1 (Annex 1) v [originálnom dokumente](#) a úlohy skupín zúčastnených popisujeme v Prílohe 4 (Annex 4) v [originálnom dokumente](#)).²³ Skupiny najprv pomocou metodológie GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation – Hodnotenie, vývoj a posudzovanie odporúčaní) systematicky preskúmali dôkazy ku každej z prioritných tém a otázok a posúdili ich úroveň dôveryhodnosti (na základe kvality dôkazov vrátane typov a rozsahu realizovaných štúdií a ich prípadných nedostatkov).

Odborný panel na základe šiestich zásadných kritérií rámca WHO-INTEGRATE, ktoré uplatnil na každú z praxí pre jednotlivé kategórie obyvateľstva, stanovil smerovanie (v prospech alebo neprospech) a silu každého odporúčania. Ide o nasledujúce kritériá: vyváženosť zdravotných prínosov a rizík; ľudské práva a sociokultúrna prijateľnosť; rovnosť v oblasti zdravia, nediskriminácia a rovnosť; spoločenské následky; finančné a ekonomické hľadisko; realizovateľnosť a hľadisko systému zdravotníctva, pričom zohľadnili aj metakritérium: kvalita dôkazov (118). Metódy sú podrobne opísané v Prílohe 4 (Annex 4) v [originálnom dokumente](#). V opise sú zahrnuté aj rozdiely medzi metódami použitými v prípade odporúčaní v oblasti legislatívy a politiky (odporúčania 1,2,3,6,7,21,22) a metódami využívanými pri iných druhoch odporúčaní. Kompletné rámce od dôkazov k rozhodnutiu (Evidence-to-Decision – EtD) sú k dispozícii online ako doplnkové materiály a hypertextové odkazy na ne uvádzame spolu s odôvodneniami pre každé z nových a aktualizovaných odporúčaní.²⁴

²³ Súčasťou odborných panelov boli Skupiny pre posudzovanie dôkazov a odporúčaní (Evidence and Recommendations Review Groups – ERRG) pre každú z troch oblastí (legislatíva a politika, zdravotné služby a poskytovanie služieb) a neskôr Skupina pre vypracovanie usmernenia (Guideline Development Group – GDG), pričom v každej fáze a na každom zasadnutí týchto skupín sa zúčastnila minimálne jedna poradkyňa alebo jeden poradca v oblasti ľudských práv. Ďalšie podrobnosti o úlohách týchto tímov a kompletnú metodiku procesu tvorby usmernení nájdete v Prílohe 4: Metódy (Annex 4: Methods) v [originálnom dokumente](#).

²⁴ Rámce od dôkazov k rozhodnutiu pre toto usmernenie sú k dispozícii online: Doplnkový materiál 1: Dostupné rámce od dôkazov k rozhodnutiu pre legislatívne a politické témy: www.who.int/publications/i/item/9789240039483; Doplnkový materiál 2: Rámce od dôkazov k rozhodnutiu

Odporúčania v prospech praxe sú vymedzené ako silné alebo slabé (pričom v prípade slabých odporúčaní sú špecifikované podmienky využitia). Tretím variantom je odporúčanie zrušiť, prestať nevykonávať alebo nepoužívať. Na prehľadné označenie sily a smerovania každého z odporúčaní používame nasledujúce formulácie:

- **Odporúčame** – silné odporúčanie v prospech praxe
- **Navrhujeme** – slabé odporúčanie v prospech praxe (vyžaduje si dodatočné spresnenie odporúčania a špecifikáciu podmienok zavedenia)
- **Odporúčame zrušiť, odporúčame prestať, odporúčame nevykonávať** alebo **odporúčame nepoužívať** – silné odporúčanie proti praxi/v prospech porovnávaného.

Nové a aktualizované odporúčania vyplynuli z prehodnotenia otázok PICO (t. j. populácia, intervencia, komparátor, výsledky)²⁵, ktoré odborníci a odborníčky identifikovali počas stretnutí zameraných na vymedzenie rozsahu tohto usmernenia. Zatiaľ čo 10 odporúčaní v tomto usmernení je úplne nových (v Resumé aj v tejto kapitole ich označujeme ako „nové“), aktualizované odporúčania sú tie, ktoré boli súčasťou predchádzajúcich usmernení SZO, ale na účely tohto usmernenia boli podrobené novému procesu vymedzovania rozsahu, vyhľadávania a posudzovania relevantných dôkazov, boli naň uplatnené metodológie GRADE a prehodnotené kritériá WHO-INTEGRATE, čo mohlo, ale nemuselo viesť k podstatnej zmene sily, smerovania alebo podstaty odporúčania (19, 23, 120). Okrem toho obsahuje niektoré už existujúce odporúčania, ktoré boli prevzaté z predchádzajúcich usmernení SZO v nezmenenej podobe.²⁶ V týchto prípadoch nebola daná téma pred začiatkom vypracovania tohto usmernenia vymedzená ako predmet skúmania, a preto neprebíhal žiadny nový prieskum alebo posudzovanie, poprípade prebehla nová rešerš literatúry s cieľom preskúmať súčasnú databázu dôkazov, ktorá však nevedla k žiadnym zmenám v existujúcom odporúčaní. Predovšetkým musíme poznamenať, že v Usmernení k *bezpečným interrupciám* z roku 2012 je na legislatívu a politiku zamerané jedno komplexné odporúčanie. V tomto usmernení sú odporúčania v oblasti legislatívy a politiky rozpracované s použitím metodológie GRADE do siedmich samostatných odporúčaní, nepovažujeme ich však za nové (ide o odporúčania 1,2,3,6,7,21,22). Súhrnná tabuľka, v ktorej uvádzame témy, výskumné/PICO otázky, uskutočnené systematické prieskumy a čísla odporúčaní, sa nachádza v prílohe 7 v [originálnom dokumente](#).

3.1.1 Štruktúra informácií v kapitole

Informácie a odporúčania v tejto kapitole sú štruktúrované do častí odrážajúcich kontinuitu interrupčnej starostlivosti a spôsoby poskytovania služieb: (i) služby vzťahujúce sa na celé kontinuum starostlivosti, (ii) predinterrupčná starostlivosť, (iii) interrupcia, (iv) postabortívna starostlivosť, (v) možnosti poskytovania služieb a manažovania vlastných interrupcií. V každej časti sú podľa potreby zahrnuté tieto body: „čo“ (konkrétne praxe týkajúce sa zdravotnej starostlivosti), „kto“ (ktoré zdravotnícke pracovníčky a ktorí zdravotnícki pracovníci môžu konkrétnu prax vykonávať alebo self-manažment), „kde“ (modely poskytovania služieb v zariadení alebo mimo neho/modely poskytovania služieb na diaľku/bez požiadavky na miesto poskytovania služieb či už v zariadení alebo mimo neho) a „ako“ (modely poskytovania služieb, otázky spojené s realizáciou). Je potrebné poznamenať, že štyri odporúčania ohľadom legislatívnych a politických aspektov sa nachádzajú v časti venovanej predinterrupčnej starostlivosti (časť 3.3), zatiaľ čo ďalším trom sme sa venovali v 2. kapitole, časti 2.2.

Pri každej z tém v tejto kapitole sa najprv nachádzajú stručné východiskové informácie a po nich nasledujú rámčeky alebo tabuľky s odporúčaniami, ktoré poskytujú informácie o „čo“ a „kto“ v rámci danej praxe. Bezprostredne za každým odporúčaním nasleduje zoznam prípadných

pre témy spojené so zdravotnými službami www.who.int/publications/i/item/9789240039483; Doplnkový materiál 3: Rámce od dôkazov k rozhodnutiu pre témy spojené s poskytovaním služieb www.who.int/publications/i/item/9789240039483.

²⁵ Pozn. prekladateľky: Otázky PICO sú spôsobom identifikácie jednotlivých prvkov zdravotného problému v medicíne založenej na dôkazoch. Týkajú sa pacienta*ky, praxe, kontrolnej skupiny a výsledku(ov)

²⁶ Existujúce odporúčania uvádzame v presne takom znení, aké bolo použité v predošlom usmernení alebo v aktualizovanom znení s použitím formulácie „odporúčame/odporúčame zrušiť/nevykonávať/prestať/nevykonávať“ pre silné odporúčania a „navrhujeme“ pre slabé odporúčania (pred tým označované ako „podmienené“ odporúčanie). Pre ďalšie podrobnosti uvádzame odkazy na pôvodné usmernenie.

komentárov vysvetľujúcich podmienky a kontext relevantný pre dané odporúčanie. Tie vypracoval odborný panel na základe podrobného preskúmania dôkazov. Ak je to relevantné, nachádza sa tam aj časť upresňujúca, kde je možné danú prax vykonávať – najmä či ju treba vykonávať v zdravotníckom zariadení určitej úrovne alebo či žiadna požiadavka na miesto poskytovania neexistuje a bolo by vhodné ju vykonávať na mieste „mimo zariadenia“ (napr. doma alebo na inom mieste), ak to osoba podstupujúca interrupciu uprednostňuje, alebo ak ide o jedinú dostupnú možnosť („kde“ často úzko súvisí s „kto“, napr. úlohy vykonávané lekárnikmi či lekárničkami by boli vykonávané v lekárni). V prípade, že komentáre k existujúcim nezmeneným odporúčaniam sú stále relevantné, toto usmernenie ich preberá spolu s prípadnými revíziami vyplývajúcimi z výsledkov všetkých relevantných posúdení dôkazov prebratých z pôvodných citovaných usmernení.

Pri každom novom/aktualizovanom odporúčaní sú za rámčekom s odporúčaním/iami a komentármi uvedené ďalšie informácie v nasledujúcom poradí:

- i. **Zdôvodnenie:** Obsahuje stručné zhrnutie druhu a rozsahu dôkazov získaných z prieskumu/ov tvoriacich databázu dôkazov, zdôvodnenie smerovania (za alebo proti) a sily odporúčania (silné alebo slabé) s odkazom na kľúčové posúdenie dôsledkov praxe (prínosy a riziká), úroveň dôveryhodnosti a všetky relevantné informácie ohľadom ostatných kritérií rámca WHO-INTEGRATE. Všetky prípadné dôkazy o potenciálnych rizikách alebo nežiaducich následkoch sú zvýraznené. Takéto závery môžu byť vyvodené aj zo štúdií a dodatočných dôkazov, ktoré nemusia priamo vyplývať z PICO otázok, ale pri nedostatku priamych dôkazov poskytujú relevantné informácie. Možno ich získať z jednotlivých štúdií, systematických prehľadov alebo iných relevantných zdrojov.
- ii. **Otázky spojené s realizáciou:** Body, ktoré treba mať v súvislosti s implementáciou na pamäti vrátane tých, ktoré sa týkajú „ako“.

Na konci každej tematickej časti sa nachádza rámček obsahujúci všetky kľúčové ľudskoprávne aspekty spojené s daným odporúčaním alebo so širšou témou, ako aj rámček s krížovými a hypertextovými odkazmi na súvisiace témy v tomto usmernení.

Podrobné informácie o všetkých súvisiacich PICO otázkach sa nachádzajú v prílohách 8, 9 a 10 v [originálnom dokumente](#) a zhrnutia (zo systematických prehľadov sa nachádzajú v prílohe 7) a rámce „od dôkazov k rozhodnutiu“ relevantné pre každé nové alebo aktualizované odporúčanie sú k dispozícii online ako doplnkový materiál.

3.1.2 Hlavné zásady a východiská súvisiace s odporúčaniami ohľadom úloh zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov

Zdravotníckymi pracovníkmi a pracovníčkami sú všetky osoby zapojené do činností, ktorých hlavným cieľom je zlepšovanie zdravia (100). Patria sem všetky kategórie zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov uvedené a opísané v prílohe 5 v [originálnom dokumente](#) – od komunitných zdravotníckych pracovníčok až po špecializované*ých lekárky*ov (napr. pôrodníkov*čok a gynekologičiek*lógov) vrátane odborníkov*čok v oblasti tradičnej a alternatívnej medicíny (t. j. nealopatických lekárokov). Interrupcie je možné vykonávať bezpečne pomocou tabliet (medikamentózna interrupcia) alebo jednoduchým ambulantným zákrokom, pri ktorom väčšinou už nie je potrebný špecialista či dokonca lekárka so všeobecným zameraním. Odporúčania prezentované v tomto usmernení poskytujú návod na to, ako zapojiť širší okruh zdravotníckych pracovníkov a pracovníčky či samotné tehotné osoby do poskytovania alebo riadenia vlastnej interrupcie, podporiť optimalizáciu dostupnej zdravotníckej pracovnej sily, riešiť nedostatok špecializovaných zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov v zdravotníckom systéme, znížiť náklady a zlepšiť dostupnosť, posilniť spravodlivosť a rovnosť v prístupe k zdravotnej starostlivosti a zvýšiť prijateľnosť zdravotníckych služieb pre osoby, ktoré ich potrebujú.

Nasledujúce zásady a predpoklady sa vzťahujú na všetkých zdravotníckych pracovníkov a pracovníčky:

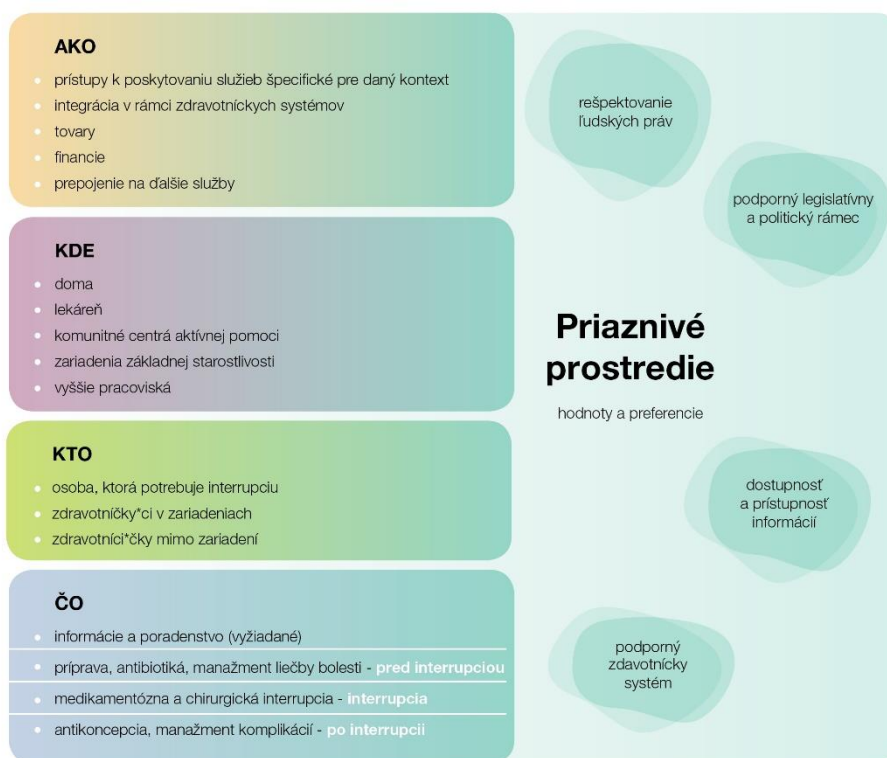
- Odporúčania sú vhodné a určené pre kontexty s rôznymi zdrojmi, t. j. keď sú k dispozícii veľké, stredné i malé zdroje.
- Odporúčania sa vzťahujú na rôzne kategórie zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov, ktoré a ktorí môžu bezpečne, účinne a uspokojivo vykonávať niektoré alebo všetky uvedené špecifické úlohy súvisiace s interrupciou. To, ktoré kategórie pracovníkov a pracovníčok

môžu vykonávať tú istú úlohu, by malo mať inkluzívny charakter, neznamená to uprednostňovanie alebo vylučovanie nejakej konkrétnej kategórie zdravotníckych pracovníčok alebo pracovníkov. Voľba zdravotníckych pracovníčok či pracovníčok pre konkrétnu úlohu bude závisieť od potrieb, preferencií a podmienok osoby, ktorá potrebuje interrupciu, ako aj od miestneho kontextu.

- Odborná príprava zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov musí zabezpečiť, aby disponovali kompetenciami na poskytovanie kvalitnej a rodovo citlivej starostlivosti v súlade s normami a usmerneniami jednotlivých štátov a ľudskými právami. Zabezpečenie kvalitnej interrupčnej starostlivosti si vyžaduje neustály dohľad, garanciu kvality, kontrolu a vyhodnocovanie, ako aj prístup k potrebnému vybaveniu a tovarom.

Vychádzame z predpokladu, že každá osoba pracujúca v zdravotníctve, o ktorej sa v tomto usmernení zmieňujeme, má základnú odbornú prípravu, ktorá sa od tejto kategórie zdravotníckych pracovníčok a pracovníčok vyžaduje (a v prípade osôb, ktoré riadia svoju vlastnú interrupciu (pozn. prekladateľky: self-manažment), že majú náležité informácie a znalosti). Navyše všetky odporúčania vychádzajú z predpokladu, že zdravotnícki pracovníci a zdravotnícke pracovníčky z kategórie odporúčanej alebo navrhovanej na vykonávanie určitých úloh, absolvujú pred tým, ako ich začnú vykonávať, príslušnú odbornú prípravu, ktorej súčasťou budú aj príprava na konkrétnu úlohu a informácie o nej.

3.2 Služby vzťahujúce sa na celé kontinuum starostlivosti



Táto časť sa venuje informáciám, poradenstvu a prepojeniu na ďalšiu starostlivosť alebo služby, ktoré môžu osoby podstupujúce interrupciu potrebovať alebo si žiadať pred, počas a/alebo po interrupcii.

Poskytovanie vedecky presných a zrozumiteľných informácií všetkým ženám podstupujúcim interrupciu a nenátlakové dobrovoľné poradenstvo pre každú osobu, ktorá oň požiada, je základným znakom kvalitných interrupčných služieb, ktoré sú v súlade s ľudskými právami (pozri kapitolu 1, časť 1.3.2). Poskytovanie informácií a poradenstva (ak o ne tehotná osoba požiada), ako aj prístup k ďalším súvisiacim službám alebo presmerovanie na ne, sa začína pred interrupciou, ale malo by pokračovať počas celého trvania starostlivosti. Okrem toho by mala mať každá osoba k dispozícii všetky informácie potrebné na to, aby sa mohla informovane rozhodnúť ohľadom používania antikoncepcie



3.2.1 Poskytovanie informácií

Informácie spojené s interrupciou pre osoby, ktoré o nej uvažujú, chcú ju podstúpiť, alebo ju podstúpili, by mali zahŕňať:

- dostupné možnosti interrupčných metód a manažovania liečby bolesti;
- informácie ohľadom slobodného a informovaného súhlasu;
- čo sa bude diať pred, počas a po zákroku alebo priebehu interrupcie vrátane všetkých potenciálne potrebných testov a/alebo liekov na úľavu od bolesti, a všetkých aspektov starostlivosti, ktoré by si mohli jednotlivé osoby v prípade záujmu riadiť samostatne, a to buď s podporou na diaľku, alebo bez nej;
- čo budú pravdepodobne tieto osoby prežívať počas a po zákroku alebo priebehu interrupcie a ako dlho budú zákrok či interrupcia a zotavovanie trvať;
- kedy je možné vrátiť sa k bežným aktivitám vrátane pohlavného styku;
- ako rozpoznať potenciálne vedľajšie účinky a príznaky pokračujúceho tehotenstva (ktoré môžu dočasne pretrvávajúť aj po úspešnom prerušení tehotenstva alebo znamenať neúspešnú interrupciu) a ďalšie dôvody, pre ktoré je potrebné opätovne vyhľadať starostlivosť vrátane komplikácií, akými sú pretrvávajúce silné krvácanie alebo horúčka, a
- kedy, kde a ako je možné získať prístup k následnej starostlivosti alebo k ďalším službám, ktoré si tieto osoby môžu želať, akými je poradenstvo (časť 3.2.2), antikoncepcia (pozri časť 3.5.4) a iné služby (časť 3.2.3).



Odporúčanie pre oblasť POSKYTOVANIA SLUŽIEB 4: Poskytovanie informácií o interrupčnej starostlivosti

Kategórie zdravotníckych pracovníčok alebo pracovníkov	Odporúčanie	Zdôvodnenie ^a
Komunitní zdravotnícki pracovníci a komunitné zdravotnícke pracovníčky (KZP)	Odporúčame	V podmienkach, v ktorých existuje silný program KZP, je zabezpečovanie služieb na podporu zdravia prostredníctvom KZP vo všeobecnosti dobre prijímané a uskutočniteľné (podľa dôkazov so strednou mierou dôveryhodnosti). Prípravou KZP na poskytovanie základných informácií o interrupciách je možné zlepšiť spravodlivý prístup k informáciám a kvalitnej interrupčnej starostlivosti.
Pomocné pracovníčky a pomocní pracovníci v lekárňach	Navrhujeme Podmienka: v podmienkach, keď sú pomocné*í pracovníčky*ci v lekárňach pod priamym dohľadom lekárničky*ka a existuje prístup k vhodným zdravotníckym službám alebo možnosť presmerovať na ne.	O bezpečnosti, účinnosti a prijateľnosti tejto možnosti sa nenašli dostatočné priame dôkazy. V mnohých podmienkach sa však na pomocné pracovníčky a pomocní pracovníci v lekárňach často obracajú ženy, ktoré potrebujú radu, ohľadom toho, čo robiť v prípade oneskorenej menštruácie (podľa dôkazov so strednou mierou dôveryhodnosti). Hoci v prípade pomocných pracovníčok a pracovníkov v lekárňach nie je účinnosť výcvikových aktivít istá, potenciálny prínos ich prípravy na poskytovanie základných informácií prevažuje nad rizikami, ktoré môžu byť spôsobené tým, že by informácie neposkytovali alebo poskytovali nesprávne informácie.
Lekárnici a lekárničky	Odporúčame	Lekárnici a lekárničky sú kvalifikovaní*é na poskytovanie informácií o liekoch, ktoré vydávajú. Existujú dôkazy o účinnosti osvetly a poradenstva v oblasti chronických ochorení poskytovaných lekárnikmi a lekárničkami (podľa dôkazov s nízkou až strednou mierou dôveryhodnosti). V mnohých podmienkach sa na lekárnikov a lekárničky často obracajú ženy, ktoré potrebujú radu, ohľadom toho, čo robiť v prípade oneskorenej menštruácie (podľa dôkazov so strednou mierou dôveryhodnosti).
Odborníčky*ci v oblasti tradičnej a alternatívnej medicíny Pomocné sestry/pomocní*é pôrodní*é asistenti*ky Sestry Pôrodné*í asistentky*i Zdravotnícki*e asistenti*ky/ zdravotnícke*i laborantky*i lekári*ky so všeobecným zameraním Špecializované*í lekárky*i	Odporúčame	Bežná súčasť ich praxe, ^b preto neprebchlo žiadne posudzovanie dôkazov.

Zdroj: Odporúčanie SZO (2015) (23).

Poznámka k aktualizácii odporúčaní: Išlo o existujúce odporúčanie, pri ktorom výskumníčky a výskumníci pomocou metodológie GRADE preskúmali dôkazy týkajúce sa pomocných pracovníkov a pracovníčok v lekárňach, pretože išlo o jedinú kategóriu zdravotníčok a zdravotníkov, pre ktorú ešte neexistovalo silné odporúčanie („odporúčame“) pre túto úlohu. Po preskúmaní neprebehla v existujúcom slabom odporúčaní („navrhujeme“) žiadna zmena. Zhrnutie dôkazov sa nachádza v Doplnkovom materiáli 3, Rámec od dôkazov k rozhodnutiu: Poskytovanie informácií pomocnými pracovníkmi a pracovníčkami v lekárňach (Supplementary material 3, EtD framework on Information provision by pharmacy workers).

^a V prípade tohto odporúčania a všetkých odporúčaní týkajúcich sa zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov sa vzhľadom na nedostatočné dôkazy pre mnohé kombinácie zdravotníckych pracovníkov alebo pracovníčok a ich úloh diskusie odborného panelu zamerali na rámec kompetencií obsiahnutý v publikácii SZO z roku 2011 s názvom *Sexuálne a reprodukčné zdravie: základné kompetencie v primárnej starostlivosti (Sexual and reproductive health: core competencies in primary care) (121)*, ktorý poskytuje informácie o kompetenciách (vrátane zručností a vedomostí) potrebných pre každú úlohu, a tiež o kritériách WHO-INTEGRATE, najmä na realizovateľnosť, spravodlivosť a prijateľnosť praxe a hodnoty a preferencie žien.

^b Bežný rozsah práce/praxe nájdete v Prílohe 5 v [originálnom dokumente](#): Kategórie a role zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov (Health worker categories and roles).



Žiadna požiadavka na miesto (v zariadení alebo mimo zariadenia) neexistuje, avšak počas poradenstva by malo byť zabezpečené súkromie a dôvernosť. Tejto požiadavke je potrebné venovať osobitnú pozornosť v podmienkach mimo zariadenia, ako sú lekárne a komunitné pracoviská, kde to môže byť vzhľadom na infraštruktúru a postupy náročnejšie.



Otázky spojené s realizáciou

- Existujú rôzne spôsoby poskytovania informácií o interrupciách, napr. na diaľku prostredníctvom horúcich liniek a telemedicíny či prostredníctvom prístupov, akými sú predchádzanie rizikám (harm reduction) a aktívna pomoc v komunite (pozri časť 3.6), ako aj osobný kontakt so zdravotníckymi pracovníkmi a pracovníčkami.
- Informácie by mali byť prístupné a zrozumiteľné a mali by byť dostupné aj vo formách prispôbených potrebám osôb s nízkou gramotnosťou a osôb s rôznymi zdravotnými znevýhodneniami.

KLÍČOVÉ ĽUDSKOPRÁVNE ASPEKTY SPOJENÉ S POSKYTOVANÍM INFORMÁCIÍ

- Informovaný súhlas predpokladá poskytnutie úplných a presných informácií založených na dôkazoch.
- Presné informácie o interrupciách musia byť dostupné jednotlivkyniam a jednotlivcom spôsobom rešpektujúcim súkromie a dôvernosť.
- Je potrebné rešpektovať právo odmietnuť ponúknuté informácie.
- Informácie o interrupciách by mali byť dostupné všetkým osobám bez súhlasu alebo povolenia tretej strany. To zahŕňa aj sprístupnenie informácií o interrupcii dospelým bez súhlasu alebo povolenia rodičky, opatrovníka alebo iného zodpovedného orgánu.
- Informácie musia byť nediskriminačné a nezaujaté a musia byť podávané rešpektujúcim spôsobom. Nemali by podnecovať stigmatizáciu alebo diskrimináciu.
- Šírenie dezinformácií, zatajovanie informácií a cenzúra by mali byť zakázané.
- Informácie by mali byť kvalitné a prijateľné pre osobu, ktorá ich prijíma; mali by byť prezentované zrozumiteľným spôsobom a musia byť presné a založené na dôkazoch.

Ďalšie informácie a zdroje nájdete v rámečku 1.2 a v [Prílohe A](#) na webe: Klúčové medzinárodné ľudskoprávne normy pre oblasť interrupcií (Key international human rights standards on abortion).

Prepojenia na súvisiace témy/odporúčania



Všetky odporúčania týkajúce sa legislatívy a politiky (odporúčania 1,2,3,6,7,21,22)



Informovaný súhlas (časť 1.3.1:
Informovaný súhlas (časť 1.3.1: Ľudské práva)



Dostupnosť a prístupnosť informácií (časť 1.3.2)



Čo

3.2.2 Ponúkание a poskytovanie poradenstva

Niektoré osoby si môžu želať poradenstvo pred alebo po interrupcii. Poradenstvo je viac než len poskytovanie informácií. Je to cielený, interaktívny proces, v rámci ktorého osoba dobrovoľne získava podporu, informácie a nedirektívne poučenie od vyškolenej osoby (122) v prostredí priaznivom pre otvorené zdieľanie myšlienok, pocitov, vnemov a osobných skúseností. Okrem odborných vedomostí o službách a starostlivosti súvisiacich s umelým prerušením tehotenstva potrebných na poskytovanie informácií a poradenstva, si toto poradenstvo vyžaduje aj odbornú prípravu v oblasti poradenstva. Poradenstvo je základným prvkom poskytovania interrupčnej a postabortívnej starostlivosti.

Pri ponúkaní a poskytovaní poradenstva je nevyhnutné dodržiavať nasledujúce zásady:

- uistiť sa, že osoba, ktorá dostáva poradenstvo, oň požiadala a dať jasne najavo, že poradenstvo nie je povinné;
- zabezpečiť súkromie a dôvernosť;
- opýtať sa tejto osoby, čo si praje alebo potrebuje, aké sú jej obavy, venovať jej potrebný čas a aktívne vnímať potreby a preferencie, o ktorých hovorí;
- počas konzultácie zdôrazniť relevantné informácie (napríklad informácie uvedené v časti 3.2.1);
- odovzdávať informácie s rešpektom a bez odsudzovania a spôsobom, ktorý je pre túto osobu zrozumiteľný/prispôsobený jej potrebám;
- poskytnúť tejto osobe podporu a overovať, či dostala adekvátne odpovede na svoje otázky a či poskytovaným informáciám rozumie;
- prezentovať všetky vhodné možnosti zodpovedajúce potrebám tejto osoby a zároveň sa vyhýbať nanucovaniu svojich osobných hodnôt a presvedčení; a
- zrozumiteľne vysvetliť, že sa bude musieť rozhodnúť, aké služby využije.



Kto

Odporúčanie pre oblasť POSKYTOVANIA SLUŽIEB 5: Poskytovanie poradenstva

Katégorie zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok	Odporúčanie	Zdôvodnenie ^a
Komunitné*í zdravotnícke*i pracovníčky*ci (KZP)	Odporúčame	O bezpečnosti, účinnosti alebo prijateľnosti tejto možnosti výskumníci a výskumníčky nenašli dostatočné množstvo priamych dôkazov, avšak nepriame dôkazy ukázali, že praxe na podporu zdravia vykonávané KZP ľudia vo všeobecnosti dobre prijímajú, sú účinné a realizovateľné v mnohých podmienkach a že KZP sú často sprostredkovateľmi a sprostredkovateľkami medzi zdravotníckym systémom a ženami, ktoré hľadajú interrupčnú starostlivosť (podľa dôkazov so strednou mierou

Kategórie zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok	Odporúčanie	Zdôvodnenie ^a
		dôveryhodnosti). Odborný panel potvrdil realizovateľnosť tejto možnosti a jej potenciál rozšíriť spravodlivý prístup ku kvalitnej interrupčnej starostlivosti.
Pomocné pracovníčky a pomocní pracovníci v lekárňach	Navrhujeme Podmienka: Poradenstvo je vyvážené (t. j. zahŕňa medikamentózne aj chirurgické metódy) a v prípade, že sa žena rozhodne pre chirurgickú metódu, je zabezpečený prístup k zodpovedajúcim zdravotníckym službám alebo je na ne nasmerovaná.	Hoci o bezpečnosti, účinnosti alebo prijateľnosti tejto možnosti výskumníčky a výskumníci nenašli žiadne priame dôkazy, spôsobilosti a vedomosti pre túto úlohu sú (podľa rámca kompetencií) v súlade s kompetenciami tejto kategórie zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov. ^a Odborný panel potvrdil realizovateľnosť tejto možnosti a jej potenciál rozšíriť spravodlivý prístup ku kvalitnej interrupčnej starostlivosti.
Lekárnici a lekárničky	Navrhujeme Podmienka: Poradenstvo je vyvážené (t. j. zahŕňa medikamentózne aj chirurgické metódy) a v prípade, že sa žena rozhodne pre chirurgickú metódu, je zabezpečený prístup k zodpovedajúcim zdravotníckym službám alebo je na ne nasmerovaná.	Hoci o bezpečnosti, účinnosti alebo prijateľnosti tejto možnosti neboli nájdené žiadne priame dôkazy, spôsobilosti a vedomosti potrebné pre túto úlohu sú (podľa rámca kompetencií) v súlade s kompetenciami tejto kategórie zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok. ^a Lekárnici a lekárničky majú kvalifikáciu na poskytovanie informácií o liekoch, ktoré vydávajú. V súvislosti s liečbou chronických ochorení existujú dôkazy o účinnosti poskytovania poradenstva lekárnikmi a lekárničkami (dôkazy s nízkou až strednou mierou dôveryhodnosti). Na lekárnikov a lekárničky sa v mnohých podmienkach často obracajú ženy, ktoré potrebujú radu ohľadom toho, čorobiť v prípade oneskorenej menštruácie (podľa dôkazov so strednou mierou dôveryhodnosti). Lekárnikom a lekárničkám sa odporúča poskytovať medikamentóznú interrupciu do 12. týždňa a v rámci nej všetky tri čiastkové úlohy (odporúčanie 28). Odborný panel preto potvrdil, že je opodstatnené, aby lekárnici a lekárničky poskytovali vyvážené poradenstvo o interrupcii, a to vrátane chirurgických možností.
Odborníčky a odborníci v oblasti tradičnej a alternatívnej medicíny	Odporúčame	Hoci o bezpečnosti, účinnosti alebo prijateľnosti tejto možnosti výskumníčky a výskumníci nenašli žiadne priame dôkazy, spôsobilosti a vedomosti potrebné pre túto úlohu sú (podľa rámca kompetencií) v súlade

Kategórie zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok	Odporúčanie	Zdôvodnenie ^a
		s kompetenciami tejto kategórie zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov. ^a
Pomocné zdravotné sestry/pomocní*é pôrodní*é asistenti*ky Zdravotné sestry	Odporúčame	Poskytovanie poradenstva patrí k základným úlohám týchto zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok a je bežnou súčasťou ich praxe. ^b
Pôrodné*í asistentky*i	Odporúčame	Poskytovanie poradenstva patrí k základným úlohám asistentiek a asistentov a je bežnou súčasťou ich praxe. ^b
Zdravotnícki*e asistenti*ky/ zdravotnícke*ki laborantky*i	Odporúčame	Poskytovanie poradenstva patrí k základným úlohám týchto asistentov a asistentiek a je bežnou súčasťou ich praxe. ^b
Lekári*ky so všeobecným zameraním Špecializované*í lekárky*i	Odporúčame	Ide o bežnú súčasť ich praxe, ^b preto neprebehlo žiadne posudzovanie dôkazov.

Zdroj: Aktualizované odporúčanie zo SZO (2015) (23).

Poznámka k aktualizácii odporúčaní: Išlo o existujúce odporúčanie, kvôli ktorému výskumníci a výskumníčky pomocou metodológie GRADE opätovne preskúmané dôkazy týkajúce sa odborníkov v oblasti tradičnej a alternatívnej medicíny, lekárníkov, pomocných pracovníčok v lekárňach a komunitných zdravotníckych pracovníkov, keďže pre ostatné zdravotnícke pracovníčky a zdravotníckych pracovníkov už existovalo v prípade tejto úlohy silné odporúčanie. Po opätovnom preskúmaní boli odporúčania pre všetky štyri uvedené kategórie zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok posilnené – v prípade farmaceutiek a pomocných pracovníkov v lekárňach z „odporúčame zrušiť/prestať/nevykonávať“ na „navrhujeme“ a v prípade odborníkov v oblasti tradičnej a alternatívnej medicíny a komunitných zdravotníckych pracovníkov z „navrhujeme“ na „odporúčame“. Zhrnutie dôkazov sa nachádza v Doplnkovom materiáli 3, Rámec od dôkazov k rozhodnutiu: Predinterrupčné a postabortívne poradenstvo.

^a V prípade tohto odporúčania a všetkých odporúčaní týkajúcich sa zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok sa vzhľadom na nedostatočné dôkazy pre mnohé kombinácie zdravotníckych pracovníčok alebo pracovníkov a ich úloh diskusie odborného panelu zamerali na rámec kompetencií obsiahnutý v publikácii SZO z roku 2011 s názvom *Sexuálne a reprodukčné zdravie: základné kompetencie v primárnej starostlivosti (Sexual and reproductive health: core competencies in primary care) (121)*, ktorý poskytuje informácie o kompetenciách (vrátane zručností a vedomostí) potrebných pre každú úlohu, a tiež o kritériách WHO-INTEGRATE, najmä na realizovateľnosť, spravodlivosť a prijateľnosť praxe a hodnoty a preferencie žien.

^b Bežný rozsah práce/praxe nájdete v Prílohe 5 v [originálnom dokumente](#): Kategórie a role zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok (Health worker categories and roles).

Kde

Žiadna požiadavka na miesto (v zariadení alebo mimo zariadenia) neexistuje, avšak počas poradenstva by malo byť zabezpečené súkromie a dôvernosť. Tejto požiadavke je potrebné venovať osobitnú pozornosť v podmienkach mimo zariadenia, ako sú lekárne a komunitné pracoviská, kde to môže byť vzhľadom na infraštruktúru a postupy náročnejšie.

Ako

Otázky spojené s realizáciou

- Poradenstvo možno poskytnúť osobám vyhľadávajúcim interrupčné služby, a v prípade, že si žena želá ich prítomnosť, aj ich partnerom či partnerkám, rodinným príslušníčkam či príslušníkom alebo iným osobám.
- Hoci by malo byť poradenstvo prístupné a dostupné, vždy by malo byť dobrovoľné, aby sa mohli ženy rozhodnúť, či ho chcú alebo nechcú využiť.
- Poradenstvo by malo byť zamerané na osobu a môže byť potrebné prispôbiť ho potrebám danej osoby. Mladí ľudia, osoby, ktoré prežili sexuálne a rodovo podmienené násilie, alebo príslušníčky a príslušníci marginalizovaných skupín môžu mať v oblasti informácií a poradenstva odlišné potreby.
- Obsah poradenstva a prístup k nemu bude potrebné upraviť aj v závislosti od dôvodu, prečo tieto osoby vyhľadali interrupčné služby (napr. umelé prerušenie tehotenstva, vnútromaternicový zánik plodu (spontánny potrat), anomália plodu). Preto je dôležité, aby si poradcovia a poradkyne uvedomovali a vnímali situáciu a potreby jednotlivých osôb.
- Existujú rôzne modely poskytovania služieb v oblasti predinterrupčného a postabortívneho poradenstva, napr. na diaľku prostredníctvom horúcich liniek a telemedicíny a prostredníctvom prístupov, ako je poradenstvo zamerané na predchádzanie rizikám (harm reduction) a aktívna pomoc v komunite.

KLÚČOVÉ ĽUDSKOPRÁVNE ASPEKTY SPOJENÉ S PORADENSTVOM

- Účasť na poradenstve musí byť slobodná a dobrovoľná, t. j. nemala by byť povinná. Rozhodnutie osoby odmietnuť poradenstvo, ktoré jej bolo ponúknuté, je potrebné rešpektovať.
- Poradenstvo treba jednotlivkyniam*com poskytovať spôsobom rešpektujúcim súkromie a dôvernosť.
- Poradenstvo by malo byť kvalitné a prijateľné pre osobu, ktorá ho prijíma; malo by byť prezentované zrozumiteľným spôsobom a musí byť presné a založené na dôkazoch.
- Poradenstvo musí byť nediskriminačné a nezaujaté.
- Šírenie dezinformácií, zatajovanie informácií a cenzúra by mali byť zakázané.
- Poradenstvo by malo byť dostupné všetkým osobám bez súhlasu alebo povolenia tretej strany. To zahŕňa aj sprístupnenie poradenstva dospelým bez súhlasu alebo povolenia od rodiča, opatrovníčky alebo iného zodpovedného orgánu.

Ďalšie informácie a zdroje nájdete v rámci 1.2 a v [Prílohe A](#) na webe: Klúčové medzinárodné ľudskoprávne normy pre oblasť interrupcií (Key international human rights standards on abortion).

