



**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**



### **3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

Kabinet veřejného zdravotnictví

**Martin Čepelík**

## **Organizační, etické a právní otázky nezahajování resuscitace**

*Organizational, Ethical and Legal Aspects of Do  
Not Resuscitate Order*

*Diplomová práce*

Praha, 2008

Autor práce: Martin Čepelík

Studijní program: Všeobecné lékařství

Vedoucí práce: MUDr. David Marx, PhD

Pracoviště vedoucího práce: Kabinet veřejného zdravotnictví

Datum a rok obhajoby: 10. září 2008

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval samostatně a použil jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová práce byla použita ke studijním účelům.

V Praze dne: 2.9.2008

Martin Čepelík

**Poděkování:**

Na tomto místě bych rád poděkoval MUDr. Davidu Marxovi, PhD. za pomoc, podporu, čas a trpělivost, kterou mi věnoval při psaní této práce.

## Obsah:

<b>1. Úvod</b> .....	<b>5</b>
<b>2. Vymezení základních pojmů</b> .....	<b>7</b>
2.1. Kardiopulmonální resuscitace .....	7
2.2. Do not resuscitate .....	7
2.3. Aktivní eutanázie .....	7
2.4. Pasivní eutanázie .....	8
2.5. Pozitivní revers .....	8
2.6. Negativní revers .....	8
2.7. Dříve vyslovená přání .....	8
<b>3. Právní otázky nezahajování resuscitace</b> .....	<b>9</b>
3.1. Základní právní normy ve vztahu k nezahajování resuscitace .....	9
3.1.1. Zákon o péči o zdraví lidu .....	9
3.1.2. Trestní zákon .....	10
3.1.3. Úmluva o lidských právech a biomedicíně .....	11
3.2. Důsledky právních norem pro nezahajování resuscitace .....	12
<b>4. Etické normy ve vztahu k nezahajování resuscitace</b> .....	<b>14</b>
4.1. Etický kodex České lékařské komory .....	14
4.2. Etický kodex Práva pacientů .....	15
4.3. Pařížská charta .....	15
<b>5. Nezahájení resuscitace</b> .....	<b>17</b>
5.1. Kontraindikace kardiopulmonální resuscitace .....	17
5.2. Terminální fáze nevléčitelných onemocnění .....	17
5.3. Nezahajování resuscitace v praxi .....	18
<b>6. Role pacienta v rozhodovacím procesu</b> .....	<b>19</b>
6.1. Paternalistický přístup lékaře k pacientovi .....	19
6.2. Komunikace s nevléčitelně nemocným pacientem .....	20
<b>7. Dříve vyslovená přání</b> .....	<b>22</b>
7.1. Advance Directives – inspirace v USA .....	22
7.2. Technické otázky dříve vyslovených přání .....	23
7.3. Zavedení dříve vyslovených přání do praxe .....	24
<b>8. Diskuse</b> .....	<b>25</b>
<b>9. Závěr</b> .....	<b>28</b>
<b>10. Souhrn</b> .....	<b>29</b>
<b>11. Summary</b> .....	<b>30</b>
<b>12. Seznam použité literatury</b> .....	<b>31</b>
<b>13. Seznam příloh</b> .....	<b>32</b>

## 1. Úvod

Otázka zahájení či nezahájení resuscitace se v dnešní době dostává stále více do popředí zájmu lékařů i pacientů. Tuto otázku přináší především koncept vítězné medicíny, která dokáže léčit a udržovat při životě pacienty, kteří by dříve na svoji nemoc umírali.

Velmi často však současná vítězná medicína dokáže léčit, ale nikoli vyléčit. Výrazně tak stoupá podíl chronických onemocnění, která často pacienta limitují a snižují kvalitu jeho života. V terminální fázi těchto onemocnění je pak život pacienta uměle prodlužován na úkor jeho kvality. Na základě těchto skutečností byla vydána doporučení odborných společností k nezahajování resuscitace v terminálních fázích neléčitelných onemocnění. Správnost těchto doporučení je ovšem sporná a bude v této práci dále diskutována.

Léčba chronicky nemocných pacientů a zejména umělé udržování terminálně nemocných pacientů naživu s sebou přináší také ekonomické aspekty, jelikož stojí nemalé prostředky. Tyto ekonomické aspekty pak mohou vytvářet tlak na lékaře v otázce rozhodování se o nezahájení resuscitace.

V posledních letech také dochází k opouštění paternalistického přístupu lékaře, který rozhoduje o léčbě a pacient si stále více uvědomuje svoji autonomii a do popředí zájmu se dostává právo pacienta na svobodné rozhodnutí. Tyto tendence vedly na konci minulého století ke vzniku mnoha etických kodexů, které se problémem práv pacientů zabývají.

Ve své práci se pokusím podat souhrn nejdůležitějších právních a etických norem, které se k otázce nezahajování resuscitace vztahují a pomocí nich se pokusím nastínit odpověď na otázku kdy resuscitaci zahajovat a kdy ne. Zároveň se pokusím o zodpovězení otázky o roli pacienta v rozhodovacím procesu o nezahájení resuscitace a také o stručný přehled technické stránky tohoto problému.

Vzhledem k nedostatku české literatury na toto téma vycházím především z právních předpisů, etických kodexů a doporučení, zahraniční literatury a konzultací s odborníky v oblasti medicíny a práva.

## **2. Vymezení základních pojmů**

### **2.1. Kardiopulmonální resuscitace**

Kardiopulmonální resuscitace (KPR) je soubor úkonů a opatření vedoucích k obnovení a udržení průtoku okysličené krve mozkem při selhání jedné, či více základních životních funkcí (krevního oběhu, dýchání, funkce CNS a vnitřního prostředí). Kontraindikací k zahájení KPR jsou jasné známky smrti (posmrtné skvrny, posmrtná ztuhlost) a přítomnost traumatu neslučitelného se životem. Resuscitaci ukončujeme v případě, že bylo dosaženo obnovy základních životních funkcí a dostatečného průtoku okysličené krve mozkem, nebo v případě, že i přes vyčerpání veškerých dostupných možností k této obnově nedojde. Za úspěšně provedenou resuscitaci se považuje taková KPR, která vede k obnově základních životních funkcí s žádným nebo malým neurologickým deficitem (Utsteinský protokol).

### **2.2. Do not resuscitate**

Do not resuscitate (DNR, v překladu „neresuscitovat“) je termín používaný v souvislosti s přáním pacienta nebo s rozhodnutím lékaře při selhání základních životních funkcí pacienta neresuscitovat. Tento termín se týká výhradně situace při selhání životních funkcí a nikoli léčby, která pacienta udržuje při životě (viz. 2.4. Pasivní eutanázie). Je možné setkat se též s termínem Do Not Attempt Resuscitation (DNAR, v překladu „nepokoušet se o resuscitaci“).

### **2.3. Aktivní eutanázie**

Termín aktivní eutanázie znamená podání smrtícího prostředku na žádost pacienta s nevléčitelnou nemocí, které vede k jeho usmrcení a zkrácení utrpení. Z hlediska legislativy ČR i Etického kodexu České lékařské komory je aktivní eutanázie nepřipustná a diskuse o ní překračuje rámec této práce. Je zde uváděna pouze pro srovnání s pasivní eutanazií.



## **2.4. Pasivní eutanázie**

Narozdíl od aktivní eutanázie je pasivní eutanázie pouze přerušení léčebných opatření, které udržují pacienta naživu (léky, ventilační podpora...) vedoucí k selhání základních životních funkcí a ke smrti pacienta.

