

INSTITUT „DŘÍVE VYSLOVENÉHO PŘÁNÍ“ V ČESKÉ REPUBLICCE A JEHO OBDOBY V ZAHRANIČÍ

A. Alzaydeh, E. Todtová, J. Myšková,
A. Krüger, P. Ošťádal

Definice

- Písemné vyjádření svobodné vůle plnoleté osoby PRO FUTURO, tedy pro případ, kdy pacient z důvodu natolik závažného stavu již nebude schopen posoudit, rozhodnout se a dát souhlas, v tomto případě spíše nesouhlas se zdravotní péčí, která by mu v jeho stavu byla poskytována.
- Pacient ovšem nemá právo sepsáním DVP nebo DNR na jinou požadovanou léčbu či lékařský zákrok.

Historie

- Kolébkou DVP a DNR je USA kde americký právník Luis Kutner vytvořil termíny „Living Will“ a „Advance Directives“ jako legální nástroj k zastavení protrahované nesmyslné léčby.
- Právním milníkem na toto téma byl případ Nancy Cruzan, které ve svých 25 letech po autonehodě skončila ve vegetativním stavu na přístrojové podpoře. Její rodiče na základě jejího ústního přání, bojovali 7 let o ukončení přístrojové podpory.

Historie

- V roce 1990 nejvyšší soud rodině vyhověl. Nancy zemřela 11 dní po odpojení všech přístrojů.



Příklady a praxe v zahraničí - USA

- Všechny státně dotované zdrav. zařízení musí pacienty informovat o možnosti sepsání dříve vysloveného přání.
- Studie z roku 2007 ukázala, že 70% pacientů DVP sepsala.
- Tato studie ovšem také ukázala na problematiku důležitosti kdy je DVP sepsané.
- Velké procento pacientů podepsalo 3 dny před úmrtím.

USA

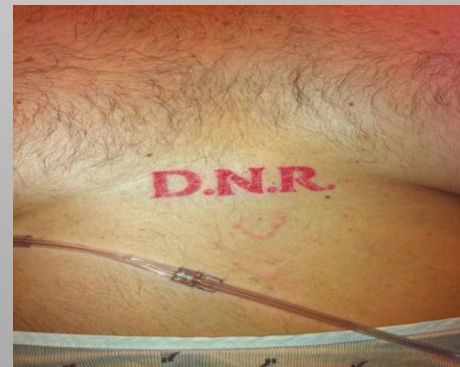
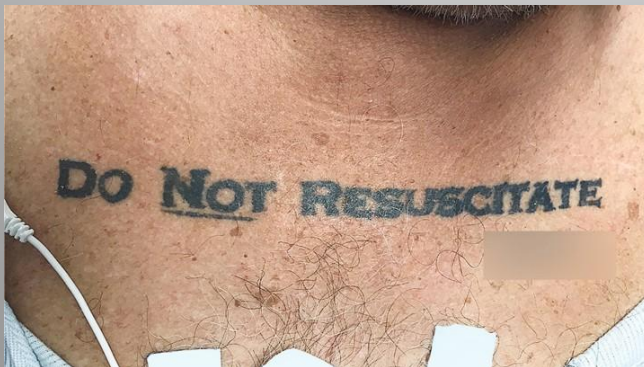
- Wisconsin používá jeden z nejpropracovanějších DVP v praxi.
- 95% pacientu mají jejich přání zanesené ve zdravotnické dokumentaci.
- 98% pacientů dostává na konci života péči kterou si přáli.
- 85% zesnulých mělo jejich DVP sepsané a to přibližně 14 měsíců před smrtí.