Prepojenia na súvisiace témy/odporúčania



Všetky odporúčania týkajúce sa legislatívy a politiky (odporúčania 1,2,3,6,7,21,22)



Informovaný súhlas (časť 1.3.1: Informovaný súhlas)

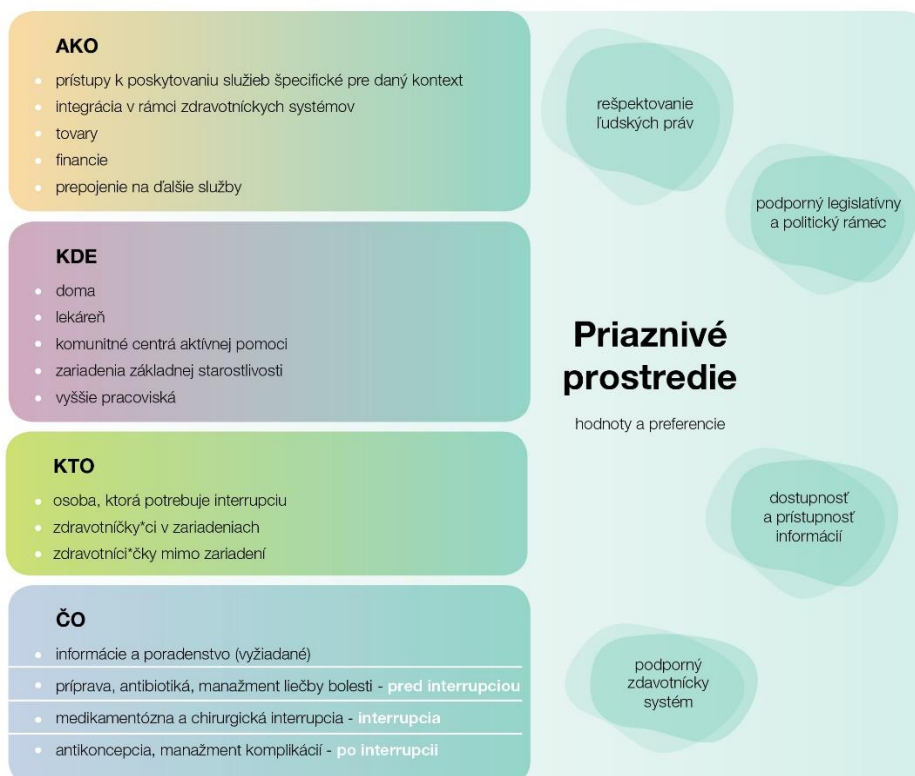


Odporúčania 41, 42 a 43 k postabortívnej antikoncepcii

3.2.3 Prepojenia na ďalšie služby

Osoby, ktoré chcú podstúpiť interrupciu, môžu potrebovať ďalšie služby (122). Ak sa u nich vyskytnú iné zdravotné ťažkosti alebo naliehavé potreby, je potrebné vybaviť alebo odkázať na poskytovateľov či poskytovateľky iných služieb. To zahŕňa zabezpečenie prepojenia – prístupu alebo odporúčania – na poradenstvo v oblasti sexuálne prenosných infekcií vrátane HIV a testovanie na ne, na antikoncepciu, ak majú o ňu záujem, a na podporné služby pre osoby, ktoré prežili rodovo podmienené násilie.

3.3 Predinterrupčná starostlivosť



Táto časť obsahuje v prvom rade informácie a odporúčania k problematikám povinných čakacích dôb a požiadaviek na súhlas tretej strany, nasledované odporúčaniami ohľadom Rh izoimunizácii, antibiotickej profylaxii, určovania gestačného veku (dĺžky tehotenstva), manažmentu liečby bolesti a prípravy krčka maternice pred chirurgickou interrupciou a napokon aj odporúčania k problematike obmedzení týkajúcich sa toho, ktoré kategórie zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov môžu vykonávať interrupcie, a k výhrade vo svedomí.

3.3.1 Povinné čakacie doby stanovené štátmi, zdravotníckymi zariadeniami alebo zdravotníckymi pracovníkmi a pracovníčkami

V mnohých krajinách zdravotnícke zariadenia alebo zdravotnícke pracovníčky a zdravotnícki pracovníci vyžadujú, aby ženy čakali určitú dobu medzi požiadanim o interrupciu a jej vykonaním. Toto vynútené oddiaľovanie poznáme ako povinné čakacie doby. V niektorých prípadoch musia ženy počas týchto čakacích dôb navyše absolvovať (niekedy zaujaté) poradenstvo alebo konzultácie (pozri časti 3.2.1 a 3.2.2), navštíviť zariadenie na začiatku a na konci čakacej doby a/alebo absolvovať povinný ultrazvuk (pozri časť 3.3.5, odporúčanie 10 o ultrazvuku pred interrupciou).

Odporúčanie pre oblasť LEGISLATÍVY A POLITIKY 6: Povinné čakacie doby

Odporúčame zrušiť povinné čakacie doby pred interrupciou.

Poznámka k aktualizácii odporúčania: Toto a ďalšie legislatívne a politické odporúčania nie sú novými odporúčaniami. Súčasťou *Usmernenia SZO k bezpečným interrupciám* z roku 2012 sa legislatívy a politiky týkalo jedno komplexné odporúčanie (19). V tomto usmernení sú odporúčania v oblasti legislatívy a politiky s použitím metodológie GRADE rozpracované do siedmich samostatných odporúčaní.

Zdôvodnenie

S cieľom zistiť vplyv povinných čakacích dôb na osoby vyhľadávajúce interrupciu a na zdravotníckych pracovníkov a pracovníčky vypracovali výskumníčky a výskumníci systematický prehľad štúdií uverejnených v rokoch 2010 až 2020, pričom identifikovali 33 štúdií uskutočnených v USA. Zhrnutie dôkazov z týchto štúdií sa nachádza v doplnkovom materiáli 1, Rámec od dôkazov k rozhodnutiu: Povinné čakacie doby (Supplementary material 1, EtD framework on Mandatory waiting periods). Z preskúmaných dôkazov vyplynulo, že povinné čakacie doby spôsobili oddialenie prístupu k interrupcii niekedy až v takej miere, že pre ženy v danom prostredí znamenali prekážku v prístupe k interrupcii alebo výberu metódy interrupcie.

Z dôkazov takisto vyplýva, že povinné čakacie doby zvyšujú náklady na interrupciu a môžu spôsobiť jej nedostupnosť, čo môže viesť k pokračovaniu tehotenstva proti vôli osoby žiadajúcej o interrupciu, a to najmä u žien s obmedzenými zdrojmi, mladistvých, mladších žien, žien z rasových alebo etnických menšín a tých, ktoré musia za interrupciu cestovať ďalej.

Zo štúdií vyplynulo, že osoby žiadajúce o interrupciu vnímali povinné čakacie doby negatívne – ako prekážku v prístupe k interrupcii. Hoci medzinárodné právo v oblasti ľudských práv vyžaduje, aby štáty zabezpečili poskytovanie služieb v oblasti SRZ spôsobom, ktorý zaručuje súkromie a dôvernosť, logistické a ekonomické ťažkosti spojené s absolvovaním povinnej čakacej doby pre niektoré ženy znamenali, že boli nútené povedať o svojom tehotenstve iným, keďže si museli vypýtať voľno v práci či v škole, museli viac cestovať a/alebo si zabezpečiť starostlivosť o deti. Z dôkazov nevyplývali žiadne výhody povinných čakacích dôb pre ženy.

Pre zdravotnícke zariadenia znamenajú povinné čakacie doby zvýšené náklady na personál a majú za následky logistické problémy, pretože si vynucujú ďalšie návštevy alebo výkony mimo štandardnej praxe týkajúcej sa zdravotnej starostlivosti (napr. zbytočný ultrazvuk či špecifické poradenstvo, ktoré nie je založené na dôkazoch).

KLÍČOVÉ ĽUDSKOPRÁVNE ASPEKTY SPOJENÉ S POVINNÝMI ČAKACÍMI DOBAMI

- Pri právnej úprave služieb SRZ musia byť dostupnosť, prístupnosť, prijateľnosť a kvalita kľúčové.
- Štáty nesmú právne upravovať interrupcie spôsobom, ktorý núti ženy siahnuť po rizikovej interrupcii
- V prístupe k službám SRZ má každá osoba právo na nediskrimináciu a rovnosť.
- Služby SRZ treba poskytovať spôsobom, ktorý zaručuje súkromie a dôvernosť.

Ďalšie informácie a zdroje nájdete v rámci 1.2 a v [Prílohe A](#) na webe: Kľúčové medzinárodné ľudskoprávne normy pre oblasť interrupcií (Web Annex A: Key international human rights standards on abortion).

3.3.2 Súhlas tretej strany s interrupciou

Požiadavky na súhlas tretej strany existujú v prípadoch, keď je legislatívne, politicky alebo v praxi nariadené, že s interrupciou musí súhlasiť iná strana ako tehotná žena, a to aj napriek tomu, že boli splnené iné platné právne požiadavky na legálnu interrupciu (napr. dôvody alebo obmedzenia týkajúce sa gestačného veku, pozri časti 2.2.2 a 2.2.3). Medzi najčastejšie tretie strany, ktoré musia poskytnúť súhlas, patrí rodič*ka, opatrovníčka*k, manžel*ka, partner*ka, zdravotníčka*y pracovníčka*k, zdravotnícky alebo súdny orgán. Požiadavky na súhlas tretej strany sa uplatňujú bez ohľadu na to, či osoba, ktorá sa snaží ukončiť tehotenstvo, je spôsobilá dať súhlas na lekárske ošetrovanie.

Predpokladom na poskytnutie interrupcie – bez ohľadu na to, či sa požiadavka na povolenie tretej strany uplatňuje – je informovaný súhlas osoby, ktorá interrupciu podstupuje (informácie o slobodnom a informovanom súhlase sa nachádzajú v kapitole 1, časti 1.3.1[v], a tiež v [Prílohe A](#) na webe: Kľúčové medzinárodné ľudskoprávne normy pre oblasť interrupcií (Web Annex A: Key international human rights standards on abortion)).

Odporúčanie pre oblasť LEGISLATÍVY A POLITIKY 7: Súhlas tretej strany

Odporúčame, aby bola interrupcia dostupná na žiadosť ženy, dievčaťa alebo inej tehotnej osoby bez nutnosti súhlasu iného človeka, orgánu alebo inštitúcie.

Komentár:

- Hoci zapojenie rodiča, rodičky, partnerky či partnera do rozhodovania ohľadom interrupcie môže byť pre ženy, dievčatá či iné tehotné osoby podporné a nápomocné, samotné rozhodnutie o interrupcii musí vychádzať z hodnôt a preferencií osoby, ktorá interrupciu podstupuje, a nesmie byť vynútené požiadavkou na súhlas tretej strany.

Poznámka k aktualizácii odporúčania: Toto a ďalšie legislatívne a politické odporúčania nie sú novými odporúčaniami. Súčasťou *Usmernenia SZO k bezpečným interrupciám* z roku 2012 sa legislatívy a politiky týkalo jedno komplexné odporúčanie (19). V tomto usmernení sú odporúčania v oblasti legislatívy a politiky s použitím metodológie GRADE rozpracované do siedmich samostatných odporúčaní.

Zdôvodnenie

S cieľom zistiť vplyv požiadavky na súhlas tretej strany na osoby vyhľadávajúce interrupciu a na zdravotníckych pracovníkov a zdravotnícke pracovníčky vypracovali výskumníčky a výskumníci systematické prehľady štúdií uverejnených v rokoch 2010 až 2019. Zahrnuli do nich celkovo 32 štúdií uskutočnených v Osobitnej administratívnej oblasti Čínskej ľudovej republiky Hongkong, Turecku a USA. Zhrnutie dôkazov z týchto štúdií sa nachádza v Doplnkovom materiáli 1, Rámec od dôkazov k rozhodnutiu: Súhlas tretej strany (Supplementary material 1, EtD framework for Third-party authorization). Z preskúmaných dôkazov vyplynulo, že požiadavky na súhlas tretej strany boli spojené s oddiaľovaním interrupcie. V prípade nepľnoletých osôb boli tieto odklady niekedy – hoci nie vždy – skrátené keď bolo na obídenie požiadavky na rodičovský súhlas využité súdne povolenie. Avšak takéto obchádzanie môže byť zaťažujúce a časovo náročné a je omnoho pravdepodobnejšie, že ho budú musieť využiť nepľnoleté osoby z etnických menšín alebo osoby s nižším socioekonomickým postavením. Dospievajúce osoby a ženy sa podľa dôkazov snažili obísť požiadavky na rodičovský/manželský súhlas, aby sa vyhli hroziacemu násiliu, reprodukčnému nátlaku (pozn. prekladateľky: nátlaku na pokračovanie v tehotenstve) a narušeniu rodinných vzťahov.

Vo viacerých štúdiách boli namiesto pojmu „rodičovský súhlas“ použité pojmy „oznámenie rodičom“ alebo „zapojenie rodičov“. Keďže tieto pojmy môžu zahŕňať požiadavky na rodičovský súhlas a prikazovať odhalenie skutočnosti, že nepľnoletá osoba žiada o interrupciu, a tým vytvárať možnosti pre rodičovské veto, tieto štúdie boli zahrnuté do databázy dôkazov pre túto tému. Tieto štúdie umocnili spojenie medzi povinnou účasťou rodičov (vrátane súhlasu) a prekážkami v prístupe k interrupcii (vrátane oddiaľovania, pokračovania v tehotenstve, očakávaného medzilidského násillia alebo zneužívania, reprodukčného nátlaku, narušenia rodinných vzťahov a siahnutia po nebezpečnej interrupcii).

Vyžadovanie súhlasu tretej strany nie je v súlade s medzinárodným právom v oblasti ľudských práv, ktoré stanovuje, že štáty nesmú obmedzovať prístup žien k zdravotníckym službám z dôvodu, že nemajú súhlas od manželov, partnerov, rodičov/opatrovníkov alebo zdravotných inštitúcií, z dôvodu, že nie sú vydaté alebo, že sú ženy. Takže dôkazy vyzdvihujú dôležitosť požiadaviek ustanovených medzinárodným právom v oblasti ľudských práv, podľa ktorých je potrebné služby SRZ poskytovať spôsobom, ktorý rešpektuje a zachováva dôvernosť a súkromie žien a dievčat, ktorým štáty chránia ženy a dievčatá žiadajúce o interrupciu a ktorým štáty zohľadňujú psychický rozvoj dospievajúcich (pozri časť 1.3.1[v], rámček 1.2 a webovú [Prílohu A](#): Kľúčové medzinárodné ľudskoprávne normy pre oblasť interrupcií (Web Annex A: Key international human rights standards on abortion)).

KLÚČOVÉ ĽUDSKOPRÁVNE ASPEKTY SPOJENÉ SO SÚHLASOM TRETEJ STRANY

- Štáty nesmú obmedzovať prístup žien k zdravotníckym službám z dôvodu, že nemajú súhlas manželov, partnerov, rodičov/opatrovníkov alebo zdravotných inštitúcií, z dôvodu, že nie sú vydaté alebo, že sú ženy
- Služby v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia (SRZ) treba poskytovať spôsobom, ktorý zaručuje súkromie a dôvernosť.
- Štáty nesmú regulovať interrupcie spôsobom, ktorý núti ženy uchýliť sa k rizikovým interrupciám.
- Štáty musia prijať opatrenia vrátane revízie zákonov na zníženie výskytu vážnych zdravotných problémov u matiek a materskej úmrtnosti a na účinnú ochranu žien a dievčat pred fyzickými a psychickými rizikami spojenými so siahnutím po nebezpečnej interrupcii.
- Každá osoba má právo na súkromie a dôvernosť pri prístupe k službám SRZ.
- Dostupnosť, prístupnosť, prijateľnosť a kvalita musia byť kľúčové pri právnej úprave služieb SRZ.

Ďalšie informácie a zdroje nájdete v rámčeku 1.2 a v Prilohe A na webe: Kľúčové medzinárodné ľudskoprávne normy pre oblasť interrupcií (Web Annex A: Key international human rights standards on abortion).

3.3.3 Rh izoimunizácia

Rh izoimunizácia je typ hemolytickej choroby plodu a novonarodeného dieťaťa. Konkrétne ide o vývoj protilátok na Rh antigény na povrchu červených krviniek iného jedinca (t. j. vlastného plodu) (123).

Čo

Odporúčanie pre oblasť ZDRAVOTNÝCH SLUŽIEB 8 (NOVÉ): Rh izoimunizácia pri interrupcii v gestačnom veku do 12. týždňa

Pri medikamentóznej aj chirurgickej interrupcii do 12. týždňa: **Odporúčame prestať** podávať anti-D imunoglobulín.

Komentár:

- Pri podávaní anti-D v gestačnom veku po 12. týždni vrátane sa uplatňuje štandardná starostlivosť.

Kto

Nevzťahuje sa.

Zdôvodnenie

Pomocou systematického prehľadu výskumníčky a výskumníci posudzovali účinok rutinného podávania anti-D u nesesenzibilizovaných Rh-negatívnych osôb podstupujúcich interrupciu. Je len málo štúdií zaoberajúcich sa Rh izoimunizáciou u nesesenzibilizovaných Rh negatívnych osôb, ktoré chcú podstúpiť interrupciu pred 12. týždňom tehotenstva. Kritériá na zaradenie do prehľadu splnili len dve štúdie uskutočnené v Izraeli a v USA, pričom obe boli publikované v roku 1972 (124, 125). Zhrnutie dôkazov sa nachádza v Doplnkovom materiáli 2, Rámec od dôkazov k rozhodnutiu: Rh izoimunizácia (Supplementary material 2, EtD framework on Rh isoimmunization).

Dôkazy o účinnosti praxe môžu svedčiť v jej prospech, pretože v experimentálnej skupine (ktorej bol podávaný anti-D) sa v prvom trimestri vytvorili protilátky u menšieho počtu žien v porovnaní so ženami v kontrolnej skupine (ktorej nebol podávaný anti-D) a neboli zaznamenané žiadne škodlivé (nežiaduce) účinky praxe. Avšak odborný panel po zohľadnení potrebných zdrojov, finančnej efektivity a realizovateľnosti podávania anti-D, ako aj veľmi nízkej jednoznačnosti dôkazov o účinnosti, dospel k záveru, že dôkazy vo všeobecnosti nevyznievajú v prospech tejto praxe, a preto sa rozhodol odporučiť túto prax nevykonávať do 12. týždňa tehotenstva oproti 9. týždňu, ako to bolo v usmernení z roku 2012 (19). Zdôvodnenie nového odporúčania je zhrnuté v nasledujúcich bodoch: (i) Prítomnosť krvi plodu u Rh-negatívnych žien v počiatočnom štádiu tehotenstva nemusí nevyhnutne súvisieť s Rh aloimunizáciou (pozn. prekladateľky: vznikom protilátok) a ak na tento scenár aplikujeme výsledky experimentálnej štúdie, potom v prípade, že je Rh negatívna žena vystavená krvným bunkám Rh pozitívneho plodu s antigénom (pozn. prekladateľky: tvoriacim protilátky), teoreticky existuje nulová pravdepodobnosť vzniku protilátok (126); (ii) štúdia porovnávajúca mieru Rh aloimunizácie v dvoch krajinách preukázala bezpečnosť neliečenia Rh negatívnych žien, ktoré spontánne potratili do 10. týždňa tehotenstva (127); (iii) SZO odporúča predpôrodnú profylaxiu (pozn. prekladateľky: prevenciu) pomocou anti-D imunoglobulínu len u nesesenzibilizovaných Rh negatívnych tehotných žien v 28. a 34. týždni tehotenstva na zabránenie vzniku RhD protilátok iba v kontexte dôsledného výskumu (128).

Ako

Otázky spojené s realizáciou

- Rutinné laboratórne vyšetrenia vrátane Rh testu nie sú podmienkou pre výkon interrupcie v akomkoľvek gestačnom veku.
- Stanovenie Rh faktora a možnosť anti-D profylaxie nie sú považované za nevyhnutné podmienky pre vykonanie včasnej medikamentóznej interrupcie do 12. týždňa tehotenstva.

KĹÚČOVÉ ĽUDSKOPRÁVNE ASPEKTY SPOJENÉ S Rh IZOIMUNIZÁCIOU

- Štáty musia zabezpečiť prístup k najnovším vedeckým technológiám potrebným pre ženy.

Ďalšie informácie a zdroje sa nachádzajú v rámciku 1.2 a v [Prílohe A](#) na webe: Kľúčové medzinárodné ľudskoprávne normy pre oblasť interrupcií (Web Annex A: Key international human rights standards on abortion).

Prepojenia na súvisiace témy/odporúčania



Všetky odporúčania týkajúce sa legislatívy a politiky (odporúčania 1,2,3,6,7,21,22)

3.3.4 Antibiotická profylaxia

Úloha antibiotík je relevantná v prípade chirurgickej interrupcie. Prítomnosť infekcie v dolnej časti reprodukčného traktu počas chirurgickej interrupcie je rizikovým faktorom pre infekcie reprodukčného traktu po interrupcii (129). Poskytnutie antibiotík počas interrupcie (profylaxia) má zabrániť takýmto komplikáciám po chirurgickej interrupcii.

Čo

Odporúčanie pre oblasť ZDRAVOTNÝCH SLUŽIEB 9: Antibiotická profylaxia pri chirurgickej a medikamentóznej interrupcii

- a. V prípade chirurgickej interrupcie bez ohľadu na to, či existuje riziko panvovej zápalovej infekcie: **Odporúčame** vhodné profylaktické antibiotiká pred alebo počas operácie.
- b. V prípade medikamentóznej interrupcie: **Odporúčame nepoužívať** profylaktické antibiotiká.

Komentár:

- Nedostatok antibiotík by nemal obmedzovať prístup k interrupčným službám.

Zdroj: Odporúčanie prevzaté zo SZO (2012) (19). Formulácia bola upravená tak, aby bolo použité slovo „odporúčame“, aby bolo jasné, že ide o silné odporúčania, a pôvodnú formuláciu „rutinné používanie“ (v bode 9b) odborný panel po prerokovaní zmenil na „používanie“.

Ako

Otázky spojené s realizáciou

- Ukazuje sa, že jednorazové podanie nitroimidazolov, tetracyklínov alebo penicilínov ako profylaktických antibiotík pri chirurgickej interrupcii, je účinné.

Čo

Informácie o tom, ktorí*é zdravotníci*e pracovníčky vykonávať, sa nachádzajú v Odporúčaní 24 o vákuovej aspirácii (do 14. týždňa) a v Odporúčaní 26 o dilatácii a vákuovej extrakcii plodu (od 14. týždňa vrátane).

KLÚČOVÉ ĽUDSKOPRÁVNE ASPEKTY SPOJENÉ S ANTIBIOTICKOU PROFYLAXIOU

- Štáty musia zabezpečiť dobrý prístup k cenovo dostupným základným liekom nediskriminačným spôsobom.

Ďalšie informácie a zdroje sa nachádzajú v rámčeku 1.2 a v [Prílohe A](#) na webe: Klúčové medzinárodné ľudskoprávne normy pre oblasť interrupcií (Web Annex A: Key international human rights standards on abortion).

Prepojenia na súvisiace témy/odporúčania



Odporúčania 24 (k vákuovej aspirácii) a 26 (k dilatácii a vákuovej extrakcii plodu)

3.3.5 Určovanie gestačného veku tehotenstva

Určenie gestačného veku (dĺžky) tehotenstva je nevyhnutným krokom pred výberom najvhodnejšej interrupčnej metódy. Dĺžka tehotenstva sa dá určiť viacerými spôsobmi. Možno ju určiť buď iba podľa poslednej menštruácie, alebo v kombinácii s overeným nástrojom (napr. mobilnou aplikáciou, kontrolným zoznamom alebo tehotenským kolieskom), ktoré umožnia určiť dĺžku vlastného tehotenstva. Ak nie je posledná menštruácia známa, gestačný vek možno určiť pomocou klinického/fyzického vyšetrenia (t. j. bimanuálneho vyšetrenia panvy a brucha) alebo ultrazvuku, ktoré sa používajú na stanovenie veľkosti maternice odhadovanej v týždňoch, ktorá zodpovedá tehotnej maternici rovnakého gestačného veku určeného podľa poslednej menštruácie. Vo všeobecnosti by sa mala vždy použiť najmenej invazívna metóda, ktorá je za daných okolností vhodná a dostupná v danom prostredí.

Rutinný skrining pre mimomaternicové tehotenstvo nie je pred medikamentóznou interrupciou potrebný. Výskyt mimomaternicového tehotenstva je u žien, ktoré žiadajú o interrupciu, nižší ako v bežnej populácii (130). SZO odporúča aj pri pokračujúcich tehotenstvách len jedno ultrazukové vyšetrenie pred 24. týždňom tehotenstva (ultrazvuk v ranom štádiu tehotenstva), ktoré umožňujú odhadnúť gestačný vek, zlepšiť zisťovanie anomálií plodu a viacplodových tehotenstiev, znížiť nutnosť vyvolať pôrod v prípade potermínovej gravidity (pozn. prekladateľky: ak tehotenstvo trvá dlhšie ako 42 týždňov) a zlepšiť tehotenskú skúsenosť (128).

Čo

Odporúčanie pre oblasť POSKYTOVANIA SLUŽIEB 48 (NOVÉ):

Telemedicínske prístupy k poskytovaniu medikamentóznej interrupčnej starostlivosti

Pri medikamentóznej aj chirurgickej interrupcii: **Odporúčame nepoužívať** ultrazukové vyšetrenie ako podmienku pre poskytovanie interrupčných služieb.*

Komentár:

- Právna úprava obmedzujúca dostupnosť interrupcie na základe gestačného veku môže vyžadovať alebo viesť k tomu, že sa na overenie gestačného veku pred interrupciou bude používať ultrazvuk, aj keď to z medicínskeho hľadiska nie je potrebné. Odstránenie

legislatívnych obmedzení prístupu k interrupcii spojených s gestačným vekom (pozri odporúčanie 3) by malo viesť k predchádzaniu zbytočným predinterrupčným ultrazvukovým vyšetreniam a k zvýšeniu dostupnosti interrupcie v podmienkach, kde je ultrazvukové vyšetrenie ťažko dostupné.

* v niektorých prípadoch môžu existovať zdravotné dôvody na predinterrupčným ultrazvukové vyšetrenie.

Zdroj: Odporúčanie prevzaté zo SZO (2012) (19). Formulácia bola upravená tak, aby bolo použité slovo „odporúčame zrušiť/prestať/nevyužívať“, aby bolo jasné, že ide o silné odporúčanie proti praxi, a pôvodnú formuláciu „rutinné používanie“ odborný panel po prerokovaní zmenil na „používanie“.



Nevzťahuje sa.

KLÚČOVÉ ĽUDSKOPRÁVNE ASPEKTY SPOJENÉ URČOVANÍM GESTAČNÉHO VEKU TEHOTENSTVA

- Všetky informácie o gestačnom veku by mali byť úplné, presné a založené na dôkazoch. Nemali by byť poskytované s cieľom ovplyvňovať rozhodovanie.
- Keďže ide o formu zdravotníckych informácií, informácie o gestačnom veku by mali byť kvalitné, presné a dostupné. Mali by byť prezentované rešpektujúcim spôsobom a prijateľné pre osobu, ktorá ich dostáva. Nemali by podnecovať stigmatizáciu alebo diskrimináciu.
- Ak sú dostupné presné informácie o dĺžke tehotenstva, musia byť jednotlivkyniam a jednotlivcom podané spôsobom rešpektujúcim súkromie a dôvernosť.
- Je potrebné rešpektovať právo odmietnuť ponúknuté informácie. To zahŕňa právo odmietnuť si prezrieť ultrazvukové snímky.

Ďalšie informácie a zdroje sa nachádzajú v rámciku 1.2 a v [Prílohe A](#) na webe: Klúčové medzinárodné ľudskoprávne normy pre oblasť interrupcií (Web Annex A: Key international human rights standards on abortion).

Prepojenia na súvisiace témy/odporúčania



Všetky odporúčania týkajúce sa legislatívy a politiky (odporúčania 1,2,3,6,7,21,22)



Poskytovanie informácií (časť 3.2.1)



Riadenie vlastnej medikamentózne interrupcie (časť 3.6.2)

3.3.6 Manažment liečby bolesti pri interrupcii

Interrupcia je zvyčajne spojená s určitou mierou bolesti. Potreba manažovania liečby bolesti sa zvyšuje s gestačným vekom. Miera bolesti sa líši v závislosti od veku, od toho, koľkokrát daná osoba v minulosti porodila (parita), od predchádzajúceho vaginálneho pôrodu, od toho, či má bolestivú menštruáciu (dysmenorea) a od miery úzkosti/strachu ženy, ktorá podstupuje interrupciu (131-134). S menšou bolesťou je spojené kratšie trvanie zákroku (131). Zanedbanie tohto dôležitého prvku starostlivosti zbytočne zvyšuje úzkosť, nepohodlie a bolesť, čím je vážne ohrozená kvalita starostlivosti a potenciálne sa zvyšuje náročnosť výkonu. Prípravky proti bolesti by mali byť vždy k dispozícii a vzhľadom na predpoklad bolesti by mali byť podávané vopred alebo by mali byť poskytnuté žene pre prípad, že by ich neskôr potrebovala použiť doma.



Odporúčania pre oblasť ZDRAVOTNÝCH SLUŽIEB 11 – 14: Manažment liečby bolesti pri chirurgickej interrupcii a pri príprave krčka maternice

11. Na manažment liečby bolesti pri chirurgickej interrupcii v akomkoľvek gestačnom veku:

a. **Odporúčame**, aby bol manažment liečby bolesti bežne ponúkaný (napr. nesteroidné protizápalové lieky) a aby sa poskytoval tým, ktoré*í oň majú záujem; a

b. **Odporúčame prestať** používať profylaktické antibiotiká.

NOVÉ ODPORÚČANIA UVEDENÉ NIŽŠIE SA TÝKAJÚ MANAŽMENTU LIEČBY BOLESTI, KTORÝ PREDSTAVUJE DOPLNOK K NESTEROIDNÝM PROTIZÁPALOVÝM LIEKOM (NSAIDs).

12. (NOVÉ) Na manažment liečby bolesti pri chirurgickej interrupcii do 14. týždňa:

a. **Odporúčame používať** paracervikálny blok (pozn. prekladateľky: typ anestézie podávaný v prvom štádiu pôrodu) a

b. **Navrhujeme** ponúkať možnosť kombinovaného manažmentu liečby bolesti pomocou sedácie pri vedomí²⁷ – ak je k dispozícii – a paracervikálneho bloku.

13. (NOVÉ) Na manažment liečby bolesti pri príprave krčka maternice osmotickými dilatátormi pred chirurgickou interrupciou pred 14. týždňom vrátane:

Navrhujeme používať paracervikálny blok. (Pozri tiež časť 3.3.7 o príprave krčka maternice pred chirurgickou interrupciou.)

Komentár:

• Na prípravu krčka maternice (odporúčanie 13) možno zvážiť ďalšie lieky proti bolesti, napríklad použitie vaginálneho gélu.

14. (NOVÉ) Na manažment liečby bolesti pri chirurgickej interrupcii po 14. týždni vrátane:

a. **Odporúčame** používať paracervikálny blok a

b. **Navrhujeme ponúkať** možnosť kombinovaného manažmentu liečby bolesti pomocou sedácie pri vedomí – ak je k dispozícii – a paracervikálneho bloku.

Zdroj: Aktualizované odporúčanie 11 zo SZO (2012) (19). Odporúčania 12 – 14 sú nové.

Poznámka k aktualizácii odporúčaní: Odporúčanie 11a bolo predtým súčasťou odporúčania 14 vo WHO (2012) (19) a dôkazy preň boli opätovne preskúmané pomocou metodológie GRADE. V tomto aktualizovanom usmernení sme po preskúmaní rozdelili prvú časť znenia pôvodného odporúčania tak, že sa v tomto odporúčaní (11a) vzťahuje na chirurgickú interrupciu a v samostatnom odporúčaní (15) na medikamentóznou interrupciu. Zároveň sme upravili znenie tak, aby v ňom bolo spomenuté poskytovanie a oddelili sme a upravili znenie druhej časti odporúčania, ktorá sa vzťahuje na celkovú anestéziu (odporúčanie 11b).

²⁷ Sedácia pri vedomí je známa aj ako intravenózna (IV) sedácia alebo mierna sedácia. Definíciu pozri v [Glosárii](#).



V zdravotníckom zariadení.

Zdôvodnenie k odporúčaniam 11b a 12

Aktualizácia existujúceho prehľadu uskutočneného organizáciou Cochrane²⁸ slúžila ako databáza dôkazov na posúdenie režimov manažmentu liečby bolesti pri chirurgických interrupciách do 14. týždňa tehotenstva. Výskumníčky a výskumníci pomocou rešerše identifikovali tridsať štúdií o manažmente liečby bolesti pri chirurgickej interrupcii. Deväť z týchto štúdií, ktoré boli realizované vo Francúzsku, Iránskej islamskej republike, Nórsku, Turecku a USA, tvorí ťažisko databázy dôkazov pre tieto odporúčania. Šesť štúdií porovnávalo paracervikálny blok (PCB) s placebom. Jedna štúdia porovnávala paracervikálny blok s celkovou anestéziou. Dve štúdie porovnávali sedáciu pri vedomí²⁹ a PCB a samotný PCB. Zhrnutie dôkazov sa nachádza v Doplnkovom materiáli 2, Rámec od dôkazov k rozhodnutiu: Manažment liečby bolesti počas chirurgickej interrupcie do 14. týždňa (Supplementary material 2, EtD framework for Pain management for surgical abortion < 14 weeks).

Manažment liečby bolesti pomocou kombinácie sedácie pri vedomí a paracervikálneho bloku: U žien v skupine, v ktorej boli použité sedácia pri vedomí a paracervikálny blok (PCB), boli podľa dôkazov so strednou mierou dôveryhodnosti priemerné hodnoty bolesti v porovnaní so ženami, ktoré dostali len PCB, nižšie. Okrem toho, podľa dôkazov s vysokou mierou dôveryhodnosti bola prvá skupina žien s manažmentom liečby bolesti spokojnejšia.

Paracervikálny blok (PCB): so sedáciou pri vedomí aj bez nej boli podľa dôkazov so strednou mierou dôveryhodnosti priemerné hodnoty bolesti v skupine žien, ktoré dostávali PCB, nižšie ako u žien, ktoré dostávali placebo. v prvej skupine potrebovalo podľa dôkazov s vysokou mierou dôveryhodnosti ďalšie analgetiká menej žien a podľa dôkazov so strednou mierou dôveryhodnosti boli tieto ženy spokojné.

Celková anestézia: Podľa dôkazov so strednou mierou dôveryhodnosti boli hodnoty bolesti v skupine žien, ktoré dostali celkovú anestéziu v porovnaní s tými, ktoré dostali paracervikálny blok (PCB), nižšie. Napriek tomu, výsledky diskusií ohľadom potrebných zdrojov, finančnej efektivity, realizovateľnosti a spravodlivosti v spojitosti s podávaním celkovej anestézie neboli v prospech tejto praxe. Okrem toho je odporúčanie 11b v súlade s platným stanoviskom, že vákuová aspirácia si nevyžaduje operačnú sálu (19).

Zdôvodnenie k odporúčaniam 13 a 14

Výskumníci a výskumníčky v systematickom prieskume hodnotili spôsoby manažmentu liečby bolesti pri chirurgických interrupciách do 14. týždňa tehotenstva. Pomocou rešerše identifikovali tri štúdie týkajúce sa manažmentu liečby bolesti pri dilatácii a vákuovej extrakcii plodu, pričom všetky boli zamerané na manažment liečby bolesti počas prípravy krčka maternice pred chirurgickým zákrokom. Zhrnutie dôkazov sa nachádza v Doplnkovom materiáli 2, Rámec od dôkazov k rozhodnutiu: Manažment liečby bolesti počas chirurgickej interrupcie po 14. týždni vrátane (Supplementary material 2, EtD framework for Pain management for surgical abortion ≥ 14 weeks).

V skupine žien, ktorej podali paracervikálny blok (PCB), boli podľa dôkazov s vysokou mierou dôveryhodnosti priemerné hodnoty bolesti v porovnaní so ženami, ktoré dostali len placebo, nižšie. Podľa dôkazov so strednou mierou dôveryhodnosti bola spokojnosť žien v prvej skupine vysoká. Ako alternatívnu metódu manažmentu liečby bolesti možno použiť vaginálny gél; podľa dôkazov s nízkou mierou dôveryhodnosti malo viac žien po podaní gélu nižšie hodnoty bolesti v porovnaní s tými, ktoré mali paracervikálny blok (PCB). Príprava krčka maternice bola vykonávaná pomocou laminárie (pozn. prekladateľky: riasa, ktorá sa používa na rozšírenie krčka maternice). Výsledkom diskusií o hodnotách

²⁸ Prehľad uskutočnený organizáciou Cochrane je systematický prehľad výskumu v oblasti zdravotnej starostlivosti a zdravotných politík, ktorý je publikovaný v databáze *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

²⁹ Sedácia pri vedomí je známa aj ako intravenózna (IV) sedácia alebo mierna sedácia. Definíciu pozri v [Glosárii](#).

a preferenciách žien v súvislosti s manažmentom liečby bolesti počas chirurgickej interrupcie, ako aj o potrebných zdrojoch a realizovateľnosti použitia PCB bolo rozhodnutie v prospech tejto praxe.

Žiadne štúdie zamerané na manažment liečby bolesti pri dilatácii a vákuovej extrakcii plodu výskumníčky a výskumníci nenašli. Preto odborný panel dospel k záveru, že tieto odporúčania zjednotí s odporúčaniami pre manažment liečby bolesti pri chirurgickej interrupcii do 14. týždni tehotenstva (pozri odporúčanie 12).

Kto

Informácie o tom, ktorí zdravotnícki pracovníci a zdravotnícke pracovníčky môžu tento zákrok vykonávať, sa nachádzajú v Odporúčaníach 24 a 26 o chirurgickej interrupcii (vákuovej aspirácii a dilatácii a vákuovej extrakcii plodu).

Ako

Otázky spojené s realizáciou

- Mali by byť zabezpečené dostatočné rezervy a zásoby liekov proti bolesti.
- Príprava poskytovateľiek a poskytovateľov interrupčnej starostlivosti by mala zahŕňať manažment liečby bolesti, najmä postup pri podávaní paracervikálneho bloku.

Čo

Odporúčania pre oblasť ZDRAVOTNÝCH SLUŽIEB 15 – 16: Manažment liečby bolesti pri medikamentóznej interrupcii

15. Pri medikamentóznej interrupcii v akomkoľvek gestačnom veku:

Odporúčame, aby bol manažment liečby bolesti bežne ponúkaný (napr. nesteroidné protizápalové lieky) a aby ho mohli jednotlivkyne*ci využiť, ak a kedy by chceli.

NOVÉ ODPORÚČANIE UVEDENÉ NIŽŠIE SA TÝKA MANAŽMENTU BOLESTI, KTORÝ PREDSTAVUJE DOPLNOK K NESTEROIDNÝM PROTIZÁPALOVÝM LIEKOM (NSAIDs).

16. (NOVÉ) Pri manažmente liečby bolesti pri medikamentóznej interrupcii po 12. týždni vrátane:

Navrhujeme zvážiť iné metódy potlačania bolesti alebo nepohodlia, keďže bolesť sa so zvyšujúcim sa gestačným vekom zvyšuje. Medzi tieto metódy patria niektoré antiemetiká či epidurálna anestézia, ak je dostupná.

Komentár:

- Ak v prípade medikamentóznej interrupcie do 14. týždňa tehotenstva nie sú nesteroidné protizápalové lieky (napr. ibuprofén) k dispozícii alebo neprichádzajú do úvahy, možno na potlačanie bolesti zvážiť paracetamol.

Zdroj: Aktualizované odporúčanie 15 zo SZO (2012) (19). Odporúčanie 16 je nové.

Poznámka k aktualizácii odporúčania: Odporúčanie 15 bolo pôvodne zverejnené ako súčasť odporúčania 14 vo WHO (2012) (19) a dôkazy preň boli opätovne preskúmané pomocou metodológie GRADE. v tomto aktualizovanom usmernení sme po opätovnom preskúmaní rozdelili prvú časť znenia pôvodného odporúčania tak, aby sa v tomto usmernení (odporúčanie 11a) vzťahovala na chirurgickú interrupciu a v tomto odporúčaní (15) na medikamentózne interrupciu. Zároveň sme upravili znenie tak, aby v ňom bolo spomenuté poskytovanie.



Žiadna požiadavka na miesto (v zariadení či mimo neho) neexistuje.

Zdôvodnenie k odporúчанию 15 (konkrétne pre gestačný vek nižší ako 14 týždňov)

Prehľad uskutočnený organizáciou Cochrane slúžil ako databáza dôkazov pre túto kľúčovú problematiku. Pomocou rešerše výskumníci a výskumníčky identifikovali päť štúdií z Izraela, Spojeného kráľovstva a USA zameraných na manažment liečby bolesti pri medikamentóznej interrupcii v gestačnom veku do 14 týždňov. Zhrnutie dôkazov sa nachádza v Doplnkovom materiáli 2, Rámec od dôkazov k rozhodnutiu: Manažment liečby bolesti počas medikamentóznej interrupcie do 14. týždňa (Supplementary material 2, EtD framework for Pain management for medikamentóznej abortion < 14 weeks).

Z týchto štúdií boli tri posúdené na základe nasledujúcich porovnaní:

- ibuprofén verus placebo
- profylaktické verus terapeutické nesteroidné protizápalové lieky
- ibuprofén verus paracetamol.

Podľa dôkazov s vysokou mierou dôveryhodnosti, ženy, ktoré dostali nesteroidné protizápalové lieky, mali nižšie priemerné hodnoty bolesti a menej žien z tejto skupiny potrebovalo ďalšie analgetiká. Výsledkom diskusií o hodnotách a preferenciách žien v súvislosti s manažmentom liečby bolesti počas medikamentóznej interrupcie, ako aj o potrebných zdrojoch, finančnej efektívnosti a realizovateľnosti použitia nesteroidných protizápalových liekov, bolo rozhodnutie v prospech tejto praxe.