## **2.5. Pozitivní revers**

Občanský zákoník, zákon č. 20/1966 o péči o zdraví lidu a mezinárodní Úmluva o lidských právech a biomedicíně jasně stanovují, že jakýkoli lékařský zákrok je možné provést pouze za předpokladu, že byl pacient o zákroku dostatečně poučen a že k němu byl dán pacientem nebo jeho zákonným zástupcem souhlas. Pozitivní revers je písemnou formou informovaného souhlasu a měl by být vyžadován před každým zákrokem.

## **2.6. Negativní revers**

Negativní revers je písemnou formou informovaného nesouhlasu s lékařským zákrokem i přesto, že byl pacient dostatečně poučen o možných důsledcích svého rozhodnutí. Vztahuje se pouze ke konkrétnímu zákroku a konkrétní situaci a není možné tímto způsobem vyjádřit budoucí přání.

## **2.7. Dříve vyslovená přání**

Dříve vyslovená přání (budoucí přání, v anglosaské literatuře termín Advance Directives) jsou písemným vyjádření přání pacienta, které stanovuje, jak má být postupováno ve vztahu k jeho zdraví a životu za předpokladu, že nastane situace, v níž pacient již nebude schopen svá přání vyslovit. Česká legislativa institut dříve vysloveného přání dosud nezohledňuje (k září 2008), je však součástí Úmluvy o lidských právech a biomedicíně i návrhu připravovaného zákona o zdravotních službách (viz. 3. Právní otázky nezahajování resuscitace), která je českým zákonům nadřazená. Součástí dříve vysloveného přání může být i rozhodnutí o nezahájení resuscitace (DNR).

### 3. Právní otázky nezahajování resuscitace

Tato kapitola přináší přehled nejdůležitějších zákonů a nařízení ve vztahu k nezahajování resuscitace, který jsou potřebný pro pochopení základních práv pacientů a právních důsledků nezahájení resuscitace pro lékaře a pacienty.

#### 3.1. Základní právní normy ve vztahu k nezahajování resuscitace

##### 3.1.1. Zákon o péči o zdraví lidu

Zákon č. 20/1966 sb. o péči o zdraví lidu v paragrafu 55 stanovuje, že lékař musí: *„...poskytovat neprodleně první pomoc každému, jestliže by bez této pomoci byl ohrožen jeho život nebo vážně ohroženo zdraví...“*. Z tohoto vyplývá, že neprovedení resuscitace je porušením tohoto zákona. Lékaři však často argumentují tím, že u pacientů v terminálním stavu je jejich život ohrožen i při provedení KPR (původní nemocí) a tudíž zde chybí zjevný přínos KPR.

Zákon o péči o zdraví lidu taktéž v paragrafu 23 vymezuje pojmy informovaného souhlasu (pozitivní revers) a informovaného nesouhlasu (negativní revers) a jejich použití a stanovuje, že k provedení lékařského zákroku je potřeba informovaného souhlasu pacienta. Zároveň však říká, že lékařský zákrok je možné provést i bez souhlasu pacienta, pokud je to potřeba k záchraně jeho života a pacient není schopen tento souhlas poskytnout nebo i v případech, kdy se dá souhlas pacienta předpokládat.

V paragrafu 23 je zároveň uvedeno, že v případě, že pacient s výkonem i po náležitém poučení nesouhlasí, musí si lékař vyžádat písemné prohlášení o tomto nesouhlasu (negativní revers) a poté nemusí tento výkon provést, přestože je pro pacienta potřebný. Toto je také v současné době jediný právně platný způsob, jakým může pacient odmítnout resuscitaci v konkrétní situaci.

Výkladové stanovisko Nejvyššího státního zastupitelství z roku 1998 k postupu lékaře podle paragrafu 23 zákona č. 20/1966 ale říká, že i za předpokladu, že lékař v krajní nouzi (ohrožení života) nedodrží vyslovenou vůli

pacienta o neposkytnutí péče, nebude tento lékař trestně odpovědný. Toto výkladové stanovisko bylo vydáno vzhledem k případům odmítání transfúze u svědků Jehovových, ale vztahuje se i k problému nezahajování resuscitace.

### 3.1.2. Trestní zákon

V případě neposkytnutí pomoci (tedy i neprovedení KPR v pacientů se selháním základních životních funkcí) se lékař proviní proti paragrafu 207 trestního zákona, který ve svém druhém odstavci říká: *„Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví, neposkytne potřebnou pomoc, ač je podle povahy svého zaměstnání povinen takovou pomoc poskytnout, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta nebo zákazem činnosti.“* V případě pacientů v terminálním stavu nevléčitelných onemocnění bývá často argumentace lékařů, že pro pacienta v tomto stavu není KPR **potřebnou** pomocí (ke smrti i přes poskytnutou péči nevyhnutelně v nejbližší době dojde) a tudíž není indikována.

Paragraf 207 však řeší pouze situaci, kdy pomoc poskytnuta nebyla a pacient přesto přežil (pomoc byla poskytnuta někým jiným...). V případě, že pacient zemře, může být lékař souzen dle paragrafu 222 či 224 trestního zákona o způsobení smrti z nedbalosti či dokonce dle paragrafu 219 trestního zákona o vraždě, který říká: *„Kdo jiného úmyslně usmrtí, bude potrestán odnětím svobody na deset až patnáct let.“* V tomto případě se jedná o úmysl nepřímý, kdy se lékař rozhodne neposkytnout pomoc a následkem toho dojde ke smrti pacienta [dle konzultace s Mgr. Policarem, Masarykův onkologický ústav v Brně]. Tento výklad neposkytnutí pomoci je samozřejmě do značné míry extrémní, ale je na něj nutné upozornit, byť pouze jako na teoretickou možnost.

Z trestního zákona tedy vyplývá, že neprovedení KPR může být hodnoceno jako trestný čin a to i u pacientů v terminálním stavu nevléčitelných onemocnění.

### 3.1.3. Úmluva o lidských právech a biomedicíně

Od 1. října roku 2001 je součástí českých právních norem (po ratifikaci parlamentem ČR) i mezinárodní Úmluva o lidských právech a biomedicíně z roku 1997. Tato mezinárodní smlouva je dle článku 10 Ústavy ČR platnou právní normou a je nadřazena zákonům České republiky.

Tato úmluva zdůrazňuje potřebu informovaného souhlasu pacienta se zákrokem (článek 5), ale zároveň umožňuje provést zákrok potřebný pro záchranu lidského života i bez potřebného souhlasu (článek 8).

Největším přínosem Úmluvy o lidských právech a biomedicíně k otázce nezahajování resuscitace a vyjádření svobodné vůle pacienta je pak článek 9 této úmluvy (Dříve vyslovená přání), který říká: „*Bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání.*“. Tento článek tak zavádí do českého právního systému institut dříve vysloveného přání, který do této doby ve vnitrostátních předpisech neexistoval a který je v otázce nezahájení resuscitace zcela zásadní. Při dodržování tohoto článku by tak bylo možné vyslovit přání o nezahajování resuscitace za předpokladu, že se pacient dostane do situace, že již nebude nadále schopen toto rozhodnutí poskytnout, což dosud český právní systém neumožňoval.

Dalším neméně významným bodem Úmluvy je článek 2, který říká: „*Zájmy a blaho lidské bytosti budou nadřazeny zájmům společnosti nebo vědy.*“. Tímto článkem Úmluva opět staví přání jednotlivce a právo rozhodovat o sobě samém na první místo rozhodovacího procesu a zdůrazňuje potřebu a nutnost respektovat přání pacienta.