USA

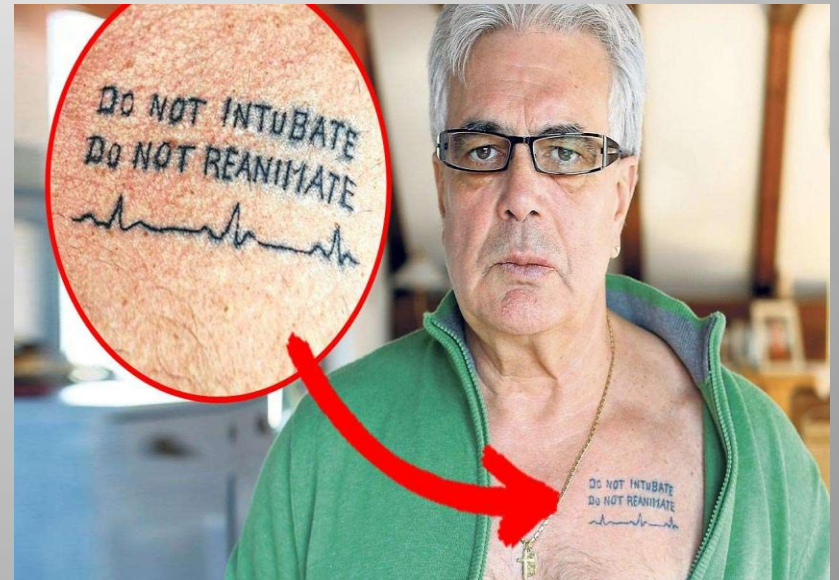
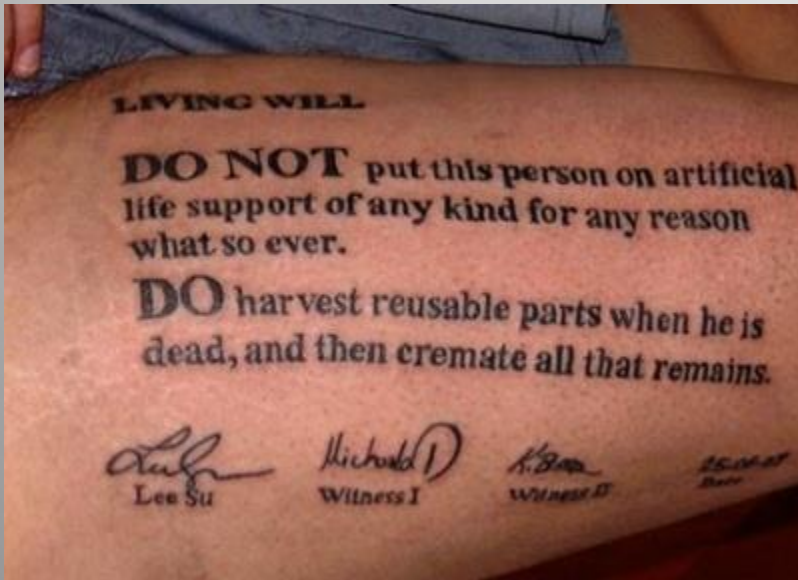
- Wisconsin náramky



- DNR tattoo – není bráno jako právně závazné



DNR tattoo



Příklady ze zahraničí – Velká Británie

- Lékaři aktivně podporováni k debatě s jejich pacienty ohledně „Living Will“ a DNR.
- Standardní formuláře, hodně osvěty.
- DNACPR formulář (Do not Attempt CPR) se týká *pouze* KPR.
- „Living Will“ ošetřuje přání a odmítnutí pacientů konkrétních zákroků ve specifických situacích.



Emergency Medical Services
Do Not Resuscitate Order

SOUTH CAROLINA
EMERGENCY MEDICAL SERVICES



DO NOT RESUSCITATE ORDER

NOTICE TO EMS PERSONNEL

This notice is to inform all emergency medical personnel who may be called to render assistance to

_____ that he/she has a terminal condition which has been diagnosed by me and is at
(Name of Patient)
least eighteen (18) years of age, and has specifically requested that no resuscitative efforts including artificial stimulation
of the cardiopulmonary system by electrical, mechanical, or manual means be made in the event of cardiopulmonary
arrest.

REVOCATION PROCEDURE

**THIS FORM MAY BE REVOKED BY AN ORAL STATEMENT BY THE PATIENT TO EMS PERSONNEL, OR BY
MUTILATING, OBLITERATING, OR DESTROYING THE DOCUMENT IN ANY MANNER.**

Date _____ Patient's Signature (or Surrogate or Agent) _____

Physician's Name (Please Print) _____ Physician's Signature _____

Physician's Address _____ Physician's Telephone Number _____

DO NOT ATTEMPT CARDIOPULMONARY RESUSCITATION

Adults aged 16 years and over
In the event of cardiac or respiratory arrest do not attempt cardiopulmonary resuscitation (CPR)
All other appropriate treatment and care will be provided



East of England

Name: _____
Address: _____

Date of birth: / / _____
NHS number: _____

Date of DNACPR order:
/ / _____

Reason for DNACPR decision (tick one or more boxes and provide further information)

CPR is unlikely to be successful (i.e. medically futile) because:

Successful CPR is likely to result in a length and quality of life not in the best interests of the patient because:

Patient does not want to be resuscitated as evidenced by:

Record of discussion of decision (tick one or more boxes and provide further information)

Discussed with the patient / Lasting Power of Attorney [welfare]? Yes No
If 'yes' record content of discussion. If 'no' say why not discussed.

Discussed with relatives/carers/others? Yes No
If 'yes' record name, relationship to patient and content of discussion. If 'no' say why not discussed.

Discussed with other members of the health care team? Yes No
If 'yes' record name, role and content of discussion. If 'no' say why not discussed.

Healthcare professional completing this DNACPR order

Name: _____ Signature: _____
Position: _____ Date: / / _____ Time: _____

Review and endorsement by responsible senior clinician

Name: _____ Signature: _____
Position: _____ Date: / / _____ Time: _____
Is DNACPR decision indefinite? Yes No If 'no' specify review date: / / _____



Kentucky Emergency Medical Services Do Not Resuscitate (DNR) Order



Person's Full Legal Name _____

Surrogate's Full Legal Name (if applicable) _____

I, the undersigned person or surrogate who has been designated to make health care decisions in accordance with Kentucky Revised Statutes, hereby direct that in the event of my cardiac or respiratory arrest that this **DO NOT RESUSCITATE (DNR) ORDER** be honored. I understand that DNR means that if my heart stops beating or if I stop breathing, no medical procedure to restart breathing or heart function, more specifically the insertion of a tube into the lungs, or electrical shocking of the heart or cardiopulmonary resuscitation (CPR) will be started by emergency medical services (EMS) personnel.