Zdôvodnenie k odporúčaniam 15 (konkrétne pre gestačný vek po 14. týždni vrátane) a 16

Výskumníci a výskumníčky na objasnenie tejto kľúčovej problematiky vypracovali systematický prehľad. Pomocou rešerše identifikovali jedenásť štúdií z Belgicka, Kanady, Nemecka, Izraela, Talianska, Švédska, Thajska a USA zameraných na manažment liečby bolesti pri medikamentóznej interrupcii v gestačnom veku po 14. týždni vrátane. Zhrnutie dôkazov sa nachádza v Doplnkovom materiáli 2, Rámec od dôkazov k rozhodnutiu: Manažment liečby bolesti počas medikamentóznej interrupcie po 14. týždni vrátane (Supplementary material 2, EtD framework for Pain management for medical abortion ≥ 14 weeks).

Na základe údajov získaných z týchto štúdií vykonali výskumníčky a výskumníci nasledujúce porovania:

- paracervikálny blok verus perorálne lieky proti bolesti
- nesteroidné protizápalové lieky (NSAIDs) verus neNSAIDs/placebo
- antiemetiká verus placebo
- antiepileptiká verus anxiolytiká
- intermitentná a kontinuálna infúzna epidurálna analgézia
- pacientkou*om riadený epidurál verus pacientkou*om riadený intravenóznym (IV) fentanylom
- pacientkou*om riadený fentanyl verus pacientkou*om kontrolovaný morfín

- pacientkou*om riadený intravenózný (IV) tramadol verzus pacientkou*om riadený IV fentanyl.

Porovnanie paracervikálneho bloku a perorálnych liekov proti bolesti: Podľa štúdií, ktoré vyhodnocovali toto porovnanie, menej žien pri užití perorálnych liekov proti bolesti v porovnaní s paracervikálnym blokom pociťovalo silnú bolesť a aj čas ich vylúčenia bol kratší. Išlo o dôkazy so strednou mierou dôveryhodnosti.

Porovnanie nesteroidných protizápalových liekov (NSAIDs) a neNSAIDs/placeba: Štúdie, ktoré vyhodnocovali toto porovnanie, z dôkazov s vysokou mierou dôveryhodnosti zistili, že menej žien po použití NSAID potrebovalo doplnkové narkotiká. Podľa dôkazov so strednou mierou dôveryhodnosti sa navyše u menšieho počtu žien užívajúcich NSAID vyskytli vedľajšie účinky.

Porovnanie antiemetík a placeba: Štúdie, ktoré vyhodnocovali toto porovnanie, zistili, že pri užití antiemetík sa používajú doplnkové narkotiká v menšej miere a skracuje sa čas ich vylúčovania. Išlo o dôkazy so strednou mierou dôveryhodnosti.

Porovnanie antiepileptík a anxiolytík: Štúdie, ktoré vyhodnocovali toto porovnanie, zistili, že pri použití antiepileptík boli priemerné hodnoty bolesti, ako aj spotreba ďalších analgetík nižšie a kratší bol aj priemerný čas ich vylúčenia. Išlo o dôkazy so strednou mierou dôveryhodnosti.

Porovnanie intermitentnej a kontinuálnej epidurálnej anestézie: Štúdie, ktoré vyhodnocovali toto porovnanie, zistili, že pri použití intermitentnej epidurálnej anestézie sa vyskytlo menej vedľajších účinkov. Išlo o dôkazy s nízkou až vysokou mierou dôveryhodnosti. Podľa dôkazov s vysokou mierou dôveryhodnosti boli ženy, ktoré dostali v rámci manažmentu liečby bolesti intermitentnú epidurálnu anestéziu, spokojnejšie.

Porovnanie pacientkou*om riadeného epidurálu (PCE) a pacientkou*om riadeného intravenózneho (IV) fentanylu: Štúdie, ktoré vyhodnocovali toto porovnanie, zistili, že pri použití PCE mali pacientky*o nižšie priemerné hodnoty bolesti a menej vedľajších účinkov čo sa vracania a sedácie týka. Išlo o dôkazy so strednou mierou dôveryhodnosti. Okrem toho boli ženy, ktoré dostali PCE, – podľa dôkazov so strednou mierou dôveryhodnosti – spokojnejšie.

Porovnanie pacientkou*om riadeného morfinu a pacientkou*om riadeného IV fentanylu: Štúdie, ktoré vyhodnocovali toto porovnanie, zistili, že pri použití pacientkou*om riadeného fentanylu (50 µg) boli dosiahnuté nižšie hodnoty bolesti a menej vedľajších účinkov (išlo o dôkazy so strednou až vysokou mierou dôveryhodnosti).

Porovnanie pacientkou*om riadeného IV tramadolu a pacientkou*om riadeného IV fentanylu: Štúdie, ktoré vyhodnocovali toto porovnanie, zistili, že miera bolesti bola pri použití pacientkou*om riadeného tramadolu aj fentanylu porovnateľná. Išlo o dôkazy so strednou až vysokou mierou dôveryhodnosti. Podobné bolo – podľa dôkazov s vysokou mierou dôveryhodnosti – v oboch prípadoch aj hodnotenie spokojnosti.

Výsledkom diskusií o hodnotách a preferenciách žien v súvislosti s manažmentom liečby bolesti počas medikamentóznej interrupcie, ako aj o potrebných zdrojoch, finančnej efektívite a realizovateľnosti použitia nesteroidných protizápalových liekov, bolo rozhodnutie v prospech tejto praxe.



Kto

Informácie o tom, ktoré zdravotnícke pracovníčky a zdravotníci pracovíci môžu túto túto prax vykonávať, sa nachádzajú v odporúčaní 28 a 30 o medikamentóznej interrupcii.



Ako

Otázky spojené s realizáciou odporúčaní 15 a 16

- Bez ohľadu na spôsob poskytovania služieb by mala žena dostať jasné informácie o bolesti, ktorú môže pociťovať a ktorá sa môže líšiť v závislosti od vnímania a tolerancie bolesti. Za každých okolností by mala dostať informácie o manažmente liečby bolesti a mala by mať zabezpečený prístup k vhodným liekom proti bolesti.

KLÍČOVÉ ĽUDSKOPRÁVNE ASPEKTY SPOJENÉ S MANAŽMENTOM BOLESTI

- Štáty musia zabezpečiť dobrý prístup k cenovo dostupným základným liekom nediskriminačným spôsobom.
- Odmietnutie podania liekov proti bolesti môže byť v rozpore so širokou škálou ľudských práv vrátane práva na zdravie a samostatnosť pri rozhodovaní.
- Odmietnutie podania liekov proti bolesti ako trest za interrupciu alebo preto, že sú súčasťou interrupčnej starostlivosti, môže byť porušením práva na rovnosť a nediskrimináciu.
- Odmietnutie podania liekov proti bolesti môže byť porušením práva nebyť vystavená krutému, neľudskému a ponižujúcemu zaobchádzaniu.

Ďalšie informácie a zdroje sa nachádzajú v rámciku 1.2 a v [Prílohe A](#) na webe: Klúčové medzinárodné ľudskoprávne normy pre oblasť interrupcií (Web Annex A: Key international human rights standards on abortion).

Prepojenia na súvisiace témy/odporúčania



3.3.7 Príprava krčka maternice pred chirurgickou interrupciou

Prípravu krčka maternice možno zvažovať pred chirurgickou interrupciou u všetkých tehotných žien v akomkoľvek gestačnom veku, najmä však u žien, ktoré sú tehotné viac ako 12 týždňov. Príprava krčka maternice pred chirurgickou interrupciou je obzvlášť vhodná pre ženy s anomáliami (pozn. prekladateľky: vrodenými chybami) krčka maternice alebo pre tie, ktoré boli predtým operované, pre dospelávajúce osoby a ženy v pokročilom štádiu tehotenstva, u ktorých existuje vyššie riziko poškodenia krčka maternice alebo perforácie maternice, ktoré môžu spôsobiť krvácanie (135, 136). Takisto môže neskúseným poskytovateľom a poskytovateľkám uľahčiť samotnú interrupciu. Príprava krčka maternice má však aj svoje nevýhody, medzi ktoré patria nepohodlie navyše a dodatočné náklady a čas potrebný na to, aby bola účinná.

Či už sa na prípravu krčka maternice pred chirurgickou interrupciou použijú osmotické dilatátory alebo lieky, prebehne to pred zákrokom. Takže s prípravou krčka maternice môže začať iná*í zdravotníčka*i pracovníčka*k ako osoba, ktorá bude vykonávať dilatáciu a vákuovú extrakciu plodu.



Odporúčanie pre oblasť ZDRAVOTNÝCH SLUŽIEB 17: Príprava krčka maternice pred chirurgickou interrupciou do 12. týždňa tehotenstva

Pred chirurgickou interrupciou do 12. týždňa:

a. V prípade prípravy krčka maternice: **Navrhujeme** nasledujúce liekové režimy:

- Mifeprestón 200 mg perorálne (pozn. prekladateľky: do úst) 24 – 48 hodín pred zákrokom
- Misoprostol 400 µg sublingválne (pozn. prekladateľky: pod jazyk) 1 – 2 hodiny pred zákrokom
- Misoprostol 400 µg vaginálne alebo bukálne (pozn. prekladateľky: medzi dasno a stenu líca) 2 – 3 hodiny pred zákrokom

b. **Odporúčame prestať** používať osmotické dilatátory na prípravu krčka maternice.

Komentáre:

- Miseprostol je účinnejšie podávať sublingválne.
- Treba poskytnúť vhodné lieky proti bolesti.

Zdroj: Aktualizované odporúčanie z Odporúčania 7.2 SZO (2012) (19).

Poznámka k aktualizácii odporúčania: Toto odporúčanie bolo opätovne preskúmané pomocou metodológie GRADE. Navrhovaný režim mifeprestónu sa nezmenilo, zmenilo sa však načasovanie a spôsob dávkovania misoprostolu a to, že laminárie sa už neodporúčajú; tieto odporúčania preto nahrádzajú predchádzajúce odporúčanie.

Zdôvodnenie

Aktualizácia existujúceho prehľadu uskutočneného organizáciou Cochrane slúži ako databáza dôkazov pre túto kľúčovú problematiku. V rámci aktualizácie výskumníčky a výskumníci identifikovali 8 nových štúdií, čo znamená, že celkovo bolo do posudzovania metód prípravy krčka maternice na vákuovú aspiráciu zahrnutých 61 štúdií. Z tohto prehľadu bola vyhodnotená približne polovica zahrnutých štúdií, ktoré prispeli k vytvoreniu rámca od dôkazov k rozhodnutiu (Evidence-to-Decision). Prehľad zahŕňa nasledujúce metódy prípravy krčka maternice: lieky s mifepristónom a/alebo misoprostolom a mechanické metódy (t. j. prírodné alebo syntetické osmotické dilatátory). Zhrnutie dôkazov sa nachádza v Doplnkovom materiáli 2, Rámec od dôkazov k rozhodnutiu: Príprava krčka maternice pred chirurgickou interrupciou do 12. týždňa (Supplementary material 2, EtD framework for Cervical priming prior to surgical abortion < 12).³⁰

Pokiaľ ide o odporúčanie 17a, navrhujeme možnosť podávať misoprostol alebo mifepristón v rámci prípravy krčka maternice pred chirurgickou interrupciou do 12. až 14. týždňa. Štúdie, ktoré porovnávali misoprostol s mifepristónom, na základe dôkazov so strednou mierou dôveryhodnosti zistili, že čas potrebný na vykonanie zákroku bol kratší v prípade misoprostolu. Avšak z týchto dôkazov vyplynulo aj to, že dilatácia (pozn. prekladateľky: roztiahnutie) krčka maternice pred zákrokom bola väčšia pri použití mifepristónu. Vedľajšie účinky boli u oboch skupín porovnateľné, čo vyplynulo z dôkazov s veľmi nízkou mierou dôveryhodnosti.

Pokiaľ ide o načasovanie podávania misoprostolu, štúdie, ktoré porovnávali načasovanie intervalu podávania misoprostolu na prípravu krčka maternice, odhalili, že najvyššia účinnosť (t. j. väčšia dilatácia krčka maternice pred zákrokom) bola dosiahnutá pri 3-hodinovom intervale. Toto zistenie bolo založené na dôkazoch s vysokou mierou dôveryhodnosti. Hoci sa 3-hodinový interval považuje za optimálny, po diskusiách členov a členiek odborného panelu ohľadom realizovateľnosti a väčšej prijateľnosti kratšej doby čakania pred chirurgickou interrupciou, sem zahŕňame aj hodinový interval.

Zdôvodnenie odporúčania 17b vychádza z toho, že pri použití osmotických dilatátorov je na vykonanie zákroku potrebný dlhší čas ako pri príprave krčka maternice pomocou misoprostolu, a to na základe dôkazov s vysokou mierou dôveryhodnosti. Okrem toho miera spokojnosti v skupine, ktorá dostávala misoprostol, bola vyššia ako v skupine, ktorá dostávala lamináriu, a to na základe dôkazov so strednou mierou dôveryhodnosti.

Odborný panel pridal bukálne podávanie (ktoré bolo pridané spolu s vaginálnym podávaním z dôvodu, že krivky koncentrácie misoprostolu boli podľa farmakokinetických údajov v oboch prípadoch podobné), pričom zdôrazňuje, že sublingválne podávanie je účinnejšie.

³⁰ V záujme zachovania konzistentnosti všetkých odporúčaní je hraničný gestačný vek 12 týždňov, ale dôkazy zahŕňali aj ženy do 14. týždňa gravidity, ktoré podstúpili vákuovú aspiráciu.

Odporúčanie pre oblasť ZDRAVOTNÝCH SLUŽIEB 18 (NOVÉ): Príprava krčka maternice pred chirurgickou interrupciou (manuálna vákuová aspirácia alebo dilatácia a vákuová extrakcia plodu) po 12. týždni tehotenstva vrátane

Pred chirurgickou interrupciou vo vyššom štádiu tehotenstva:

- Pred chirurgickou interrupciou po 12. týždni vrátane: **Navrhujeme** prípravu krčka maternice pred zákrokom.
- Pri chirurgickej interrupcii medzi 12. a 19. týždňom: **Navrhujeme** prípravu krčka maternice iba pomocou liekov (uprednostňuje sa kombinácia mifepristónu a misoprostolu) alebo pomocou osmotických dilatátorov a liekov (mifepristónu, misoprostolu alebo kombináciou oboch).
- Ak sa pri chirurgickej interrupcii medzi 12. a 19. týždňom na prípravu krčka maternice používajú osmotické dilatátory: **Navrhujeme**, aby čas medzi umiestnením osmotických dilatátorov a zákrokom nebol dlhší ako dva dni.
- Pred chirurgickou interrupciou po 19. týždni vrátane: **Odporúčame** prípravu krčka maternice pomocou osmotických dilatátorov a liekov (mifepristónu, misoprostolu alebo kombináciou oboch).

Komentár:

- V prípade gestačného veku medzi 12. a 14. týždňom boli pre prípravu krčka maternice k dispozícii len limitované dôkazy, a preto by mali zdravotnícke pracovníčky a zdravotnícki pracovníci rozhodnúť o najvhodnejšej metóde prípravy krčka maternice pred vákuovou aspiráciou v tomto rozpätí dĺžky tehotenstva na základe lekárskeho úsudku.

Poznámka: Ide o nové odporúčania, ktoré nahrádzajú odporúčania 8.1 a 8.2 vo WHO (2012) (19), ktoré sa týkali dilatácie a vákuovej extrakcie plodu po 14. týždni; tieto nové odporúčania zahŕňajú informácie o metódach/liekových režimoch pri príprave krčka maternice v rôznych rozpätiach gestačného veku.

Zdôvodnenie

Ako databáza dôkazov pre metódy prípravy krčka maternice pri chirurgickej interrupcii v neskoršom gestačnom veku slúžil prehľad uskutočnený organizáciou Cochrane. Z tohto prehľadu bolo do tvorby rámca od dôkazov k rozhodnutiu (EtD) zahrnutých 16 štúdií týkajúcich sa nasledujúcich metód prípravy krčka maternice: medikamentózne metódy využívajúce mifepristón a/alebo misoprostol; mechanické metódy využívajúce osmotické dilatátory a syntetické dilatátory; jedno- alebo dvojdňové zákroky využívajúce laminárie. Štúdie boli realizované v Izraeli, Južnej Afrike, Španielsku, Spojenom kráľovstve a USA. Zhrnutie dôkazov sa nachádza v Doplnkovom materiáli 2, Rámec od dôkazov k rozhodnutiu: Príprava krčka maternice pred chirurgickou interrupciou po 12. týždni (Supplementary material, EtD framework for Cervical priming prior to surgical abortion ≥ 12 weeks).

Zaradenie všetkých medikamentózných možností ako látok na prípravu krčka maternice vyplynulo z diskusie odborného panelu ohľadom realizovateľnosti a prijateľnosti týchto praxí. Na prípravu krčka maternice je použitie mifepristónu s misoprostolom vhodnejšie ako použitie samotného misoprostolu, keďže tak dochádza k väčšej dilatácii krčka maternice pred zákrokom a na vykonanie zákroku je potrebný kratší čas, ako vyplynulo z dôkazov so strednou mierou dôveryhodnosti. Pred použitím samotnej laminárie sa uprednostňuje použitie kombinácie liekov a laminárie, keďže tak dochádza k vyššej dilatácii krčka maternice pred zákrokom, znižuje sa potreba ďalšej dilatácie a skracuje sa čas potrebný na vykonanie zákroku. Toto je založené na dôkazoch s vysokou mierou dôveryhodnosti. Z čiastkových analýz analyzovaných štúdií vyplynulo, že kombinované použitie liekov a laminárie sa dá byť účinnejšie vo vyššom gestačnom veku.

Ako

Otázky spojené s realizáciou

- Použitie liekov na prípravu krčka maternice pred chirurgickou interrupciou po 12. - 14. týždni tehotenstva je možné riadiť samostatne, a preto môže ušetriť čas ženy strávený cestovaním a čas personálu strávený pri zavádzaní osmotických dilatátorov.

Kto

Odporúčanie pre oblasť POSKYTOVANIA SLUŽIEB 19: Príprava krčka maternice pred chirurgickou interrupciou v akomkoľvek gestačnom veku

Katégorie zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov	Odporúčanie	Zdôvodnenie ^a
Komunitní*é zdravotníckí*e pracovníčky (KZP)	Navrhujeme Podmienka: Poskytnutie liekov na účely prípravy krčka maternice je pri chirurgickej interrupcii súčasťou postupu, takže zdravotnícky pracovník alebo zdravotníčka pracovníčka musí zabezpečiť kontinuitu v starostlivosti o ženu zabezpečením liekov pred interrupčným zákrokom.	Hoci o bezpečnosti, účinnosti alebo prijateľnosti tejto možnosti výskumníci a výskumníčky nenašli žiadne priame dôkazy, spôsobilosti a vedomosti potrebné pre túto úlohu sú (podľa rámca kompetencií) v súlade s kompetenciami tejto katégorie zdravotníckych pracovníčok a pracovníčok. Okrem toho sa odporúča, aby KZP poskytovali medikamentózne interrupcie do 12. týždňa (pozri odporúčanie 28), čo si vyžaduje podobné zručnosti a vedomosti, aké sú potrebné pre túto úlohu.
Pomocné pracovníčky a pomocná pracovníci v lekárňach	Navrhujeme Podmienka: Poskytnutie liekov na účely prípravy krčka maternice je pri chirurgickej interrupcii súčasťou postupu, takže zdravotníčka pracovníčka alebo zdravotnícky pracovník musí zabezpečiť kontinuitu v starostlivosti o ženu zabezpečením liekov pred interrupčným zákrokom.	Hoci o bezpečnosti, účinnosti alebo prijateľnosti tejto možnosti výskumníčky a výskumníci nenašli žiadne priame dôkazy, spôsobilosti a vedomosti pre túto úlohu sú (podľa rámca kompetencií) v súlade s kompetenciami tejto katégorie zdravotníckych pracovníčok a pracovníčok. Okrem toho sa odporúča, aby pomocní pracovníci a pomocné pracovníčky v lekárňach poskytovali medikamentózne interrupcie do 12. týždňa (pozri odporúčanie 28), čo si vyžaduje podobné zručnosti a vedomosti, aké sú potrebné pre túto úlohu.
Lekárnici a lekárničky	Navrhujeme Podmienka: Poskytnutie liekov na účely prípravy krčka maternice je pri chirurgickej interrupcii súčasťou postupu, takže zdravotnícky pracovník alebo zdravotníčka pracovníčka musí zabezpečiť kontinuitu v starostlivosti o ženu zabezpečením liekov pred interrupčným zákrokom.	Hoci o bezpečnosti, účinnosti alebo prijateľnosti tejto možnosti výskumníci a výskumníčky nenašli žiadne priame dôkazy, výdaj liekov na predpis je bežnou súčasťou praxe lekárnikov a lekárničiek. Zručnosti a vedomosti potrebné pre túto úlohu sú (podľa rámca kompetencií) v súlade s kompetenciami pre túto katégoriu zdravotníckych pracovníčok a pracovníčok. ^a Okrem toho sa odporúča,

		aby lekárničky a lekárničky poskytovali medikamentózne interrupcie do 12. týždňa (pozri odporúčanie 28), čo si vyžaduje podobné zručnosti a vedomosti, aké sú potrebné pre túto úlohu.
Odborníčky a odborníci v oblasti tradičnej a alternatívnej medicíny Pomocné zdravotné sestry/pomocní*é pôrodní*é asistenti*ky Zdravotné sestry Pôrodné asistentky pôrodní asistenti	Odporúčame	Výskumníčky a výskumníci našli dôkazy s nízkou mierou dôveryhodnosti o bezpečnosti a účinnosti tejto možnosti. Príprava krčka maternice je súčasťou prípravy na poskytovanie manuálnej vákuovej aspirácie. Zručnosti a vedomosti potrebné pre túto úlohu sú (podľa rámca kompetencií) v súlade s kompetenciami tejto kategórie zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov. ^a
Zdravotnícki*e asistenti*ky / Zdravotnícke*i laborantky*i	Odporúčame	Výskumníci a výskumníčky našli dôkazy so strednou mierou dôveryhodnosti o tom, že zdravotnícki pracovníci a zdravotnícke pracovníčky s podobnou alebo menej komplexnou základnou prípravou (napr. pôrodní asistenti, zdravotné sestry, pomocní pôrodný asistenti) používajú takéto lieky na vykonávanie medikamentóznej interrupcie. Príprava krčka maternice je súčasťou prípravy na poskytovanie manuálnej vákuovej aspirácie. Zručnosti a vedomosti potrebné pre túto úlohu sú (podľa rámca kompetencií) v súlade s kompetenciami tejto kategórie zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok.
Lekárky*i so všeobecným zameraním Špecializovaní/é lekári/ky	Odporúčame	Bežná súčasť ich praxe, ^b preto neprebehlo žiadne posudzovanie dôkazov.

Zdroj: Aktualizované odporúčanie zo SZO (2015) (23).

Poznámka k aktualizácii odporúčania: Išlo o existujúce odporúčanie, kvôli ktorému výskumníci a výskumníčky pomocou metodológie GRADE opätovne preskúmali dôkazy týkajúce sa všetkých kategórií zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov, s výnimkou špecializovaných lekárov a lekároek a lekároek a lekároek so všeobecným zameraním, keďže pri nich bolo aj pôvodne uvedené „odporúčame“. Po opätovnom preskúmaní boli odporúčania týkajúce sa všetkých zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok posilnené – v prípade farmaceutiek, pomocných pracovníkov v lekárňach a KZP z „odporúčame zrušiť/prestať/nevykonávať/nepoužívať“ na „navrhujeme“ v prípade ďalších kategórií zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov z „navrhujeme“ na „odporúčame“. Po konzultácii s odborným panelom sme pre toto odporúčanie zmenili aj gestačný vek z „po 12. týždni“ na „v akomkoľvek gestačnom veku“. Zhrnutie dôkazov sa nachádza v Doplnkovom materiáli 3, Rámec od dôkazov k rozhodnutiu: Príprava krčka maternice pomocou liekov a osmotických dilatátorov (Supplementary material, EtD framework for Cervical priming using medication and osmotic dilators).

^a V prípade tohto odporúčania a všetkých odporúčaní týkajúcich sa zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok sa vzhľadom na nedostatočné dôkazy pre mnohé kombinácie zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov a ich úloh diskusie odborného panelu zamerali na rámec kompetencií obsiahnutý v publikácii SZO z roku 2011 s názvom *Sexuálne a reprodukčné zdravie: základné kompetencie v primárnej starostlivosti* (Sexual and reproductive health: core competencies in primary care) (121), ktorý poskytuje informácie o kompetenciách (vrátane zručností a vedomostí) potrebných pre každú úlohu, a tiež na kritériá WHO-INTEGRATE, najmä na realizovateľnosť, spravodlivosť a prijateľnosť praxe a hodnoty a preferencie žien.

^b Bežný rozsah práce/praxe je dostupný v Prílohe 5 v [originálnom dokumente](#): Kategórie a role zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok (Health worker categories and roles).

Kde

Žiadna požiadavka na miesto (v zariadení či mimo neho) neexistuje.

Ako

Otázky spojené s realizáciou

- Vzhľadom na to, že príprava krčka maternice je začiatkom úkonu a vykonáva sa pred chirurgickým zákrokom s časovým odstupom až do 1 – 2 dní, je dôležité, aby zdravotnícke pracovníčky a zdravotnícki pracovníci zabezpečili kontinuitu starostlivosti o ženu tým, že zaistia, aby existoval jasný plán chirurgickej interrupcie pred tým, ako žena užije prípravok na prípravu krčka maternice, a že má prístup k jestvujúcemu zdravotníckemu systému, ak si bude želať alebo potrebovať ďalšiu podporu počas tejto doby.

Kto

Odporúčanie pre oblasť POSKYTOVANIA SLUŽIEB 20: Príprava krčka maternice pomocou osmotických dilatátorov pred dilatáciou a vákuovou extrakciou plodu v po 12. týždni tehotenstva vrátane

Katégorie zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok	Odporúčanie	Zdôvodnenie ^a
Odborníčky a odborníci v oblasti tradičnej a alternatívnej medicíny	Navrhujeme Podmienka: Zdravotníčka alebo zdravotník zabezpečuje kontinuitu starostlivosti od začiatku prípravy krčka maternice až po dilatáciu a vákuovú extrakciu plodu.	Hoci výskumníčky a výskumníci nenašli dostačujúce priame dôkazy o bezpečnosti a účinnosti tejto možnosti, sú návrhy, aby tieto zdravotnícke pracovníčky a zdravotnícki pracovníci vykonávali aj iné transcervikálne zákroky (napr. zavádzanie vnútromaternicového telieska a vákuovú aspiráciu; pozri odporúčania 43 a 24). Zručnosti a vedomosti potrebné pre túto úlohu sú (podľa rámca kompetencií) v súlade s kompetenciami tohto typu zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov. Odborný panel potvrdil, že táto možnosť má potenciál zvýšiť spravodlivý prístup ku kvalitnej interrupčnej starostlivosti v regiónoch, kde tieto odborníčky a odborníci tvoria významnú časť zdravotníckej pracovnej sily.

Katégorie zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok	Odporúčanie	Zdôvodnenie ^a
Pomocné zdravotné sestry/pomocní*é pôrodní*é asistenti*ky (PPA)	Odporúčame	Hoci výskumníci a výskumníčky nenašli dostačujúce priame dôkazy o bezpečnosti a účinnosti tejto možnosti, vykonávanie transcervikálnych zákrokov (napr. zavádzanie vnútro maternicového telieska) je pre PPA a za určitých podmienok aj pre pomocné zdravotné sestry odporúčanou úlohou (pozri odporúčanie 43). Zručnosti a vedomosti potrebné pre túto úlohu sú (podľa rámca kompetencií) v súlade s kompetenciami tejto kategórie zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok. ^a Odborný panel potvrdil, že táto možnosť môže pomôcť optimalizovať organizáciu práce v zariadení a ženám skrátiť dobu čakania.
Sestry	Odporúčame	Hoci výskumníčky a výskumníci nenašli dostačujúce priame dôkazy o bezpečnosti alebo účinnosti tejto možnosti, odporúča sa, aby sestry vykonávali aj iné transcervikálne zákroky (napr. zavádzanie vnútro maternicového telieska; pozri odporúčanie 43) a sú dôkazy o tom, že manuálna vákuová aspirácia vykonávaná sestrami je bezpečná a účinná (podľa dôkazov so strednou mierou dôveryhodnosti). Zručnosti a vedomosti potrebné pre túto úlohu sú (podľa rámca kompetencií) v súlade s kompetenciami tejto kategórie zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov. ^a Odborný panel potvrdil, že táto možnosť môže pomôcť optimalizovať organizáciu práce v zariadení a ženám skrátiť dobu čakania.
Pôrodní asistenti a pôrodné asistentky	Odporúčame	Hoci výskumníci a výskumníčky nenašli dostačujúce priame dôkazy o bezpečnosti alebo účinnosti tejto možnosti, vykonávanie rôznych transcervikálnych zákrokov (napr. zavádzanie vnútro maternicového telieska; pozri odporúčanie 43) je odporúčanou úlohou pôrodných asistentov a asistentiek a sú dôkazy o tom, že manuálna vákuová aspirácia vykonávaná pôrodnými asistentmi a asistentkami je bezpečná a účinná (podľa dôkazov so strednou mierou dôveryhodnosti). Zručnosti a vedomosti potrebné pre túto úlohu sú (podľa rámca kompetencií) v súlade s kompetenciami tejto kategórie zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok. ^a Odborný panel potvrdil, že táto možnosť môže pomôcť optimalizovať organizáciu práce v zariadení a ženám skrátiť dobu čakania.
Zdravotnícke*i asistentky*/ zdravotníck*i laboranti*ky	Odporúčame	Výskumníčky a výskumníci našli nepriame dôkazy ohľadom bezpečnosti a účinnosti poskytovania vákuovej aspirácie týmito asistentkami a asistentmi (dôkazy so strednou mierou dôveryhodnosti), čo vo vybraných prípadoch zahŕňa prípravu krčka maternice pomocou osmotických dilatátorov. Zručnosti a vedomosti potrebné pre túto úlohu sú (podľa rámca kompetencií) v súlade s kompetenciami tejto kategórie zdravotníckych

Katégorie zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok	Odporúčanie	Zdôvodnenie ^a
		pracovníčok a pracovníkov. ^a Odborný panel potvrdil, že táto možnosť môže pomôcť optimalizovať organizáciu práce v zariadení a ženám skrátiť dobu čakania.
Lekári*ky so všeobecným zameraním Špecializovaní*í lekárky*í	Odporúčame	Bežná súčasť ich praxe, ^b preto neprebehlo žiadne posudzovanie dôkazov.

Zdroj: Aktualizované odporúčanie zo SZO (2015) (23).

Poznámka k aktualizácii odporúčaní: Išlo o existujúce odporúčanie, kvôli ktorému výskumníci a výskumníčky pomocou metodológie GRADE opätovne preskúmané dôkazy týkajúce sa všetkých kategórií zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov, s výnimkou špecializovaných lekárov a lekárk a lekárk a lekárov so všeobecným zameraním, keďže pri nich už bolo uvedené „odporúčame“. Po opätovnom preskúmaní boli odporúčania posilnené – v prípade zdravotníckych asistentov, pokročilých zdravotníckych asistentiek, pôrodných asistentov a zdravotných sestier z „navrhujeme“ na „odporúčame“, v prípade pomocných zdravotných sestier a PPA z „odporúčame zrušiť/prestať/nevykonávať/nepoužívať“ na „odporúčame“ a v prípade odborníkov a odborníčok v oblasti tradičnej a alternatívnej medicíny z „odporúčame zrušiť/prestať/nevykonávať/nepoužívať“ na „navrhujeme“. Pre farmaceutky, pomocných pracovníkov v lekárňach a KZP zostávajú odporúčania „odporúčame zrušiť/prestať/nevykonávať“ (nie sú uvedené). Gestačný vek pre toto odporúčanie bol tiež zmenený z „po 12. týždni“ na po 12. týždni vrátane, aby sa toto odporúčanie zosúladiť s odporúčaním 18. Zhrnutie dôkazov sa nachádza v Doplnkovom materiáli 3, Rámec od dôkazov k rozhodnutiu: Príprava krčka maternice pomocou liekov a osmotických dilatátorov (Supplementary material, EtD framework for Cervical priming using medication and osmotic dilators).

^a v prípade tohto odporúčania a všetkých odporúčaní týkajúcich sa zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov sa diskusia odborného panelu vzhľadom na nedostatočné dôkazy pre mnohé kombinácie pracovníkov a pracovníčok a ich úloh zamerali na rámec kompetencií obsiahnutý v publikácii SZO z roku 2011 s názvom *Sexuálne a reprodukčné zdravie: základné kompetencie v primárnej starostlivosti* (Sexual and reproductive health: core competencies in primary care) (121), ktorý poskytuje informácie o kompetenciách (vrátane zručností a vedomostí) potrebných pre každú úlohu, a tiež na kritériá WHO-INTEGRATE, najmä na uskutočniteľnosť, spravodlivosť a prijateľnosť praxe a hodnoty a preferencie žien.

^b Bežný rozsah práce/praxe je dostupný v Prílohe 5 v [originálnom dokumente](#): Kategórie a role zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov (Health worker categories and roles).



V zdravotníckom zariadení.

KLÍČOVÉ ĽUDSKOPRÁVNE ASPEKTY SPOJENÉ S PRÍPRAVOU KRČKA MATERNICE

- Odmietnutie prípravy krčka maternice ako trest za interrupciu alebo preto, že sú súčasťou interrupčnej starostlivosti, môže byť porušením práva nediskrimináciu a na rovnosť.

Ďalšie informácie a zdroje sa nachádzajú v rámciku 1.2 a v [Prílohe A](#) na webe: Klúčové medzinárodné ľudskoprávne normy pre oblasť interrupcií (Web Annex A: Key international human rights standards on abortion).

Prepojenia na súvisiace témy/odporúčania



Odporúčania 11 – 15 : Manažment liečby bolesti



Odporúčania 23 – 26 : Chirurgická interrupcia (vákuová aspirácia a dilatácia a vákuová extrakcia plodu)

3.3.8 Obmedzenia (vyplývajúce z legislatívy alebo politiky) týkajúce sa zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok, ktorí a ktoré môžu legálne poskytovať interrupčnú starostlivosť

V mnohých štátoch legislatíva a politika obmedzujú, ktoré kategórie zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok môžu legálne poskytovať interrupčnú starostlivosť (137), pričom najčastejšie je to obmedzené na gynekologičky a gynekológov. Avšak od uvedenia vákuovej aspirácie a medikamentózneho interrupcie, môže interrupciu bezpečne vykonávať celá škála zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok v rôznych prostrediach a v skoršom štádiu tehotenstva je možné bezpečne riadiť aj vlastnú interrupciu (pozri odporúčania 24, 28, 30, 33). Obmedzenia týkajúce sa poskytovateľiek a poskytovateľov sú nezlučiteľné s podporou optimalizácie úloh zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok zo strany SZO; takéto obmedzenia sú svojvoľné a nie sú založené na dôkazoch (138). Z povinnosti štátov rešpektovať, chrániť a naplňať právo na zdravie vyplýva, že zdravotnícke zariadenia, tovary a služby musia byť dostupné, prístupné, primerané a kvalitné (46). A to zahŕňa zariadenia, tovary a služby určené na starostlivosť o SRZ. Preto musia štáty zabezpečiť zodpovedajúci počet zdravotníckeho a odborného personálu a kvalifikovaných poskytovateľiek a poskytovateľov, ako aj dostatočné zásoby základných liekov v zdravotníckom systéme (46). Osobitný spravodajca pre právo každej a každého na to, aby si užívali najvyššiu dosiahnuteľnú úroveň fyzického a duševného zdravia navyše zdôraznil, že interrupčná legislatíva musí byť založená na dôkazoch (37) (pozri kapitolu 1, časť 1.3.1[i], a tiež [Prílohu A](#) na webe: Kľúčové medzinárodné ľudskoprávne normy pre oblasť interrupcií (Web Annex A: Key international human rights standards on abortion)).

Odporúčanie pre oblasť LEGISLATÍVY A POLITIKY 21: Obmedzenia týkajúce sa poskytovateľov a poskytovateľiek

Odporúčame zrušiť právne úpravy určujúce, kto môže vykonávať a riadiť interrupcie, ktoré nie sú v súlade s usmerneniami SZO.

Komentár:

- Ak legislatíva alebo politika upravujú, kto môže poskytovať alebo riadiť interrupciu, táto úprava by mala byť v súlade s usmerneniami SZO nachádzajúcimi sa v tejto kapitole.

Poznámka k aktualizácii odporúčaní: Toto a ďalšie legislatívne a politické odporúčania nie sú novými odporúčaniami. Súčasťou *Usmernenia SZO k bezpečným interrupciám z roku 2012* sa legislatíva a politiky týkalo jedno komplexné odporúčanie (19). V tomto usmernení sú odporúčania v oblasti legislatívy a politiky s použitím metodológie GRADE rozpracované do siedmich samostatných odporúčaní.

Zdôvodnenie

S cieľom zistiť vplyv obmedzení týkajúcich sa poskytovateľiek a poskytovateľov na osoby vyhľadávajúce interrupciu a na zdravotníckych pracovníkov a zdravotnícke pracovníčky bol vypracovaný systematická prehľad štúdií uverejnených v rokoch 2010 až 2019, pričom výskumníčky a výskumníci identifikovali sedem štúdií uskutočnených v Austrálii, Etiópii, Nepále a USA. Súhrn dôkazov z týchto štúdií je uvedený v Doplňkovom materiáli 1, Rámec od dôkazov k rozhodnutiu: Obmedzenia týkajúce sa poskytovateľiek a poskytovateľov (EtD framework for Provider restrictions). Z preskúmaných dôkazov vyplynulo, že obmedzenia týkajúce sa toho, kto môže interrupciu vykonávať a riadiť, majú za následok odďaľovanie a komplikovaniu prístupu k interrupcii. Naopak, rozšírenie škály zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok, ktorí a ktoré môžu poskytovať interrupčnú starostlivosť, zvýšilo včasný prístup k medikamentóznej a chirurgickej interrupcii v počiatočnom štádiu tehotenstva, znížilo náklady, skrátilo čas cestovania a čakania, presunulo niektoré súčasti starostlivosti z lekároch a lekárov, zvýšilo dostupnosť interrupcie aj vo vidieckych oblastiach a na úrovni základnej zdravotnej starostlivosti, zamedzilo rizikovému riadeniu vlastnej interrupcie a znížilo systémové náklady. Tieto dôkazy svedčia o tom, že obmedzovanie toho, kto môže interrupciu vykonávať, má za následok neefektívnosť, administratívnu záťaž a pracovnú vyťaženosť v rámci zdravotníckych systémov a v praxi znižuje počet dostupných poskytovateľov a poskytovateľiek.

KLÚČOVÉ ĽUDSKOPRÁVNE ASPEKTY TÝKAJÚCE SA POSKYTOVATEĽIEK A POSKYTOVATEĽOV

- Pri právnej úprave starostlivosti o SRZ musia byť dostupnosť, prístupnosť, prijateľnosť a kvalita kľúčové.
- Právna úprava interrupcií by mala byť založená na ľudských právach a dôkazoch.
- Preto musia štáty zabezpečiť zodpovedajúci počet zdravotníckeho a odborného personálu a kvalifikovaných poskytovateľov a poskytovateľiek, ako aj dostatočné zásoby základných liekov.

Ďalšie informácie a zdroje sa nachádzajú v rámciku 1.2 a v [Prílohe A](#) na webe: Kľúčové medzinárodné ľudskoprávne normy pre oblasť interrupcií (Web Annex A: Key international human rights standards on abortion).