Přestože Česká republika je zavázána přizpůsobit svůj právní systém mezinárodním úmluvám, nebylo v tak v tomto případě dosud učiněno. Prvním návrhem, kde se institut budoucího přání (a vůbec povinnost přání pacientů respektovat) vyskytuje, je návrh zákona o zdravotních službách, předložený

k připomínkovému řízení v červenci 2008, který říká: „*Pacient může pro předvídatelné situace, kdy by se dostal do stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit. Poskytovatel je povinen respektovat dříve vyslovené přání pacienta ve vztahu k budoucímu možnému poskytnutí zdravotních služeb, má-li ho k dispozici, a to za podmínky, že v době poskytování zdravotních služeb nastala předvídatelná situace, k níž se dříve vysloveného přání vztahuje a pacient je ve stavu, kdy není schopen vyslovit nový souhlas.*“. Zároveň však tento návrh uvádí: „*Dříve vyslovená přání není třeba respektovat, pokud od doby jeho vyslovení došlo v poskytování zdravotních služeb, k nimž se toto přání vztahuje, k takovému vývoji, že lze důvodně předpokládat, že by pacient vyslovil souhlas s jejich poskytnutím.*“. Z kontextu tohoto návrhu vyplývá, že ani v tomto případě není potřeba přání pacienta respektovat v plné míře a tento návrh tak ponechává opět značný prostor k rozhodování o pacientovi bez něho samého.

Mezinárodní Úmluva o lidských právech a biomedicíně je sice z Ústavy považována za normu nadřazenou platným českým zákonům, ale i přesto je potřeba sjednotit její části s českou legislativou a právo pacientů na rozhodování o léčebném procesu a vyslovení budoucích přání jednoznačně zakotvit do zákonů České republiky.

### **3.2. Důsledky právních norem pro nezahajování resuscitace**

Z právních norem České republiky vyplývá, že jediným správným postupem je zahájení KPR v každém případě, pokud k tomu pacient nedal písemný nesouhlas (negativní revers). V případě, že lékař nezahájí KPR, může být trestně stíhán dle paragrafu 207 trestního zákona o neposkytnutí pomoci nebo dokonce dle paragrafu 222 a 224 trestního zákona o zabití z nedbalosti či paragrafu 219 trestního zákona o vraždě. Do jaké míry je pomoc adekvátní situaci a jaký je její skutečný přínos pro pacienta, zákon neupravuje a neřeší.

Z hlediska úvahy o nezahájení resuscitace a rozhodnutí DNR je zcela zásadní Úmluva o lidských právech a biomedicíně, která přináší do českého právního systému institut budoucího přání, kdy pacient může vyslovit nesouhlas s provedením KPR pro případ nastalé situace, ve které již nebude tento nesouhlas schopen dát a zároveň staví potřebu pacienta jako lidské bytosti nad potřeby společnosti a vědy. Tím zdůrazňuje klíčovou a nezastupitelnou roli pacienta v rozhodovacím procesu o nezahájení resuscitace. Zákony České republiky v době vzniku této práce (2008) však tuto úmluvu dosud nezohledňují.

Z daných souvislostí je patrné, že jediným správným postupem při rozhodnutí o neprovedení KPR je vyjádřený písemný nesouhlas pacienta s KPR. Bez tohoto nesouhlasu není možné KPR neprovádět ani vést v dokumentaci informace o nezahájení resuscitace nebo o rozhodnutí resuscitaci nezahajovat (DNR).

Přestože se v současné době žaloby ohledně nezahájení resuscitace (nebo zahájení resuscitace i přes vyslovený nesouhlas) dosud nevyskytují, je potřeba seznámit lékařskou veřejnost s problematikou právních otázek nezahajování resuscitace, zejména kvůli nízkému povědomí o možných právních důsledcích tohoto jednání. Klíčová role pacienta při rozhodování o léčebném postupu bude zmíněna v dalších kapitolách.

## 4. Etické normy ve vztahu k nezahajování resuscitace

K otázce práv a povinností lékařů i pacientů i k otázce vyslovených přání se kromě zákonů ČR vyjadřují i etické kodexy. Přehled těch nejdůležitějších je předkládán v této kapitole. Ze zmiňovaných dokumentů jsou pro potřeby této práce vyjímány pouze části úzce se vztahující k problematice nezahájení resuscitace a vyjádření přání pacienta. Plné znění těchto dokumentů je k dispozici na internetu.

### 4.1. Etický kodex České lékařské komory

O ohrožení života hovoří Etický kodex ČLK ve 2. odstavci 2. části stejně, jako příslušné zákony ČR: *„Každý lékař je povinen v případech ohrožení života a bezprostředního vážného ohrožení zdraví neodkladně poskytnout lékařskou pomoc.“*. Zároveň však v 7. odstavci dodává: *„Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu...“*. Tento odstavec se svým výkladem shoduje s obecně přijímaným doporučením odborných společností neresuscitovat pacienty v terminálních stavech neléčitelných onemocnění a je často používán jako argument při indikaci rozhodnutí DNR. Etický kodex ČLK však není platnou právní normou a v 7. odstavci odporuje zákonům ČR a jeho doporučení proto není možné brát jako závazné.

Ve 3. odstavci 1. části se pak uvádí: *„Lékař má znát zákony a závazné předpisy platné pro výkon povolání a tyto dodržovat. S vědomím osobního rizika se nemusí cítit být jimi vázán, pokud svým obsahem nebo ve svých důsledcích narušují lékařskou etiku či ohrožují lidská práva.“*. Z právního hlediska však není možné postupovat proti platným zákonům České Republiky.

Poslední částí Etického kodexu ČLK, která se vztahuje k dané problematice je 1. odstavec 2. části, který se vztahuje k přáním pacienta a říká: *„Lékař v rámci své odborné způsobilosti a kompetence svobodně volí a provádí ty preventivní,*

*diagnostické a léčebné úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy a které pro nemocného považuje za nejvýhodnější. Přitom je povinen respektovat v co největší možné míře vůli nemocného (nebo jeho zákonného zástupce).“*. I v Etickém kodexu ČLK je tímto zdůrazněna nutnost informovat pacienta o jeho stavu, prognóze a případných řešeních a povinnost respektovat jeho přání.

## **4.2. Etický kodex Práva pacientů**

Z Etického kodexu Práva pacientů vydaného Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví se k dané problematice vztahuje odstavec 3: *„Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, která se na nich účastní.“* a odstavec 10: *„Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.“*

Oba tyto odstavce opět zdůrazňují právo pacienta na rozhodnutí o prováděných zákrocích a zejména na respektování přání na konci života (tedy i přání o nezahájení resuscitace), která jsou často pomíjena a rozhodnutí o léčebném postupu (DNR) je provedeno bez účasti pacienta.

## **4.3. Pařížská charta**

Pařížská charta (celým názvem Charta proti rakovině v příštím miléniu) je mezinárodní dokument představený na Světovém summitu proti rakovině v novém miléniu v roce 2000 v Paříži, který stanovuje společné cíle boje proti maligním onemocněním a jejich prevenci.



