



1	<b>Turinys</b>	
2		
3	Įvadas.....	4
4	Tikslas .....	6
5	Kas yra išankstinis priežiūros planavimas? .....	6
6	Išankstinis priežiūros planavimas ir psichinis veiksnumas .....	6
7	Išankstinio priežiūros planavimo vertybės ir principai.....	7
8	Vertybės.....	7
9	Praktiniai principai.....	7
10	Kuo svarbūs išankstinio priežiūros planavimo pokalbiai?.....	8
11	Išankstinio priežiūros planavimo privalumai .....	9
12	Kada reikėtų imtis išankstinio priežiūros planavimo? .....	10
13	Prasmingi išankstinio priežiūros planavimo pokalbiai.....	12
14	Šešios „T“, lemiančios gerą bendravimą išankstinių priežiūros planavimo pokalbių	
15	metu.....	13
16	Dalijimasis išankstinio priežiūros planavimo pokalbių medžiaga, rekomendacijomis ir	
17	sprendimais.....	15
18	Išankstinio priežiūros planavimo pokalbių, rekomendacijų ir sprendimų peržiūra ....	15
19	Kaip pritaikomi išankstinio priežiūros planavimo pokalbiai? .....	15
20	Išankstinio priežiūros planavimo dedamosios .....	16
21	Išankstinio priežiūros planavimo asmeninė dedamoji .....	17
22	„Kas man rūpi“ – norai, jausmai, įsitikinimai ir vertybės .....	17
23	Dvasingumas .....	18
24	Pagalba ir parama išlaikytiniams .....	18
25	Su laidotuvėmis susiję pageidavimai .....	18
26	Internetinės paskyros.....	18
27	Išankstinio priežiūros planavimo teisinė dedamoji .....	19
28	2016 m. ŠA psichinio veiksnio įstatymas.....	19
29	Įgaliojimų rūšys .....	22
30	Įgaliojimas.....	23
31	Neterminuotas įgaliojimas (angl. Enduring Power of Attorney).....	23
32	Ilgalaikis įgaliojimas patikėtiniui (angl. Lasting Power of Attorney) .....	23
33	Išankstinis sprendimas atsisakyti gydymo (angl. Advance Decisions to Refuse	
34	Treatment, ADRT) .....	25

1	Išankstinio priežiūros planavimo klinikinė dedamoji .....	26
2	Skubios sveikatos priežiūros ir pagalbos nenumatytais atvejais atsisakymas ...	26
3	Klinikinės gaivinimo rekomendacijos .....	27
4	Geriausiai interesus atitinkantys sprendimai.....	27
5	Skubios pagalbos ir gydymo rekomendacijų suvestinės planas (Recommended	
6	Summary Plan for Emergency Care & Treatment, ReSPECT) .....	28
7	Organų donorystė .....	29
8	Kūno dovanojimas medicinos mokslui.....	30
9	Išankstinio priežiūros planavimo finansinė dedamoji .....	30
10	Testamento sudarymas .....	31
11	Išvados.....	32
12	Priedai.....	33
13	1 priedas. Sąvokų žodynas .....	33
14	Trumpiniai.....	36
15	2 priedas Bibliography .....	36
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		

# 1 Įvadas

2

3 Išankstinis priežiūros planavimas – tai apibendrinamoji sąvoka, reiškianti asmeninių,  
4 teisinių, klinikinių ir finansinių reikalų planavimą. Jis suteikia žmogui galimybę  
5 apsvarstyti, kas jam svarbu, ir planuoti savo ateitį. Tai savanoriškas procesas,  
6 padedantis asmeniui išsiaiškinti savo norus, jausmus, įsitikinimus ir vertybes bei  
7 priimti tai atspindinčius sprendimus. Išankstinis priežiūros planavimas – tai tęstiniai  
8 pokalbiai su asmeniu, jo artimaisiais<sup>1</sup>, priežiūros, pagalbos ar gydymo paslaugas  
9 teikiančiais žmonėmis. Išankstinis priežiūros planavimas turi tapti svarbia visų  
10 suaugusiųjų gyvenimo dalimi.