3.3.9 Výhrada vo svedomí alebo odmietnutie poskytnutia interrupčnej starostlivosti zdravotníckymi pracovníčkami a pracovníkmi

Odmietnutie poskytnutia interrupčnej starostlivosti na základe výhrady vo svedomí predstavuje prekážku v prístupe k bezpečnému a včasnému interrupčnému zákroku (3 [ods. 14], 36 [ods. 8], 139 [ods. 109], 140 [ods. 353], 141 [ods. 42, 43]) a zákonom neupravená možnosť odmietnuť či výhrada vo svedomí môžu viesť k porušeniu ľudských práv alebo spôsobiť, že ženy siahnu po nebezpečnej interrupcii (142 [ods. 23], 143 [ods. 106], 144). V niektorých štátoch je výhrada vo svedomí špeciálne upravená v rámci pracovného práva, pracovných zmlúv alebo interrupčnej legislatívy. V zmysle medzinárodného práva v oblasti ľudských práv musia štáty povoľujúce výhradu vo svedomí nastaviť svoj zdravotnícky systém a poskytovanie interrupcií tak, aby výhrada vo svedomí nevedla k odopretiu legálne dostupnej interrupčnej starostlivosti. Takisto by mali právne upraviť uplatňovanie výhrady vo svedomí spôsobom, ktorý odráža najlepšiu medzinárodnú prax týkajúcu sa zdravotnej starostlivosti, chráni osoby žiadajúce o interrupciu a zabezpečuje, aby odmietnutie poskytovateľom alebo poskytovateľkou neohrozovalo alebo neobmedzovalo prístup ku kvalitnej interrupčnej starostlivosti (145 [bod 12], 146 [bod 28]). SZO tiež odporúča, že "zdravotnícke služby by mali byť nastavené tak, aby bolo zabezpečené, že účinné uplatňovanie slobody svedomia zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov v pracovnom kontexte nebude brániť pacientkam a pacientom v prístupe k službám, na ktoré majú podľa platných právnych predpisov nárok" (19).

Odporúčanie pre oblasť LEGISLATÍVY A POLITIKY 22: Výhrada vo svedomí

Odporúčame, aby boli prístup ku komplexnej interrupčnej starostlivosti a jej kontinuita chránené pred prekážkami spôsobenými výhradou vo svedomí.

Komentáre:

- Napriek ľudskoprávnemu záväzku zabezpečiť, aby výhrada vo svedomí nebránila prístupu ku kvalitnej interrupčnej starostlivosti a napriek predchádzajúcim odporúčaniam SZO zameraným na zabezpečenie toho, aby výhrada vo svedomí neohrozovala alebo nebránila prístupu k interrupčnej starostlivosti, výhrada vo svedomí je naďalej prekážkou v prístupe ku kvalitnej interrupčnej starostlivosti. Je nevyhnutné, aby štáty zabezpečili dodržiavanie tejto právnej úpravy a navrhli/nastavili zdravotnícke systémy tak, aby bol zabezpečený prístup ku kvalitnej interrupčnej starostlivosti a jej kontinuita. Ak sa ukáže, že nie je možné právne upraviť výhradu vo svedomí spôsobom, ktorý rešpektuje, chráni a naplňa práva osôb žiadajúcich o interrupciu, výhrada vo svedomí pri poskytovaní interrupcie sa môže stať neobhájiteľnou.
- Preskúmané dôkazy posudzovali vplyv výhrady vo svedomí na prístup k interrupčnej starostlivosti a jej dostupnosť, nie na účinnosť právnej úpravy výhrady vo svedomí so zreteľom na zlepšenie týchto dôsledkov. Medzinárodné právo v oblasti ľudských práv však ponúka určité usmernenia, ako môžu štáty zabezpečiť, aby boli ľudské práva osôb žiadajúcich o interrupciu rešpektované, chránené a naplňané (podrobnosti sa nachádzajú v hlavnom texte). Patria medzi ne:
 - také nastavenie zdravotníckeho systému, aby bolo zabezpečené, že zamestnaných bude dostatočný počet poskytovateľiek a poskytovateľov neuplatňujúcich si výhradu vo svedomí a že ich spravodlivo rozmiestni na celom území štátu (3);
 - zavedenie zrozumiteľnej a vymožiteľnej právnej úpravy výhrady vo svedomí (147 [odseky 30, 31], 148 [odsek 41 písm. f)], 149 [odsek 37 písm. b)]);
 - zabezpečenie adekvátneho presadzovania právnej úpravy výhrady vo svedomí vrátane odhaľovania, posudzovania a postihovania jej nedodržiavania (147 [ods. 30, 31], 148 [ods. 41 písm. f)], 149 [ods. 37 písm. b)]);
 - jasné vymedzenie toho, kto si môže uplatňovať výhradu vo svedomí na ktoré súčasti starostlivosti (150 [odseky 30 – 31], 148 [odsek 41 písm. f)], 3 [odsek 43]);
 - zákaz uplatňovania výhrady vo svedomí inštitúciami (147, 150 [ods. 33 písm. c)], 148 [ods. 41 písm. f)]);
 - povinnosť pre tých a tie, čo si uplatňujú výhradu vo svedomí, aby bezodkladne odporučili dostupnú poskytovateľku alebo poskytovateľa, čo si neuplatňuje výhradu vo svedomí (3 [ods. 43], 37 [ods. 65 písm. m)], 39 [ods. 11], 150 [ods. 33 písm. c)], 146 [ods. 28]);
 - požiadavka, aby sa výhrada vo svedomí uplatňovala rešpektujúcim a nerepresívnym spôsobom, a
 - zákaz výhrady vo svedomí v urgentných alebo akútnych situáciách (3, ods. 43).

Poznámka k aktualizácii odporúčaní: Toto a ďalšie legislatívne a politické odporúčania nie sú novými odporúčaniami. Súčasťou *Usmernenia SZO k bezpečným interrupciám z roku 2012* sa legislatívy a politiky týkalo jedno komplexné odporúčanie (19). V tomto usmernení sú odporúčania v oblasti legislatívy a politiky s použitím metodológie GRADE rozpracované do siedmich samostatných odporúčaní.

Zdôvodnenie

S cieľom zistiť vplyv výhrady vo svedomí na osoby vyhľadávajúce interrupciu a na zdravotníckych pracovníkov a zdravotnícke pracovníčky bol vypracovaný systematická prehľad štúdií uverejnených v rokoch 2010 až 2020, pričom výskumníčky a výskumníci identifikovali 22 štúdií uskutočnených v Austrálii, Brazílii, Kolumbii, Ghane, Taliansku, Mexiku, Nigérii, Nórsku, Portugalsku, Juhoafrickej republike, na Slovensku, vo Švajčiarsku, Tunisku, Spojenom kráľovstve, USA a Zambii. Zhrnutie dôkazov z týchto štúdií sa nachádza v Doplnkovom materiáli 1, Rámec od dôkazov k rozhodnutiu: Výhrada vo svedomí (Supplementary material 1, EtD framework for Conscientious objection). Na základe preskúmaných dôkazov sa zistilo, že výhrada vo svedomí môže oddialiť včasný prístup k interrupcii a interrupčnej starostlivosti. Oddaľovanie starostlivosti narastá tam, kde je vyšší podiel zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov uplatňujúcich si výhradu vo svedomí, a to niekedy aj v urgentných prípadoch, keď je interrupcia potrebná na záchranu života ženy. Ľudia uplatňujúci si výhradu vo svedomí niekedy spôsobujú oddaľovanie úmyselne. Dôkazy tiež naznačujú, že výhrada vo svedomí prispieva k zvýšenému výskytu závažných zdravotných problémov (morbidity) a úmrtnosti spojené s interrupciami a že niektorí zdravotnícki pracovníci a niektoré zdravotnícke pracovníčky si uplatňujú výhradu vo svedomí a odmietajú vykonávať interrupcie vo verejných inštitúciách, pričom vo svojich súkromných ordináciách vykonávajú interrupcie za poplatok.

Štúdie ukázali, že výhrada vo svedomí predstavuje väčšie prekážky pre obyvateľstvo v špecifických podmienkach: vo vidieckych oblastiach; v oblastiach, kde sa nedávno zmenila interrupčná legislatíva a kde nie je jednoznačne stanovené, kto si môže uplatniť výhradu vo svedomí a na ktoré časti interrupčnej starostlivosti; v oblastiach, kde výhrada vo svedomí nie je účinne právne upravená; a v oblastiach, kde zdravotnícke pracovníčky a zdravotnícki pracovníci, ktoré a ktorí si uplatňujú výhradu vo svedomí, zámerne odmietajú poskytnúť odporúčanie alebo využívajú zaujaté poradenstvo či nepresné legislatívne a lekárske informácie, aby sa pokúsili ľudí odradiť a zabrániť im v prístupe k interrupcii (pozri časť 3.2.1: Poskytovanie informácií).

Ukázalo sa, že odmietnutie vykonať interrupciu z dôvodu výhrady vo svedomí predstavuje pre ženy a dievčatá značnú záťaž, najmä neistotu ohľadom toho, či a kde sa môžu k interrupcii dostať. Časť poskytovateľov a poskytovateľiek uplatňujúcich si výhradu vo svedomí sa rozhoduje o tom, či poskytnúť interrupciu od prípadu k prípadu, podľa toho, z akého dôvodu o ňu žena žiada, čo znamená, že dostupnosť je neprehľadná a nejednotná. Okrem toho spôsoby, akými tie a tí, čo si uplatňujú výhradu vo svedomí, poskytujú odporúčania, sú veľmi rozdielne. Dôkazy ukázali, že hoci väčšina z tých, čo si uplatňovali výhradu vo svedomí, bola ochotná odkázať na poskytovateľky a poskytovateľov, čo si neuplatňovali výhradu vo svedomí, neplatilo to tak vždy. Niektorí poskytovatelia a poskytovateľky pritom poskytovali odporúčania na základe individuálneho posúdenia každého prípadu. Nasledovanie odporúčaní môže byť navyše komplikované a zaťažujúce, čo spôsobuje ďalšie problémy a oddaľovanie.

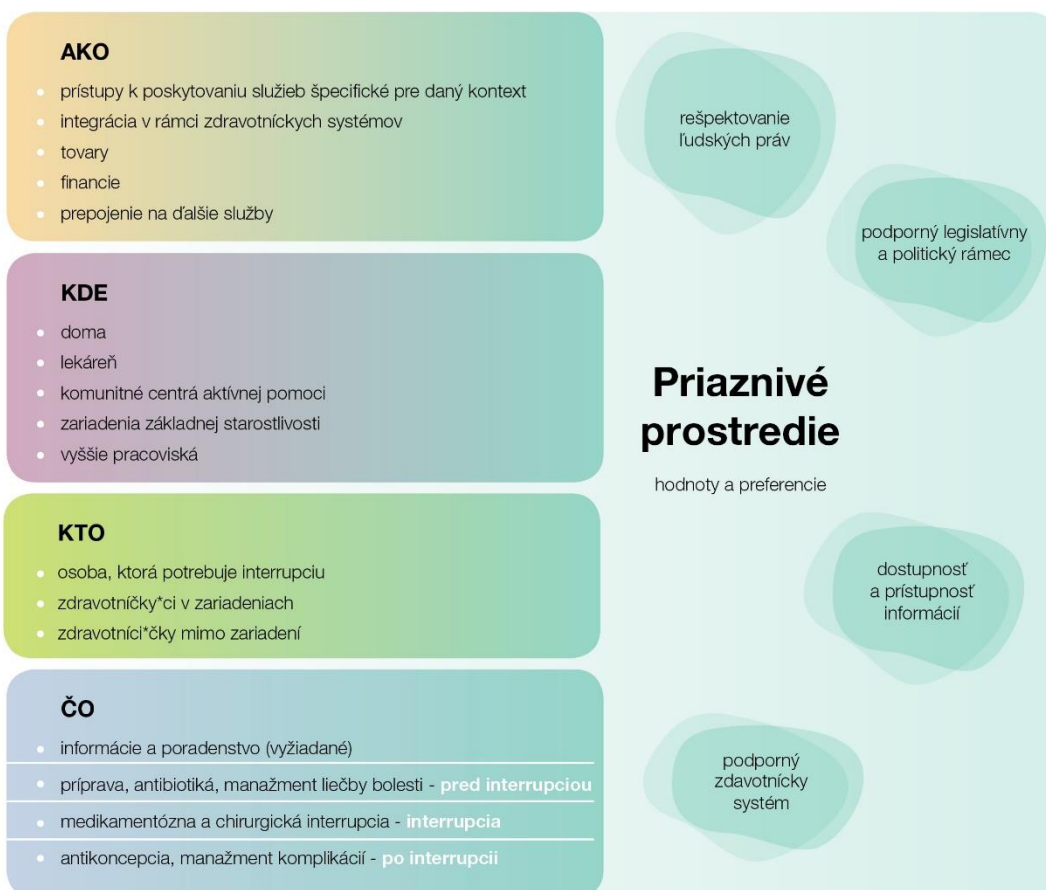
Výhrada vo svedomí má značný vplyv na pracovné zaťaženie zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov. Tam, kde je veľa tých, čo si uplatňujú výhradu vo svedomí, majú zdravotnícki pracovníci a zdravotnícke pracovníčky, čo si ju neuplatňujú, zvýšenú pracovnú záťaž, zároveň je tam poskytovanie interrupcií často stigmatizované a osoby, ktoré poskytujú interrupčnú starostlivosť, sa môžu stretávať s kariérnymi obmedzeniami alebo diskrimináciou. Nejednoznačné, nevyháňané alebo neexistujúce právne úpravy a právne rámce týkajúce sa výhrady vo svedomí môžu pre zdravotnícke pracovníčky a zdravotníckych pracovníkov predstavovať záťaž, a to aj pri riešení problémov súvisiacich s ich svedomím alebo etikou, spôsobovať konflikty na pracovisku, viesť k pokusom nezdravotníckeho personálu uplatniť si výhradu vo svedomí a narúšať organizačné modely poskytovania interrupcií.

KLÚČOVÉ ĽUDSKOPRÁVNE ASPEKTY TÝKAJÚCE SA VÝHRADY VO SVEDOMÍ

- Pri právnej úprave služieb SRZ musia byť dostupnosť, prístupnosť, prijateľnosť a kvalita kľúčové.
- Štáty, ktoré povoľujú výhradu vo svedomí, musia nastaviť svoj zdravotnícky systém a poskytovanie interrupcií tak, aby výhrada vo svedomí neobmedzovala prístup k legálne dostupnej interrupčnej starostlivosti ani nevedla k jej odmietnutiu.
- Štáty povoľujúce výhradu vo svedomí by mali upravovať jej uplatňovanie spôsobom, ktorý odráža najlepšiu medzinárodnú zdravotnícku prax, chráni osoby žiadajúce o interrupciu a zabezpečuje, aby odmietnutie poskytovateľom alebo poskytovateľkou neohrozovalo alebo nebránilo prístupu ku kvalitnej interrupcii.
- Každá osoba má právo na pravdivé informácie o SRZ.
- V prístupe k službám SRZ má každá osoba právo na súkromie a dôvernosť.
- Každá osoba má v prístupe k službám SRZ právo na nediskrimináciu a rovnosť.

Ďalšie informácie a zdroje sa nachádzajú v rámciku 1.2 a v [Prílohe A](#) na webe: Kľúčové medzinárodné ľudskoprávne normy pre oblasť interrupcií (Web Annex A: Key international human rights standards on abortion).

3.4 Interrupcia



Interrupčný manažment je potrebný v prípade umelého prerušenia tehotenstva aj spontánneho potratu, čo zahŕňa aj zdravotné indikácie, ako je napríklad zamlčaný potrat a vnútromaternicový zánik plodu (fetálna smrť).

K odporúčaným metódam manažmentu patria medikamentózne alebo chirurgický manažment využívajúci manuálnu alebo elektrickú vákuovú aspiráciu (MVA alebo EVA) alebo dilatáciu a vákuovú extrakciu plodu (D&E). Metóda použitá na chirurgickú interrupciu by mala závisieť od gestačného veku. Vo všeobecnosti sa vákuová aspirácia používa do 14. týždňa tehotenstva a dilatácia a vákuová extrakcia plodu po 14. týždni tehotenstva vrátane, ale v období medzi 12. a 16. týždňom je použitie týchto metód flexibilné. Súčasťou režimu medikamentóznej interrupcie je postupné dávkovanie mifepristónu, po ktorom nasleduje misoprostol. V podmienkach, v ktorých mifepristón nie je dostupný (alebo je obmedzený pre určité zdravotné indikácie), sa používa samotný misoprostol. Existuje aj nová alternatívna medikamentózna metóda – použitie letrozolu v kombinácii s misoprostolom.

V prípade zamlčaného potratu a vnútromaternicového zániku plodu (pozri časti 3.4.5 a 3.4.6) možno okrem možností medikamentózneho a chirurgického manažmentu ponúknuť ako možnosť aj expektačný/observačný manažment pod podmienkou, že žena bude najprv informovaná o tom, že vypudenie placenty a plodových obalov trvá v takomto prípade dlhšie a o zvýšenom riziku neúplného vyprázdnenia maternice (to isté platí v prípade neúplného potratu, ktorému sa venujeme v časti 3.5.2 o postaborívnej starostlivosti).

Medikamentózna interrupčná starostlivosť v prípade všetkých indikácií zohráva zásadnú úlohu pri zabezpečovaní lepšieho prístupu k bezpečnej, účinnej a prijateľnej interrupčnej starostlivosti. To môže zvýšiť dostupnosť a prístupnosť interrupcie a uplatňovanie práva na SRZ. Využívanie medikamentóznej interrupcie prispieva vo všetkých podmienkach k rozšíreniu úloh zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov, efektívnejšiemu využívaniu zdrojov a zníženiu úmrtnosti a výskytu závažných zdravotných problémov (morbidity) matiek zapríčinených rizikovými interrupciami. Okrem toho medikamentózne interrupciu – najmä v ranom štádiu tehotenstva – možno v súčasnosti vykonávať na úrovni základnej zdravotnej starostlivosti a ambulantne alebo v lekárni, čo dostupnosť interrupčnej starostlivosti ešte zvyšuje. Medikamentózna interrupčná starostlivosť znižuje požiadavku na kvalifikovaných poskytovateľov a kvalifikované poskytovateľky chirurgických interrupcií a predstavuje neinvazívnu a veľmi prijateľnú a bezpečnú možnosť pre tehotné ženy. Na základe medzinárodného práva v oblasti ľudských práv musia štáty poskytovať základné lieky uvedené v akčnom programe Svetovej zdravotníckej organizácie o základných liekoch, čo zahŕňa aj interrupčné lieky (46, ods. 12a).

Nižšie uvedené odporúčania sa týkajú chirurgického a medikamentózneho manažmentu interrupcie. Implementácia všetkých odporúčaní v tejto časti je podmienená hodnotami a preferenciami žien, prijateľnosťou jednotlivých praxí a dostupnosťou zdrojov na bezpečné poskytnutie vybranej metódy. Je potrebné upozorniť na to, že výber metódy na vykonanie interrupcie môže byť obmedzený alebo nerealizovateľný v prípade, že žena má pre niektorú z metód zdravotné kontraindikácie. Nižšie uvedené odporúčania sa vzťahujú len na metódy interrupcie a nemali by sa interpretovať tak, že navrhujú obmedzovať dostupnosť interrupcie na základe gestačného veku.

3.4.1 Metódy chirurgickej interrupcie

Vykonanie vákuovej aspirácie zahŕňa stanovenie gestačného veku, prípravu krčka maternice (ak je to potrebné), samotný zákrok, manažment liečby bolesti – čo zahŕňa aj použitie paracervikálneho bloku – a posúdenie úspešnosti interrupcie prostredníctvom vizuálnej kontroly placenty a plodových obalov. Zdravotníckych pracovníkov a zdravotnícke pracovníčky, ktorí a ktoré disponujú spôsobilosťou na vykonávanie bimanuálneho panvového vyšetrenia s cieľom diagnostikovať a datovať tehotenstvo a na vykonávanie transcervikálneho zákroku, ako je zavedenie vnútromaternicového telieska (IUD), možno zacvičiť na vykonávanie vákuovej aspirácie.

Metódy chirurgickej interrupcie odporúčané v neskoršom gestačnom veku sú vákuová aspirácia a dilatácia a vákuová extrakcia plodu. Hoci sa v odporúčaníach v tejto časti uvádzajú odlišnosti pred 14. týždňom tehotenstva a po ňom, je potrebné pripomenúť, že medzi 12. a 16. týždňom tehotenstva je použitie týchto chirurgických a iných metód flexibilné.

Čo

Odporúčanie pre oblasť ZDRAVOTNÝCH SLUŽIEB 23: Vákuová aspirácia pri interrupcii v gestačnom veku do 14. týždňa

Pre chirurgickú interrupciu po 14. týždni vrátane:

Odporúčame vákuovú aspiráciu.

Odporúčame nevykonávať dilatáciu a kyretáž (ostrou kyretou) vrátane kontroly ostrou kyretou (t. j. „dokončenie“ interrupcie) po vákuovej aspirácii.

Komentáre:

- Observačné štúdie naznačujú, že vákuová aspirácia so sebou prináša menej komplikácií ako dilatácia a kyretáž; avšak randomizované kontrolné štúdie nepostačovali na to, aby zistili rozdiely v miere výskytu komplikácií.
- Žiadne dôkazy nepodporujú kontroly ostrou kyretou po vákuovej aspirácii.
- Kvalita dôkazov vychádzajúcich z randomizovaných kontrolovaných štúdií je nízka až stredná.

Zdroj: Odporúčanie 1 prevzaté zo SZO (2012) (19). Niektoré formulácie boli upravené a rozpätie gestačného veku bolo zmenené z „do 12. až 14. týždňa“ na „po 14. týždni“ (< 14 týždňov).

Kto

Odporúčanie pre oblasť POSKYTOVANIA SLUŽIEB 24: Vákuová aspirácia pri interrupcii v gestačnom veku do 14. týždňa

Katégorie zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov	Odporúčanie	Zdôvodnenie ^a
Odborníci a odborníčky v oblasti tradičnej a alternatívnej medicíny	Odporúčame	Pokiaľ ide o účinnosť tejto možnosti výskumníci a výskumníčky našli pre jednotlivé časti úlohy dôkazy s veľmi nízkou mierou dôveryhodnosti (napr. posúdenie veľkosti maternice pomocou bimanuálneho vyšetrenia ako súčasť poskytovania medikamentóznej interrupcie). Zručnosti a vedomosti potrebné pre túto úlohu sú (podľa rámca kompetencií) v súlade s kompetenciami tejto katégorie zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok. ^a V niektorých podmienkach vykonávajú títo odborníci a odborníčky transcervikálne zákroky (napr. zavedenie vnútromaternicového telieska). Odborný panel potvrdil, že výhody prevažujú nad možnými rizikami a že táto možnosť má potenciál zvýšiť spravodlivý prístup ku kvalitnej interrupčnej starostlivosti v regiónoch, kde títo odborníci a odborníčky tvoria významnú časť zdravotníckej pracovnej sily.

Katégorie zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov	Odporúčanie	Zdôvodnenie ^a
Pomocné zdravotné sestry/pomocné*í pôrodné*í asistentky*í (PPA)	Navrhujeme Podmienka: v kontextoch, kde existujúce mechanizmy zdravotníckeho systému zapájajú pomocné sestry/PPA do poskytovania akútnej pôrodnickej starostlivosti a kde existujú spoľahlivé systémy presmerovania pacientky*a a systémy kontroly.	Hoci výskumníčky a výskumníci nenašli dostatočné priame dôkazy o bezpečnosti a účinnosti tejto možnosti, výhody prevažujú nad možnými rizikami. Ukázalo sa, že táto možnosť je realizovateľná, a to vrátane rozsiahleho využitia v nízkozdrojových podmienkach a má potenciál zmenšiť nerovnosti rozšírením kvalitnej interrupčnej starostlivosti na vidiecke obyvateľstvo a obyvateľstvo s nedostatočným prístupom k službám.
Sestry	Odporúčame	Odborníci a odborníčky našli dôkazy o bezpečnosti a účinnosti (nízka miera dôveryhodnosti) a o spokojnosti žien s touto možnosťou (nízka miera dôveryhodnosti). Ženy často hodnotia starostlivosť poskytovanú zdravotnými sestrami za podpornejšiu oproti starostlivosti poskytovanej inými zdravotníckymi pracovníkmi a pracovníčkami (dôkazy so strednou mierou dôveryhodnosti). Táto možnosť je realizovateľná a môže zmenšiť nerovnosti rozšírením kvalitnej interrupčnej starostlivosti na vidiecke obyvateľstvo a obyvateľstvo s nedostatočným prístupom k službám.
Pôrodné asistentky a pôrodní asistenti	Odporúčame	Táto úloha je považovaná za kľúčovú kompetenciu v pôrodnej asistencii. ^a Výskumníčky a výskumníci našli dôkazy o bezpečnosti a účinnosti (nízka miera dôveryhodnosti) a o spokojnosti žien s touto možnosťou (nízka miera dôveryhodnosti). Ženy často hodnotia starostlivosť poskytovanú pôrodnými asistentkami a asistentmi za podpornejšiu oproti starostlivosti poskytovanej inými zdravotníckymi pracovníčkami a pracovníkmi (dôkazy so strednou mierou dôveryhodnosti) Táto možnosť sa ukázala ako realizovateľná aj v nízkozdrojových podmienkach. ^a
Zdravotnícki asistenti a zdravotnícke asistentky/ zdravotnícke laborantky a zdravotnícki laboranti	Odporúčame	Výskumníci a výskumníčky našli dôkazy o bezpečnosti a účinnosti (nízka miera dôveryhodnosti) a o spokojnosti žien s touto možnosťou (nízka miera dôveryhodnosti). Táto možnosť je realizovateľná v podmienkach s rôznymi zdrojmi a môže zmenšiť nerovnosti rozšírením kvalitnej interrupčnej starostlivosti na vidiecke obyvateľstvo a obyvateľstvo s nedostatočným prístupom k službám.
Lekárky/i so všeobecným zameraním Špecializovaní/é lekári/ky	Odporúčame	Bežná súčasť ich praxe, ^b preto neprebehlo žiadne posudzovanie dôkazov.

Zdroj: Aktualizované odporúčanie zo SZO (2015) (23).

Poznámka k aktualizácii odporúčania: Išlo o existujúce odporúčanie, pri ktorom výskumníčky výskumníci pomocou metodológie GRADE preskúmali dôkazy týkajúce sa odborníkov a odborníčok v oblasti tradičnej a alternatívnej medicíny, pomocných sestier a pomocných pôrodných asistentiek a asistentov. Po preskúmaní sme posilnili len odporúčanie pre odborníkov a odborníčky v oblasti tradičnej a alternatívnej medicíny, a to z „navrhujeme“ na „odporúčame“; odporúčania pre všetky ostatné kategórie zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov zostali nezmenené. Zhrnutie

dôkazov sa nachádza v Doplnkovom materiáli 3, Rámec od dôkazov k rozhodnutiu: Vákuová aspirácia pre všetky indikácie do 14. týždňa (Supplementary material, EtD framework for Vacuum aspiration for all indications < 14 weeks).

^a V prípade tohto odporúčania a všetkých odporúčaní týkajúcich sa zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok sa vzhľadom na nedostatočné dôkazy pre mnohé kombinácie pracovníčok a pracovníkov a ich úloh diskusie odborného panelu zamerali na rámec kompetencií obsiahnutý v publikácii SZO z roku 2011 s názvom *Sexuálne a reprodukčné zdravie: základné kompetencie v primárnej starostlivosti* (Sexual and reproductive health: core competencies in primary care) (121), ktorý poskytuje informácie o kompetenciách (vrátane zručností a vedomostí) potrebných pre každú úlohu, a tiež na kritériá WHO-INTEGRATE, najmä na realizovateľnosť, spravodlivosť a prijateľnosť praxe a hodnoty a preferencie žien.

^b Bežný rozsah práce/praxe je dostupný v Prílohe 5 v [originálnom dokumente](#): Kategórie a role zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok (Health worker categories and roles).

Kde

V zdravotníckom zariadení. Oba typy vákuovej aspirácie možno vykonávať v zariadení základnej starostlivosti a ambulantne.

Ako

Otázky spojené s realizáciou

- Hoci sa manuálna vákuová aspirácia (MVA) používa častejšie – predovšetkým v zariadeniach základnej zdravotnej starostlivosti – zručnosti potrebné na elektrickú vákuovú aspiráciu (EVA) sú podobné, preto sa uvedené odporúčania vzťahujú na poskytovanie oboch foriem vákuovej aspirácie.
- MVA sa používa v skoršom štádiu tehotenstva a v prípadoch, keď chýba prístup k stabilnému zdroju elektrickej energie.
- Dilatáciu a ostrú kyretáž by mala nahradiť MVA.

Čo

Odporúčanie pre oblasť ZDRAVOTNÝCH SLUŽIEB 25: Metódy chirurgickej interrupcie v gestačnom veku po 14. týždni vrátane

Pre chirurgickú interrupciu po 14. týždni vrátane: **Odporúčame** dilatáciu a vákuovú extrakciu plodu.

Komentár:

- Vákuovú aspiráciu možno použiť počas dilatácie a vákuovej extrakcie plodu (t. j. na účely amniotómie (pozn. prekladateľky: umelé pustenie plodovej vody) alebo odstránenia placenty a plodových obalov na konci dilatácie a vákuovej extrakcie plodu.

Zdroj: Odporúčanie 5 prevzaté zo SZO (2012) (19). Formulácia bola upravená s použitím slova „odporúčame“, aby bolo zrejmé, že ide o dôrazné odporúčanie a gestačný vek bol zmenený z „viac ako 12 až 14 týždňov“ na „po 14. týždni vrátane“ (≥ 14 týždňov) a tiež boli odstránené medikamentózne metódy (medikamentózne metódy v neskoršom gestačnom veku sú zahrnuté v Odporúčaní 29 tohto usmernenia).



Odporúčanie pre oblasť POSKYTOVANIA SLUŽIEB 26: Dilatácia a vákuová extrakcia plodu v prípade chirurgickej interrupcie v gestačnom veku po 14. týždni vrátane

Kategórie zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok	Odporúčanie	Zdôvodnenie ^a
Odborníčky a odborníci v oblasti tradičnej a alternatívnej medicíny	Navrhujeme Podmienka: v prostrediach, v ktorých existujúce mechanizmy zdravotníckeho systému umožňujú zapojenie týchto zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov do vykonávania ďalších úloh súvisiacich so zdravím matiek a reprodukčným zdravím.	Hoci o bezpečnosti, účinnosti alebo prijateľnosti tejto možnosti výskumníčky a výskumníci nenašli žiadne priame dôkazy, spôsobilosti a vedomosti pre túto úlohu sú (podľa rámca kompetencií) v súlade s kompetenciami tejto kategórie zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov. ^a Navrhujeme (slabé odporúčanie), aby táto kategória zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov vykonávala aj ďalšie transcervikálne úkony, akými sú napríklad príprava krčka maternice pomocou osmotických dilatátorov, vákuová aspirácia a zavádzanie vnútromatericového telieska (IUD) (pozri odporúčania 20,24 a 43). Odborný panel potvrdil, že táto možnosť má potenciál zvýšiť spravodlivý prístup ku kvalitnej interrupčnej starostlivosti v regiónoch, kde tieto odborníčky a odborníci tvoria významnú časť zdravotníckej pracovnej sily.
Pôrodní asistenti a asistentky	Navrhujeme Podmienka: v prostrediach, v ktorých existujúce mechanizmy zdravotníckeho systému umožňujú zapojenie týchto zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok do vykonávania ďalších úloh súvisiacich so zdravím matiek a reprodukčným zdravím.	Hoci o bezpečnosti, účinnosti alebo prijateľnosti tejto možnosti výskumníci a výskumníčky nenašli žiadne priame dôkazy, spôsobilosti a vedomosti pre túto úlohu sú (podľa rámca kompetencií) v súlade s kompetenciami tejto kategórie zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok. ^a Odporúčame, aby táto kategória zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok vykonávala aj ďalšie transcervikálne úkony, akými sú napríklad príprava krčka maternice pomocou osmotických dilatátorov, vákuová aspirácia a zavádzanie vnútromatericového telieska (IUD) (pozri odporúčania 20,24 a 43).
Zdravotnícke asistentky a zdravotnícki asistenti/ zdravotnícki laboranti a zdravotnícke laborantky	Navrhujeme Podmienka: v prostrediach, v ktorých existujúce mechanizmy zdravotníckeho systému umožňujú zapojenie týchto zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov do	Hoci výskumníčky a výskumníci o bezpečnosti, účinnosti alebo prijateľnosti tejto možnosti nenašli žiadne priame dôkazy, spôsobilosti a vedomosti pre túto úlohu sú (podľa rámca kompetencií) v súlade s kompetenciami tejto kategórie

Kategórie zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok	Odporúčanie	Zdôvodnenie ^a
	vykonávania ďalších úloh súvisiacich so zdravím matiek a reprodukčným zdravím.	zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov. ^a Odborný panel potvrdil, že výhody prevažujú nad možnými rizikami a že táto možnosť má potenciál zvýšiť spravodlivý prístup ku kvalitnej interrupčnej starostlivosti do 14. týždňa tehotenstva.
Lekári*ky so všeobecným zameraním	Odporúčame	Výskumníci a výskumníčky nenašli žiadne priame dôkazy o rozdieloch medzi bezpečnosťou a účinnosťou v prípade tejto možnosti a v prípadoch, keď služby poskytujú špecializovaní lekári a špecializované lekárky. Zdá sa však, že je táto možnosť realizovateľná vo vysoko- a nízkorozdrojových kontextoch, v ktorých sa bežne používa dilatácia a vákuová extrakcia plodu. Títo lekári a lekárky bežne vykonávajú aj iné chirurgické zákroky, ako je cisársky rez, vákuová aspirácia a podviazanie vajcovodov. Potenciálne prínosy tejto možnosti prevažujú nad rizikami. Keďže špecialisti a špecialistky nemusia byť v zariadení vždy k dispozícii, táto možnosť môže zlepšiť spravodlivý prístup ku kvalitnej interrupčnej starostlivosti.
Špecializované*í lekárky*i	Odporúčame	Bežná súčasť ich praxe, ^b preto neprebehlo žiadne posudzovanie dôkazov.

Zdroj: Aktualizované odporúčanie zo SZO (2015) (23).

Poznámka k aktualizácii odporúčaní: Išlo o existujúce odporúčania, pre ktoré výskumníci a výskumníčky pomocou metodológie GRADE preskúmané dôkazy týkajúce sa zdravotníckych asistentiek a asistentov/ zdravotníckych laborantov a laborantiek (pôvodne boli navrhované a navrhované iba v kontexte dôsledného výskumu), pôrodných asistentov a asistentiek a odborníčov a odborníkov v oblasti tradičnej a alternatívnej medicíny (v oboch prípadoch sa ich pôvodne týkali silné odporúčania proti). Po preskúmaní boli odporúčania pre všetky z týchto kategórií zvýšené na slabé odporúčanie („odporúčame“). Rozpätie dĺžky tehotenstva bolo tiež zmenené z „dlhšie ako 12 týždňov“ na „po 12. týždni vrátane“, aby bolo toto odporúčanie v súlade s odporúčaním 25. Zhrnutie dôkazov sa nachádza v Doplnkovom materiáli 3, Rámec od dôkazov k rozhodnutiu: Dilatácia a vákuová extrakcia plodu ako súčasť chirurgickej interrupcie po 14. týždni vrátane (Supplementary material 3, EtD framework for D&E for surgical abortion ≥ 14 weeks).

^a V prípade tohto odporúčania a všetkých odporúčaní týkajúcich sa zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok sa vzhľadom na nedostatočné dôkazy pre mnohé kombinácie pracovníčok a pracovníkov a ich úloh diskusie odborného panelu zamerali na rámec kompetencií obsiahnutý v publikácii SZO z roku 2011 s názvom *Sexuálne a reprodukčné zdravie: základné kompetencie v primárnej starostlivosti* (Sexual and reproductive health: core competencies in primary care) (121), ktorý poskytuje informácie o kompetenciách (vrátane zručností a vedomostí) potrebných pre každú úlohu, a tiež na kritériá WHO-INTEGRATE, najmä na realizovateľnosť, spravodlivosť a prijateľnosť praxe a hodnoty a preferencie žien.

^b Bežný rozsah práce/praxe je dostupný v Prílohe 5 v [originálnom dokumente](#): Kategórie a role zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok (Health worker categories and roles).

Kde

V zdravotníckom zariadení. Zárok možno vykonať ambulantne.

Ako

Otázky spojené s realizáciou

- Zručnosti potrebné na dilatáciu a vákuovú extrakciu plodu sú na vyššej úrovni ako v prípade vákuovej aspirácie v skorších štádiách tehotenstva. Preto sú v prípade všetkých poskytovateľiek a poskytovateľov nároky na prípravu vyššie.
- Súčasťou dilatácie a vákuovej extrakcie plodu je aj vákuová aspirácia, a preto sú pre túto úlohu relevantné zručnosti a znalosti týkajúce sa vákuovej aspirácie.
- Zdravotnícki pracovníci a zdravotnícke pracovníčky, ktorí a ktoré vykonávajú interrupciu alebo sa starajú o ženy podstupujúce interrupciu v gestačnom veku po 12. týždni vrátane, môžu potrebovať ďalšiu odbornú a mentorskú podporu.

KLÚČOVÉ ĽUDSKOPRÁVNE ASPEKTY SPOJENÉ S CHIRURGICKOU INTERRUPCIU

- Zdravotnícke zariadenia, tovary a služby musia byť dostupné, prístupné, prijateľné a kvalitné. To znamená, že musia byť založené na dôkazoch, adekvátne z vedeckého a lekárskeho hľadiska a aktuálne.
- **DO 14. TÝŽDŇA TEHOTENSTVA:** Keďže dilatácia a ostrá kyretáž (D&C) ženám spôsobuje bolesť a utrpenie a jej používanie sa neodporúča a je nezlučiteľné s mnohými ľudskými právami vrátane práva na zdravie.
- **PO 14. TÝŽDNI TEHOTENSTVA VRÁTANE:** Štáty musia zabezpečiť dobrý prístup k cenovo dostupným základným liekom nediskriminačným spôsobom.

Ďalšie informácie a zdroje sa nachádzajú v rámciku 1.2 a v [Prílohe A](#) na webe: Kľúčové medzinárodné ľudskoprávne normy pre oblasť interrupcií (Web Annex A: Key international human rights standards on abortion).

Prepojenia na súvisiace témy/odporúčania



Všetky odporúčania týkajúce sa legislatívy a politiky (odporúčania 1,2,3,6,7,21,22)



Financovanie zdravotníctva (časť 1.4.2)



Tovary (časť 1.4.4)



Odporúčania 11-15 spojené s manažmentom bolesti

3.4.2 Medikamentózne manažment interrupcie

Medikamentózne manažment spontánnych potratov a interrupcií (v prípade životaschopných aj neživotaschopných tehotenstiev) v ranom alebo neskoršom gestačnom veku zahŕňa využitie jednodávkového alebo kombinovaného režimu dávkovania liekov užívaných postupne, s určenou veľkosťou dávky a režimom podávania.

Na medikamentózne interrupcie sa už niekoľko desaťročí používajú lieky mifepristón v kombinácii s misoprostolom alebo samotný misoprostol. Podobne ako mifepristón, letrozol možno používať v kombinácii s misoprostolom na medikamentózne interrupcie v ranom štádiu tehotenstva. Letrozol je selektívny inhibítor aromatázy tretej generácie. Účinkuje na princípe potlačenia hladiny estrogénov, čo mení koncentráciu progesterónových receptorov a následne vedie k tehotenskej strate.

Medikamentózne prerušenie tehotenstva je proces, ktorý prebieha až do niekoľkých dní, nie je jednorazovým úkonom. Okrem poskytovania informácií (vrátane dôvodov na vyhľadanie urgentnej starostlivosti v ktoromkoľvek bode procesu) zahŕňa medikamentózne interrupcie nasledujúce časti alebo čiastkové úlohy:

- i. posúdenie spôsobilosti na medikamentózne interrupcie (diagnostikovanie tehotenstva a určenie dĺžky jeho trvania, vylúčenie zdravotných kontraindikácií);
- ii. podávanie liekov na prerušenie tehotenstva s pokynmi o ich správnom používaní a o zvládaní bežných vedľajších účinkov;
- iii. posúdenie, či bola interrupcia úspešná a či nie je potrebný nejaký ďalší zákrok.

Jedna zdravotnícka pracovníčka alebo zdravotnícky pracovník môže poskytnúť celý balík starostlivosti pre medikamentózne interrupcie, ale takisto je možné, aby rôzni zdravotnícki pracovníci a zdravotnícke pracovníčky na rôznych miestach – aj na diaľku – vykonávali čiastkové úlohy. Vzhľadom na povahu medikamentózne interrupcie je takisto možné, aby si ju ženy riadili samy mimo zdravotníckeho zariadenia (napr. doma) a v prípade potreby s podporou. Takéto prístupy k posudzovaniu vlastného tehotenstva a riadeniu vlastnej interrupcie môžu byť pre ženy posilňujúce a môžu pomôcť pri určovaní poradia starostlivosti, čo znamená väčšiu orientáciu na ženu a optimálnejšie využívanie zdrojov zdravotnej starostlivosti.