Přestože jde především o vytyčení cílů ke zefektivnění prevence, léčby a výzkumu malignit, vyjadřuje se i tento dokument k právu pacienta na informace ohledně nemoci (nejen ve smyslu vlastní nemoci, ale i jako svobodný přístup ke všem dostupným informacím o průběhu a léčbě maligních onemocnění) a k nutnosti respektovat přání a potřeby pacienta. Tyto postoje jsou vyjádřeny v 7. článku charty a to v odstavci 2: *„Spolupráce pacientů, zdravotníků a vědců je založena na otevřené komunikaci.“* a odstavci 3: *„Celkový blahobyt pacienta zahrnuje nejen klinickou péči, ale i poskytování informací a psychosociální podporu. Zdravotníci i nemocní sdílejí zodpovědnost za to, aby potřebám pacienta jako takového bylo vyhověno.“*. Do poskytování informací je tedy možné zařadit i zmínění alternativy DNR (samozřejmě ve vhodnou dobu).

Neméně podstatný je článek 8, který hovoří o nutnosti zachování kvality života a uznání významu této kvality. Odstavec 2: *„Na politické a lékařské úrovni uznat význam kvality života pacientů, bez ohledu na stadium nemoci a prognózu. Uznat optimální podpůrnou péči o onkologické pacienty, zvláště v těch případech, kdy nelze dosáhnout vyléčení.“*

K samotnému umírání se pak vztahuje především odstavec 6 článku 8: *„Snažit se o lepší pochopení a změnu postojů k otázkám smrti a umírání. Usilovat o to, aby konec života byl chápán jako přirozená zkušenost, na kterou by se mělo pohlížet z lékařského, psychologického, emocionálního a duchovního hlediska. Optimální lékařská péče o umírajícího pacienta musí být efektivní, humánní a soucitná.“*

## 5. Nezahájení resuscitace

Nezahájit kardiopulmonální resuscitaci u pacientů se selháním základních životních funkcí je velice závažné rozhodnutí, které neodvratně vede ke smrti pacienta.

### 5.1. Kontraindikace kardiopulmonální resuscitace

Jedinou kontraindikací KPR je přítomnost jasných známek smrti (posmrtné skvrny, posmrtná ztuhlost) nebo traumatu jednoznačně neslučitelného se životem. Věk pacienta není a nemůže být za žádných okolností kontraindikací k zahájení KPR! (tato věta je zde zdůrazněna především proto, že je opakovaně zdůrazňována ve výukových textech oboru anesteziologie a resuscitace)

### 5.2. Terminální fáze nevléčitelných onemocnění

Dle mezinárodních i národních doporučení odborných společností (ČSARIM) se ke kontraindikacím KPR řadí také **terminální fáze nevléčitelných onemocnění**. Toto doporučení je též součástí Etického kodexu České Lékařské Komory, který v 7. odstavci 2. oddílu říká: *„Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu...“*. Etický kodex ČLK však není platnou právní normou a v tomto případě je svým výkladem v rozporu s platnými zákony České republiky (viz. 3. Právní otázky nezahajování resuscitace).

Velkým problémem doporučení nezahajovat resuscitaci u pacientů v terminální fázi neléčitelného onemocnění je pak stanovení hranice terminální fáze, která je často velice subjektivní a závisí na technických možnostech pracoviště i na zkušenostech ošetřujícího lékaře. Na základě dohody odborných společností byla doporučena hranice šestiměsíčního přežití (opět značně subjektivní údaj vycházející ze zkušeností lékaře). Tato hranice však zdaleka nemusí vystihovat kvalitu života a především se nemusí shodovat s představou a

přáním pacienta, které by mělo být základním vodítkem pro rozhodování o nezahájení KPR.

### 5.3. Nezahajování resuscitace v praxi

Přestože doporučení o nezahajování KPR u terminálně nemocných pacientů neodpovídá české legislativě (viz. 3. Právní otázky nezahajování resuscitace), je českou lékařskou veřejností obecně považováno za platné a správné a je dle něho vykonávána praxe (často bez znalosti možných právních dopadů tohoto jednání). Zároveň je také součástí výukových materiálů oboru anesteziologie a resuscitace.

Velice závažným problémem je pak samotné naplňování tohoto doporučení, kdy často dochází k rozhodnutím o nezahájení resuscitace teprve ve chvíli, kdy dojde k selhání životních funkcí pacienta a toto rozhodnutí je zdokumentováno a odůvodněno teprve poté, co pacient zemře [Sláma, 2008]. Většinou se jedná o rozhodnutí jediného lékaře bez širší konzultace s ostatními lékaři a především s pacientem samým.

Dalším problémem nezahajování resuscitace v praxi je dokumentace k nezahájení resuscitace. Vzhledem k rozporu doporučení o nezahajování resuscitace u terminálně nemocných pacientů s českou právní normou není možné do dokumentace tuto skutečnost uvést, ať už ve formě minulé („resuscitace nebyla zahájena vzhledem k terminálnímu stavu nevléčitelného onemocnění“) nebo dokonce ve formě doporučení k nezahájení resuscitace (DNR).

## 6. Role pacienta v rozhodovacím procesu

Z obsahu předchozích kapitol a z přehledu etických i právních norem vyplývá, že role pacienta v rozhodovacím procesu o nezahájení resuscitace (stejně jako ve volbě léčby) je klíčová. **Není možné rozhodnout o nezahájení resuscitace bez vědomého souhlasu (přání) pacienta** (nebo jeho zákonného zástupce) a v každém případě je třeba respektovat právo jedince na svobodnou volbu. Zároveň je potřeba vést pacienta k rozhodnutí o léčbě aktivně poskytnutím dostatečného množství informací.

### 6.1. Paternalistický přístup lékaře k pacientovi

Z hlediska teorie transakční analýzy je osobnost člověka (jeho já, ego) tvořena třemi základními rovinami – dítě, rodič a dospělý, které podle převažující složky určují chování člověka v dané situaci.

Ve vztahu lékař-pacient dochází často ke vzniku vztahu rodič-dítě, což je dáno jednak společenskou představou o nadřazenosti lékaře a medicíny, jednak vzniklou situací, kdy pacient přichází za lékařem v těžké životní situaci (nemoci) pro pomoc. Tento stav se nazývá paternalistickým přístupem lékaře a pro pacienta je do určité míry nezbytný (pacient se nechává uklidňovat). Z dlouhodobého hlediska, zejména v případě chronických onemocnění, je však tento vztah nevýhodný, jelikož v takovém nastavení přebírá lékař veškerou zodpovědnost za pacienta a činí za něj potřebná rozhodnutí, aniž by dal pacientovi prostor k pochopení jeho nemoci, natož k rozhodování o dalším průběhu léčby.

Dnešní doba předpokládá, že vztah lékař-pacient bude vyrovnaným vztahem dospělý-dospělý, ve kterém každá ze zúčastněných stran bude hrát při rozhodovacím procesu svoji nezastupitelnou roli – lékař jako ten, který seznámí pacienta s jeho nemocí a navrhne alternativy a pacient, který si na základě doporučení lékaře sám svobodně zvolí průběh léčby. Tento druh vztahu však vyžaduje aktivní přístup lékaře, který má z podstaty svého povolání roli

nadřazenou (nebo je tak pacientem často chápán) a musí tedy aktivně vést pacienta k přijetí role dospělého v rozhodovacím procesu, což se často bohužel neděje a lékař rád zůstává v roli rodiče.

## **6.2. Komunikace s nevléčitelně nemocným pacientem**

Nevléčitelně nemocní jsou hlavní skupinou pacientů, kterých se rozhodování o nezahájení resuscitace týká. Vzhledem ke specifické povaze nevléčitelných nemocí i k jejich prognóze je potřeba komunikaci s nevléčitelně nemocným pacientem věnovat zvýšenou pozornost. Jen při správném postupu sdělování informací je možné vytvořit důvěru mezi lékařem a nevléčitelně nemocným pacientem a dát pacientovi dostatek prostoru k formulování vlastních rozhodnutí.