I understand this decision will *not* prevent emergency medical services personnel from providing other medical care.

I understand that I may revoke this DNR order at any time by destroying this form, removing the DNR bracelet, or by telling the EMS personnel that I want to be resuscitated. Any attempt to alter or change the content, names, or signatures on the EMS DNR form shall make the DNR form invalid.

I understand that this form, or a standard EMS DNR bracelet must be available and must be shown to EMS personnel as soon as they arrive. If the form or bracelet is not provided, the EMS personnel will follow their normal protocols which could include cardiopulmonary resuscitation (CPR) or other resuscitation procedures. I understand that should I die, EMS personnel will require this form and/or bracelet for their records.

I give permission for information about this EMS DNR Order to be given to the prehospital emergency medical care personnel, physicians, nurses, or other health care personnel as necessary to implement this directive.

I hereby state that this **'Do Not Resuscitate (DNR) Order'** is my authentic wish not to be resuscitated.

Person/Legal Surrogate Signature

Date

Commonwealth of Kentucky County of _____

Subscribed and sworn to before me by _____ to be his/her own free act and deed, this _____ day of _____, 20_____.

_____, Notary Public
My commission expires: _____

In lieu of having this Form notarized, it may be witnessed by two persons not related to the individual noted above.

WITNESSED BY:

1. _____

2. _____

This EMS Do Not Resuscitate Form was approved by the Kentucky Board of Medical Licensure at their March 1995 meeting.

Complete the portion below, cut out, fold, and insert in DNR bracelet

I certify that an EMS Do Not Resuscitate (DNR) form has been executed.



Person's Name (print or type) _____

Person's or Legal Surrogate's Signature _____

DVP a negativní revers

- Negativní revers – opak informovaného souhlasu, slouží k odmítnutí navrhované léčby v konkrétní situaci v konkrétním čase.
- DVP – odmítnutí navrhované léčby v situaci která může a nemusí nastat.

Euthanazie

- Aktivní – způsobeno jednáním druhé osoby a to **přímo** (zavedení smrtelné infuze) nebo **nepřímo** (zvyšování dávek opiátů).
- Pasivní – zřeknutí se opatření nebo zdravotnického zákroku.
- Pasivní eutanazie a DVP se v některých případech překrývají, DVP se ale dá také využít pro přípravu na porod.

DVP v ČR

- DVP v naší legislativě od roku 2001 v Úmluvě o biomedicíně článek 9.
- Nově v zákonu č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.
- Platnost DVP v ČR je neomezená a je možné jí aktualizovat .
- DVP v ČR má dvě formy :
 - a/ Písemná forma s úředně ověřeným podpisem
 - b/ Písemná forma během hospitalizace

Písenná forma DVP s úředně ověřeným podpisem

- Přesný popis situace ke které se DVP vztahuje (KPR, UPV, hemodialýza...).
- Písenné poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí a to lékařem v oboru praktického lékařství u něhož je pacient registrován.

Písemná forma DVP během hospitalizace

- Sepsaná zdravotnickým personálem do pacientovi dokumentace.
- Není potřeba úředně ověřený podpis stačí svědek (člen pacientovi rodiny).
- Poučení pacienta o rizicích a alternativách.
- Tento typ DVP zavazuje jen poskytovatele v jehož zdravotnické dokumentaci se nalézá a to pouze po dobu hospitalizace.

Kdy nerespektovat DVP

- DVP nabádá k aktivnímu usmrcení
- Může ohrozit další osoby
- U nezletilých
- U pacientů s omezenou svéprávností v době podpisu DVP
- Od sepsání DVP uplynula dlouhá doba (pokrok v medicíně, dříve nemožné zákroky dnes již proveditelné)

DVP v ČR

- V ČR není právně dané kde by DVP mělo být uschované a lékař není povinen u pacienta DVP hledat.
- Řešením je obeznámit poskytovatele o DVP před zahájením léčby či zahrnout do DVP, že pacient odmítá takovou terapii i při nevědomosti lékaře o evidenci DVP.

Závěr

- Věříme, že i přes mnohaleté fungující praxe DNR a DVP v zahraničí a uvedení jasnějších podmínek DVP do legislativy ČR zde stále neprobíhá na toto extrémně citlivé ale také velmi důležité téma dostatečná debata mezi zdravotnickými profesionály, ani dostatečná osvěta v naší společnosti, kde stále jsou některé záležitosti okolo konce života do jisté míry tabuizované.
- Tak jako u jiných novinek v medicíně, by byly přínosné odborné semináře a konference, které by napomohly zdravotníkům (především lékařům), otevřít tuto debatu s jejich pacienty.

Děkuji za pozornost