Režimy podávania misoprostolu používaného na medikamentózne interrupcie:

- Orálne – tablety treba prehltnúť okamžite
- Bukálne – tablety treba umiestniť medzi líce a ďasná a po 20 až 30 minútach prehltnúť
- Sublingválne – tablety treba umiestniť pod jazyk a po 30 minútach prehltnúť
- Vaginálne – tablety treba umiestniť do vagíny



Odporúčanie pre oblasť ZDRAVOTNÝCH SLUŽIEB 27: Medikamentózny manažment interrupcie v gestačnom veku do 12. týždňa

Pri medikamentóznej interrupcii do 12. týždňa:

- a. **Odporúčame** použiť 200 mg mifepristónu podaného perorálne a o 1 až 2 dni neskôr 800 µg misoprostolu podaného vaginálne, sublingválne alebo bukálné. Minimálny odporúčaný interval medzi použitím mifepristónu a misoprostolu je 24 hodín.*
- b. Pri použití samotného misoprostolu: **Odporúčame** použiť 800 µg misoprostolu podávaného bukálné, sublingválne alebo vaginálne.*
- c. **(NOVÉ) Navrhujeme** kombinované užívanie letrozolu a misoprostolu (letrozol 10 mg perorálne každý deň počas 3 dní a následne misoprostol 800 µg sublingválne štvrtý deň) ako bezpečnú a účinnú možnosť.*‡

Komentáre:

- Dôkazy z klinických štúdií ukazujú, používanie tejto kombinácie liekov (odporúčanie 27a) je účinnejšie ako samotný misoprostol.
- Všetky režimy podávania misoprostolu sú zahrnuté ako možnosti podávania misoprostolu s ohľadom na preferencie pacientky* a poskytovateľa*ky.
- Navrhované kombinované užitie letrozolu a misoprostolu môže byť bezpečné a účinné až do 14. týždňa tehotenstva.

* v prípade potreby možno zvážiť opakované dávky misoprostolu, aby interrupcia prebehla úspešne. V tomto usmernení neuvádzame maximálny počet dávok misoprostolu.

‡ na zistenie bezpečnosti, účinnosti a prijateľnosti užívania kombinácie letrozolu a misoprostolu v neskoršom gestačnom veku sú potrebné ďalšie dôkazy, najmä porovnanie s kombináciou mifepristónu a misoprostolu (dostupné dôkazy boli zamerané na porovnanie s použitím samotného misoprostolu).

Zdroj: Odporúčania 27a a 27b boli prevzaté z WHO (2018), kde boli odporúčaním 3a (120). Odporúčanie 27c je nové.

Zdôvodnenie odporúčania 27c (kombinácia letrozolu a misoprostolu)

V systematickom prehľade bola posúdená účinnosť, bezpečnosť a prijateľnosť alternatívnych metód umelého prerušenia tehotenstva v porovnaní so štandardnými postupmi s použitím mifepristónu a/alebo misoprostolu. Výskumníčky a výskumníci našli v rámci rešeršu literatúry sedem štúdií, z ktorých všetky porovnávali kombináciu letrozolu a misoprostolu (prax) so samotným misoprostolom (porovnanie s) pri medikamentóznej interrupcii. Nenašli žiadne štúdie, ktoré by porovnávali kombináciu letrozolu a misoprostolu s kombináciou mifepristónu a misoprostolu. Štúdie prebehli v Číne, Egypte a Iránskej islamskej republike. Zhrnutie dôkazov sa nachádza v Doplnkovom materiáli 2, Rámec od dôkazov k rozhodnutiu: Nové medikamentózne metódy interrupcie (Supplementary material 2, EtD framework for Pain management for surgical abortion ≥ 14 weeks).

Vo všeobecnosti dôkazy svedčili v prospech praxe. Kombinácia letrozolu s misoprostolom vykazovala nižšiu mieru pokračujúceho tehotenstva a vyššiu mieru úspešnej interrupcie, a to na základe dôkazov s nízkou až veľmi nízkou mierou dôveryhodnosti. Podľa dôkazov so strednou mierou dôveryhodnosti sa navyše u menšieho počtu žien vyskytli vedľajšie účinky.

Závery diskusie o nákladovej efektivite, spravodlivosti, realizovateľnosti a prijateľnosti boli v prospech tejto praxe. Letrozol sa obvykle používa na liečbu neplodnosti a rakoviny, preto je v niektorých

častiach sveta ľahšie dostupný ako mifepristón. Okrem toho k tomu, aby sa táto metóda stala alternatívnou metódou medikamentóznej interrupcie, prispieva aj nízka cena letrozolu.



Odporúčanie pre oblasť POSKYTOVANIA SLUŽIEB 28: Medikamentózne manažment umelého prerušenia tehotenstva do 12. týždňa,* úplný alebo čiastočný (t. j. vykonanie všetkých alebo niektorých čiastkových úloh; pozri zoznam na začiatku časti 3.4.2) s použitím mifepristónu a misoprostolu alebo samotného misoprostolu†

Kategórie zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov	Odporúčanie	Zdôvodnenie ^a
Komunitní*é zdravotnícki*e pracovníči*čky (KZP)	Odporúčame	Výskumníci a výskumníčky našli dôkazy o bezpečnosti, účinnosti a prijateľnosti tejto možnosti pre všetky tri čiastkové úlohy medikamentóznej interrupcie (stredná miera dôveryhodnosti). Zručnosti a vedomosti potrebné pre túto úlohu sú (podľa rámca kompetencií) v súlade s kompetenciami tejto kategórie zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok. ^a Nepriame dôkazy tiež preukázali, že je realizovateľné a prijateľné, ak KZP pomáhajú s posudzovaním spôsobilosti (pozn. prekladateľky: na medikamentóznou interrupciu) a výsledku (pozn. prekladateľky: interrupcie).
Pomocné pracovníčky a pomocní pracovníci v lekárnach	Odporúčame	O bezpečnosti, účinnosti, prijateľnosti a realizovateľnosti tejto možnosti sa našli len obmedzené dôkazy (nekomparatívne štúdie). Zručnosti a vedomosti potrebné pre túto úlohu sú (podľa rámca kompetencií) v súlade s kompetenciami tejto kategórie zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov. ^a Na podloženie realizovateľnosti tejto možnosti boli použité nepriame dôkazy týkajúce sa pomocných pracovníčok a pracovníkov v lekárnach.
Lekárnici a lekárničky	Odporúčame	Hoci o bezpečnosti, účinnosti alebo prijateľnosti tejto možnosti boli nájdené iba nepriame dôkazy, spôsobilosti a vedomosti lekárnikov a lekárničiek na vykonanie troch čiastkových úloh, ktoré sú súčasťou medikamentóznej interrupcie, sú (podľa rámca kompetencií) v súlade s ich kompetenciami. ^a Vydávanie liekov na lekársky predpis patrí do ich typického rozsahu praxe. Odborný panel potvrdil, že s pomocou nástrojov na posúdenie spôsobilosti a výsledku by bolo možné, aby lekárnici a lekárničky poskytovali všetky tri čiastkové úlohy v rámci medikamentóznej interrupcie.
Odborníčky a odborníci v oblasti tradičnej a alternatívnej medicíny	Odporúčame	Odborníčky a odborníci našli dôkazy o bezpečnosti a účinnosti tejto možnosti a o spokojnosti žien s týmito poskytovateľkami a poskytovateľmi a so službami, ktoré poskytujú (veľmi nízka miera dôveryhodnosti). Zručnosti a vedomosti potrebné pre túto úlohu sú (podľa rámca kompetencií) v súlade s kompetenciami tejto kategórie zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov. ^a Odborný panel potvrdil, že výhody prevažujú nad akýmkoľvek

		možnými rizikami a že táto možnosť má potenciál zvýšiť spravodlivý prístup ku kvalitnej interrupčnej starostlivosti v regiónoch, kde tieto odborníčky a odborníci tvoria významnú časť zdravotníckej pracovnej sily.
Pomocné zdravotné sestry/pomocní*é pôrodní*é asistenti*ky (PPA)	Odporúčame	Výskumníci a výskumníčky našli dôkazy o bezpečnosti a účinnosti tejto možnosti (stredná miera dôveryhodnosti). Táto možnosť je realizovateľná a v niektorých nízkozdrojových podmienkach sa už začala využívať.
Sestry	Odporúčame	Výskumníčky a výskumníci našli dôkazy o bezpečnosti a účinnosti tejto možnosti a o spokojnosti žien s touto možnosťou poskytovania interrupčných služieb (stredná miera dôveryhodnosti).
Pôrodní*é asistenti*ky	Odporúčame	Výskumníci a výskumníčky našli dôkazy o bezpečnosti a účinnosti tejto možnosti (stredná miera dôveryhodnosti). Ak poskytujú medikamentózne interrupcie pôrodní asistenti alebo pôrodné asistentky, je s nimi spokojných viac žien (stredná miera dôveryhodnosti dôkazov). Táto možnosť je realizovateľná a v niektorých štátoch ju už začali zavádzať.
Zdravotnícke asistentky a zdravotnícki asistenti/ zdravotnícki laboranti zdravotnícke laborantky	Odporúčame	Pokiaľ ide o účinnosť toho, keď tieto zdravotnícke pracovníčky a zdravotnícki pracovníci vykonávajú jednotlivé časti úlohy – napr. určenie gestačného veku v rámci manuálnej vákuovej aspirácie – výskumníčky a výskumníci našli málo priamych dôkazov. Našli však aj dôkazy o tom, že kategórie zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov s podobnou alebo menej komplexnou základnou odbornou prípravou (napr. pôrodné asistentky, zdravotné sestry, pomocní pôrodní asistenti) môžu bezpečne a účinne poskytovať medikamentózne interrupcie (stredná miera dôveryhodnosti). Táto možnosť je uskutočniteľná a má veľký potenciál rozšíriť prístup k obyvateľstvu s nedostatočným prístupom k službám.
Lekári*ky so všeobecným zameraním Špecializované*í lekárky*i	Odporúčame	Bežná súčasť ich praxe, ^b preto neprebehlo žiadne posudzovanie dôkazov.
Individuálna osoba/osoba, ktorá potrebuje interrupciu		
Tehotná žena, dievča alebo iná tehotná osoba	Odporúčame	Zdôvodnenie, komentáre a otázky týkajúce sa implementácie tohto odporúčania a ďalšie informácie o prístupoch k riadeniu vlastnej interrupcie sa nachádzajú v odporúčaní 50 v časti 3.6.2.

Zdroj: Aktualizované odporúčanie zo SZO (2015) (23).

Poznámka k aktualizácii odporúčania: Išlo o existujúce odporúčanie, pri ktorom boli pomocou metodológie GRADE preskúmané dôkazy týkajúce sa odborníkov v oblasti tradičnej a alternatívnej medicíny (predtým sa odporúčania pre účasť tejto zdravotníckej kategórie týkali len iných úloh súvisiacich so zdravím matiek a reprodukčným zdravím v podmienkach so zavedenými mechanizmami zdravotníckeho systému), lekárničiek (predtým sa ich týkali iba návrhy v kontexte prísneho výskumu), pomocných pracovníkov v lekárňach (pôvodné odporúčanie bolo proti), komunitných zdravotných pracovníčok (predtým sa ich týkali iba návrhy v kontexte prísneho výskumu), individuálnych osôb/osôb, ktoré potrebujú interrupciu. Po preskúmaní sme odporúčania pre všetky tieto kategórie zdravotníckych pracovníkov a pracovníkov posilnili na „odporúčame“ vrátane všetkých troch čiastkových úloh v rámci tejto praxe. Zhrnutie dôkazov sa nachádza v Doplnkovom materiáli 3, Rámec od dôkazov k rozhodnutiu: Medikamentózna interrupcia do 12. týždňa (Supplementary material 2, EtD framework for Medical abortion at < 12 weeks).

a V prípade tohto odporúčania a všetkých odporúčaní týkajúcich sa zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov sa vzhľadom na nedostatočné dôkazy pre mnohé kombinácie pracovníkov alebo pracovníčok a ich úloh diskusie odborného panelu zamerali na rámec kompetencií obsiahnutý v publikácii SZO z roku 2011 s názvom *Sexuálne a reprodukčné zdravie: základné kompetencie v primárnej starostlivosti* (Sexual and reproductive health: core competencies in primary care) (121), ktorý poskytuje informácie o kompetenciách (vrátane zručností a vedomostí) potrebných pre každú úlohu, a tiež na kritériá WHO-INTEGRATE, najmä na uskutočniteľnosť, spravodlivosť a prijateľnosť praxe a hodnoty a preferencie žien.

b Bežný rozsah práce/praxe je dostupný v Prílohe 5 v [originálnom dokumente](#): Kategórie a role zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov (Health worker categories and roles).

* Dostupné dôkazy o nezávislom poskytovaní medikamentózneho prerušenia tehotenstva nezávislými zdravotníkmi a pracovníčkami sa týkajú tehotenstva do 10. týždňa (70 dní).

‡ Medzi dostupnými dôkazmi pre toto odporúčanie boli zahrnuté postupy medikamentózneho prerušenia pomocou mifepristónu a misoprostolu alebo samotného misoprostolu (postup s použitím letrozolu zahrnutý nebol).



Žiadna požiadavka na miesto (v zariadení či mimo neho) neexistuje.



Otázky spojené s realizáciou

- Nie je nevyhnutné, aby osoba, ktorá poskytuje medikamentózne prerušenie, bola zároveň vyškolená a kompetentná na poskytovanie vákuovej aspirácie.
- Možno bude v kontrolnom rámci zdravotníckeho systému potrebné upraviť obmedzenia týkajúce sa oprávnenia predpisovať a vydávať lieky pre niektoré kategórie zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok alebo zaviesť iné mechanizmy, ktoré by týmto poskytovateľkám a poskytovateľom umožnili sprístupniť lieky osobám žiadajúcim o prerušenie.
- Je potrebné zabezpečiť súkromie vo všetkých prostrediach, najmä na miestach, kde môže byť súkromný priestor problémom (napr. v lekárňach).
- Na posúdenie spôsobilosti a výsledku možno použiť podporné nástroje (napr. vysoko citlivé tehotenské testy, kontrolné zoznamy).
- Existuje celý rad modelov poskytovania služieb, ktoré uľahčujú proces medikamentózneho prerušenia, ako napríklad telemedicína alebo aktívna pomoc v komunite (pozri časť 3.6.1).
- Je potrebné vytvoriť mechanizmy na zabezpečenie prístupu ku kvalitným liekom. Vývoj nástrojov na posúdenie kvality, akými je napríklad testovanie v mieste poskytovania zdravotnej starostlivosti, by mohol slúžiť ako podpora pre pomocných pracovníkov a pomocné pracovníčky v lekárňach, ale aj pre osoby vyhľadávajúce prerušenie.
- Treba poznamenať, že rovnako ako všetky ostatné lieky, aj mifepristón a misoprostol by mali pomocné pracovníčky a pracovníci v lekárňach vydávať na základe lekárskeho predpisu.
- Osoba podstupujúca medikamentózne prerušenie by mala mať prístup k akútnej starostlivosti v prípade, že to bude potrebné.
- Zdravotnícki pracovníci a pracovníčky by mali v rámci vytvárania priaznivého prostredia akceptovať riadenie vlastnej interrupcie ako legítimnej cesty k interrupčnej starostlivosti a zdravotnícke systémy prispôbiť tak, aby uľahčovali a podporovali ženy pri riadení vlastných interrupcií, napr. prispôbením klinických protokolov.
- Je potrebné vytvoriť mechanizmy na zabezpečenie prístupu k postabortívnym antikoncepčným službám alebo na ich odporúčanie a na poskytovanie antikoncepcie ženám, ktoré o ňu majú záujem.

Čo

Odporúčanie pre oblasť ZDRAVOTNÝCH SLUŽIEB 29: Medikamentózne manažment interrupcie v gestačnom veku po 12. týždni vrátane

Pri medikamentóznej interrupcii po 12. týždni vrátane:

- Navrhujeme** užiť 200 mg mifepristónu perorálnou cestou a o 1 až 2 dni neskôr opakované dávky 800 µg misoprostolu podaného bukálne, sublingválne alebo vaginálne každé 3 hodiny. Minimálny odporúčaný interval medzi použitím mifepristónu a misoprostolu je 24 hodín.*
- Pri použití samotného misoprostolu: **Navrhujeme** užiť opakované dávky 400 µg misoprostolu podaného vaginálne, sublingválne alebo bukálne každé 3 hodiny.

Komentáre:

- Ukazuje sa, že používanie tejto kombinácie liekov (odporúčanie 29a) je účinnejšie ako samotný misoprostol.
- Dôkazy naznačujú, že vaginálna cesta je najúčinnějšía. So zreteľom na preferencie pacientok*ov a poskytovateľiek*lov navrhujeme zahrnúť všetky režimy.
- S placentou a plodovými obalmi by sa malo zaobchádzať rovnako ako s iným biologickým materiálom, pokiaľ osoba podstupujúca interrupciu nevyjadrí želanie, aby sa s ním naložilo inak.

* Aby interrupcia prebehla úspešne, dávky misoprostolu možno opakovať v stanovenom intervale podľa potreby. Poskytovatelia*ky by mali pri rozhodovaní o maximálnom počte dávok misoprostolu u tehotných osôb s predchádzajúcim rezom na maternici (pozn. prekladateľky: napr. po cisárskom reze) postupovať opatrne a na základe lekárskeho úsudku. Ruptúra maternice je zriedkavou komplikáciou; pri vyššom gestačnom veku je potrebné zohľadniť lekársky úsudok a pripravenosť zdravotníckeho systému na núdzové riešenie ruptúry maternice.

Zdroj: Odporúčanie 3b prevzaté zo SZO (2018) (120).

Kto

Odporúčanie pre oblasť POSKYTOVANIA SLUŽIEB 30: Medikamentózne manažment interrupcie v gestačnom veku po 12. týždni vrátane

Katégorie zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok	Odporúčanie	Zdôvodnenie ^a
Odborníčky a odborníci v oblasti tradičnej a alternatívnej medicíny	Navrhujeme Podmienka: v podmienkach, kde je k dispozícii osvedčený a jednoduchý prístup k vhodnej chirurgickej podpore a vhodná infraštruktúra na riešenie neúplného potratu alebo iných komplikácií.	Hoci o bezpečnosti, účinnosti alebo prijateľnosti tejto možnosti výskumníčky a výskumníci nenašli žiadne priame dôkazy, spôsobilosti a vedomosti pre túto úlohu sú (podľa rámca kompetencií) v súlade s kompetenciami tejto katégorie zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov. ^a Navyše sa odporúča, aby tieto odborníčky a odborníci poskytovali medikamentóznú interrupciu do 12. týždňa (odporúčanie 28). Táto možnosť má veľký potenciál zvýšiť spravodlivý prístup ku kvalitnej interrupčnej starostlivosti v regiónoch, kde tieto odborníčky a odborníci tvoria významnú

Kategórie zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok	Odporúčanie	Zdôvodnenie ^a
		časť zdravotníckej pracovnej sily.
Pomocné zdravotné sestry/pomocní pôrodní asistenti a pomocné pôrodné asistentky (PPA)	Navrhujeme Podmienka: v podmienkach, kde je k dispozícii osvedčený a jednoduchý prístup k vhodnej chirurgickej podpore a vhodná infraštruktúra na riešenie neúplného potratu alebo iných komplikácií.	Hoci o bezpečnosti, účinnosti alebo prijateľnosti tejto možnosti výskumníci a výskumníčky nenašli žiadne priame dôkazy, spôsobilosti a vedomosti pre túto úlohu sú (podľa rámca kompetencií) v súlade s kompetenciami tejto kategórie zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok. Navyše sa odporúča, aby títo zdravotnícki pracovníci a pracovníčky poskytovali medikamentóznú interrupciu do 12. týždňa (odporúčanie 28). Táto možnosť je realizovateľná a prijateľná a má potenciál zvýšiť spravodlivý prístup ku kvalitnej interrupčnej starostlivosti.
Sestry	Navrhujeme Podmienka: v podmienkach, kde je k dispozícii osvedčený a jednoduchý prístup k vhodnej chirurgickej podpore a vhodná infraštruktúra na riešenie neúplného potratu alebo iných komplikácií.	Hoci výskumníčky a výskumníci našli iba nedostatočné priame dôkazy o bezpečnosti a účinnosti toho, keď celú túto prax vykonávajú zdravotné sestry, často sú však zodpovedné za monitorovanie a starostlivosť o ženy od podania misoprostolu až po ukončenie interrupcie. Ženy často považujú interrupčnú starostlivosť poskytovanú zdravotnými sestrami za prijateľnejšiu (dôkazy so strednou mierou dôveryhodnosti).
Pôrodní asistenti a pôrodné asistentky	Navrhujeme Podmienka: v podmienkach, kde je k dispozícii osvedčený a jednoduchý prístup k vhodnej chirurgickej podpore a vhodná infraštruktúra na riešenie neúplného potratu alebo iných komplikácií.	Hoci výskumníci a výskumníčky našli iba nedostatočné priame dôkazy o bezpečnosti a účinnosti toho, keď celú túto prax vykonávajú pôrodní asistenti a pôrodné asistentky, často však zodpovedajú za monitorovanie a starostlivosť o ženy od podania misoprostolu až po ukončenie interrupcie. Ženy často považujú interrupčnú starostlivosť poskytovanú pôrodnými asistentkami a asistentmi za prijateľnejšiu (dôkazy so strednou mierou dôveryhodnosti).
Zdravotnícke* i asistentky* i / zdravotnícke* e laboranti* ky	Navrhujeme Podmienka: v podmienkach, kde je k dispozícii osvedčený a jednoduchý prístup k vhodnej chirurgickej podpore a vhodná infraštruktúra na riešenie neúplného potratu alebo iných komplikácií.	Hoci výskumníčky a výskumníci našli iba nedostatočné priame dôkazy o bezpečnosti a účinnosti tejto možnosti, tieto asistentky a asistenti, bežne vykonávajú úkony podobnej náročnosti (napr. vákuovú aspiráciu a manuálne odstránenie placenty) (138). Často pôsobia vo vyšších pracoviskách, kde sa poskytuje starostlivosť vo vyšších štádiách tehotenstva. Vo vyšších

Kategórie zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok	Odporúčanie	Zdôvodnenie ^a
		pracoviskách nemusí byť vždy prítomná*ý vyškolená*ý špecializovaná*ý lekárka alebo lekár a potenciál zachovania týchto služieb pre prípady pokročilého štádia tehotenstva sa zvyšuje, ak je na mieste viac ako jedna*en vyškolená*ý poskytovateľ*ka.
Lekári*ky so všeobecným zameraním	Odporúčame	Hoci výskumníci a výskumníčky našli iba nedostatočné priame dôkazy o bezpečnosti a účinnosti tejto možnosti, tieto lekárky a lekári, bežne vykonávajú úkony podobnej alebo vyššej náročnosti (napr. pôrody, manuálne odstránenie placenty či vákuovú aspiráciu). A potenciálne prínosy tejto možnosti prevažujú nad možnými rizikami, pričom táto prax sa ukazuje ako realizovateľná vo viacerých prostrediach. Keďže špecialisti a špecialistky nemusia byť v zariadení vždy k dispozícii, táto možnosť môže zlepšiť spravodlivý prístup ku kvalitnej interrupčnej starostlivosti.
Špecializované*í lekárky*i	Odporúčame	Bežná súčasť ich praxe, ^b preto nepreběhlo žiadne posudzovanie dôkazov.

Pokračovanie tabuľky

Zdroj: Aktualizované odporúčanie zo SZO (2015) (23).

Poznámka k aktualizácii odporúčania: išlo o existujúce odporúčanie, kvôli ktorému boli pomocou metodológie GRADE opätovne preskúmané dôkazy týkajúce sa všetkých kategórií zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok, s výnimkou lekárokov a lekárovi so všeobecným zameraním a špecialistiek a špecialistov, keďže v ich prípade existovalo pre túto úlohu silné odporúčanie. Po preskúmaní boli odporúčania pre odborníkov a odborníčky v oblasti tradičnej a alternatívnej medicíny, pomocné zdravotné sestry a PPA zmenené zo „silného odporúčania proti“ na „navrhujeme“ so špecifikovanými podmienkami. Odporúčania pre ostatné preskúmané kategórie zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok zostávajú nezmenené. Zhrnutie dôkazov sa nachádza v Doplnkovom materiáli 3, Rámec od dôkazov k rozhodnutiu: Medikamentózna interrupcia po 12. týždni vrátane (EtD framework for Medical abortion at ≥ 12 weeks).

^a V prípade tohto odporúčania a všetkých odporúčaní týkajúcich sa zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov sa vzhľadom na nedostatočné dôkazy pre mnohé kombinácie pracovníkov alebo pracovníčok a ich úloh diskusie odborného panelu zamerali na rámec kompetencií obsiahnutý v publikácii SZO z roku 2011 s názvom *Sexuálne a reprodukčné zdravie: základné kompetencie v primárnej starostlivosti* (Sexual and reproductive health: core competencies in primary care) (121), ktorý poskytuje informácie o kompetenciách (vrátane zručností a vedomostí) potrebných pre každú úlohu, a tiež na kritériá WHO-INTEGRATE, najmä na realizovateľnosť, spravodlivosť a prijateľnosť praxe a hodnoty a preferencie žien.

^b Bežný rozsah práce/praxe je dostupný v Prílohe 5 v [originálnom dokumente](#): Kategórie a role zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov (Health worker categories and roles).



Medikamentózna interrupcia v gestačnom veku po 12. týždni vrátane sa vykonáva a je predmetom výskumu ako zákrok v zariadení, počas ktorého by mali ženy zostať pod dohľadom až do ukončenia procesu.

Otázky spojené s realizáciou

- Zdravotnícki pracovníci a zdravotnícke pracovníčky, ktorí a ktoré vykonávajú interrupciu alebo sa starajú o ženy podstupujúce interrupciu v gestačnom veku po 12. týždni vrátane, môžu potrebovať ďalšiu odbornú a mentorskú podporu.

KLÚČOVÉ ĽUDSKOPRÁVNE ASPEKTY SPOJENÉ S MEDIKAMENTÓZNOU INTERRUPCIOU

- V prístupe k službám sexuálneho a reprodukčného zdravia (SRZ) má každá osoba právo na nediskrimináciu a rovnosť.
- Právna úprava interrupcií by mala byť založená na ľudských právach a dôkazoch.
- Štáty musia zabezpečiť dobrý prístup k cenovo dostupným základným liekom nediskriminačným spôsobom.
- Každá osoba má právo na výhody vedeckého pokroku a právo na zdravie, čo si vyžaduje dostupnosť a prístupnosť, prijateľnosť a kvalitu medikamentóznej interrupcie. To znamená, že štáty by mali zabezpečiť prístup k interrupčným liekom a že by mali (i) zaviesť na dôkazoch založené normy a usmernenia pre poskytovanie a zabezpečovanie služieb SRZ a (ii) pravidelne ich aktualizovať tak, aby odrážali pokrok v oblasti medicíny.

Ďalšie informácie a zdroje sa nachádzajú v rámciku 1.2 a v [Prílohe A](#) na webe: Klúčové medzinárodné ľudskoprávne normy pre oblasť interrupcií (Web Annex A: Key international human rights standards on abortion).

Prepojenia na súvisiace témy/odporúčania



Všetky odporúčania týkajúce sa legislatívy a politiky (odporúčania 1,2,3,6,7,21,22)



Poskytovanie informácií a poradenstvo (časti 3.2.1 a 3.2.2)



Určovanie gestačného veku (dĺžky tehotenstva) (časť 3.5.2.)



Manažment liečby bolesti pri interrupcii (časť 3.3.6)



Riadenie vlastnej medikamentóznej interrupcie (časť 3.6.2)

3.4.3 Zamlčaný potrat

O zamlčaný potrat ide vtedy, keď sa tehotenstvo prestane vyvíjať, pričom embryo/plod/plodový obal alebo prázdny gestačný vak zostanú v maternici a krčok maternice je uzavretý. Medzi príznaky môže patriť bolesť, krvácanie, takisto sa však žiadne príznaky vyskytnúť nemusia. V prípade ultrazukového vyšetrenia sa na ňom môže zobraziť embryo, plod bez srdcovej činnosti alebo niečo, čo sa javí ako skoré vyvíjajúce sa tehotenstvo, pričom v maternici je viditeľný len vak naplnený tekutinou (151). Medikamentózne, chirurgický (vákuová aspirácia) a expektačný manažment sú všetko možnosti manažmentu zamlčaného potratu.



Odporúčanie pre oblasť ZDRAVOTNÝCH SLUŽIEB 31 (NOVÉ): Medikamentózne manažment zamlčaného potratu v gestačnom veku do 14. týždňa

Pre osoby, ktoré uprednostňujú v prípade zamlčaného potratu do 14. týždňa medikamentózne manažment. **Odporúčame** použiť kombináciu mifepristónu a misoprostolu namiesto samotného misoprostolu.

- Odporúčaný režim: 200 mg mifepristónu podaného perorálne, po ktorom nasleduje 800 µg misoprostolu podaného akýmkoľvek spôsobom (bukálne, sublingválne, vaginálne)*
- Alternatívny režim: 800 µg misoprostolu podaného akýmkoľvek spôsobom (bukálne, sublingválne, vaginálne).†

Komentáre:

- Rozhodnutie o spôsobe manažmentu (expektačnom, medikamentóznom alebo chirurgickom) zamlčaného potratu by malo byť založené na zdravotnom stave a preferenciách osôb, ktorých sa to týka.
- Expektačný manažment možno ponúknuť ako možnosť pod podmienkou, že žena, dievča alebo iná tehotná osoba je informovaná o tom, že vypudenie placenty a plodových obalov trvá v takomto prípade dlhšie a o zvýšenom riziku neúplného vyprázdnenia maternice.
- S placentou a plodovými obalmi by sa malo zaobchádzať rovnako ako s iným biologickým materiálom, pokiaľ osoba podstupujúca interrupciu nevyjadrí želanie, aby sa s ním naložilo inak.

* Minimálny odporúčaný interval medzi použitím mifepristónu a misoprostolu je 24 hodín.

† Je potrebné poznamenať, že v prípade použitia alternatívneho režimu (samotného misoprostolu) v gestačnom veku po 9. týždni vrátane dôkazy ukazujú, že opakované dávkovanie misoprostolu je pre úspešnú interrupciu účinnejšie. V tomto usmernení neuvádzame maximálny počet dávok misoprostolu.

Zdôvodnenie

Výskumníci a výskumníčky vypracovali na objasnenie tejto kľúčovej problematiky systematický prehľad. Pomocou rešerše identifikovali dvadsať štúdií o manažmente zamlčaného potratu. Išlo o štúdie z Číny, Nemecka, Indie, Izraelu, Malajzie, Pakistanu, Švédska, Thajska, Spojeného kráľovstva, USA a Jemenu. Zhrnutie dôkazov sa nachádza v Doplnkovom materiáli 2, rámec od dôkazov k rozhodnutiu Manažment zamlčaného potratu po 14. týždni vrátane (Supplementary material 2, ETD framework for Medical management of missed abortion at < 14 weeks).

Predmetom analýzy 19 z týchto štúdií zahŕňajúcich jedno z nasledujúcich porovnaní:

- Mifepristón a misoprostol oproti samotnému misoprostolu
- Medikamentózny a expektačný manažment
- Chirurgický a medikamentózny/expektačný manažment

Medikamentózny manažment v porovnaní s expektačným manažmentom viedol k nižšej miere pokračujúcich tehotenstiev a vyššej miere úspešnosti interrupcie (vyprázdenie maternice bez chirurgického zákroku), a to podľa dôkazov so strednou až vysokou mierou dôveryhodnosti. Kombinovaný režim podávania v porovnaní s podávaním samotného misoprostolu viedol k vyššej miere úspešnosti interrupcií. Toto odporúčanie je založené na dôkazoch so strednou mierou dôveryhodnosti. Podľa dôkazov so strednou až vysokou mierou dôveryhodnosti znamenal aj menší výskyt komplikácií a vedľajších účinkov. Ženy prejavili väčšiu spokojnosť s kombinovaným režimom podávania mifepristónu a misoprostolu, a to na podľa dôkazov s vysokou mierou dôveryhodnosti. Chirurgický manažment v porovnaní s medikamentóznym a expektačným manažmentom viedol k vyššej miere úspešnosti interrupcie, a to podľa dôkazov s nízkou až strednou mierou dôveryhodnosti. Diskusia o hodnotách a preferenciách žien poukázala na dôležitosť toho, aby boli ženám ako možnosť ponúknuté všetky tri typy manažmentu. Pokiaľ ide o liekový režim v prípade medikamentózneho prerušenia tehotenstva, odborný panel stanovil, že vzhľadom na rôznorodé režimy v zahrnutých štúdiách, je možné využiť režimy odporúčané a navrhované pre umelé prerušenie tehotenstva do 12. týždňa (pozri odporúčanie 27).



Pokiaľ ide o to, ktorým osobám odporúčame poskytnúť medikamentózny manažment zamlčaného potratu do 14. týždňa tehotenstva, odkazujeme na odporúčanie 28 týkajúce sa medikamentózneho manažmentu umelého prerušenia tehotenstva v gestačnom veku do 12. týždňa.

KĹÚČOVÉ ĽUDSKOPRÁVNE ASPEKTY SPOJENÉ S MANAŽMENTOM ZAMLČANÉHO POTRATU

- V prístupe k službám sexuálneho a reprodukčného zdravia (SRZ) má každá osoba právo na nediskrimináciu a rovnosť.
- Právna úprava interrupcií by mala byť založená na ľudských právach a dôkazoch.
- Štáty musia zabezpečiť dobrý prístup k cenovo dostupným základným liekom nediskriminačným spôsobom.
- Každá osoba má právo na výhody vedeckého pokroku a právo na zdravie, čo si vyžaduje dostupnosť a prístupnosť, prijateľnosť a kvalitu medikamentózneho prerušenia tehotenstva. To znamená, že štáty by mali zabezpečiť prístup k interrupčným liekom a že by mali (i) zaviesť na dôkazoch založené normy a usmernenia pre poskytovanie a zabezpečovanie služieb SRZ a (ii) pravidelne ich aktualizovať tak, aby odrážali pokrok v oblasti medicíny.

Ďalšie informácie a zdroje sa nachádzajú v rámciku 1.2 a v [Prílohe A](#) na webe: Kľúčové medzinárodné ľudskoprávne normy pre oblasť interrupcií (Web Annex A: Key international human rights standards on abortion).

Prepojenia na súvisiace témy/odporúčania



Tovary (časť 1.3.4)



Poskytovanie informácií a poradenstvo (časti 3.2.1 a 3.2.2)



Odporúčanie 27: Medikamentózne manažment pri interrupcii v gestačnom veku po 12. týždni vrátane

3.4.4 Vnútromaternicový zánik plodu

Zánik plodu (smrť plodu) sa vzťahuje na situácie, keď plod už nie je nažive, ale maternica ešte nezačala vypudzovať svoj obsah a krčok maternice zostáva uzavretý (152). Diagnózu je možné po identifikovaní klinických nálezov – ktoré môžu zahŕňať vaginálne krvácanie, neprítomnosť srdcových oziev plodu pri elektronickej auskultácii, nepocítovanie pohybov plodu alebo výrazne menšiu maternicu, oproti očakávanej veľkosti – stanoviť ultrazvukovým vyšetrením (152). Vnútromaternicový zánik plodu možno manažovať expektačne, chirurgicky (dilatáciou a vákuovou extrakciou plodu) alebo medikamentózne.

Čo

Odporúčanie pre oblasť ZDRAVOTNÝCH SLUŽIEB 32: Medikamentózne manažment vnútromaternicového zániku plodu v gestačnom veku medzi 14. a 28. týždňom vrátane

Medikamentózne manažment vnútromaternicového zániku plodu v gestačnom veku medzi 14. a 28. týždňom vrátane: **Navrhujeme** použiť kombináciu mifepristónu a misoprostolu namiesto samotného misoprostolu.

- Navrhovaný režim: 200 mg mifepristónu podaného perorálne a o 1 až 2 dni neskôr opakované dávky 800 µg misoprostolu podaného bukálnu, sublingválne alebo vaginálne každých 4 až 6 hodín. Minimálny odporúčaný interval medzi použitím mifepristónu a misoprostolu je 24 hodín.*
- Alternatívny režim: užiť opakované dávky 400 µg misoprostolu podaného sublingválne alebo vaginálne každých 4 až 6 hodín.

Komentáre:

- Dôkazy z klinických štúdií svedčia o tom, že, podávanie tejto kombinácie liekov je účinnejšie ako samotný misoprostol.
- S placentou a plodovými obalmi by sa malo zaobchádzať rovnako ako s iným biologickým materiálom, pokiaľ osoba podstupujúca interrupciu nevyjadrí želanie, aby sa s ním naložilo inak.

* Dávky misoprostolu možno opakovať v stanovenom intervale podľa potreby, aby interrupcia prebehla úspešne.

Poskytovateľky*lia by mali pri rozhodovaní o maximálnom počte dávok misoprostolu u tehotných osôb s predchádzajúcim rezom na maternici postupovať opatrne a na základe lekárskeho úsudku. Ruptúra maternice je zriedkavou komplikáciou; pri vyššom gestačnom veku je potrebné zohľadniť lekársky úsudok a pripravenosť zdravotníckeho systému na núdzové riešenie ruptúry maternice.

Zdroj: Odporúčanie 2 prevzaté zo SZO (2018) (120). Znenie bolo upravené tak, aby sa zhodovalo so znením použitým v Odporúčaní 31 o zamlčanom potrate.



Odporúčanie pre oblasť ZDRAVOTNÝCH SLUŽIEB 33 (NOVÉ): Medikamentózne manažment vnútromaternicového zániku plodu v gestačnom veku medzi 14. a 28. týždňom vrátane

Kategórie zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov	Odporúčanie	Zdôvodnenie ^a
Odborníci a odborníčky v oblasti tradičnej a alternatívnej medicíny	Navrhujeme Podmienka: v podmienkach, kde je k dispozícii osvedčený a jednoduchý prístup k vhodnej chirurgickej podpore a vhodná infraštruktúra na riešenie neúplného potratu alebo iných komplikácií.	Hoci o bezpečnosti, účinnosti alebo prijateľnosti tejto možnosti neboli nájdené žiadne priame dôkazy, spôsobilosti a vedomosti pre túto úlohu sú (podľa rámca kompetencií) v súlade s kompetenciami tejto kategórie zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok. ^a Navyše sa odporúča, aby títo odborníci a odborníčky poskytovali medikamentózne interrupciu do 12. týždňa (odporúčanie 28). Odborný panel potvrdil, že v regiónoch, kde títo odborníci a odborníčky tvoria významnú časť zdravotníckej pracovnej sily, je potenciál zvýšiť spravodlivý prístup ku kvalitnej interrupčnej starostlivosti vysoký.
Pomocné zdravotné sestry/pomocné*í pôrodné*í asistentky*í (PPA)	Navrhujeme Podmienka: v podmienkach, kde sú zabezpečené osvedčený a jednoduchý prístup k vhodnej chirurgickej podpore a vhodná infraštruktúra na riešenie neúplného potratu alebo iných komplikácií.	Hoci o bezpečnosti, účinnosti alebo prijateľnosti tejto možnosti výskumníčky a výskumníci nenašli žiadne priame dôkazy, spôsobilosti a vedomosti pre túto úlohu sú (podľa rámca kompetencií) v súlade s kompetenciami tejto kategórie zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov. ^a Navyše poskytovanie medikamentóznej interrupcie do 12. týždňa je pre tieto zdravotnícke pracovníčky a pracovníkov odporúčanou úlohou (odporúčanie 28). Odborný panel rozhodol, že táto možnosť je realizovateľná a prijateľná a má potenciál zvýšiť spravodlivý prístup ku kvalitnej interrupčnej starostlivosti.