Základní podmínkou pro možné úvahy o otázce DNR je plné sdělení diagnózy a prognózy onemocnění. V tomto ohledu jsou již představy o správnosti „milosrdné lži“ překonány a za správný postup je považováno pacienta plně informovat (kontraindikací se sdělení pravdy je pouze existující psychiatrické onemocnění či jednoznačně odmítavý postoj pacienta). Důležité je nejen načasování, ale i způsob sdělení takto závažné informace. Postup při sdělování špatných zpráv je nad rámec této práce a byl mnohokrát popsán v publikacích o komunikaci lékaře s pacientem, stejně jako popis reakce pacienta na toto sdělení (psychická křivka reakce na příchod a rozvoj vážné nemoci dle Kübler-Rossové). Je ale nezbytně nutné zdůraznit, že kontakt lékaře s pacientem sdělením špatné zprávy nekončí a lékař má dát pacientovi jasně najevo, že je připraven v případném rozhovoru dle potřeby pacienta pokračovat.

Ve fázi přijetí nemoci (poslední fáze reakce na nemoc) pak přichází chvíle, kdy je potřeba s pacientem probrat terapeutické možnosti a také otevřít téma možnosti vyjádření přání DNR.

Bohužel současný postoj lékařů ke sdělování špatných zpráv, případně k otázce DNR je přinejmenším opatrný, což je dáno nedostatečnou vzdělaností

lékařů v oborech lékařské etiky a komunikace s pacientem a lékař tak často není připraven na (do značné míry předvídatelné) reakce pacienta, což posléze vede k nesprávným postojům a reakcím lékaře, narušení důvěrného vztahu a v konečném důsledku zatvrdí lékaře v přesvědčení, že lepší je pacientům nesdělovat plnou pravdu.

## 7. Dříve vyslovená přání

Jak již bylo zmíněno - **není možné rozhodnout o nezahájení resuscitace bez vědomého souhlasu (přání) pacienta** (nebo jeho zákonného zástupce). Toto rozhodnutí je možné dát ve formě negativního reversu, který se ale týká pouze konkrétní situace a má omezenou časovou platnost. Druhou možností, kterou do českého právního systému vnáší Úmluva o lidských právech a biomedicíně, je institut **dříve vysloveného přání**. Ten umožňuje pacientovi formulovat své přání o terapeutických postupech s předstihem pro případ, že by se dostal do situace, kdy nebude schopen toto rozhodnutí učinit. Bohužel tato možnost dosud není v širším povědomí pacientů ani lékařské veřejnosti a neexistují ani jednoznačné a závazné předpisy pro formulování a dodržování dříve vyslovených přání.

### 7.1. Advance Directives – inspirace z USA

Tato kapitola má sloužit jako příklad i případná inspirace ze zahraničí, kde je institut dříve vysloveného přání a jeho používání pevně zakotveno v zákonech.

Roku 1991 byl v USA přijat zákon o sebeurčení pacienta (PSDA - Patient Self-Determination Act), který přesně vymezuje pravidla pro vyslovení a respektování dříve vyslovených přání (Advance Directives).

Součástí Advance Directives je Living Will (vůle k životu), ve které pacient stanovuje své priority a požadavky ohledně případné léčby (umělá podpora dechu, umělá výživa, podávání antibiotik...), Durable Powers of Attorney (práva zákonného zástupce), jimiž pacient určí svého zástupce a vymezí rozsah jeho pravomocí a v poslední řadě Do-Not-Resuscitate Order, který vyjadřuje pacientovu vůli nebýt v případě selhání životních funkcí resuscitován.

Zákon zároveň stanovuje povinnost pro státem dotované zdravotní organizace, aby pacienty o možnostech dříve vyslovených přání (Advance Directives) informovali a vedli o nich záznamy v dokumentaci.

Samotné naplňování obsahu Advance Directives je poté upravováno zákony jednotlivých států, takže například přání DNR smí být ve většině států respektováno pouze za předpokladu, že je pacient v terminální fázi neléčitelného onemocnění (tj. v případě, který české odborné společnosti považují za kontraindikaci KPR).

## **7.2. Technické otázky dříve vyslovených přání**

Pro zavedení dříve vyslovených přání do praxe je potřeba připravit šablony a formuláře, které budou pacientům k dispozici ať už ve formě zaškrťovacích dotazníků (přeji si být intubován ANO/NE, přeji si, aby mě byla podána umělá výživa ANO/NE...) nebo formulářů DNR. Inspiraci pro tvorbu těchto formulářů a dotazníků lze opět čerpat v zahraničí a jejich příklady jsou součástí přílohy. I v České republice již existují pracoviště, kde je formulář DNR pacientům k dispozici (např. Masarykův onkologický ústav v Brně).

Hlavním technickým problémem dříve vyslovených přání ale zůstává způsob archivace a doručení dříve vyslovených přání zdravotnickému zařízení v případě hospitalizace. Pokud je pacient přijat plánovaně a je během přijetí při vědomí nebo je možné navázat kontakt s příbuznými či zákonným zástupcem, měl by se ošetřující lékař pacienta zeptat na existenci dříve vysloveného přání a případně si zajistit doručení jeho kopie.

Problém nastává v případě, že je pacient přijat v bezvědomí a akutně. Zde se nabízí řešení v podobě náramků, či karet, které by pacient měl neustále při sobě. V obou případech je ale především nutné, aby lékař na možnost dříve vysloveného přání vůbec pomyslel a proto bude nutné v této otázce provést mezi lékaři osvětu.

Možným řešením je též zavedení registru dříve vyslovených přání, na který by se lékař v případě pochybností mohl obrátit a kde by zároveň byly k dispozici kopie dříve vyslovených přání. Podobné instituce fungují například ve Švýcarsku.



Stejně nezbytná je poté i lékařská dokumentace, ve které musí být pacientovo přání jasně vyjádřeno a veškerý ošetřující personál s ním musí být seznámen, aby mohl podle tohoto přání jednat.

### **7.3. Zavedení dříve vyslovených přání do praxe**

Pro praktické zavedení dříve vyslovených přání je potřeba především aktivní účast lékařů. Ze studií provedených v USA vyplývá, že pacienti si přejí diskutovat o možnostech budoucích přání a DNR, ale zároveň chtějí, aby byl rozhovor iniciován lékařem. Lékař by tak měl být povinen pacientovi v odpovídající situaci nabídnout možnost formulovat svá budoucí přání, tedy i přání nebýt resuscitován. V USA je tato povinnost dána lékařům ve státem dotovaných nemocnicích zákonem. V České republice se již vyskytují první případy vnitřních nemocničních předpisů, které stanovují povinnost lékaře s pacientem o možnosti volby nezahájení resuscitace hovořit (Masarykův onkologický ústav v Brně). Postoj lékařů k této problematice je však většinou odmítavý s argumenty, že český pacient není dosud na takový rozhovor připraven. Často tedy dochází k tomu, že je rozhovor uskutečněn příliš pozdě nebo vůbec ne a rozhodnutí o nezahájení resuscitace provádí sám lékař.

## 8. Diskuse

Otázky nezahajování resuscitace a pasivní eutanázie jsou tím aktuálnější, čím více si pacienti a jejich příbuzní uvědomují svá práva na svobodné rozhodnutí.

V řešeních těchto otázek se pak často uplatňují nejen tlaky etické a sociální, ale velmi často i ekonomické, jelikož náklady na léčbu terminálně nemocných pacientů jsou značné. Lékaři jsou tak často nuceni dělat rozhodnutí na základě tlaku vedení nemocnice, popřípadě jsou za tato rozhodnutí napomínáni. Lékař by však nikdy ve svém rozhodování neměl dát přednost ekonomickým a politickým tlakům nad etickými zásadami.

Doporučení odborných společností pro anesteziologii a resuscitaci o nezahajování KPR v případě terminálně nemocných jsou v kontextu českých právních norem nesprávná, přestože odpovídají stanovám Etického kodexu České lékařské komory. Části etických kodexů a nařízení o důstojném umírání a zbytečném neprodlování života ale není možné vytrhnout z kontextu celého dokumentu, který zároveň stanovuje právo pacienta na sebeurčení. Důstojné umírání tak nemusí být pouze otázkou bolesti, ale i zachování možnosti svobodně o svém životě rozhodnout, což si lékař mnohdy neuvědomuje. Je třeba přijmout fakt, že jak v právních, tak zejména ve všech etických předpisech je na první místo stavěn vlastní názor pacienta a právo na svobodné rozhodnutí. Tím, že lékař rozhoduje o nezahajování resuscitace v případě terminálně nemocných pacientů, se prohřešuje nejen proti zákonu, ale také tím snižuje důstojnost a obecně platná lidská práva pacienta (ačkoli má často pocit, že pacientovi důstojnou smrt umožnil). Bylo by proto na místě přehodnotit doporučení anesteziologických společností a terminální stavy z kontraindikací KPR vyškrtnout nebo připojit doporučení o správném postupu založeném na informovaném souhlasu pacienta či jeho dříve vyslovených přáních.

Základním problémem otázek nezahajování resuscitace se stává komunikace lékaře s pacientem, jelikož je to lékař, kdo musí rozhovor o DNR iniciovat. V současné době je opouštěn paternalistický přístup lékaře k pacientovi a pacient si stále více uvědomuje svoji autonomii a právo na sebeurčení a to i v případě nemoci. Jednoznačně tak převládá názor, že pacient má znát pravdu o svém zdravotním stavu i o jeho prognóze a to i v případě nevléčitelných onemocnění. Ostatně pacient si svoji nemoc uvědomuje a se svojí nemocí žije i bez toho aniž by byla konkrétně pojmenována a „milosrdná lež“ nanejvýš uvrhne pacienta do nejistoty.

Je potřeba důkladně se věnovat výuce lékařů v podávání špatných zpráv a dostatečně je připravit na reakce pacienta. Podávání špatné zprávy je traumatizujícím zážitkem nejen pro pacienta, ale často i pro lékaře a jeho připravenost je proto zásadní pro zvládnutí nastalé situace a další vedení pacienta až k fázi smíření se s nemocí. V této fázi pak má přijít rozhovor, ve kterém lékař pacientovi předloží možná řešení a ve kterém je na místě zmínit i možnost DNR. Lékaři by měli být vedeni k tomu, aby s pacienty o možnostech vyslovení budoucích přání (nejedná se pouze o DNR) hovořili. Argument lékařů, že český pacient není dosud pro takový hovor připraven, spíše nabízí otázku, zda to není lékař, kdo je na takový rozhovor nepřipraven.

Je také důležité, aby si lékaři uvědomovali případný právní dopad svého jednání, jelikož právní otázky nezahajování resuscitace a přání pacienta se v nejbližších letech nepochybně dostanou do popředí tohoto problému.

Pro otázky nezahajování resuscitace je také potřeba stanovit jednoznačnou právní normu pro vyslovení budoucích přání, která je dosud pouze součástí Úmluvy o lidských právech a biomedicíně a zároveň vyřešit technické otázky formy těchto přání (dotazníky, formuláře) a způsobu archivace a registrace těchto dat. V obou případech je možná inspirace v zahraničí.

Na závěr považuji za potřebné ještě jednou zdůraznit, že odpověď na otázku „kdy zahájit resuscitaci?“ by měla být: „Resuscitaci zahájit vždy, pokud

nejsou jasné známky smrti či trauma jednoznačně neslučitelné se životem nebo pokud pacient resuscitaci jednoznačně neodmítá!“.

## 9. Závěr

Ve své práci o otázkách nezahajování resuscitace jsem se snažil o představení základních právních a etických norem, které se k nezahajování resuscitace vztahují a zodpovězení otázky o roli lékaře a pacienta v tomto procesu.

Z předložených informací vyplývá, že není možné plně souhlasit s doporučením odborných společností o nezahajování resuscitace u pacientů v terminální fázi neléčitelných onemocnění, jelikož tento postup se neshoduje nejen s etickými principy, ale může mít i právní dopad. Zároveň je vyzdvižena role pacienta v rozhodování o nezahájení resuscitace a význam souhlasu, nesouhlasu a dříve vyslovených přání.

Vzhledem k nedostatku literatury na toto téma je potřeba dále se tímto tématem zabývat na poli medicínském, etickém i právním. Je potřeba především přehodnotit a upravit doporučení odborných společností v oboru anesteziologie a resuscitace a také vytvořit v zákoně jasná pravidla pro vyslovování budoucích přání a rozhodnutí ve vztahu ke svému životu a zdraví. Dalším nezbytným krokem pak musí být řešení organizační a technické stánky věci.

## 10. Souhrn

Nezahájení kardiopulmonální resuscitace v případě selhání životních funkcí je závažným rozhodnutím vedoucím ke smrti pacienta. Jedinou kontraindikací resuscitace jsou jasné známky smrti a trauma jednoznačně neslučitelné se životem. V doporučení domácích i zahraničních odborných společností v oboru anesteziologie a resuscitace se mezi kontraindikace resuscitace řadí také terminální fáze nevléčitelných onemocnění. Z hlediska českého právního systému však nelze toto doporučení akceptovat a za případné nezahájení resuscitace může být lékař trestně odpovědný.

Etické kodexy i zákony České republiky vyžadují pro nezahájení resuscitace informovaný souhlas pacienta a staví svobodnou vůli pacienta na první místo v rozhodovacím procesu. Je proto potřeba pacienty dostatečně informovat o jejich zdravotním stavu i terapeutických možnostech. K tomu je potřeba dostatečně vzdělávat lékaře v oblasti komunikace s nevléčitelně nemocným pacientem.

Úmluva o lidských právech a biomedicíně přináší do českého práva institut dříve vysloveného přání, který je dobře známý například v USA a který je klíčový při přání pacienta nebýt resuscitován. Je proto potřeba upravit právní normy České republiky ve vztahu k dříve vysloveným přáním a jasně tato budoucí přání vymezit. Zároveň je potřeba vyřešit organizační záležitosti vztahující se k dříve vysloveným přáním a jejich plnění.

## 11. Summary

Giving up an effort to resuscitate a patient with failure of basic life functions is very serious decision inevitably leading to the death of that patient. The only counter-indications of resuscitation are certain signs of death and lethal injuries. The advice of Czech and foreign associations for resuscitation is to include terminal stages of incurable diseases to counter-indications of resuscitation as well, but this advice is against law of Czech Republic and therefore it cannot be accepted.

Ethical codes as well as Czech laws need a "do not resuscitate" order written by patient to cancel resuscitation effort and the free will of patient about medical treatment is on the first place when making a "do not resuscitate" decision. Therefore it is very important to fully inform patient about his disease and therapeutic possibilities including DNR order. There is a strong need of education of doctors in the medical ethics and communication with terminally ill patient.