Kategórie zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok	Odporúčanie	Zdôvodnenie ^a
Sestry	Navrhujeme Podmienka: v podmienkach, kde sú zabezpečené osvedčený a jednoduchý prístup k vhodnej chirurgickej podpore a vhodná infraštruktúra na riešenie neúplného potratu alebo iných komplikácií.	Hoci výskumníčky a výskumníci našli iba nedostatočné priame dôkazy o bezpečnosti a účinnosti tejto možnosti, tieto zdravotnícke pracovníčky a zdravotnícki pracovníci často zodpovedajú za monitorovanie a starostlivosť o ženy od podania misoprostolu až po ukončenie interrupcie. Ženy často považujú interrupčnú starostlivosť poskytovanú týmito zdravotníckymi pracovníčkami a pracovníkmi v porovnaní s inými za prijateľnejšiu (dôkazy so strednou mierou dôveryhodnosti).
Pôrodné asistentky a pôrodní asistenti	Navrhujeme Podmienka: v podmienkach, kde sú zabezpečené osvedčený a jednoduchý prístup k vhodnej chirurgickej podpore a vhodná infraštruktúra na riešenie neúplného potratu alebo iných komplikácií.	Hoci výskumníčky a výskumníci našli iba nedostatočné priame dôkazy o bezpečnosti a účinnosti tejto možnosti, tieto zdravotnícke pracovníčky a zdravotnícki pracovníci často zodpovedajú za monitorovanie a starostlivosť o ženy od podania misoprostolu až po ukončenie interrupcie. Ženy často považujú interrupčnú starostlivosť poskytovanú pôrodnými asistentkami a asistentmi v porovnaní s inými zdravotníckymi pracovníčkami a pracovníkmi za prijateľnejšiu (dôkazy so strednou mierou dôveryhodnosti).
Zdravotnícki* ^e asistenti* ^{ky} / zdravotnícke* ⁱ laborantky* ⁱ	Navrhujeme Podmienka: v podmienkach, kde sú zabezpečené osvedčený a jednoduchý prístup k vhodnej chirurgickej podpore a vhodná infraštruktúra na riešenie neúplného potratu alebo iných komplikácií.	Hoci výskumníci a výskumníčky našli iba nedostatočné priame dôkazy o bezpečnosti a účinnosti tejto možnosti, títo asistenti a asistentky, bežne vykonávajú úkony podobnej náročnosti (napr. vákuovú aspiráciu a manuálne odstránenie placenty) (138). A často pôsobia vo vyšších zariadeniach, ktoré poskytujú starostlivosť vo vyšších štádiách tehotenstva. Vo vyšších zariadeniach typu nemusí byť vždy prítomný* ^á vyškolený* ^á špecializovaný* ^á lekár* ^{ka} a potenciál zachovania služieb pre prípady pokročilého štádia tehotenstva je vyšší, ak je na mieste viac ako jeden vyškolený poskytovateľ alebo poskytovateľka.

Lekárky* i so všeobecným zameraním	Odporúčame	Hoci výskumníčky a výskumníci našli iba nedostatočné priame dôkazy o bezpečnosti a účinnosti tejto možnosti, tieto lekárky a lekári, vykonávajú úkony podobnej alebo väčšej náročnosti (napr. pôrody, manuálne odstránenie placenty či vákuovú aspiráciu). Potenciálne prínosy tejto možnosti prevažujú nad rizikami a táto prax sa ukazuje ako realizovateľná vo viacerých prostrediach. Keďže špecialistky a špecialisti nemusia byť v zariadení vždy k dispozícii, táto možnosť môže zlepšiť spravodlivý prístup ku kvalitnej interrupčnej starostlivosti.
Špecializované* i lekárky* i	Odporúčame	Bežná súčasť ich praxe, ^b preto neprebehlo žiadne posudzovanie dôkazov.

Poznámka: Toto je nové odporúčanie. V usmernení SZO z roku 2015 o úlohách zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok (23) nebolo žiadne odporúčanie týkajúce sa medikamentózneho manažmentu vnútromaternicového zániku plodu, ale súčasťou usmernenia WHO z roku 2018 s názvom *Medikamentózny manažment interrupcií (Medical management of abortion) (120)* bolo odporúčanie týkajúce sa zdravotných služieb v súvislosti s touto praxou. Vzhľadom na nedostatok priamych dôkazov na túto tému a podobnosť medzi týmito dvoma úlohami sme tu využili odporúčanie 30 týkajúce sa medikamentózných interrupcií do 12. týždňa tehotenstva vrátane. Zhrnutie týchto dôkazov sa nachádza v Doplnkovom materiáli 3, Rámec od dôkazov k rozhodnutiu: Medikamentózny manažment vnútromaternicového zániku plodu (Supplementary material, EtD framework on Medical management of intrauterine fetal demise).

^a V prípade tohto odporúčania a všetkých odporúčaní týkajúcich sa zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok sa vzhľadom na nedostatočné dôkazy pre mnohé kombinácie pracovníčok a pracovníkov a ich úloh zamerali diskusie odborného panelu na rámec kompetencií obsiahnutý v publikácii SZO z roku 2011 s názvom *Sexuálne a reprodukčné zdravie: základné kompetencie v primárnej starostlivosti (Sexual and reproductive health: core competencies in primary care) (121)*, ktorý poskytuje informácie o kompetenciách (vrátane zručností a vedomostí) potrebných pre každú úlohu, a tiež na kritériá WHO-INTEGRATE, najmä na realizovateľnosť, spravodlivosť a prijateľnosť praxe a hodnoty a preferencie žien.

^b Bežný rozsah práce/praxe je dostupný v Prílohe 5 v [originálnom dokumente](#): Kategórie a role zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov (Health worker categories and roles).



Kde

Medikamentózna interrupcia v gestačnom veku po 12. týždni vrátane sa vykonáva a je predmetom výskumu ako zákrok v zariadení, počas ktorého by mali ženy zostať pod dohľadom až do ukončenia procesu.



Ako

Otázky spojené s realizáciou

- Akákoľvek právna úprava týkajúca sa manažmentu/nakladania s placentou a plodovými obalmi a rodnými alebo úmrtnými listami by nemala predstavovať záťaž alebo porušenie dôvernosti pre ženy alebo poskytovateľov a poskytovateľiek.

KLÍČOVÉ ĽUDSKOPRÁVNE ASPEKTY SPOJENÉ S MANAŽMENTOM VNÚTROMATERNICOVÉHO ZÁNIKU PLODU

- V prístupe k službám sexuálneho a reprodukčného zdravia (SRZ) má každá osoba právo na nediskrimináciu a rovnosť.
- Právna úprava interrupcií by mala byť založená na ľudských právach a dôkazoch.
- Štáty musia zabezpečiť dobrý prístup k cenovo dostupným základným liekom nediskriminačným spôsobom.
- Každá osoba má právo na výhody vedeckého pokroku a právo na zdravie, čo si vyžaduje dostupnosť a prístupnosť, prijateľnosť a kvalitu medikamentózne interrupcie. To znamená, že štáty by mali zabezpečiť prístup k interrupčným liekom a že by mali (i) zaviesť na dôkazoch založené normy a usmernenia pre poskytovanie a zabezpečovanie služieb SRZ a (ii) pravidelne ich aktualizovať tak, aby odrážali pokrok v oblasti medicíny.

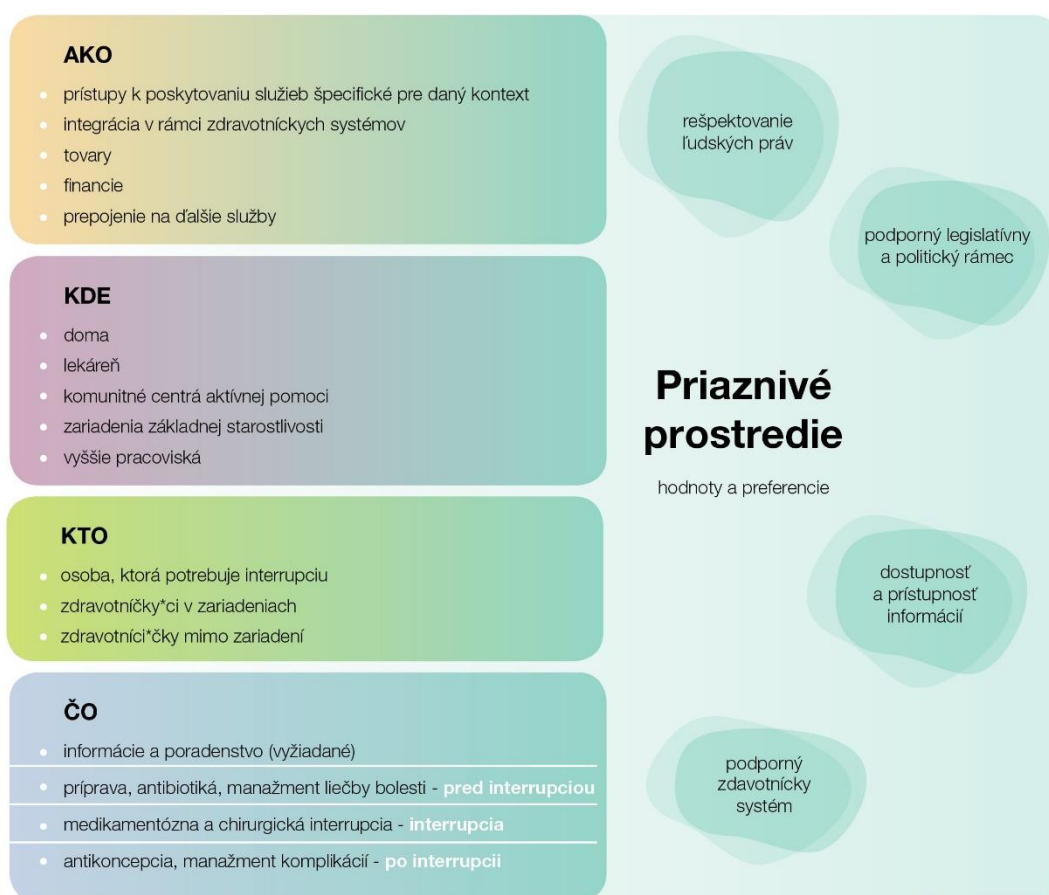
Ďalšie informácie a zdroje sa nachádzajú v [Prílohe A](#) na webe: Klúčové medzinárodné ľudskoprávne normy pre oblasť interrupcií (Web Annex A: Key international human rights standards on abortion).

Prepojenia na súvisiace témy/odporúčania



Všetky odporúčania týkajúce sa legislatívy a politiky (odporúčania 1,2,3,6,7,21,22)

3.5 Postabortívna starostlivosť



Postabortívne obdobie je v prípade interrupcie treťou a poslednou súčasťou kontinuálnej starostlivosti. Súčasťou postabortívnej starostlivosti sú – podľa potreby alebo želania – všetky alebo niektoré z nasledujúcich činností: nepovinná následná kontrola, manažment pretrvávajúcich vedľajších účinkov alebo komplikácií a antikoncepcné služby. Ak je interrupcia vykonaná bezpečne, komplikácie sú zriedkavé, môže však medzi ne patriť neúplný potrat, krvácanie, infekcia, perforácia maternice, komplikácie súvisiace s anestéziou či ruptúra maternice. Podľa medzinárodných právnych predpisov v oblasti ľudských práv a osvedčených lekárskeho postupov je potrebné postabortívnu starostlivosť poskytovať bez ohľadu na to, či je interrupcia v daných podmienkach obmedzená.

3.5.1 Následná postabortívna starostlivosť

Rutinné sledovanie nie je po nekomplikovanej chirurgickej alebo medikamentóznej interrupcii potrebné v prípade, že osoba, ktorá podstúpila interrupciu, má dostatočné informácie o tom, kedy má vyhľadať starostlivosť v prípade komplikácií a v prípade, že dostala všetky vhodné prostriedky alebo informácie dôležité pre naplnenie svojich potrieb spojených s antikoncepciou. Možno však ponúknuť nepovinnú následnú návštevu 7 až 14 dní po zákroku s cieľom poskytnúť antikoncepcné služby, emocionálnu podporu alebo riešenie akýchkoľvek zdravotných problémov.

Ak sa žena rozhodne zúčastniť sa následného stretnutia, využite tento kontakt na to, aby ste:

- zhodnotili, ako sa zotavuje, a zistili, či nemá akékoľvek príznaky alebo symptómy pokračujúceho tehotenstva;
- skontrolovali všetky dostupné lekárske záznamy a dokumentáciu ohľadom odporúčenia pacientky*a;
- sa opýtali na všetky symptómy, ktoré sa vyskytli po zákroku;

- v prípade potreby vykonali cieľenú prehliadku na posúdenie akýchkoľvek ťažkostí a
- vyhodnotili reprodukčné ciele tejto osoby a potrebu antikoncepčných služieb.
 - V prípade, že v čase interrupcie nebola zabezpečená alebo nasadená žiadna antikoncepčná metóda, poskytnite informácie o antikoncepcii a ponúknite antikoncepčné poradenstvo a zabezpečenie antikoncepčných služieb, ak si to žena želá.
 - Ak už začala nejakú antikoncepčnú metódu využívať, posúďte používanú metódu a podľa potreby reagujte na prípadné obavy alebo doplňte zásoby (122).



Odporúčanie pre oblasť ZDRAVOTNÝCH SLUŽIEB 34: Následná postabortívna starostlivosť alebo ďalšie služby po interrupcii

Po nekomplikovanej chirurgickej alebo medikamentóznej interrupcii: **Odporúčame**, aby z lekárskeho hľadiska nebolo potrebné vykonať bežnú kontrolnú prehliadku. Treba však poskytnúť informácie o dostupnosti ďalších služieb, ak ich konkrétna osoba potrebuje alebo si ich vyžaduje.

Komentáre:

- Ženy, dievčatá a iné tehotné osoby musia byť primerane informované o príznakoch pokračujúceho tehotenstva (ktoré môžu, ale nemusia znamenať neúspešnú interrupciu) a o iných zdravotných dôvodoch, pre ktoré sa treba dostaviť na kontrolu, akými sú napríklad dlhotrvajúce silné krvácanie, žiadne krvácanie pri medikamentóznom manažmente interrupcie, bolesť, ktorú nezmiernujú lieky, alebo horúčka.
- Kvalita dôkazov bola nízka (observačné štúdie a nepriame dôkazy).

Zdroj: Aktualizované odporúčanie 9 zo SZO (2012) (19).

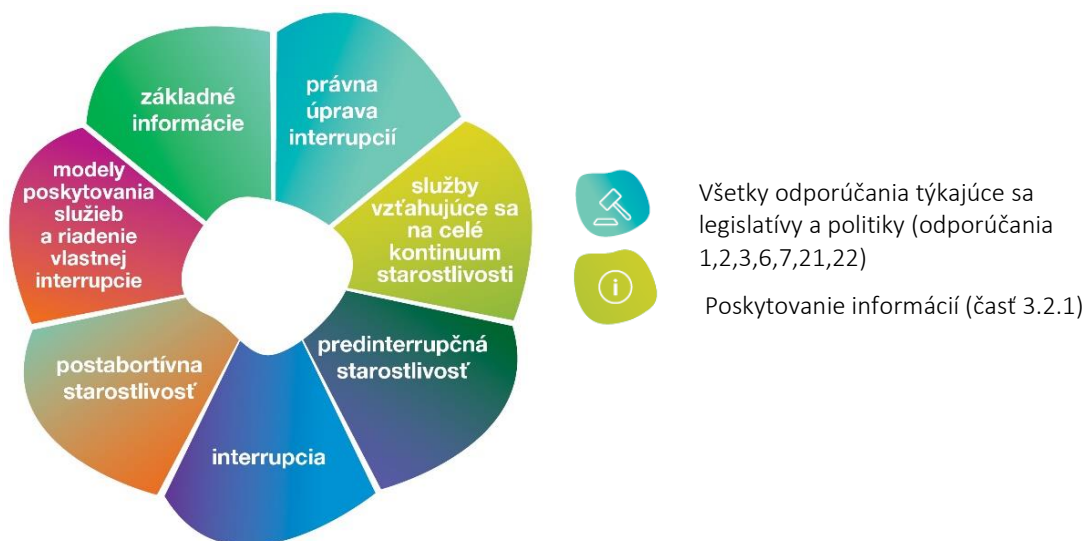
Poznámka k aktualizácii odporúčania: išlo o existujúce odporúčanie, ku ktorému výskumníci a výskumníčky vykonali aktualizovanú rešerš literatúry, avšak neuplatnili naň metodológiu GRADE. Znenie odporúčania sme upravili tak, že sme odstránili režim medikamentóznej interrupcie, ktorý v nej bol zahrnutý (toto odporúčanie sa teraz vzťahuje na všetky metódy a spôsoby interrupcie, pozri časť 3.4), a tiež sme použili slovo „odporúčame“, aby bolo zrejmé, že ide o dôrazné odporúčanie.

KĹÚČOVÉ ĽUDSKOPRÁVNE ASPEKTY SPOJENÉ S NÁSLEDNOU POSTABORTÍVNOU STAROSTLIVOSŤOU

- Štáty sú v prípade potreby povinné zabezpečiť prístup k postabortívnej starostlivosti bez ohľadu na to, či je v nich interrupcia legálna (45, ods. 70).
- Postabortívna starostlivosť musí byť dostupná na dôvernom základe, a to aj v situáciách, keď je interrupcia nelegálna.
- Postabortívna starostlivosť musí byť dostupná bez hrozby trestnoprávneho postihu alebo trestných opatrení. Štáty od zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov nemôžu vyžadovať, aby nahlasovali osoby, u ktorých existuje podozrenie, že podstúpili ilegálnu interrupciu, ani aby od týchto osôb vyžadovali prezradenie akýchkoľvek potenciálne usvedčujúcich informácií počas alebo ako podmienku poskytnutia postabortívnej starostlivosti.

Ďalšie informácie a zdroje sa nachádzajú v rámciku 1.2 a v [Prílohe A](#) na webe: Kľúčové medzinárodné ľudskoprávne normy pre oblasť interrupcií (Web Annex A: Key international human rights standards on abortion).

Prepojenia na súvisiace témy/odporúčania



3.5.2 Neúplný potrat

Neúplný potrat je charakterizovaný prítomnosťou otvoreného krčka maternice a krvácaním, pričom nedošlo k úplnému vypudeniu placenty a plodových obalov z maternice alebo vypudená placenta a plodové obaly nezodpovedajú odhadovanému trvaniu tehotenstva. Medzi bežné príznaky patrí vaginálne krvácanie a bolesť v podbrušku. Nekomplikovaný neúplný potrat môže nastať po interrupcii alebo spontánnom potrate (t. j. potrate); manažment je v oboch prípadoch rovnaký. Neúplný potrat možno manažovať expektačne, medikamentózne alebo chirurgicky (vákuová aspirácia). Manažment nekomplikovaného neúplného potratu pomocou vákuovej aspirácie (keď je veľkosť tehotnej maternice menšia ako 14 týždňov), zahŕňa rozpoznanie stavu, posúdenie veľkosti maternice, samotný postup a manažment liečby bolesti.

Čo

Odporúčania pre oblasť ZDRAVOTNÝCH SLUŽIEB 35 – 36: Manažment neúplného potratu

35. Pre chirurgickú interrupciu do 14. týždňa: **Odporúčame** buď vákuovú aspiráciu, alebo medikamentózny manažment.

36a. Pre medikamentózny manažment neúplného potratu, keď je veľkosť tehotnej maternice menšia ako 14 týždňov: **Navrhujeme** použitie 600 µg misoprostolu podávaného perorálne alebo 400 µg misoprostolu podávaného sublingválne.

36b. Pre medikamentózny manažment neúplného potratu, keď je veľkosť tehotnej maternice väčšia ako 14 týždňov vrátane: **Navrhujeme** užiť opakované dávky 400 µg misoprostolu podaného sublingválne, vaginálne alebo bukálne každé 3 hodiny.*

Komentáre:

- Rozhodnutie o spôsobe manažmentu neúplného potratu by malo byť založené na zdravotnom stave a preferenciách osoby, ktorej sa týka.

- Expektačný manažment neúplného potratu môže byť rovnako účinný ako misoprostol; možno ho ponúknuť ako možnosť pod podmienkou, že žena, dievča alebo iná tehotná osoba je informovaná o tom, že vypudenie placenty a plodových obalov trvá v takomto prípade dlhšie a o zvýšenom riziku neúplného vyprázdnenia maternice.
- Odporúčanie 35 bolo prevzaté z výskumu vykonaného medzi ženami, ktoré nahlásili spontánny potrat.

* Aby interrupcia prebehla úspešne, dávky misoprostolu možno opakovať v stanovenom intervale podľa potreby. v gestačnom veku po 14. týždni vrátane, by mali poskytovateľky*lia pri rozhodovaní o maximálnom počte dávok misoprostolu u tehotných osôb s predchádzajúcim rezom na maternici postupovať opatrne a na základe lekárskeho úsudku. Ruptúra maternice je zriedkavou komplikáciou; v pokročilom štádiu tehotenstva je potrebné zohľadniť lekársky úsudok a pripravenosť zdravotníckeho systému na jej núdzové riešenie.

Zdroj: Odporúčanie 35 prevzaté zo SZO (2012) (19), v ktorom išlo o odporúčanie 10 (19). Znenie týkajúce sa gestačného veku je oproti pôvodnému „13 alebo menej týždňov“ zmenené na „do 14. týždňa“ (< 14 týždňov). Odporúčania 36a a 36b boli prevzaté z WHO (2018), kde boli odporúčaniami 1A a 1B (120). Aktualizovaný bol aj gestačný vek tak, že hranica bola zmenená z 13 na 14 týždňov.



Odporúčanie pre oblasť POSKYTOVANIA SLUŽIEB 37: Medikamentózne manažment neúplného potratu v gestačnom veku do 14. týždňa

Katégorie zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok	Odporúčanie	Zdôvodnenie ^a
Komunitné*í zdravotnícke*í pracovníčky*ci (KZP)	Odporúčame	Výskumníčky a výskumníci pre túto možnosť nenašli žiadne priame dôkazy, ale našli nepriame dôkazy o tom, že KZP môžu používať jednoduché nástroje a kontrolné zoznamy na určenie gestačného veku (na základe anamnézy pacientky), aby posúdili spôsobilosť na medikamentóznú interrupciu, a na posúdenie jej výsledku (nízka až stredná miera dôveryhodnosti). KZP sa často podieľajú na poradenstve pre ženy, ktoré žiadajú o interrupciu (dôkazy so strednou mierou dôveryhodnosti). Vo všeobecnosti je prax KZP prijateľná a v mnohých kontextoch sa ukazuje ako realizovateľná. Zručnosti a vedomosti potrebné pre túto úlohu sú (podľa rámca kompetencií) v súlade s kompetenciami tejto kategórie zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov. ^a
Pomocní pracovníci a pracovníčky v lekárňach Lekárničky a lekárnici	Odporúčame	Hoci o bezpečnosti a účinnosti tejto možnosti našli výskumníci a výskumníčky iba nedostatočné dôkazy, spôsobilosti a vedomosti pre túto úlohu sú (podľa rámca kompetencií) v súlade s kompetenciami tejto kategórie zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok. Zručnosti potrebné na manažovanie neúplného potratu pomocou misoprostolu sú navyše podobné zručnostiam potrebným pri poskytovaní medikamentóznej interrupcie do 12. týždňa, čo je pre týchto zdravotníckych pracovníkov a zdravotnícke pracovníčky odporúčanou úlohou (pozri odporúčanie 28).
Odborníčky a odborníci v oblasti tradičnej a alternatívnej medicíny	Odporúčame	Výskumníčky a výskumníci našli dôkazy o tom, že poskytovanie medikamentóznej interrupcie do 12. týždňa týmito odborníčkami a odborníkmi je bezpečné a účinné (nízka miera dôveryhodnosti) a zručnosti potrebné na manažment neúplného potratu misoprostolom sú podobné. Zručnosti a vedomosti potrebné pre túto úlohu sú (podľa rámca kompetencií) navyše v súlade s kompetenciami tejto kategórie zdravotníckych pracovníčok

Kategórie zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok	Odporúčanie	Zdôvodnenie ^a
		a pracovníkov. ^a
Pomocné zdravotné sestry/pomocní*é pôrodní*é asistenti*ky (PPA)	Odporúčame	Výskumníci a výskumníčky našli dôkazy o tom, že poskytovanie medikamentóznej interrupcie do 12. týždňa týmito zdravotníckymi pracovníkmi a pracovníčkami je bezpečné a účinné (nízka miera dôveryhodnosti) a zručnosti potrebné na manažment neúplného potratu misoprostolom sú podobné.
Sestry	Odporúčame	Výskumníčky a výskumníci našli nepriame dôkazy o tom, že poskytovanie medikamentóznej interrupcie sestrami, je bezpečné a účinné (stredná miera dôveryhodnosti) a zručnosti potrebné na manažment neúplného potratu misoprostolom sú podobné. Táto možnosť je realizovateľná a má potenciál zvýšiť spravodlivý prístup ku kvalitnej interrupčnej starostlivosti.
Pôrodní asistenti a pôrodné asistentky	Odporúčame	Výskumníci a výskumníčky našli dôkazy z nízkoпрíjmového prostredia potvrdzujúce bezpečnosť a účinnosť tejto možnosti (stredná až vysoká miera dôveryhodnosti). Celková spokojnosť žien s poskytovateľom*kou zdravotnej starostlivosti bola vysoká, ak neúplný potrat vykonávali pôrodné asistenti a asistentky (dôkaz so strednou mierou dôveryhodnosti). Táto možnosť je realizovateľná a má potenciál zvýšiť spravodlivý prístup ku kvalitnej interrupčnej starostlivosti.
Zdravotnícke*i asistentky*i/ zdravotníckí*e laboranti*ky	Odporúčame	Výskumníčky a výskumníci našli nepriame dôkazy so strednou mierou dôveryhodnosti o bezpečnosti a účinnosti medikamentózneho manažmentu neúplného potratu vykonávaného týmito asistentkami alebo asistentmi a dôkazy so strednou mierou dôveryhodnosti o bezpečnosti a účinnosti vykonávania medikamentóznej interrupcie kategóriami zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov s podobnou alebo menej komplexnou základnou odbornou prípravou. Okrem toho našli aj priame dôkazy o tom, že tieto asistentky a asistenti môžu v rámci poskytovania manuálnej vákuovej aspirácie posúdiť gestačný vek (podľa veľkosti maternice). Táto možnosť je realizovateľná a má potenciál zvýšiť spravodlivý prístup ku kvalitnej interrupčnej starostlivosti je vysoký.
Lekári*ky so všeobecným zameraním Odborné*í lekárky*i	Odporúčame	Bežná súčasť ich praxe, ^b preto neprebehlo žiadne posudzovanie dôkazov.

Zdroj: Aktualizované odporúčanie zo SZO (2015) (23).

Poznámka k aktualizácii odporúčaní: Išlo o existujúce odporúčanie, kvôli ktorému výskumníci a výskumníčky pomocou metodológie GRADE opätovne preskúmali dôkazy týkajúce sa odborníkov v oblasti tradičnej a alternatívnej medicíny (pôvodne „navrhujeme“), lekárníkov, pomocných pracovníčok v lekárnach (v oboch prípadoch pred tým „silné odporúčanie proti“) a komunitných zdravotníckych pracovníkov (pôvodne v kontexte prísneho výskumu). Ostatné zdravotnícke pracovníčky a zdravotníckych pracovníkov už boli na túto úlohu odporúčané a odporúčaní. Po opätovnom preskúmaní boli odporúčania pre všetky tieto kategórie posilnené na „odporúčam“. Zhrnutie týchto dôkazov sa nachádza v Doplnkovom materiáli 3, Rámec od dôkazov k rozhodnutiu: Medikamentózne manažmente neúplného potratu (Supplementary material, EtD framework on Medical management of incomplete abortion).

^a v prípade tohto odporúčania a všetkých odporúčaní týkajúcich sa zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok sa vzhľadom na nedostatočné dôkazy pre mnohé kombinácie pracovníčok alebo pracovníkov a ich úloh diskusie odborného panelu zamerali na rámec kompetencií obsiahnutý v publikácii SZO z roku 2011 s názvom *Sexuálne a reprodukčné zdravie: základné kompetencie v primárnej starostlivosti* (Sexual and reproductive health: core competencies in primary care) (121), ktorý poskytuje informácie o kompetenciách (vrátane zručností a vedomostí) potrebných pre každú úlohu, a tiež na kritériá WHO-INTEGRATE, najmä na uskutočniteľnosť, spravodlivosť a prijateľnosť praxe a hodnoty a preferencie žien.

^b Bežný rozsah práce/praxe je dostupný v Prílohe 5 v [originálnom dokumente](#): Kategórie a role zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok (Health worker categories and roles).

Kde

Žiadna požiadavka na miesto (v zariadení či mimo neho) neexistuje.

Ako

Otázky spojené s realizáciou

- Môže byť potrebná úprava obmedzení týkajúcich sa oprávnenia predpisovať lieky pre niektoré kategórie poskytovateľiek a poskytovateľov alebo zavedenie iných mechanizmov na sprístupnenie liekov týmto poskytovateľkami a poskytovateľmi v rámci kontrolného rámca zdravotníckeho systému.
- Vypudenie zadržanej placenty a plodových obalov je indikátorom pre akútnu pôrodnicku starostlivosť, preto možno odbornú prípravu a vykonávanie týchto úkonov integrovať do služieb akútnej pôrodnickej starostlivosti.

Kto

Odporúčanie pre oblasť POSKYTOVANIA SLUŽIEB 38: Vákuová aspirácia pri manažmente nekomplikovaných neúplných potratov v gestačnom veku do 14. týždňa

Kategórie zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov	Odporúčanie	Zdôvodnenie ^a
Odborníci a odborníčky v oblasti tradičnej a alternatívnej medicíny	Odporúčame	Pokiaľ ide o účinnosť toho, keď títo odborníci a tieto odborníčky vykonávajú súčasti úlohy – napr. posúdenie veľkosti maternice pomocou bimanuálneho vyšetrenia v rámci poskytovania medikamentózneho interrupcie – výskumníci a výskumníčky našli dôkazy s veľmi nízkou mierou dôveryhodnosti. Zručnosti a vedomosti potrebné pre túto úlohu sú (podľa rámca kompetencií) v súlade s kompetenciami tejto kategórie zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok. ^a V niektorých podmienkach vykonávajú títo odborníci a odborníčky iné transcervikálne zákroky (napr. zavedenie vnútromaternicového telieska). Táto možnosť má potenciál zvýšiť spravodlivý prístup ku kvalitnej interrupčnej starostlivosti v regiónoch, kde títo odborníci a odborníčky tvoria významnú časť zdravotníckej pracovnej sily.
Pomocné zdravotné sestry/pomocné*í pôrodné*í asistentky*i (PPA)	Navrhujeme Podmienka: v kontextoch, v ktorých existujúce mechanizmy zdravotníckeho systému zapájajú pomocné sestry/PPA do poskytovania akútnej	O bezpečnosti a účinnosti tejto možnosti našli výskumníci a výskumníčky nedostatočné priame dôkazy. Avšak možnosť, keď táto kategória zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov poskytuje urgentnú pôrodnicku starostlivosť (vrátane odstránenia zadržanej placenty a plodových obalov ako indikátora) alebo postabortívnu starostlivosť pomocou manuálnej

Kategórie zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov	Odporúčanie	Zdôvodnenie ^a
	pôrodnickej starostlivosti a kde existujú spoľahlivé systémy presmerovania klientky* a systémy kontroly.	vákuovej aspirácie, sa ukázala ako realizovateľná v rámci programov vo viacerých nízkozdvojových prostrediach.
Sestry	Odporúčame	Výskumníci a výskumníčky našli dôkazy o tom, že vákuová aspirácia pri umelom prerušení tehotenstva (nízka dôveryhodnosť), a zručnosti potrebné na zvládnutie nekomplikovaného neúplného potratu pomocou vákuovej aspirácie sú podobné. Táto možnosť sa ukázala ako realizovateľná aj v nízkozdvojových podmienkach.
Pôrodné asistentky a pôrodné asistenti	Odporúčame	Výskumníčky a výskumníci našli nepriame dôkazy o tom, že vykonávanie vákuovej aspirácie na umelé prerušenie tehotenstva týmito zdravotníckymi pracovníčkami a pracovníkmi je bezpečné a účinné (stredná miera dôveryhodnosti) a zručnosti potrebné na zvládnutie nekomplikovaného neúplného potratu pomocou vákuovej aspirácie sú podobné. Táto možnosť sa ukázala ako realizovateľná aj v podmienkach s nízkymi zdrojmi.
Zdravotníčkové asistentky* / zdravotníčkové laborantky*	Odporúčame	Výskumníci a výskumníčky našli nepriame dôkazy o tom, že vykonávanie vákuovej aspirácie na umelé prerušenie tehotenstva týmito asistentkami a asistentkami je bezpečné a účinné (stredná miera dôveryhodnosti) a zručnosti potrebné na zvládnutie nekomplikovaného neúplného potratu pomocou vákuovej aspirácie sú podobné.
Lekárky* so všeobecným zameraním špecializovaní*é lekári*ky	Odporúčame	Bežná súčasť ich praxe, ^b preto neprebehlo žiadne posudzovanie dôkazov.

Zdroj: Aktualizované odporúčanie zo SZO (2015) (23).

Poznámka k aktualizácii odporúčania: Išlo o existujúce odporúčanie, pri ktorom výskumníci a výskumníčky pomocou metodológie GRADE preskúmali dôkazy týkajúce sa odborníkov a odborníkov v oblasti tradičnej a alternatívnej medicíny, pomocných sestier a pomocných pôrodných asistentov a asistentiek. Po preskúmaní sme posilnili len odporúčanie pre odborníkov a odborníčky v oblasti tradičnej a alternatívnej medicíny a to z „navrhujeme“ na „odporúčame“. Odporúčania pre ostatné preskúmané kategórie zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov zostávajú oproti predchádzajúcemu usmerneniu nezmenené. Zhrnutie týchto dôkazov sa nachádza v Doplnkovom materiáli 3, Rámec od dôkazov k rozhodnutiu: Vákuová aspirácia ako manažment neúplného potratu (Supplementary material, EtD framework on Vacuum aspiration for management of incomplete abortion).

^a V prípade tohto odporúčania a všetkých odporúčaní týkajúcich sa zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov sa vzhľadom na nedostatočné dôkazy pre mnohé kombinácie pracovníkov a pracovníčok a ich úloh diskusie odborného panelu zamerali na rámec kompetencií obsiahnutý v publikácii SZO z roku 2011 s názvom *Sexuálne a reprodukčné zdravie: základné kompetencie v primárnej starostlivosti* (Sexual and reproductive health: core competencies in primary care) (121), ktorý poskytuje informácie o kompetenciách (vrátane zručností a vedomostí) potrebných pre každú úlohu, a tiež na kritériá WHO-INTEGRATE, najmä na realizovateľnosť, spravodlivosť a prijateľnosť praxe a hodnoty a preferencie žien.

^b Bežný rozsah práce/praxe je dostupný v Prílohe 5 v [originálnom dokumente](#): Kategórie a role zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov (Health worker categories and roles).

Kde

V zdravotníckom zariadení.

Ako

Otázky spojené s realizáciou

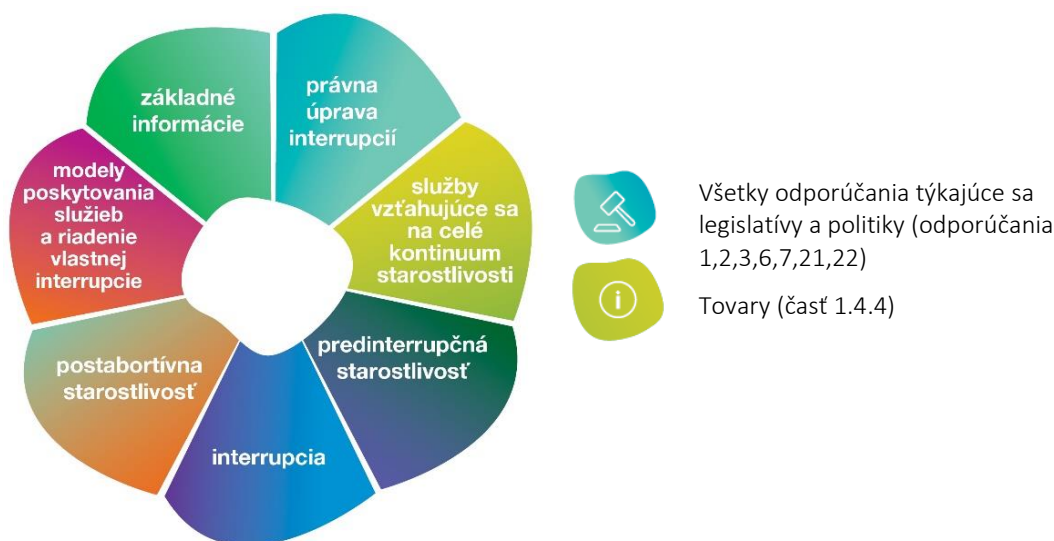
- Zručnosti potrebné na poskytovanie manuálnej aj elektronickej vákuovej aspirácie sú podobné, takže uvedené odporúčania sa vzťahujú na obidve. MVA sa používa častejšie a jej využitie je pravdepodobnejšie v zariadeniach primárnej starostlivosti.
- Nekomplikovaný neúplný potrat môže nastať po interrupcii alebo spontánnom potrate (t. j. potrate). Manažment je rovnaký a vyššie uvedené odporúčania sa vzťahujú na obidva prípady.
- Vypudenie zadržanej placenty a plodových obalov je indikátorom pre akútnu pôrodnicu starostlivosť, preto možno odbornú prípravu a vykonávanie týchto úkonov integrovať do služieb akútnej pôrodnickej starostlivosti.

KLÚČOVÉ ĽUDSKOPRÁVNE ASPEKTY SPOJENÉ S MANAŽMENTOM NEÚPLNÉHO POTRATU

- Štáty musia zabezpečiť dobrý prístup k cenovo dostupným základným liekom nediskriminačným spôsobom.
- Štáty sú v prípade potreby povinné zabezpečiť prístup k postabortívnej starostlivosti bez ohľadu na to, či je v nich interrupcia legálna (45, ods. 70).
- Postabortívna starostlivosť musí byť dostupná na dôvernom základe, a to aj v situáciách, keď je interrupcia nelegálna.
- Postabortívna starostlivosť musí byť dostupná bez hrozby trestnoprávneho postihu alebo trestných opatrení. Štáty od zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov nemôžu vyžadovať, aby nahlasovali osoby, u ktorých existuje podozrenie, že podstúpili ilegálnu interrupciu, ani aby od týchto osôb vyžadovali prezradenie akýchkoľvek potenciálne usvedčujúcich informácií počas alebo ako podmienku poskytnutia postabortívnej starostlivosti.

Ďalšie informácie a zdroje sa nachádzajú v rámciku 1.2 a v [Prílohe A](#) na webe: Klúčové medzinárodné ľudskoprávne normy pre oblasť interrupcií (Web annex A: Key international human rights standards on abortion).

Prepojenia na súvisiace témy/odporúčania



3.5.3. Manažment život neohrožujúcich komplikácií: infekcia a krvácanie

Prvotný a základný manažment zahŕňa rozpoznanie komplikácie, stabilizáciu ženy, poskytnutie perorálnych alebo parenterálnych (pozn. prekladateľky: poskytnuté inak ako cez ústa, napr. injekčne) antibiotík a intravenózných tekutín pred odporúčaním k vhodnému*ej zdravotníckemu*ej pracovníkovi*čke/do vhodného zariadenia.



Odporúčanie pre oblasť POSKYTOVANIA SLUŽIEB 39: Počiatkový manažment život neohrožujúcej infekcii po interrupcii*

Katégorie zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok	Odporúčanie	Zdôvodnenie ^a
Odborníčky a odborníci v oblasti tradičnej a alternatívnej medicíny	Odporúčame	Hoci výskumníčky a výskumníci nenašli žiadne priame dôkazy ohľadom manažmentu postabortívnej infekcie týmito zdravotníckymi pracovníčkami a pracovníkmi, ich základná odborná príprava zahŕňa zručnosti potrebné pre túto úlohu. Zručnosti a vedomosti potrebné pre túto úlohu sú (podľa rámca kompetencií) v súlade s kompetenciami tejto katégorie zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov. ^a Odborný panel potvrdil, že táto možnosť je realizovateľná a že má potenciál zvýšiť spravodlivý prístup k postabortívnej starostlivosti.

<p>Pomocné zdravotné sestry/ pomocné*í pôrodné*í asistentky* Zdravotné sestry Pôrodné asistentky a pôrodní asistenti Zdravotníck*ie asistenti*ky/ zdravotnícke*í laborantky*í</p>	<p>Odporúčame</p>	<p>Hoci výskumníci a výskumníčky nenašli žiadne priame dôkazy ohľadom manažmentu postabortívnej infekcie týmito zdravotníckymi pracovníkmi a pracovníčkami, manažment puerperálnej sepsy (pozn. prekladateľky: popôrodná otrava krvi) intramuskulárnymi antibiotikami, ktorý patrí do ich typického rozsahu praxe, si vyžaduje podobné zručnosti (13).^b</p>
<p>Lekárky*í so všeobecným zameraním Odborní*é lekári*ky</p>	<p>Odporúčame</p>	<p>Bežná súčasť ich praxe,^b preto neprebehlo žiadne posudzovanie dôkazov.</p>

Zdroj: Aktualizované odporúčanie zo SZO (2015) (23).

Poznámka k aktualizácii odporúčaní: Išlo o existujúce odporúčanie, pri ktorom výskumníčky a výskumníci pomocou metodológie GRADE opätovne preskúmali dôkazy týkajúce sa odborníkov v oblasti tradičnej a alternatívnej medicíny, lekárničiek, pomocných pracovníkov v lekárnach, komunitné zdravotnícke pracovníčky. Po preskúmaní sme odporúčanie posilnili len pre odborníkov a odborníčky v oblasti tradičnej a alternatívnej medicíny, a to z „navrhujeme“ na „odporúčame“. V prípade ostatných preskúmaných kategórií zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok pretrvávajú „silné odporúčania proti“ (nie sú uvedené). Zhrnutie týchto dôkazov sa nachádza v Doplnkovom materiáli 3, Rámec od dôkazov k rozhodnutiu: Diagnostikovanie a manažment komplikácií spojených s interrupciou (Supplementary material, EtD framework on Diagnosis and management of abortion-related complications).