Convention on Human Rights and Biomedicine has brought the advance directives concept to the Czech law. Advance directives are very well known in foreign countries (USA) and DNR order can be part of them. It is important to set rules for advance directives to Czech law as well as to resolve organizational aspects of advance directives in Czech Republic.

## 12. Seznam použité literatury:

- 1) PACHL, J., ROUBÍK, K. *Základy anesteziologie a resuscitační péče dospělých i dětí*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2005. 376 s.  
ISBN-10: 80-246-0479-5
- 2) HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Třetí, rozšířené vydání. Praha : Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7
- 3) HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. Druhé, doplněné vydání. Praha : Galén, 1999. 165 s. ISBN 80-7262-032-0
- 4) JONSEN, A.R., SIEGLER, M., WINSLADE, W.J. *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*. 3rd edition. USA : McGraw-Hill, Inc., 1992, 197 p. ISBN 0-07-105392-1
- 5) *Advance Directives*. USA : Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1999, 76 p. ISBN 0-86688-607-9
- 6) *Decisions relating to cardiopulmonary resuscitation*. A joint statement from British Medical Association, the Resuscitation Council (UK) and the Royal College of Nursing. Velká Británie, 2007, 24 p.
- 7) MACH, J., *Zdravotnictví a právo – komentované předpisy*. Praha : Orac, 2003, 351 s., ISBN 80-86199-50-9
- 8) *Etický kodex České lékařské komory*. Stavovský předpis č. 10. Česká lékařská komora, 1995, dostupný z: <http://www.lkcr.cz>
- 9) *Úmluva o lidských právech a biomedicíně*. Praha : Ministerstvo zdravotnictví, 2002. ISBN 80-85047-26-8
- 10) *Zákon č. 20/1966 sb. o péči o zdraví lidu*. Česká republika : Poradce s.r.o., 2004, 174 s. 80-86674-52-5
- 11) *Zákon č. 140/1961 sb., trestní zákon*. Česká republika. Dostupný z: [http://business.center.cz/business/pravo/zakony/trestni\\_zakon/](http://business.center.cz/business/pravo/zakony/trestni_zakon/)

### Internetové zdroje:

- 1) *Právo a medicína – internetové diskusní fórum Asociace pro medicínské právo a bioetiku*. Praha : Asociace pro medicínské právo a bioetiku. Dostupné z: <http://medico.juristic.cz>



### **13. Seznam příloh:**

Příloha 1: Ukázka jednoduchého DNR formuláře (USA)

Příloha 2: Ukázka formuláře advance directives (dříve vyslovená přání)

## **Příloha 1**

### **Ukázka jednoduchého DNR formuláře (USA)**

*Převzato z <http://www.med.umich.edu/libr/aha/umlegal03.htm>*

**DO-NOT-RESUSCITATE ORDER**

I request that in the event my heart and breathing should stop, no person shall attempt to resuscitate me.

This order is effective until it is revoked by me.

Being of sound mind, I voluntarily execute this order, and I understand its full import.

\_\_\_\_\_

(Declarant's signature and Date)

\_\_\_\_\_

(Type or print declarant's full name)

\_\_\_\_\_

(Signature of person who signed for declarant, if applicable and Date)

\_\_\_\_\_

(Type or print full name)

**ATTESTATION OF WITNESSES**

The individual who has executed this order appears to be of sound mind, and under no duress, fraud, or undue influence. Upon executing this order, the individual has (has not) received an identification bracelet.

\_\_\_\_\_

(Witness signature) (Date)

\_\_\_\_\_

(Type or print witness's name)

\_\_\_\_\_

(Witness signature) (Date)

\_\_\_\_\_

(Type or print witness's name)

*THIS FORM WAS PREPARED PURSUANT TO, AND IN COMPLIANCE WITH, THE MICHIGAN DO-NOT-RESUSCITATE PROCEDURE ACT.*

## **Příloha 2**

### **Ukázka formuláře advance directives (dříve vyslovená přání)**

*Převzato z [http://www.finalchoices.calhealth.org/C4\\_textfiles/Generic\\_Advance\\_Directive.pdf](http://www.finalchoices.calhealth.org/C4_textfiles/Generic_Advance_Directive.pdf)*

# Advance Health Care Directive Form Instructions

**You have the right to give instructions about your own health care.**

**You also have the right to name someone else to make health care decisions for you.**

The Advance Health Care Directive form lets you do one or both of these things. It also lets you write down your wishes about donation of organs and the selection of your primary physician. If you use the form, you may complete or change any part of it or all of it. You are free to use a different form.

## INSTRUCTIONS

### Part 1: Power of Attorney

Part 1 lets you:

**name** another person as **agent** to make health care decisions for you if you are unable to make your own decisions. You can also have your agent make decisions for you right away, even if you are still able to make your own decisions.

**also name an alternate agent** to act for you if your first choice is not willing, able or reasonably available to make decisions for you.

our agent may not be:

an operator or employee of a community care facility or a residential care facility where you are receiving care.

your supervising health care provider (the doctor managing your care)

an employee of the health care institution where you are receiving care, unless your agent is related to you or is a coworker.

our agent may make all health care decisions for you, unless you limit the authority of your agent.  
you do not need to limit the authority of your agent.

if you want to limit the authority of your agent the form includes a place where you can limit the authority of your agent.

if you choose not to limit the authority of your agent, your agent will have the right to:

Consent or refuse consent to any care, treatment, service, or procedure to maintain, diagnose, or otherwise affect a physical or mental condition.

- Choose or discharge health care providers (i.e. choose a doctor for you) and institutions.
- Agree or disagree to diagnostic tests, surgical procedures, and medication plans.
- Agree or disagree with providing, withholding, or withdrawal of artificial feeding and fluids and all other forms of health care, including cardiopulmonary resuscitation (CPR).
- After your death make anatomical gifts (donate organs/tissues), authorize an autopsy, and make decisions about what will be done with your body.

### Part 2: Instructions for Health Care

You can give specific instructions about any aspect of your health care, whether or not you appoint an agent.

There are choices provided on the form to help you write down your wishes regarding providing, withholding or withdrawal of treatment to keep you alive.

You can also add to the choices you have made or write out any additional wishes.

You do not need to fill out part 2 of this form if you want to allow your agent to make any decisions about your health care that he/she believes best for you without adding your specific instructions.

**Part 3: Donation of Organs**

You can write down your wishes about donating your bodily organs and tissues following your death.

form) or acknowledged before a notary public. A notary is not required if the form is signed by two witnesses. The witnesses must sign the form on the same date it is signed by the person making the Advance Directive.

**Part 4: Primary Physician**

You can select a physician to have primary or main responsibility for your health care.

See part 6 of the form if you are a patient in a skilled nursing facility.

**Part 5: Signature and Witnesses**

After completing the form, sign and date it in the section provided.

The form must be signed by two qualified witnesses (see the statements of the witnesses included in the

**Part 6: Special Witness Requirement**

A Patient Advocate or Ombudsman must witness the form **if you are a patient in a skilled nursing facility** (a health care facility that provides skilled nursing care and supportive care to patients). See Part 6 of the form.

*You have the right to change or revoke your Advance Health Care Directive at any time*

If you have questions about completing the Advance Directive in the hospital, please ask to speak to a Chaplain or Social Worker.

**We ask that you complete this form in English so your caregivers can understand your directions.**

### Part 3: Donation of Organs

You can write down your wishes about donating your bodily organs and tissues following your death.

### Part 4: Primary Physician

You can select a physician to have primary or main responsibility for your health care.

### Part 5: Signature and Witnesses

After completing the form, **sign and date it** in the section provided.

The form must be signed by two qualified witnesses (see the statements of the witnesses included in the

form) or acknowledged before a notary public. A notary is not required if the form is signed by two witnesses. The witnesses must sign the form on the same date it is signed by the person making the Advance Directive.

See part 6 of the form if you are a patient in a skilled nursing facility.

### Part 6: Special Witness Requirement

A Patient Advocate or Ombudsman must witness the form **if you are a patient in a skilled nursing facility** (a health care facility that provides skilled nursing care and supportive care to patients). See Part 6 of the form.

***You have the right to change or revoke your Advance Health Care Directive at any time***

If you have questions about completing the Advance Directive in the hospital, please ask to speak to a Chaplain or Social Worker.

**We ask that you  
complete this form in English  
so your caregivers can understand your directions.**

# Advance Health Care Directive

Name \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

You have the right to give instructions about your own health care. You also have the right to name someone else to make health care decisions for you. This form also lets you write down your wishes regarding donation of organs and the designation of your primary physician. If you use this form, you may complete or change all or any part of it. You are free to use a different form.

*You have the right to change or revoke this advance health care directive at any time.*

## Part 1 — Power of Attorney for Health Care

(1.1) DESIGNATION OF AGENT: I designate the following individual as my agent to make health care decisions for me:

Name of individual you choose as agent: \_\_\_\_\_

Relationship \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Telephone numbers: (Indicate home, work, cell) \_\_\_\_\_

ALTERNATE AGENT (Optional): If I revoke my agent's authority or if my agent is not willing, able, or reasonably available to make a health care decision for me, I designate as my first alternate agent:

Name of individual you choose as alternate agent: \_\_\_\_\_

Relationship \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Telephone numbers: (Indicate home, work, cell) \_\_\_\_\_

SECOND ALTERNATE AGENT (optional): If I revoke the authority of my agent and first alternate agent or if neither is willing, able, or reasonably available to make a health care decision for me, I designate as my second alternate agent:

Name of individual you choose as second alternate agent: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Telephone numbers: (Indicate home, work, cell): \_\_\_\_\_



(1.2) AGENT'S AUTHORITY: My agent is authorized to 1) make all health care decisions for me, including decisions to provide, withhold, or withdraw artificial nutrition and hydration and all other forms of healthcare to keep me alive, 2) to choose a particular physician or health care facility, and 3) to receive or consent to the release of medical information and records, except as I state here:

---

---

(Add additional sheets if needed.)

(1.3) WHEN AGENT'S AUTHORITY BECOMES EFFECTIVE: My agent's authority becomes effective when my primary physician determines that I am unable to make my own health care decisions unless I initial the following line.

If I initial this line, my agent's authority to make health care decisions for me takes effect immediately. \_\_\_\_\_

(1.4) AGENT'S OBLIGATION: My agent shall make health care decisions for me in accordance with this power of attorney for health care, any instructions I give in Part 2 of this form, and my other wishes to the extent known to my agent. To the extent my wishes are unknown, my agent shall make health care decisions for me in accordance with what my agent determines to be my best interest. In determining my best interest, my agent shall consider my personal values to the extent known to my agent.

(1.5) AGENT'S POST DEATH AUTHORITY: My agent is authorized to make anatomical gifts, authorize an autopsy, and direct disposition of my remains, except as I state here or in Part 3 of this form:

---

---

(Add additional sheets if needed.)

(1.6) NOMINATION OF CONSERVATOR: If a conservator of my person needs to be appointed for me by a court, I nominate the agent designated in this form. If that agent is not willing, able, or reasonably available to act as conservator, I nominate the alternate agents whom I have named. \_\_\_\_\_ (initial here)

## Part 2 — Instructions for Health Care

If you fill out this part of the form, you may strike out any wording you do not want.

(2.1) **END-OF-LIFE DECISIONS:** I direct my health care providers and others involved in my care to provide, withhold, or withdraw treatment in accordance with the choice I have marked below:

- a) Choice Not To Prolong  
I do not want my life to be prolonged if the likely risks and burdens of treatment would outweigh the expected benefits, or if I become unconscious and, to a realistic degree of medical certainty, I will not regain consciousness, or if I have an incurable and irreversible condition that will result in my death in a relatively short time.
- Or
- b) Choice To Prolong  
I want my life to be prolonged as long as possible within the limits of generally accepted medical treatment standards.

(2.2) OTHER WISHES: If you have different or more specific instructions other than those marked above, such as: what you consider a reasonable quality of life, treatments you would consider burdensome or unacceptable, write them here.

---

---

---

---

---

(Add additional sheets if needed.)

### Part 3 — Donation of Organs at Death (Optional)

(3.1) Upon my death (mark applicable box):

- I give any needed organs, tissues, or parts
- I give the following organs, tissues or parts only: \_\_\_\_\_
- I do not wish to donate organs, tissues or parts.

My gift is for the following purposes (strike out any of the following you do not want):

Transplant                  Therapy                  Research                  Education

### Part 4 — Primary Physician (Optional)

(4.1) I designate the following physician as my primary physician:

Name of Physician: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_

### Part 5 — Signature

(5.1) EFFECT OF A COPY: A copy of this form has the same effect as the original.

(5.2) SIGNATURE: Sign name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

(5.3) STATEMENT OF WITNESSES: I declare under penalty of perjury under the laws of California (1) that the individual who signed or acknowledged this advance health care directive is personally known to me, or that the individual's identity was proven to me by convincing evidence (2) that the individual signed or acknowledged this advance directive in my presence (3) that the individual appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence, (4) that I am not a person appointed as agent by this advance directive, and (5) that I am not the individual's health care provider, an employee of the individual's health care provider, the operator of a community care facility, an employee of an operator of community care facility, the operator of a residential care facility for the elderly nor an employee of an operator of a residential care facility for the elderly.

**FIRST WITNESS**

Print Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Signature of Witness: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**SECOND WITNESS**

Print Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Signature of Witness: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

(5.4) ADDITIONAL STATEMENT OF WITNESSES: At least one of the above witnesses must also sign the following declaration: I further declare under penalty of perjury under the laws of California that I am not related to the individual executing this advance directive by blood, marriage, or adoption, and to the best of my knowledge, I am not entitled to any part of the individual's estate on his or her death under a will now existing or by operation of law.

Signature of Witness: \_\_\_\_\_

Signature of Witness: \_\_\_\_\_

**Part 6 — Special Witness Requirement if in a Skilled Nursing Facility**

(6.1) The patient advocate or ombudsman must sign the following statement:

**STATEMENT OF PATIENT ADVOCATE OF OMBUDSMAN**

I declare under penalty of perjury under the laws of California that I am a patient advocate or ombudsman as designated by the State Department of Aging and that I am serving as a witness as required by section 4675 of the Probate Code:

Print Name: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Certificate of Acknowledgement of Notary Public** (Not required if signed by two witnesses)

State of California, County of \_\_\_\_\_

On \_\_\_\_\_, before me, \_\_\_\_\_

Notary Public, personally appeared \_\_\_\_\_,

personally known to me (or proved to me on the basis of satisfactory evidence) to be the person whose name is subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she executed the same in his/her authorized capacity, and that by his/her signature on the instrument, the person or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

WITNESS my hand and official seal.

\_\_\_\_\_  
Signature of Notary Public

[PLACE NOTARY PUBLIC SEAL HERE]

**OVÁ**  
**Ě**

**řství**

**Karlovy**

**Kopeček**

**kou aktivitu detekovaný**