^a V prípade tohto odporúčania a všetkých odporúčaní týkajúcich sa zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov sa vzhľadom na nedostatočné dôkazy pre mnohé kombinácie pracovníkov alebo pracovníčok a ich úloh diskusia odborného panelu zamerali na rámec kompetencií obsiahnutý v publikácii SZO z roku 2011 s názvom *Sexuálne a reprodukčné zdravie: základné kompetencie v primárnej starostlivosti* (Sexual and reproductive health: core competencies in primary care) (121), ktorý poskytuje informácie o kompetenciách (vrátane zručností a vedomostí) potrebných pre každú úlohu, a tiež na kritériá WHO-INTEGRATE, najmä na realizovateľnosť, spravodlivosť a prijateľnosť praxe a hodnoty a preferencie žien.

^b Bežný rozsah práce/praxe je dostupný v Prílohe 5 v [originálnom dokumente](#): Kategórie a role zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov (Health worker categories and roles).

* Je dôležité, aby lekárničky, pomocní pracovníci v lekárnach a komunitné zdravotnícke pracovníčky vedeli rozpoznávať príznaky a symptómy tejto komplikácie.



Kde

Žiadna požiadavka na miesto (v zariadení či mimo neho) neexistuje.



Ako

Otázky spojené s realizáciou

- Je dôležité, aby lekárnici, pracovníčky lekární a komunitní zdravotníckí pracovníci vedeli rozpoznávať príznaky a symptómy komplikácií spojenými s rizikovými interrupciami a aby vedeli, kam majú ženy vo svojich komunitách odkázať.
- Môže byť potrebná úprava obmedzení v rámci kontrolného rámca zdravotníckeho systému týkajúcich sa oprávnenia predpisovať lieky niektorými kategóriami poskytovateľov a poskytovateľiek alebo zavedenie iných mechanizmov, ktoré by týmto poskytovateľkám a poskytovateľom umožnili podávať antibiotiká.



Odporúčanie pre oblasť POSKYTOVANIA SLUŽIEB 40: Počiatkový manažment život neohrozujúceho krvácania po interrupcii*

Kategórie zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov	Odporúčanie	Zdôvodnenie ^a
Odborníci a odborníčky v oblasti tradičnej a alternatívnej medicíny	Odporúčame	Výskumníci a výskumníčky nenašli žiadne priame dôkazy ohľadom manažmentu postabortívneho krvácania týmito profesionálmi a profesionálkami, ich základná odborná príprava však zahŕňa zručnosti potrebné pre túto úlohu. Zručnosti a vedomosti potrebné pre túto úlohu sú (podľa rámca kompetencií) v súlade s kompetenciami pre túto kategóriu zdravotníckych pracovníčok a pracovníčok. ^a
Pomocné zdravotné sestry/ pomocní*é pôrodní*é asistenti*ky asistenti (PPA)	Odporúčame	Hoci výskumníčky a výskumníci nenašli žiadne priame dôkazy ohľadom manažmentu postabortívneho krvácania týmito zdravotníckymi pracovníčkami a pracovníkmi, prvotný manažment popôrodného krvácania pomocou intravenózneho podávania tekutín, ktorý si vyžaduje podobné zručnosti, patrí do ich typického rozsahu praxe (138).
Sestry Pôrodní*é asistenti*ky Zdravotnícke*i asistentky*/ zdravotnícki*e laboranti*ky	Odporúčame	Hoci výskumníci a výskumníčky nenašli žiadne priame dôkazy ohľadom manažmentu postabortívneho krvácania týmito zdravotníckymi pracovníkmi a pracovníčkami, prvotný manažment popôrodného krvácania pomocou intravenózneho podávania tekutín, ktorý si vyžaduje podobné zručnosti, patrí do ich typického rozsahu praxe (138).
Lekári*ky si všeobecným zameraním Špecializované*í lekárky*i	Odporúčame	Bežná súčasť ich praxe, ^b preto neprebehlo žiadne posudzovanie dôkazov.

Zdroj: Aktualizované odporúčanie zo SZO (2015) (23).

Poznámka k aktualizácii odporúčania: Išlo o existujúce odporúčanie, pri ktorom výskumníci a výskumníčky pomocou metodológie GRADE opätovne preskúmali dôkazy týkajúce sa odborníčov v oblasti tradičnej a alternatívnej medicíny, farmaceutov, pomocných pracovníčok v lekárňach, komunitných zdravotníckych pracovníkov. Po preskúmaní sme odporúčanie posilnili len pre odborníčky a odborníkov v oblasti tradičnej a alternatívnej medicíny, a to z „navrhujem“ na „odporúčam“. V prípade ostatných preskúmaných kategórií zdravotníckych pracovníčok a pracovníčok pretrvávajú „silné odporúčania proti“ (nie sú uvedené). Zhrnutie týchto dôkazov sa nachádza v Doplnkovom materiáli 3. Rámec od dôkazov k rozhodnutiu: Diagnostika a manažment komplikácií spojených s interrupciou (Supplementary material, EtD framework on Diagnosis and management of abortion-related complications).

^a V prípade tohto odporúčania a všetkých odporúčaní týkajúcich sa zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov sa vzhľadom na nedostatočné dôkazy pre mnohé kombinácie pracovníkov alebo pracovníčok a ich úloh diskusia odborného panelu zamerala na rámec kompetencií obsiahnutý v publikácii SZO z roku 2011 s názvom *Sexuálne a reprodukčné zdravie: základné kompetencie v primárnej starostlivosti* (Sexual and reproductive health: core competencies in primary care) (121), ktorý poskytuje informácie o kompetenciách (vrátane zručností a vedomostí) potrebných pre každú úlohu, a tiež na kritériá WHO-INTEGRATE, najmä na realizovateľnosť, spravodlivosť a prijateľnosť praxe a hodnoty a preferencie žien.

^b Bežný rozsah práce/praxe je dostupný v Prílohe 5 v [originálnom dokumente](#): Kategórie a role zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov (Health worker categories and roles).

* Je dôležité, aby farmaceuti, pomocné pracovníčky v lekárňach, a komunitní zdravotnícki pracovníci vedeli rozpoznávať príznaky a symptómy tejto komplikácie.

Kde

Žiadna požiadavka na miesto (v zariadení či mimo neho) neexistuje.

Ako

Otázky spojené s realizáciou

- Počiatočný manažment krvácania a infekcie je takisto indikátorom kvality akútnej pôrodnej starostlivosti a príprava naň a jeho realizácia môžu byť integrované so službami akútnej pôrodnej starostlivosti.

KLÚČOVÉ ĽUDSKOPRÁVNE ASPEKTY SPOJENÉ S ŽIVOT NEOHROZUJÚCIMI KOMPLIKÁCIAMI

- Štáty sú v prípade potreby povinné zabezpečiť prístup k postabortívnej starostlivosti bez ohľadu na to, či je v nich interrupcia legálna (45, ods. 70).
- Postabortívna starostlivosť musí byť dostupná na dôvernom základe, a to aj v situáciách, keď je interrupcia nelegálna.
- Postabortívna starostlivosť musí byť dostupná bez hrozby trestnoprávneho postihu alebo trestných opatrení. Štáty od zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov nemôžu vyžadovať, aby nahlasovali osoby, u ktorých existuje podozrenie, že podstúpili ilegálnu interrupciu, ani aby od týchto osôb vyžadovali prezradenie akýchkoľvek potenciálne usvedčujúcich informácií počas alebo ako podmienku poskytnutia postabortívnej starostlivosti

Ďalšie informácie a zdroje sa nachádzajú v rámciku 1.2 a v [Prílohe A](#) na webe: Klúčové medzinárodné ľudskoprávne normy pre oblasť interrupcií (Web Annex A: Key international human rights standards on abortion).

Prepojenia na súvisiace témy/odporúčania



Všetky odporúčania týkajúce sa legislatívy a politiky (odporúčania 1,2,3,6,7,21,22)

3.5.4 Postabortívna antikoncepcia

Po umelom prerušení tehotenstva alebo spontánnom potrate sa môže ovulácia vrátiť už o 8 až 10 dní a zvyčajne do jedného mesiaca, preto je dôležité, aby ženy, ktoré chcú oddialiť alebo zabrániť budúcemu tehotenstvu, začali s antikoncepciou čo najskôr počas prvého mesiaca (153, 154). Po interrupcii možno zvažovať všetky možnosti antikoncepcie. Želanie klientky* a je prvoradé; ak si želá začať alebo pokračovať v antikoncepčnej metóde, v ktoromkoľvek bode starostlivosti možno zvážiť všetky možnosti antikoncepcie, pričom niektoré metódy možno začať používať už v čase interrupcie (155). Štáty sú tiež povinné zabezpečiť prístup k širokej škále moderných, bezpečných a cenovo dostupných antikoncepčných metód (36 [ods. 8], 49 [ods. 33]). Je potrebné dodržiavať kritériá vymedzené v publikáciách SZO *Zaručovanie dodržiavania ľudských práv pri poskytovaní informácií a služieb v oblasti antikoncepcie a Kritériá zdravotnej spôsobilosti pre užívanie antikoncepcie* (156, 157). Podrobné posúdenie všetkých metód postabortívnej antikoncepcie nie je predmetom tohto usmernenia.

Táto časť je zameraná na načasovanie antikoncepcie a na zdravotnícke pracovníčky a pracovníkov, ktorí môžu poskytovať niektoré antikoncepčné metódy. Úlohou prístupov týkajúcich sa manažmentu vlastnej postabortívnej antikoncepcie sa budeme bližšie zaoberať v časti 3.6.3.



Odporúčanie pre oblasť ZDRAVOTNÝCH SLUŽIEB 41: Kritériá zdravotnej spôsobilosti na postabortívnu antikoncepciu

Po chirurgickej alebo medikamentóznej interrupcii (v prvom a druhom trimestri a tiež po septickom potrate) možno začať okamžite používať nasledujúce antikoncepčné metódy (kategória 1 podľa kritérií zdravotnej spôsobilosti – bez obmedzení): kombinovanú hormonálnu antikoncepciu, antikoncepciu obsahujúcu len progesterón a bariérové metódy (kondómy, spermicídy, vaginálne a cervikálne pesare, ženské kondómy – poznámka: vaginálne a cervikálne pesare, ženské kondómy nie sú vhodné do 6. týždňa po interrupcii v druhom trimestri).

Vnútromaternicové telieska (IUD) je možné začať používať ihneď po chirurgickej alebo medikamentóznej interrupcii v prvom trimestri (kategória 1 podľa kritérií zdravotnej spôsobilosti – bez obmedzení) alebo po interrupcii v druhom trimestri (kategória 2 podľa kritérií zdravotnej spôsobilosti – výhody vo všeobecnosti prevažujú nad rizikami), avšak nemali by sa začať používať ihneď po septickom potrate (kategória 4 podľa kritérií zdravotnej spôsobilosti – zavedenie IUD môže podstatne zhoršiť stav).

Metódy sledovania plodnosti: Metódy sledovania príznakov treba po interrupcii začať používať len veľmi „opatrne“ (v takýchto prípadoch môže byť na uistenie sa o správnom používaní metódy potrebné špeciálne poradenstvo) a používanie metód sledovania plodných dní v menštruačnom kalendári by sa malo odložiť (až do posúdenia stavu; mali by byť ponúknuté alternatívne dočasné metódy antikoncepcie).

Poznámky:

- Vysvetlenie kategórií kritérií zdravotnej spôsobilosti sa nachádzajú v rámciku nižšie.
- Medzi kombinovanú hormonálnu antikoncepciu patria perorálne kombinované kontraceptíva, antikoncepčné náplaste, kombinovaný vaginálny krúžok a kombinovaná injekčná antikoncepcia.
- Medzi antikoncepciu obsahujúcu len progesterón patria tablety obsahujúce iba progesterón (POP), implantáty s obsahom levonorgestrelu (LNG) alebo etonogestrelu (ETG), depotné

(pozn. prekladateľky: uvoľňujúce sa postupne) injekcie s obsahom medroxyprogesterón acetátu (DMPA) a injekcie s obsahom noretisterón enantátu (NET-EN).

- Medzi vnútromaternicové telieska patria telieska s obsahom medi (Cu-IUD) a telieska uvoľňujúce levonorgestrel (LNG-IUD).
- Medzi metódy sledovania príznakov patria Billingsova ovulačná metóda (metóda pozorovania cervikálneho hlienu) a metóda dvoch dní (TwoDay Method), ktoré sú založené na analýze cervikálneho hlienu, a symptotermálna metóda, metóda dvojitej kontroly, ktorá je založená na určovaní prvého plodného dňa pomocou analýzy cervikálneho hlienu a na určovaní posledného plodného dňa na základe analýzy cervikálneho hlienu a teploty.
- Medzi metódy sledovania plodných dní v menštruačnom kalendári patrí rytmická metóda (vyhýbanie sa nechránenému pohlavnému styku od prvého po posledný odhadovaný plodný deň; základom pre výpočet je zaznamenávanie dĺžky niekoľkých menštruačných cyklov) a metóda štandardných dní (Standard Days Method – vyhýbanie sa nechránenému pohlavnému styku v 8. až 19. deň cyklu u osôb, ktorých cykly trvajú zvyčajne 26 až 32 dní).

Zdroj: Odporúčania prevzaté z dokumentu SZO *Kritériá zdravotnej spôsobilosti na užívanie antikoncepcie* (Medical eligibility criteria for contraceptive use) (2015) (157). Znenie bolo upravené do naratívnej podoby z tabuliek v zdrojovom usmernení.

Kľúč ku kategóriám kritérií zdravotnej spôsobilosti na užívanie antikoncepcie

- Kategória 1 – stav, pri ktorom neexistuje žiadne obmedzenie pre používanie antikoncepcnej metódy
- Kategória 2 – stav, pri ktorom výhody využívania metódy vo všeobecnosti prevažujú nad teoretickými alebo preukázanými rizikami
- Kategória 3 – stav, pri ktorom teoretické alebo preukázané riziká zvyčajne prevažujú nad výhodami využívania metódy
- Kategória 4 – stav, ktorý v prípade využívania antikoncepcnej metódy predstavuje neprijateľné zdravotné riziko.

Odporúčanie pre oblasť ZDRAVOTNÝCH SLUŽIEB 42: Správne načasovanie antikoncepcie a chirurgická interrupcia

Pre osoby, ktoré podstupujú chirurgickú interrupciu a chcú používať antikoncepciu: **Odporúčame** možnosť nasadenia antikoncepcie v čase chirurgickej interrupcie.

Komentár:

- Kvalita dôkazov vychádzajúcich z randomizovaných kontrolovaných štúdií je nízka až stredná.

Zdroj: Časť odporúčania 13 prevzatá zo SZO (2012) (19). Ponechávame len tú časť existujúceho odporúčania, ktorá sa týka chirurgickej interrupcie, pričom slovo „odporúčame“ používame na zdôraznenie toho, že ide o dôrazné odporúčanie a úpravy boli urobené tak, aby zahŕňali všetky antikoncepcné metódy.

Odporúčanie pre oblasť ZDRAVOTNÝCH SLUŽIEB 43: Správne načasovanie antikoncepcie a medikamentózna interrupcia

Pre osoby podstupujúce medikamentóznu interrupciu pomocou kombinovaného režimu mifepristónu a misoprostolu alebo samotného misoprostolu:

a. Pre tie, ktoré sa rozhodli využívať **hormonálnu antikoncepciu** (perorálne antikoncepčné tabletky, antikoncepčnú náplasť, antikoncepčný krúžok, antikoncepčný implantát alebo antikoncepčné injekcie): **Navrhujeme**, aby dostali možnosť začať s hormonálnou antikoncepciou hneď po prvej tablete režimu medikamentóznej interrupcie.

b. Pre tie, ktoré sa rozhodnú pre zavedenie **vnútromaternicového telieska**: **Navrhujeme** zaviesť vnútromaternicové teliesko ihneď po zistení, že interrupčný zákrok prebehol úspešne.

Poznámka (pre odporúčania 43a a b):

- Toto odporúčanie sa vzťahuje na kombinovaný režim mifepristónu a misoprostolu a na použitie samotného misoprostolu. Kombinované dávkovanie letrozolu a misoprostolu neuvádzame, pretože štúdie, z ktorých tieto odporúčania vychádzajú, tento režim neposudzovali.

Poznámky (iba pre odporúčanie 43a):

- Okamžité nasadenie intramuskulárneho depotného medroxyprogesterónu acetátu (DMPA) sa spája s miernym znížením účinnosti režimov medikamentóznej interrupcie (158). Okamžité nasadenie DMPA by však malo byť napriek tomu ponúkané ako dostupná antikoncepčná metóda po interrupcii.
- Výhodiskom pre rozhodovanie o nasadení hormonálnej antikoncepcie ako možnosti pre osoby, ktoré podstupujú medikamentóznu interrupciu len s misoprostolom, boli nepriame dôkazy.
- O využívaní kombinovanej hormonálnej antikoncepcie (tabletky alebo injekcie) osobami podstupujúcimi medikamentóznu interrupciu neboli k dispozícii žiadne údaje.
- Osoby, ktoré sa rozhodnú začať používať antikoncepčný krúžok, by mali byť poučené o tom, že v prípade silného krvácania počas medikamentóznej interrupcie je potrebné skontrolovať, či nedošlo k jeho vylúčeniu.

Zdroj: Odporúčanie 4a a 4b prevzaté zo SZO (2018) (120).



Odporúčanie pre oblasť POSKYTOVANIA SLUŽIEB 44: Zavádzanie a odstraňovanie vnútromaternicových teliesok (IUD)

Kategórie zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok	Odporúčanie	Zdôvodnenie
Odborníčky a odborníci v oblasti tradičnej a alternatívnej medicíny	Navrhujeme Podmienka: v prostrediach s existujúcimi mechanizmami zdravotníckeho systému umožňujúcimi zapojenie týchto odborníčok a odborníkov do vykonávania ďalších úloh súvisiacich so zdravím matiek a reprodukčným zdravím.	Ich základná odborná príprava spravidla zahŕňa relevantné zručnosti potrebné na túto úlohu. Táto možnosť je pravdepodobne realizovateľná a môže prispieť ku kontinuite starostlivosti o ženy a zvýšiť dostupnosť v regiónoch, kde tieto odborníčky a odborníci tvoria významnú časť zdravotníckej pracovnej sily.
Pomocné zdravotné sestry	Navrhujeme Podmienka: v kontexte prísneho výskumu.	Toto odporúčanie pôvodne pochádza z usmernenia <i>OptimizeMNH (138)</i> .
Pomocné*í pôrodné*í asistentky*í Sestry Pôrodné*í asistentky*í	Odporúčame	Toto odporúčanie pôvodne pochádza z usmernenia <i>OptimizeMNH (138)</i> .
Zdravotnícki*e asistenti*ky/ zdravotnícke*i laborantky*i Lekári*ky so všeobecným zameraním Špecializované*í lekárky*i	Odporúčame	Toto odporúčanie pôvodne pochádza z usmernenia <i>OptimizeMNH (138)</i> , v ktorom bola táto úloha zaradená do ich typického rozsahu praxe. ^a

Zdroj: Odporúčanie prevzaté zo SZO (2015) (23).

^a Rozsah práce/praxe je dostupný v Prílohe 5 v [originálnom dokumente](#): Kategórie a role zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok (Health worker categories and roles).



Odporúčanie pre oblasť POSKYTOVANIA SLUŽIEB 45: Zavádzanie a odstraňovanie implantátov

Kategórie zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov	Odporúčanie	Zdôvodnenie
Komunitní zdravotnícki pracovníci a komunitné zdravotnícke pracovníčky	Navrhujeme Podmienka: v kontexte prísneho výskumu.	Toto odporúčanie pôvodne pochádza z usmernenia <i>OptimizeMNH (138)</i> .

Kategórie zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov	Odporúčanie	Zdôvodnenie
Odborníčky a odborníci v oblasti tradičnej a alternatívnej medicíny	Navrhujeme Podmienka: v prostrediach s existujúcimi mechanizmami zdravotníckeho systému umožňujúcimi zapojenie týchto odborníčok a odborníkov do vykonávania ďalších úloh súvisiacich so zdravím matiek a reprodukčným zdravím a tam, kde prípravu na odstraňovanie implantátov poskytujú spolu s prípravou na ich zavádzanie.	Hoci výskumníčky a výskumníci našli ohľadom bezpečnosti a účinnosti tejto možnosti iba nepriame dôkazy, základná odborná príprava týchto pracovníčok a pracovníkov zahŕňa zručnosti potrebné pre túto úlohu. Táto možnosť môže podporiť kontinuitu starostlivosti o ženy.
Pomocné zdravotné sestry/pomocné*í pôrodné*í asistentky*í (PPA)	Navrhujeme Podmienka: v podmienkach cielej kontroly a vyhodnocovania.	Toto odporúčanie pôvodne pochádza z usmernenia <i>OptimizeMNH (138)</i> .
Sestry Pôrodné*í asistentky*í	Odporúčame	Toto odporúčanie pôvodne pochádza z usmernenia <i>OptimizeMNH (138)</i> .
Zdravotnícki*e asistenti*ky/ zdravotnícke*í laborantky*í Lekári*ky so všeobecným zameraním Špecializované*í lekárky*í	Odporúčame	Toto odporúčanie pôvodne pochádza z usmernenia <i>OptimizeMNH (138)</i> , v ktorom bola táto úloha zaradená do ich typického rozsahu praxe. ^a

Zdroj: Odporúčanie prevzaté zo SZO (2015) (23).

^a Rozsah práce/praxe je dostupný v Prílohe 5 v [originálnom dokumente](#): Kategórie a role zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov (Health worker categories and roles).



Otázky spojené s realizáciou

- Odstraňovanie implantátov si môže vyžadovať väčší rozsah zručností ako ich vkladanie; každý*á zdravotnícky*a pracovníč*ka vyškolený*á na samostatné vkladanie implantátov, musí mať rovnako dobré školenie aj na ich odstraňovanie (23).



V zdravotníckom zariadení alebo v inom prostredí so sterilnými podmienkami.



Odporúčanie pre oblasť POSKYTOVANIA SLUŽIEB 46: Podávanie injekčnej antikoncepcie (zavedenie a pokračovanie)

Kategórie zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok	Odporúčanie	Zdôvodnenie ^a
Komunitné zdravotnícke pracovníčky a komunitní zdravotnícki pracovníci (KZP)	Odporúčame	Výskumníčky a výskumníci našli o bezpečnosti, účinnosti a realizovateľnosti tejto možnosti iba obmedzené dôkazy. Zručnosti a vedomosti potrebné pre túto úlohu sú (podľa rámca kompetencií) v súlade s kompetenciami KZP. ^a Táto možnosť je realizovateľná a prijateľná, keďže KZP vykonávajú aj iné súčasti interrupčnej starostlivosti. Okrem toho má potenciál rozšíriť možnosti výberu pre ženy a znížiť nerovnosti v prístupe k antikoncepcii.
Pomocní*é pracovníčky v lekárňach	Odporúčame	Hoci výskumníci a výskumníčky o bezpečnosti, účinnosti, prijateľnosti alebo realizovateľnosti tejto možnosti nenašli žiadne dôkazy, pichanie injekcií patrí do ich typického rozsahu praxe ^b a potreba dodatočnej odbornej prípravy na túto úlohu by bola minimálna. Zručnosti a vedomosti potrebné pre túto úlohu sú (podľa rámca kompetencií) v súlade s kompetenciami KZP. ^a Okrem toho má táto možnosť potenciál rozšíriť možnosti výberu pre ženy a znížiť nerovnosti v prístupe k antikoncepcii.
Lekárničky a lekárnici	Odporúčame	Hoci dostupné dôkazy o bezpečnosti a účinnosti tejto možnosti majú veľmi nízku mieru dôveryhodnosti, pichanie injekcií patrí do ich typického rozsahu praxe ^b a potreba dodatočnej odbornej prípravy na túto úlohu by bola minimálna. Okrem toho má táto možnosť potenciál rozšíriť možnosti výberu pre ženy a znížiť nerovnosti v prístupe k antikoncepcii.
Odborníci a odborníčky v oblasti tradičnej a alternatívnej medicíny	Odporúčame	Keďže ich základná odborná príprava spravidla zahŕňa relevantné zručnosti potrebné na túto úlohu, ďalšia odborná príprava by vo väčšine prípadov nebola potrebná. Zručnosti a vedomosti potrebné pre túto úlohu sú (podľa rámca kompetencií) v súlade s ich kompetenciami. ^a Keďže títo odborníci a odborníčky poskytujú podobné služby v existujúcom zdravotníckom systéme, táto možnosť je realizovateľná a prijateľná, a môže podporiť kontinuitu starostlivosti o ženy.
Pomocné zdravotné sestry/pomocní*é pôrodní*é asistenti*ky (PPA)	Odporúčame	Toto odporúčanie pôvodne pochádza z usmernenia <i>OptimizeMNH</i> (138).

Sestry Pôrodní*é asistenti*ky Zdravotnícke*i asistentky*/i/ zdravotníckí*e laboranti*ky Lekárky*i so všeobecným zameraním Špecializovaní*é lekári*ky	Odporúčame	Toto odporúčanie pôvodne pochádza z usmernenia OptimizeMNH (138), v ktorom bola táto úloha zaradená do ich typického rozsahu praxe. ^a
Individuálna osoba/osoba, ktorá potrebuje interrupciu		
Tehotná žena, dievča alebo iná tehotná osoba	Odporúčame	Zdôvodnenie, komentár, otázky týkajúce sa implementácie a ďalšie informácie ohľadom prístupov samostatného riadenia interrupcie sa nachádzajú v odporúčaní 51 v časti 3.6.2.

Zdroj: Aktualizované odporúčanie zo SZO (2015) (23).

Poznámka k aktualizácii odporúčania: Išlo o existujúce odporúčanie, pri ktorom výskumníci a výskumníčky pomocou metodológie GRADE preskúmali dôkazy týkajúce sa odborníkov v oblasti tradičnej a alternatívnej medicíny, pomocných pracovníkov v lekárňach, komunitných zdravotníckych pracovníčok a individuálnych osôb/osôb, ktoré potrebujú antikoncepciu (samostatné riadenie). Po preskúmaní sme posilnili odporúčania týkajúce sa všetkých troch kategórií týchto zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok z „navrhujeme“ na „odporúčame“. Odporúčania pre ostatné kategórie zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov neboli prehodnotené a zostali nezmenené, takže všetky kategórie zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok aj individuálne osoby/osoby, ktoré potrebujú antikoncepciu, majú teraz pre vykonávanie tejto úlohy silné odporúčanie. Zhrnutie týchto dôkazov sa nachádza v Doplnkovom materiáli 3, Rámec od dôkazov k rozhodnutiu: Podávanie injekčnej antikoncepcie (Supplementary material EtD framework on Delivery of injectable contraceptives).

^a V prípade tohto odporúčania a všetkých odporúčaní týkajúcich sa zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov sa vzhľadom na nedostatočné dôkazy pre mnohé kombinácie pracovníkov alebo pracovníčok a ich úloh diskusie odborného panelu zamerali na rámec kompetencií obsiahnutý v publikácii SZO z roku 2011 s názvom *Sexuálne a reprodukčné zdravie: základné kompetencie v primárnej starostlivosti* (Sexual and reproductive health: core competencies in primary care) (121), ktorý poskytuje informácie o kompetenciách (vrátane zručností a vedomostí) potrebných pre každú úlohu, a tiež na kritériá WHO-INTEGRATE, najmä na realizovateľnosť, spravodlivosť a prijateľnosť praxe a hodnoty a preferencie žien.

^b Bežný rozsah práce/praxe je dostupný v Prílohe 5 v [originálnom dokumente](#): Kategórie a role zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov (Health worker categories and roles).



Kde

Žiadna požiadavka na miesto (v zariadení či mimo neho) neexistuje.



Ako

Otázky spojené s realizáciou

- Injekčná antikoncepcia sa podáva pomocou injekčnej striekačky intramuskulárne alebo subkutánne (pozn. prekladateľky: do tukovej vrstvy tesne pod kožu).
- Je dôležité disponovať vhodnými mechanizmami na likvidáciu použitých ostrých predmetov, injekčných striekačiek a ihliel.
- Je dôležité zabezpečiť stálu ponuku injekčnej antikoncepcie, najmä na predajných miestach, aby si ju ženy mohli zaobstarať a používať samy.
- V prípade, že zdravotnícky pracovník alebo pracovníčka ešte nemá certifikát na zavádzanie injekcií, je dobré investovať do počiatočného školenia. Je dôležité mať mechanizmy prepájania zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov so zdravotníckym systémom a zabezpečiť systém presmerovania klientky*a.



Odporúčanie pre oblasť POSKYTOVANIA SLUŽIEB 47: Podviazanie vajcovodov

Kategórie zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov	Odporúčanie	Zdôvodnenie
Zdravotné sestry	Navrhujeme Podmienka: v podmienkach prísneho výskumu.	Toto odporúčanie pôvodne pochádza z usmernenia <i>OptimizeMNH (138)</i> .
Pôrodné asistentky a pôrodní asistenti	Navrhujeme Podmienka: v podmienkach prísneho výskumu.	Toto odporúčanie pôvodne pochádza z usmernenia <i>OptimizeMNH (138)</i> .
Zdravotnícki* <i>e</i> asistenti* <i>ky</i> / zdravotnícke* <i>i</i> laborantky* <i>i</i> Lekárky* <i>i</i> so všeobecným zameraním Špecializovaní* <i>é</i> lekári* <i>ky</i>	Odporúčame	Toto odporúčanie pôvodne pochádza z usmernenia <i>OptimizeMNH (138)</i> , v ktorom bola táto úloha zaradená do ich typického rozsahu praxe. ^a

Zdroj: Odporúčanie prevzaté zo SZO (2015) (23). Odporúčania budú prehodnotené pri ďalšej aktualizácii usmernenia WHO o optimalizácii úloh zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov (138).

^a Rozsah práce/praxe je dostupný v Prílohe 5 v [originálnom dokumente](#): Kategórie a role zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok (Health worker categories and roles).

KLÚČOVÉ ĽUDSKOPRÁVNE ASPEKTY SPOJENÉ S POSTABORTÍVNOU ANTIKONCEPCIOU

- Antikoncepciu možno poskytnúť len v prípade, že osoba, ktorej sa antikoncepcia poskytuje, k jej poskytnutiu dala slobodný a informovaný súhlas.
- Štáty musia zabezpečiť dostupnosť celej škály antikoncepčných možností vrátane širokej škály moderných, bezpečných a cenovo dostupných metód.
- Štáty musia zabezpečiť riadny prístup k základným liekom vrátane antikoncepcie, a to cenovo dostupným a nediskriminačným spôsobom.
- Každá osoba má právo na informácie založené na dôkazoch o všetkých stránkach SRZ vrátane antikoncepcie.
- Informácie o antikoncepcii a antikoncepčné služby treba poskytovať bez diskriminácie, nátlaku alebo násillia.
- V prístupe k informáciám o antikoncepcii a antikoncepčným službám má každá osoba právo na nediskrimináciu a rovnosť.
- Informácie o antikoncepcii a antikoncepčné služby po interrupcii by mali byť dostupné a prístupné dospelým bez vyžadovania súhlasu rodičiek**ov* alebo opatrovníkov**čiek*.
- Štáty musia zaručiť, aby uplatňovanie výhrady vo svedomí neporušovalo právo na informácie a služby v oblasti antikoncepcie.

Ďalšie informácie a zdroje sa nachádzajú v rámciku 1.2 a v [Prílohe A](#) na webe: Klúčové medzinárodné ľudskoprávne normy pre oblasť interrupcií (Web Annex A: Key international human rights standards on abortion).

Prepojenia na súvisiace témy/odporúčania



- Riadenie vlastnej medikamentózne interrupcie (časť Slobodný a informovaný súhlas (časť 1.4.1))
- Tovary (časť 1.4.4)
- Poskytovanie informácií a poradenstvo (časti 3.2.1 a 3.2.2)

3.6 Modely poskytovania služieb a self-manažment

Ako je zrejmé z celej tejto kapitoly, služby interrupčnej starostlivosti môžu poskytovať rôzne zdravotnícke pracovníčky a pracovníci a niektoré úlohy môžu zvládnuť aj osoby, ktoré tieto služby potrebujú, samy. Dokonca aj v prípade zákrokov, ktoré sa vykonávajú v zdravotníckom zariadení, je možné niektoré súčasti starostlivosti (napr. predinterrupčné informácie a poradenstvo, príprava krčka maternice alebo následná postabortívna starostlivosť) vykonávať na iných miestach.

Na rozdiel od chirurgickej interrupcie je medikamentózna interrupcia procesom, ktorý prebieha v priebehu niekoľkých hodín alebo dní, a nie je jednorazovým zákrokom. Celý proces alebo jeho časti môžu prebiehať na rôznych miestach, a to aj prostredníctvom riadenia vlastnej interrupcie a/alebo s podporou rôznych zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok v rôznych fázach procesu, čo umožňuje – a v niektorých prípadoch je to žiaduce – získať starostlivosť na rôznych miestach prostredníctvom širokej škály rôznych možností.

Táto časť sa zaoberá prístupmi poskytovania podporných služieb (časť 3.6.1) a prístupmi self-managementu. Prístupy self-manažmentu v tejto časti zahŕňajú riadenie vlastnej medikamentózne interrupcie (časť 3.6.2) a samostatné riadenie postabortívnej antikoncepcie (časť 3.6.3).

3.6.1 Prístupy poskytovania podporných služieb

Služby medikamentózne interrupcie možno v rámci systému zdravotníctva získať od mnohých aktérov*ov, ktoré*í ich poskytujú alebo poskytujú podporu. Služby možno poskytovať v rámci komplexného modelu pokrývajúceho celé spektrum interrupčnej starostlivosti alebo možno poskytovať len určité časti starostlivosti. Služby môžu poskytovať verejný či súkromný sektor alebo mimovládne organizácie (MVO) a možno ich prijímať na komunitnej úrovni, mimo zariadenia alebo dokonca doma, pričom rôzne modely poskytovania služieb môžu existovať súčasne na štátnej, krajskej a miestnej úrovni.

Prístupy k poskytovaniu služieb nie sú statické a s rastúcou rolou digitálnych technológií a vývojom vedeckých poznatkov a dôkazov o účinných praxiach sa budú naďalej vyvíjať aj inovácie. Výskumníci a výskumníčky pre toto usmernenie preskúmali dostupné dôkazy o rôznych metódach poskytovania interrupčnej starostlivosti a/alebo poskytovania podpory pri nej. Príklady prístupov k poskytovaniu služieb, ktoré boli identifikované v systematických prehľadoch vykonaných pre toto usmernenie, zahŕňali:

- **Modely sprevádzania:** Keď komunitná*í zdravotníčka*í pracovníčka*k poskytuje podporu tým, že sprevádza osobu podstupujúcu interrupciu počas medikamentóznej interrupcie, (telefonicky, prostredníctvom zabezpečenej technologickej platformy alebo osobne), takisto môže poskytovať informácie, poradenstvo, emocionálnu/morálnu podporu a/alebo logistickú podporu (vrátane presmerovania na miestne zdravotnícke zariadenia a podpory pri interakcii s nimi v prípade, že je takáto starostlivosť potrebná alebo želaná).
- **Aktívna pomoc v komunite:** Patria sem zdravotnícke služby, ktoré mobilizujú zdravotníckych pracovníkov, aby poskytovali služby obyvateľstvu alebo iným zdravotníckym pracovníckam mimo miesta, kde zvyčajne pracujú a žijú (159). Ide o stratégiu mobilizácie zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok do vzdialených alebo vidieckych oblastí, napríklad do mobilných kliník. Zdokumentované dôkazy o využívaní tohto modelu pri poskytovaní interrupčnej starostlivosti sú však obmedzené.
- **Digitálne podporné nástroje:** Patrili medzi ne aplikácie poskytujúce informácie, textové správy s pripomenutím a nástroje na pomoc pri posudzovaní dĺžky tehotenstva.
- **Modely predchádzania rizikám (harm reduction):** Modely služieb v prostredí kliniky, v ktorých ženy dostanú podporu v podobe informácií pred interrupciou, informácie o tom, kde nájdú lieky a ako ich používať a v prípade potreby sa môžu vrátiť kvôli postabortívnej podpore. Tieto modely však lieky neposkytujú.
- **Horúce linky:** Zvyčajne ide o telefonické informačné služby, ktoré môžu ženám pomôcť v prístupe ku kvalitnej interrupčnej starostlivosti. Interrupčné horúce linky sa môžu obmedziť na poskytovanie na dôkazoch založených informácií o službách alebo môžu byť prepojené aj s inými modelmi poskytovania služieb, ktoré uľahčujú prístup k liekom a podporujú ženy počas interrupcie a po nej.
- **Sociálny marketing:** Možno široko vymedziť ako uplatňovanie marketingových praktík pri riešení sociálnych problémov. Jeho cieľom je presvedčiť alebo motivovať ľudí, aby si osvojili konkrétne spôsoby konania alebo správania, ktoré sú všeobecne vnímané ako prospešné. Tento prístup k marketingu je už dostatočne preskúmaný ako úspešný model šírenia zdravotníckej praxe/tovarov (napr. kondómov), avšak dokumentácia týkajúca sa kvalitnej interrupčnej starostlivosti (t. j. interrupčných liekov a návodov) je skromnejšia. Môže ísť o spôsob, ako zvýšiť prístup a urobiť starostlivosť dostupnejšou.
- **Sociálny franchising:** Definuje sa ako systém zmluvných vzťahov zvyčajne spravovaných mimovládnu organizáciou, ktorá využíva štruktúru komerčných reťazcov na dosiahnutie spoločenských cieľov. Hlavný rozdiel medzi sociálnym a komerčným franchisingom spočíva v tom, že sociálny franchising sa zameriava na dosiahnutie spoločensky prínosných cieľov, zatiaľ čo komerčný franchising sa riadi ziskom. Obmedzené dôkazy však poukazujú na potenciálnu nespravodlivosť takýchto modelov (160).
- **Telemedicína:** Spôsob poskytovania zdravotníckych služieb, pri ktorom sú poskytujúci subjekt a klientka alebo klient či poskytujúci subjekt a konzultantka alebo konzultant od seba vzdialené*í. Táto interakcia môže prebiehať v reálnom čase (synchronne), napr. prostredníctvom telefonátu alebo videohovoru. Môže však prebiehať aj asynchronne (store-and-forward formou), keď je odpoveď po odoslaní otázky zaslaná až neskôr, napr. e-mailom alebo textovou/hlasovou/audio správou (161).

Interakcia medzi osobou vyhľadávajúcou interrupciu a zdravotníckym pracovníkom alebo pracovníčkou môže v rámci celej škály možností poskytovania služieb prebiehať osobne alebo na diaľku. Po preskúmaní a posúdení dôkazov prišiel odborný panel k záveru, že existuje dostatočné množstvo kvalitných dôkazov ako podkladu na vypracovanie osobitného odporúčania týkajúceho sa využívania telemedicínskych prístupov ako alternatívy k osobným interakciám pri poskytovaní medikamentóznej interrupcie (pozri odporúčanie 48).

Dostupné dôkazy neboli vhodné ako podklad na vypracovanie odporúčaní týkajúcich sa ktoréhokoľvek z ostatných modelov poskytovania služieb. Namiesto toho, vzhľadom na kontextuálnu povahu prístupov k poskytovaniu služieb, rôznorodosť druhov praxí a prieniky medzi jednotlivými prístupmi, vypracovali dvojdielne vyhlásenie o osvedčených postupoch vzťahujúce sa na všetky z nich. Vzťahuje

sa na poskytovanie služieb vo všeobecnosti, nie na konkrétny spôsob/model poskytovania služieb (pozri vyhlásenie o osvedčených postupoch č. 49 – Best Practice Statement).

Čo

Kto

Odporúčanie pre oblasť ZDRAVOTNÝCH SLUŽIEB 48 (NOVÉ): Telemedicínske prístupy k poskytovaniu medikamentózne interrupčnej starostlivosti

Odporúčame možnosť využitia telemedicíny na poskytovanie kompletných služieb medikamentózne interrupcie alebo jej častí ako alternatívy k osobnej interakcii so zdravotníckym pracovníkom alebo pracovníčkou.

Komentáre:

Toto odporúčanie sa vzťahuje na posúdenie spôsobilosti na medikamentóznú interrupciu, poradenstvo a/alebo poskytnutie inštrukcií týkajúcich sa priebehu interrupcie a poskytnutie inštrukcií a aktívnej pomoci pri podávaní liekov a následnú postabortívnu starostlivosť – a to všetko prostredníctvom telemedicíny.

Horúce linky, digitálne aplikácie alebo jednosmerné spôsoby komunikácie (napr. textové správy s pripomenutím), ktoré len poskytujú informácie, neboli zahrnuté do prieskumu dôkazov pre toto odporúčanie.

Zdôvodnenie

Výskumníčky a výskumníci vypracovali systematický prehľad za účelom objasnenia otázok ohľadom tejto zásadnej témy. Pomocou rešerše identifikovali desať štúdií o poskytovaní medikamentózne interrupcie s využitím telemedicíny. Štyri randomizované kontrolované štúdie prebehli v Bangladéši, Kambodži, Egypte a Indonézii a šesť observačných štúdií prebehlo v Kanade, Peru a USA. Podľa štúdií, ktoré porovnávali telemedicínsky prístup s osobne poskytovanými službami medikamentózne interrupčnej starostlivosti, medzi nimi nebol rozdiel v miere úspešných interrupcií alebo pokračujúcich tehotenstiev (na základe dôkazov s veľmi nízkou istotou). Ženy, ktoré využili telemedicínu, boli menej často odporúčané na chirurgický zákrok (na základe dôkazov s nízkou mierou dôveryhodnosti). Spokojnosť s telemedicínskymi službami bola vysoká a porovnateľná s bežnými zdravotnými službami (na základe dôkazov s veľmi nízkou istotou). Zhrnutie dôkazov sa nachádza v Doplnkovom materiáli 3, rámec od dôkazov k rozhodnutiu: Telemedicina (Supplementary material, EtD framework on Telemedicine).

Ako

Otázky spojené s realizáciou

- Telemedicínske služby by mali zahŕňať odporúčania (na základe miesta pobytu ženy) na lieky (interrupčné lieky a lieky proti bolesti), akúkoľvek potrebnú interrupčnú alebo postabortívnu starostlivosť (vrátane akútnej starostlivosti, ak je potrebná) a postabortívne antikoncepčné služby. Tie sa môžu vzťahovať na medikamentóznú aj chirurgickú interrupciu.

ČoKto

Vyhlasenie o osvedčených postupoch pre oblasť POSKYTOVANIA SLUŽIEB 49 (NOVÉ)

1. časť Neexistuje jeden odporúčaný prístup k poskytovaniu interrupčných služieb. Výber konkrétneho zdravotníckeho pracovníka (pracovníčok) (z odporúčaných možností) alebo self-manažmentu a miesta poskytovania služieb (z odporúčaných možností) bude závisieť od hodnôt a preferencií ženy, dievčaťa alebo inej tehotnej osoby, dostupných zdrojov a štátneho či miestneho kontextu. V rámci každého kontextu môže súbežne existovať viacero prístupov k poskytovaniu služieb.

2. časť Vzhľadom na to, že prístupy k poskytovaniu služieb môžu byť rôznorodé, je dôležité zabezpečiť, aby ako celok pre osobu vyhľadávajúcu starostlivosť znamenali:

- prístup k vedecky presným a zrozumiteľným informáciám vo všetkých fázach;
- prístup k liekom zaručenej kvality (vrátane liekov na manažment liečby bolesti);
- podporu pomocou nasmerovania klientky*a, ak je to potrebné alebo žiadúce;
- sprostredkovanie vhodného výberu antikoncepčných služieb pre osoby, ktoré si želajú postabortívnu antikoncepciu.

Zhrnutie dôkazov sa nachádza v Doplnkovom materiáli 3, Rámec od dôkazov k rozhodnutiu: Medikamentózna interrupcia poskytovaná v rôznych kontextoch (EtD framework on Medical abortion provided in different settings.).

Ako

Otázky spojené s realizáciou

- Prístupy poskytovania služieb by mali byť podľa možnosti spoluvytvárané s ľuďmi, ktorým bude prax slúžiť.
- Všetky modely je potrebné testovať a prispôbiť miestnym podmienkam, v ktorých budú fungovať.
- Nie všetky prístupy k poskytovaniu služieb možno uplatniť celoplošne, ale v prípade tých, ktoré prichádzajú do úvahy pre štátne programy, je pred ich rozšírením potrebné primerané pilotné testovanie.
- Všetky modely poskytovania služieb by mali mať mechanizmy na kontrolu kvality a zabezpečenie zodpovednosti.

KLÍČOVÉ ĽUDSKOPRÁVNE ASPEKTY SPOJENÉ S MODELMI POSKYTOVANIA SLUŽIEB

- Štáty by mali vypracovať a presadzovať na dôkazoch založené normy a usmernenia zamerané na poskytovanie a zabezpečovanie služieb v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia (SRZ), ktoré treba pravidelne aktualizovať tak, aby odrážali pokrok v oblasti medicíny. Štáty musia zároveň zabezpečiť veku primerané, na dôkazoch založené a vedecky presné komplexné vzdelávanie v oblasti SRZ pre všetky a všetkých.
- Služby SRZ musia byť dostupné, prístupné, prijateľné a kvalitné. To znamená, že ich treba pri poskytovaní spôsobom rešpektujúcim kultúru jednotlivých osôb, menšín, národov a komunit a citlivým k potrebám súvisiacich s rodom, vekom, zdravotným znevýhodnením, sexuálnou rozmanitosťou a životným cyklom (53, ods. 20).
- Štáty musia prijať opatrenia na zníženie úmrtnosti a chorobnosti matiek.
- Štáty musia dôverným spôsobom jednotlivkyniam a jednotlivcom sprístupniť presné, na dôkazoch založené informácie o interrupciách.
- Štáty musia zabezpečiť poskytovanie služieb na základe nediskriminácie a rovnosti.
- Štáty musia zabezpečiť poskytovanie služieb spôsobom, ktorý rešpektuje právo na výhody vedeckého pokroku, čo znamená, že štáty by mali zabezpečiť prístup k moderným a bezpečným formám antikoncepcie vrátane núdzovej antikoncepcie, liekov na umelé prerušenie tehotenstva, technológií asistovanej reprodukcie a iných tovarov a služieb v oblasti SRZ na základe nediskriminácie a rovnosti.
- Ďalšie informácie a zdroje sa nachádzajú v rámcu 1.2 [Príloha A](#) na webe: Kľúčové medzinárodné ľudskoprávne normy pre oblasť interrupcií (Web Annex A: Key international human rights standards on abortion).

Prepojenia na súvisiace témy/odporúčania



Všetky odporúčania týkajúce sa legislatívy a politiky (odporúčania 1,2,3,6,7,21,22)

3.6.2 Prístupy k riadeniu vlastnej medikamentózneho interrupcie – celej alebo jej časti/í

Starostlivosť o seba, ako je definovaná v Glosári, je široký pojem a môže zahŕňať množstvo činností, ktoré majú ľuďom umožniť zlepšiť ich vlastné zdravie. Jednou zo súčastí starostlivosti o seba sú prístupy self-managementu. Vzhľadom na povahu medikamentózneho interrupcie je možné, aby si ju ženy riadili úplne alebo čiastočne samy. Napriek tomu, že tehotné osoby môžu niektoré alebo všetky časti súvisiace s priebehom interrupcie (posúdenie spôsobilosti, samopodanie liekov a posúdenie úspešnosti vlastnej interrupcie) vykonávať úplne samostatne, typickejšie je kombinovanie self-managementu a interakcie s vyškolenými zdravotníckymi pracovníkmi a pracovníčkami alebo so zdravotníckym zariadením a s prístupmi k poskytovaniu služieb opísanými v časti 3.6.1. Práve tehotná osoba (t. j. "ja") riadi proces rozhodovania o tom, ktoré aspekty interrupčnej starostlivosti bude riadiť sama, pri ktorých využije podporu a ktoré zabezpečí vyškolený zdravotnícky personál alebo zdravotnícke zariadenie.

Ženy môžu mať rôzne dôvody na to, aby si riadili časť alebo celý priebeh interrupcie samy. Tie vyplývajú z individuálnej situácie a preferencií. Pre niektoré ženy to môže byť vzhľadom na ich situáciu jediná realizovateľná možnosť a pre iné to môže byť aktívna voľba. Avšak z hľadiska zdravotníckeho systému by riadenie vlastnej interrupcie nemalo byť považované za „poslednú možnosť“ alebo náhradu nefungujúceho zdravotníckeho systému. Self-management treba uznať ako potenciálne posilňujúce a aktívne rozšírenie zdravotníckeho systému a prístupov k deľbe úloh. Podporné priaznivé prostredie, ktoré je opísané v 1. kapitole časti 1.3, sa tak ako aj na iné súčasti poskytovania starostlivosti, vzťahuje aj na prístupy self-managementu.



Odporúčanie pre oblasť SELF-MANAGEMENTU 50: Riadenie vlastnej medikamentózneho interrupcie v gestačnom veku do 12. týždňa

Pri medikamentózneho interrupcii do 12. týždňa (pomocou kombinácie mifepristónu a misoprostolu alebo samotného misoprostolu): **Odporúčame** možnosť riadenia celého priebehu vlastnej medikamentózneho interrupcie alebo ktorejkoľvek z jeho troch častí:

- posúdenie vlastnej spôsobilosti (určenie dĺžky tehotenstva; vylúčenie kontraindikácií)
- podanie si interrupčných liekov mimo zdravotníckeho zariadenia a bez priameho dohľadu vyškolenej zdravotníckej pracovníčky alebo pracovníka a riadenie priebehu interrupcie
- posúdenie úspešnosti vlastnej interrupcie

Komentáre:

- K riadeniu vlastnej medikamentózneho interrupcie (s využitím ktoréhokoľvek spôsobu) v prípade tehotenstva do 10. týždňa bolo viac dôkazov.
- Toto odporúčanie sa vzťahuje na kombinované dávkovanie mifepristónu a misoprostolu a na použitie samotného misoprostolu. Zahrnuté štúdie, z ktorých tieto odporúčania vychádzajú, neposudzovali kombináciu letrozolu a misoprostolu.
- Všetky osoby, ktoré sa podieľajú na riadení vlastnej medikamentózneho interrupcie, musia mať zároveň prístup k presným informáciám, kvalitným liekom vrátane liekov na manažment liečby bolesti, podporu vyškolených zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov a prístup k zdravotníckemu zariadeniu a k službám presmerovania pacientky*a, ak to potrebujú alebo si to želajú.
- Môže byť potrebná úprava obmedzení v rámci kontrolného rámca zdravotníckeho systému týkajúcich sa oprávnenia predpisovať a vydávať interrupčné lieky alebo zavedenie iných mechanizmov na riadenie vlastnej interrupcie.

Zdroj: Aktualizované odporúčanie zo SZO (2015) (23).

Poznámka k aktualizácii odporúčaní: Išlo o existujúce odporúčanie, pri ktorom boli pomocou metodológie GRADE preskúmané dôkazy týkajúce sa všetkých čiastkových úloh. Výskumníci a výskumníčky po preskúmaní posilnili odporúčania pre všetky čiastkové úlohy na „odporúčame“ – z „navrhujeme“ pre samostatné podávanie a posúdenie úspešnosti a z „len v kontexte prísneho výskumu“ pre posúdenie vlastnej spôsobilosti.



Žiadna požiadavka na miesto (v zariadení či mimo neho) neexistuje.

Zdôvodnenie

Výskumníčky a výskumníci vypracovali systematický prehľad za účelom objasnenia otázok ohľadom tejto zásadnej témy. Prvý bol zameraný na posúdenie vlastnej spôsobilosti na interrupciu a posúdenie úspešnosti vlastnej interrupcie. Pomocou rešerše identifikovali 14 štúdií týkajúcich sa týchto dvoch čiastkových úloh. Štyri štúdie o posúdení vlastnej spôsobilosti sa uskutočnili v Južnej Afrike, Spojenom kráľovstve a USA. Desať štúdií o posúdenie úspešnosti vlastnej interrupcie sa uskutočnilo v Rakúsku, Fínsku, Indii, Mexiku, Nepále, Nórsku, Južnej Afrike, Švédsku, Uzbekistane a Vietname. Druhý sa týkal samopodávania liekov a zahŕňal 18 štúdií, ktoré sa uskutočnili v Albánsku, Bangladéši, Číne, Francúzsku, Indii, Nigérii, Tunisku, Turecku a Vietname. Zhrnutie týchto dôkazov sa nachádza v doplnkovom materiáli 2, rámec od dôkazov k rozhodnutiu o riadení vlastnej medikamentóznej interrupcie (EtD framework Self-management of medical abortion).

Posúdenie vlastnej spôsobilosti: O bezpečnosti, účinnosti a prijateľnosti posudzovania vlastnej spôsobilosti na medikamentóznú interrupciu na základe dátumu začiatku poslednej menštruácie alebo v kombinácii s inými nástrojmi (napr. kontrolnými zoznamami) existujú dôkazy s nízkou mierou dôveryhodnosti. Odborný panel diskutoval o realizovateľnosti tejto praxe v určitých prípadoch. Napríklad ak má žena pravidelnú menštruáciu, vie, kedy jej začala posledná menštruácia a ak má k dispozícii overené nástroje a ak má potrebné informácie, môže sama určiť, či je na medikamentóznú interrupciu spôsobilá. Vzhľadom na toto, na hodnoty a preferencie a na celkovú vysokú prijateľnosť tohto prístupu, komisia rozhodla, že túto prax uprednostní.

Samopodávanie liekov: Výskumníci a výskumníčky našli dôkazy o tom, že možnosť podávania si vlastných liekov na medikamentóznú interrupciu je účinná (stredná miera dôveryhodnosti) a bezpečná (nízka miera dôveryhodnosti). Ženy uvádzali, že s užitím vlastných interrupčných liekov, sú veľmi spokojné (podľa dôkazov s veľmi nízkou mierou dôveryhodnosti). Podľa dôkazov s nízkou mierou dôveryhodnosti spôsoby podávania liekov na medikamentóznú interrupciu v značnej miere dodržiavali. Pre jej dobrú prijateľnosť a realizovateľnosť bola táto prax uprednostňovaná.

Posúdenie úspešnosti vlastnej interrupcie: Výskumníčky a výskumníci našli dôkazy s vysokou mierou dôveryhodnosti o tom, že posúdenie výsledku/úspešnosti vlastnej interrupcie (pomocou nástrojov, akými sú vysoko citlivý tehotenský test alebo viacúrovňový tehotenský test) je rovnako účinné ako posúdenie vyškoleným zdravotníckym pracovníkom alebo pracovníčkou. Viac žien zo skupiny, ktorá sama posudzovala úspešnosť vlastnej interrupcie, vyjadrilo spokojnosť s týmto procesom, a to podľa dôkazov s nízkou mierou dôveryhodnosti.



Otázky spojené s realizáciou

- Každá osoba musí mať prístup k presným informáciám o priebehu riadenia vlastnej interrupcie, ako aj o ďalších možnostiach, ktoré sú v jej lokálnom kontexte k dispozícii, aby sa mohla informovane rozhodnúť, či bude celý priebeh alebo jeho časť riadiť sama.
- Posúdenie vlastnej spôsobilosti zahŕňa posúdenie dĺžky tehotenstva na základe poslednej menštruácie. Pri posudzovaní vlastnej spôsobilosti môžu byť nápomocné papierové alebo digitálne nástroje na pomoc pri spomínaní si a výpočte jej trvania alebo kontrolné zoznamy. v prípade nepravidelného menštruačného cyklu alebo nejakých obáv treba ženu povzbudiť, aby podľa možnosti vyhľadala pomoc vyškolenej zdravotníckej pracovníčky alebo pracovníka.
- Samostatné podávanie liekov a riadenie priebehu medikamentózne interrupcie zahŕňa užívanie všetkých alebo časti interrupčných liekov bez priameho dohľadu zdravotníckych pracovníkov alebo pracovníčok. Je dôležité, aby všetky zdroje pre zaobstarávanie liekov, poskytovali lieky so zaručenou kvalitou.
- Ženy by mali mať k dispozícii aj informácie o bolesti počas procesu a mali by mať možnosť získať lieky na manažment liečby bolesti.
- Ženy by mali mať k dispozícii aj informácie o požiadavkách na zvládnutie krvácania súvisiaceho s interrupciou v domácom prostredí a mali by mať prístup k akútnej starostlivosti, ak je to potrebné.
- Posúdiť úspešnosť priebehu vlastnej interrupcie možno pomocou kontrolných zoznamov príznakov a symptómov. Ak sú k dispozícii iné nástroje (napr. vysoko citlivé tehotenské testy), môžu žene pomôcť posúdiť, či bola interrupcia úspešná. Vysoko citlivé tehotenské testy, ktoré vyhodnocujú vzorku moču, sa líšia od bežných tehotenských testov. Ukázalo sa, že použitie vysoko citlivého tehotenského testu (viacúrovňového tehotenského testu) samostatne alebo v kombinácii s kontrolnými zoznamami je pri zisťovaní úspešnosti interrupcie presnejšie. Na potvrdenie úspešnosti interrupcie alebo v prípade vedľajších účinkov či komplikácií je potrebné zabezpečiť prístup k zdravotníckym pracovníkom, pracovníčkam alebo zdravotníckemu zariadeniu.
- Zdravotnícki pracovníci, pracovníčky a manažment by mali v rámci vytvárania priaznivého prostredia akceptovať riadenie vlastnej interrupcie ako legitímnu voľbu interrupčnej starostlivosti a mali by pracovať na prispôbení zdravotníckeho systému, ktorý by uľahčoval a podporoval ženy pri riadení vlastnej interrupcie, napr. prispôbením klinických protokolov používaných v ich zariadení.
- Je potrebné vytvoriť mechanizmy na zabezpečenie prístupu k postabortívnym antikoncepčným službám alebo na ich odporúčanie a na poskytovanie antikoncepcie ženám, ktoré o ňu majú záujem.
- Hoci self-management môže z dlhodobého hľadiska prispieť k zvýšeniu účinnosti zdravotníckych systémov, nemal by spôsobiť, že bremeno nákladov na zdravotné služby sa jednoducho preniesie z poskytovateľov alebo zariadení na samotnú ženu.

3.6.2 Prístupy k riadeniu vlastnej postabortívnej antikoncepcie

Po interrupcii možno uvažovať nad všetkými možnosťami antikoncepcie. Bližšie informácie sa nachádzajú v časti 3.5.4: Postabortívna antikoncepcia. Mnohé metódy plánovaného rodičovstva si osoby, ktoré ich potrebujú, riadia výlučne vo vlastnej réžii (t. j. zaobstarávajú si ich samy bez lekárskeho predpisu alebo cez internet a samy si ich podávajú) a vo všeobecnosti sú dostupné bez lekárskeho predpisu – ide o bariérové metódy a niektoré hormonálne antikoncepčné prostriedky vrátane niektorých orálnych antikoncepčných tabliet, ako aj núdzovej antikoncepcie. V prípade metód,

ktoré si tradične vyžadujú lekársky predpis a/alebo ich podáva zdravotníčka alebo zdravotník, môže prechod na možnosť využívania metód self-manažmentu, ako sú voľnopredajné antikoncepčné prípravky a samoinjekčné hormonálne antikoncepčné prípravky, zlepšiť kontinuitu užívania antikoncepcie odstránením prekážok, ako je napríklad potreba vracat sa do zdravotníckeho zariadenia na opakovanú injekciu každé tri mesiace. Tieto prístupy by mohli znamenať širší prístup k antikoncepcii pre osoby, ktoré majú problémy s pravidelným dochádzaním do zdravotníckych zariadení, a na miestach, kde je nedostatok zdravotníckych pracovníkov a pracovníčok, čím by bolo možné výrazne znížiť prípady neplánovaného tehotenstva.

Čo

Kto

Odporúčanie pre oblasť SELF-MANAGEMENTU 51: Self-manažment/samopodanie injekčnej antikoncepcie (zavedenie a pokračovanie)³¹

Odporúčame možnosť samopodania injekčnej antikoncepcie po interrupcii.

Komentár:

- Injekčná antikoncepcia sa podáva pomocou injekčnej striekačky intramuskulárne alebo subkutánne. Na uľahčenie samopodávania injekčnej antikoncepcie boli vyvinuté kompaktné predplnené zariadenia s funkciou zabráňujúcou opätovnému použitiu (pozn. prekladateľky: AD striekačka).

Zdroj: Aktualizované odporúčanie zo SZO (2015) (23).

Poznámka k aktualizácii odporúčaní: Išlo o existujúce odporúčanie, pri ktorom boli preskúmané dôkazy pomocou metodológie GRADE. Po preskúmaní sme odporúčanie posilnili z „navrhujeme“ na „odporúčame“.

Kde

Žiadna požiadavka na miesto (v zariadení či mimo neho) neexistuje.

Zdôvodnenie

Výskumníčky a výskumníci vypracovali systematický prehľad za účelom objasnenia otázok ohľadom tejto zásadnej témy. Do úvahy brali aj štúdie s účasťou populácie, ktorá nespĺňa všetky podmienky (t. j. ženy v reprodukčnom veku, ktoré chcú začať alebo pokračovať v užívaní injekčnej antikoncepcie). Pomocou rešerše identifikovali sedem štúdií týkajúcich sa samopodávania injekčnej antikoncepcie, ktoré sú zahrnuté medzi preskúmané dôkazy; tri randomizované kontrolované štúdie boli realizované v Malawi a USA a štyri observačné štúdie boli realizované v Senegale, Ugande, Spojenom kráľovstve a USA. Tieto dôkazy boli vyhodnotené ako nepriame, keďže žiadna zo žien zahrnutých do posudzovaných štúdií, v nich nebola charakterizovaná ako vyhľadávajúca postabortívnu antikoncepciu. Zhrnutie týchto dôkazov sa nachádza v Doplnkovom materiáli 3, Rámec od dôkazov k rozhodnutiu: Samopodávaní injekčnej antikoncepcie (Supplementary material, EtD framework on Self-administration of injectable contraception).

Existujú dôkazy o tom, že miera pokračovania v užívaní samopodávanej injekčnej antikoncepcie je vyššia v porovnaní s injekčnou antikoncepciou zavádzanou poskytovateľmi a poskytovateľkami na klinikách (dôkazy s veľmi nízkou až nízkou mierou dôveryhodnosti). V skupine osôb, ktoré si injekčnú antikoncepciu podávajú samy, bola spokojnosť vyššia (dôkazy s veľmi nízkou až strednou mierou dôveryhodnosti). Táto možnosť môže pre ženy znamenať ušetrenie času a financií. Okrem toho môže zlepšiť možnosť voľby a autonómie pri používaní antikoncepcie, ktoré vzplývajú z ľudských práv.

³¹ Zahrnutie odporúčania týkajúceho sa výlučne injekčnej antikoncepcie neznamená, že antikoncepčné možnosti pre ženy po interrupcii treba obmedziť na túto metódu či na metódy zahrnuté v odporúčaní v časti 3.5.4; po interrupcii možno uvažovať nad všetkými antikoncepčnými metódami.

Ako

Otázky spojené s realizáciou

- Je potrebné zabezpečiť školenie samopodávania injekčnej antikoncepcie.
- Je potrebné zabezpečiť školenie a mechanizmy na bezpečné a spoľahlivé skladovanie a likvidáciu ostrých predmetov (použitých injekčných antikoncepčných prostriedkov), najmä v prostrediach s vysokým výskytom HIV.
- Klientky alebo klienti musia mať možnosť pravidelne si zaobstarávať injekčnú antikoncepciu bez toho, aby museli opakovane navštevovať zdravotnícke zariadenie.

Čo

Kto

Odporúčanie pre oblasť SELF-MANAGEMENTU 52: Voľnopredajné perorálne antikoncepčné tabletky

Odporúčame, aby boli voľnopredajné perorálne antikoncepčné tabletky pre osoby, ktoré ich užívajú, dostupné bez lekárskeho predpisu.

Odporúčanie pre oblasť SELF-MANAGEMENTU 53: Voľnopredajné perorálne núdzové antikoncepčné tabletky

Odporúčame, aby boli voľnopredajné perorálne antikoncepčné tabletky pre osoby, ktoré ich chcú použiť, dostupné bez lekárskeho predpisu.

Odporúčanie pre oblasť SELF-MANAGEMENTU 54: Používanie kondómov

Dôsledné a správne používanie mužských a ženských kondómov je veľmi účinné z hľadiska prevencie prenosu HIV pohlavným stykom, zníženia rizika prenosu HIV z mužov na ženy aj zo žien na mužov v sérodiskordantných pároch (pozn. prekladateľky: páry, v ktorých je jedna osoba testovaná ako pozitívna a druhá nie), zníženia rizika prenosu iných pohlavne prenosných chorôb a súvisiacich ochorení vrátane genitálnych bradavíc a rakoviny krčka maternice aj prevencie neplánovaného tehotenstva.

Zdroj: Odporúčanie 15, 16 a 18 prevzaté zo SZO (2021) (26).

Kde

Žiadna požiadavka na miesto (v zariadení či mimo neho) neexistuje.

Otázky spojené s realizáciou: perorálne antikoncepčné tablety

- Poskytnutie až ročnej zásoby tabliet podľa preferencií ženy a plánu užívania.
- Programy musia zabezpečiť rovnováhu medzi želaním poskytnúť ženám maximálny prístup k tabletám a obavami týkajúcimi sa zásobovania antikoncepciou a logistiky.
- Systém zásobovania by mal byť flexibilný, aby mohla žena získať tablety jednoducho v takom množstve a v termíne, v akom ich potrebuje.³²

KLÚČOVÉ ĽUDSKOPRÁVNE ASPEKTY SPOJENÉ S PRÍSTUPMI SELF-MANAŽMENTU

- Služby sexuálneho a reprodukčného zdravia (SRZ) musia byť dostupné, prístupné, prijateľné a kvalitné.
- Štáty musia zabezpečiť dostupnosť širokej škály modernej, bezpečnej a cenovo dostupnej antikoncepcie.
- Štáty musia zabezpečiť dobrý prístup k cenovo dostupným základným liekom nediskriminačným spôsobom.
- Štáty musia rešpektovať autonómne rozhodovanie sa, nediskrimináciu a rovnosť. To znamená, že by mali zrušiť alebo reformovať zákony a politiky, ktoré znemožňujú alebo obmedzujú možnosť niektorých osôb a skupín realizovať svoje právo na SRZ, a to vrátane kriminalizácie interrupcií alebo reštriktívnych interrupčných zákonov.
- Štáty musia jednotlivým osobám sprístupniť presné, na dôkazoch založené informácie o interrupciách – a to dôverným spôsobom.
- Štáty musia prijať opatrenia na zníženie úmrtnosti a chorobnosti matiek.
- Riadenie vlastnej interrupcie by v súlade s ľudskoprávnymi požiadavkami nemalo byť kriminalizované. Kriminalizácia riadenia vlastnej interrupcie môže spôsobiť odďaľovanie alebo prekážky pri vyhľadávaní pomoci alebo postabortívnej starostlivosti v prípade, že je potrebná. Riadenie vlastnej medikamentóznej interrupcie by malo byť ako možnosť dostupné na základe zdravotnej spôsobilosti. Nemalo by byť obmedzené z iných ako zdravotných dôvodov, napríklad z dôvodu veku.

Ďalšie informácie a zdroje sa nachádzajú v rámciku 1.2 a v [Prílohe A](#) na webe: Klúčové medzinárodné ľudskoprávne normy pre oblasť interrupcií (Web Annex A: Key international human rights standards on abortion).

Prepojenia na súvisiace témy/odporúčania



Všetky odporúčania týkajúce sa legislatívy a politiky (odporúčania 1,2,3,6,7,21,22)



Informovaný súhlas (časť 1.3.1: Ľudské práva)



Poskytovanie informácií o kvalitnej interrupčnej starostlivosti (časť 3.2.1)



Poskytovanie poradenstva (časť 3.2.2)



Manažment liečby bolesti pri interrupcii (časť 3.3.6)

³² Ide o odporúčania 20a, b a c zo SZO (2021) (26).

4. kapitola

Šírenie, uplatniteľnosť, rezervy vo výskume a budúce aktualizácie usmernenia a odporúčaní

4.1 Šírenie

Toto usmernenie bude zverejnené v digitálnej podobe (ako interaktívna webová verzia aj ako klasický dokument dostupný online na stiahnutie) a v tlačenej podobe; ďalšie informácie sa nachádzajú v prílohe 11 v [originálnom dokumente](#).

Preklad usmernenia je naplánovaný do španielčiny (v spolupráci s Panamerickou zdravotníckou organizáciou [PAHO]), francúzštiny a portugalčiny. Preklady do ďalších jazykov OSN sa budú pripravovať podľa potreby.

Na základe tohto aktualizovaného a súhrnného usmernenia vznikne niekoľko nadväzných nástrojov:*

- praktické usmernenia obsahujúce podrobnosti o implementácii odporúčaní, ktorých súčasťou budú strategické opatrenia na zlepšenie prístupu mladých ľudí ku kvalitnej interrupčnej starostlivosti;
- informačné materiály, napríklad plagáty zamerané na vybrané odporúčania na umiestnenie v zdravotníckych zariadeniach a na iných vhodných miestach;
- vreckové tabuľky/kartičky s aktualizovanými odporúčaniami ohľadom medikamentózne a chirurgickej interrupcie a postabortívnej antikoncepcie a referenčné kartičky určené na nasmerovanie jednotlivých a jednotlivcov na iné zdravotnícke služby (prispôsobené na použitie rôznymi kategóriami zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov a pre rôzne úrovne gramotnosti);
- ľahko zrozumiteľné nástroje zamerané na podporu pri rozhodovaní sa určené pre zdravotných pracovníkov a pracovníčky, tvorkyne a tvorcov politik; tie budú vytvorené s pomocou koncových užívateľov a užívateľiek, ktorí a ktoré budú súčasťou procesu rozhodovania o tom, ako čo najlepšie pretlmočiť usmernenie na tento účel (môžu zahŕňať napr. digitálne nástroje na rozhodovanie vo forme mobilnej aplikácie);
- prípadové štúdie zamerané na kvalitu interrupčnej starostlivosti v rôznych humanitárnych prostrediach s cieľom prezentovať a poukázať na príslušné aspekty a požiadavky;
- praktické usmernenia týkajúce sa medikamentózneho manažmentu vybraných zdravotných indikácií, napríklad spontánneho potratu.

* *Poznámka:* V prípade potreby bude SZO pri šírení informácií spolupracovať s príslušnými agentúrami OSN. Pri šírení usmernenia a nástrojov na podporu uplatňovania na ľudských právach založeného prístupu k sexuálnemu a reprodukčnému zdraviu bude spolupracovať napríklad s Úradom vysokého komisára OSN pre ľudské práva, ako aj reagovať na žiadosti štátov o odbornú pomoc pri implementácii týchto prístupov.

4.2 Implementácia a posúdenie dopadu usmernenia

Implementácia tohto usmernenia si vyžaduje komplexný prístup. Po počiatočnej fáze, ktorá zahŕňa vydanie, preklad a šírenie usmernenia na regionálnej, štátnej a lokálnej úrovni (pozri prílohu 11 v [originálnom dokumente](#)) bude dôležité použiť nástroje aktívneho prístupu, akými sú napríklad workshopy a vzdelávacie programy na oboznámenie jeho používateľiek a používateľov s týmto usmernením. Kľúčové bude aj zapojenie členov a členiek tímu SZO do spolupráce s riadiacimi pracovníčkami a pracovníkmi, zamestnancami a zamestnankyňami zdravotníckych zariadení, aby do

svojich podporných zdravotníckych systémov zapracovali aj odporúčania k najnovšiemu usmerneniu. Čo sa plánovania politik a programov týka, na zabezpečenie implementácie upravených odporúčaní na všetkých úrovniach zdravotníckeho systému bude dôležité spolupracovať s tvorkyňami a tvorcami politik a štátnymi a miestnymi zdravotníckymi úradníkmi a úradníčkami. Implementáciu usmernenia s cieľom zasadiť odporúčania do kontextu môže uľahčiť spolupráca s ministerstvami a s kanceláriami SZO v jednotlivých štátoch. Predpokladáme, že hlavnou prekážkou implementácie tohto usmernenia bude jeho citlivá a stigmatizovaná téma – kvalitná interrupčná starostlivosť. To znamená, že o to dôležitejšie je spolupracovať so zaangažovanými stranami vrátane vlád, tých, čo tvoria politiky, a obhajkyňami a obhajcami bezpečných a legálnych interrupcií, informovať ich o tomto usmernení a sprostredkovať otvorený dialóg o realite ohľadom interrupcií v ich štátoch. Tieto diskusie uľahčí využívanie databázy Global Abortion Policies Database (Svetovej databázy interrupčných politik) (116).

Počas prvého roka implementácie tohto usmernenia bude prebiehať posudzovanie procesov a dopadov zamerané na dostupnosť, prijateľnosť, využívanie, dopad a zovšeobecniteľnosť usmernenia a jeho odporúčaní. V rámci posudzovania toho, ako bol dokument prijatý, budeme sledovať využívanie interaktívnej online verzie usmernenia, počet stiahnutí dokumentu z webovej stránky SZO a počet tlačených kópií usmernenia vyžiadaných a distribuovaných prostredníctvom centra dokumentov.

Rok po publikácii prebehne vyhodnotenie bezprostredného dopadu usmernení formou online prieskumu. Ten bude realizovaný prostredníctvom regionálnych a štátnych kancelárií SZO a prostredníctvom vybraných účastníkov a účastníčok z iných používateľských skupín (napr. odborných spoločností, mimovládnych organizácií). Cieľom bude zistiť, či usmernenia využívajú jednotlivé štáty a či a ako nejaké z odporúčaní v usmernení zaviedli alebo či a ako tieto odporúčania ovplyvnili politické rozhodnutia. Súčasťou tohto posúdenia krátkodobého vplyvu bude aj posúdenie prekážok v účinnosti implementácie, čo bude dôležitá spätná väzba pre súvisiace produkty a budúce úpravy.

4.3 Rezervy vo výskume/témy pre ďalší výskum

Skupiny pre posudzovanie dôkazov a odporúčaní (ERRG) a Skupina pre vypracovanie usmernenia (GDG) identifikovali počas vypracovania tohto usmernenia viaceré rezervy v dôkazoch a oblastiach pre ďalší výskum.

Legislatíva a politika

- Vplyv interrupčnej legislatívy a politik na zdravotne znevýhodnené osoby a osoby s obmedzenými schopnosťami a možnosťami robiť vlastné rozhodnutia, ktoré vyžadujú interrupciu
- Vplyv interrupčnej legislatívy a politik na skupiny zažívajúce ohrozujúce situácie a skupiny s marginálnymi identitami, najmä na dospievajúce a transrodové osoby
- Dopady, účinky a ľudskoprávne dôsledky procedurálnych prekážok v prístupe k interrupciám v rozdielnych kontextoch
- Dopady, účinky a ľudskoprávne dôsledky sprístupnenia interrupcií na žiadosť ženy, dievčaťa alebo inej tehotnej osoby bez ďalších obmedzení
- Dopady, účinky a ľudskoprávne dôsledky dekriminalizácie riadenia vlastnej interrupcie a pomoci pri riadení vlastnej interrupcie

Zdravotné služby

- Efektivita, bezpečnosť a prijateľnosť kombinovaného režimu letrozolu a misoprostolu v rôznych fázach tehotenstva v porovnaní s kombinovaným režimom mifepristónu a misoprostolu
- Efektivita používania samotného misoprostolu (t. j. typické/reálne používanie mimo výskumných podmienok, optimálny počet opakovaní dávok)

- Efektivita, bezpečnosť a prijateľnosť používania samotného misoprostolu v rôznych fázach tehotenstva
- Efektivita, bezpečnosť a prijateľnosť ambulantnej medikamentózneho interrupcie po 12. týždni tehotenstva vrátane
- Bezpečnosť, účinnosť a prijateľnosť antiepileptík a anxiolytík na manažment liečby bolesti pri medikamentózneho interrupcii po 14. týždni tehotenstva vrátane
- Manažment prípravy krčka maternice pred dilatáciou a vákuovou extrakciou plodu po 18. týždni tehotenstva vrátane v podmienkach, v ktorých nie sú k dispozícii osmotické dilatátory
- Optimálne režimy antibiotickej profylaxie postabortívnej infekcie
- Účinné metódy diagnostikovania a liečby nesymptomatického mimomaternicového tehotenstva
- Bezpečnosť a účinnosť skríningu na zápalové ochorenie panvy a jeho liečby antibiotikami pred chirurgickou interrupciou v porovnaní s podávaním predoperačných alebo perioperačných profylaktických antibiotík bez skríningu na zápalové ochorenie panvy alebo posúdenia rizika
- Účinnosť telemedicíny pri medikamentózneho interrupcii do 6. týždňa tehotenstva
- Účinnosť, bezpečnosť a prijateľnosť všetkých interrupčných metód a súvisiacich zdravotníckych praxí v rôznych fázach tehotenstva u transrodových, nebinárnych a intersexuálnych osôb, ktoré vyhľadávajú interrupčnú starostlivosť
- Tvorba a adaptácia schválených materiálov s cieľom poskytnúť osobám, ktoré si riadia vlastné interrupcie, informácie potrebné na prijatie informovaných rozhodnutí ohľadom rizík/prínosov a alternatív k využitiu rôznych režimov medikamentózneho interrupcie
- Tvorba účinných a jednoduchých informácií pre osoby žiadajúce o interrupciu, napr. letákov a webových stránok alebo informácií určených na používanie v rámci horúcich liniek a telemedicínskych služieb
- Tvorba a schvaľovanie kvalitných školiacich materiálov, ktoré bude možné používať pri školení poskytovateľiek a poskytovateľov služieb v oblasti interrupčnej starostlivosti (napr. školenie lekárníkov, pomocných pracovníčok v lekárnach a komunitných zdravotníckych pracovníkov, aby mohli účinne poskytovať alebo pomáhať pri všetkých úkonoch spojených s medikamentózneho interrupciou do 12. týždňa tehotenstva).
- Bezpečnosť, praktickosť a prijateľnosť opätovného použitia zariadenia na manuálnu vákuovú aspiráciu (MVA)

Poskytovanie služieb

- Bezpečnosť, účinnosť a realizovateľnosť rozšírenia úloh zdravotníckych pracovníčok a pracovníkov v prípade niektorých úloh súvisiacich s interrupciou v nízko- a stredopríjmových a stredopríjmových prostrediach (napr. chirurgická interrupcia v gestačnom veku po 12. týždni vrátane, vákuová aspirácia pri neúplnom potrate).
- Realizovateľnosť podávania injekčnej antikoncepcie lekárníkmi a lekárníčkami v podmienkach s nízkymi a strednými zdrojmi (výskum realizácie)
- Dopad prístupov sociálneho marketingu a sociálneho franchisingu v oblasti interrupčnej starostlivosti posudzovaný pomocou evaluačného výskumu
- Najvhodnejšie authority, ktoré môžu predpisovať a vydávať lieky na umelé prerušenie tehotenstva, vrátane porovnania interrupčných liekov, ktoré si osoby vyhľadávajúce interrupciu zaobstarávajú samy, s liekmi, ktoré predpisujú a/alebo vydávajú vyškolené zdravotnícke pracovníčky a zdravotnícki pracovníci.

- Mechanizmy na zabezpečenie prístupu k liekom na manažment liečby bolesti a k antikoncepčným metódam pre osoby, ktoré si interrupciu riadia samy.
- Prijateľnosť a spokojnosť s rôznymi prístupmi k poskytovaniu kvalitnej interrupčnej starostlivosti pre transrodové, nebinárne a intersexuálne osoby

Všeobecné zdravotné poistenie, financovanie zdravotníctva a tovary

- Vplyv zmien v Modelových zoznamoch esenciálnych liekov SZO na zmeny v kombinovanom režime mifepristónu a misoprostolu posudzovaných prostredníctvom evaluačného výskumu

Indikátory použiteľné pri kontrole a posudzovaní starostlivosti

- Tvorba a schvaľovanie ukazovateľov, ktoré v rámci výpočtu rokov života so znevýhodnením súvisiacim s interrupciou zahŕňajú popri fyzickom znevýhodnení aj znevýhodnenie sociálne a ekonomické (v duchu rastúceho dôrazu na celosvetové bremeno odhadov chorôb a znevýhodnení)
- Tvorba a schvaľovanie štandardizovaných metód overovania údajov, aby bolo možné údaje súvisiace s interrupciami prezentovať spolu s kontrolnými výsledkami (ako súčasť úsilia riešiť nedostatočné nahlasovanie údajov súvisiacich s interrupciami, ktoré je dôsledkom stigmatizácie súvisiacej s nimi)
- Tvorba a intenzívnejšie využívanie kvalitatívnych metód kontroly a posudzovania kvality interrupčnej starostlivosti s cieľom posúdiť prekážky brániace pokroku a faktory posilňujúce fungovanie zdravotníckeho systému



možnost volby
FREEDOM OF CHOICE