11 Išankstinio priežiūros planavimo politika sukurta visuomenės nariams, jų  
12 artimiesiems ir asmenims, teikiantiems priežiūros, pagalbos ir gydymo paslaugas<sup>2</sup>.

13 Išankstinio priežiūros planavimo politika buvo sukurta siekiant padėti asmeniui geriau  
14 pasirinkti ir kontroliuoti savo sprendimus, įskaitant tuos, kurie yra susiję su jo ateities  
15 priežiūros ir gydymo planais. Tai yra itin svarbu, jeigu bet kuriuo gyvenimo etapu  
16 žmogus nebegali priimti atitinkamų sprendimų.

17 Išankstinis priežiūros planavimas suteikia suaugusiesiems galimybę:

- 18 • apsvarstyti tai, kas jiems rūpi;
- 19 • pasakoti tai, kas jiems rūpi, artimiesiems;
- 20 • aptarti savo apsisprendimus su priežiūros, pagalbos arba gydymo paslaugas  
21 teikiančiais asmenimis;
- 22 • užrašyti savo sprendimus ir dalintis savo užrašais;
- 23 • dar kartą įvertinti pokalbius ir priimtus sprendimus, juos keistis ir dar kartą  
24 dalintis.

25 Išankstinis priežiūros planavimas svarbus visiems suaugusiesiems, nepriklausomai  
26 nuo to, kuriam gyvenimo etapui jie priklauso. „Retas iš mūsų pagalvoja apie mirties  
27 neišvengiamumą, o dar retesnis – jai ruošiasi ar aptaria“ (McKenna et al, 2020 m.).  
28 Nors įprastai išankstinis priežiūros planavimas yra siejamas su priežiūra gyvenimo  
29 pabaigoje, ši sąvoka yra daug platesnė. Be galimybės atsisakyti skubios sveikatos  
30 priežiūros ir pagalbos nenumatytais atvejais, ši politika suteikia progą apsvarstyti ir  
31 įvertinti tai, kas žmogui svarbu, ir tai, kas gali pagerinti jo gyvenimo kokybę. Ji taip  
32 pat gali nuraminti ir suteikti užtikrintumo jausmą žmogaus artimiesiems.

33 Politikoje aprašoma išankstinio priežiūros planavimo sistema Šiaurės Airijoje  
34 gyvenantiems suaugusiesiems (18 metų ar vyresniems asmenims), didžiausią

---

<sup>1</sup> Žmogaus artimaisiais laikomi: šeima, globėjai ar pažįstami asmenys, kurie tokiam žmogui rūpi ar prie kurių jis yra prisirišęs. Juos gali sieti asmeniniai, teisiniai, kultūriniai arba emociniai ryšiai.

<sup>2</sup> Politikoje naudojama sąvoka „priežiūros, pagalbos ir gydymo paslaugas teikiantys asmenys“ apima žmones, dirbančius bendruomenėje ar savanoriškos veiklos sektoriuje, nepriklausomame ekonomikos sektoriuje ir kitą sveikatos ir socialinės priežiūros personalą, teikiančį teisės aktuose nurodytas paslaugas.

1 dėmesį skiriant sveikatos ir socialinės priežiūros aspektams. Politikoje apžvelgiamas  
2 išankstinis priežiūros planavimas, jį pagrindžiančios vertybės ir principai.  
3 Dokumente paaiškinama, kuo svarbus išankstinis priežiūros planavimas ir kaip jis  
4 gali padėti žmonėms laiku sukurti realius ir praktiškai įgyvendinamus ateities planus.  
5 Jis skatina kurti tokius planus pokalbių su artimaisiais ir (arba) priežiūros, pagalbos  
6 ar gydymo paslaugas teikiančiais asmenimis metu.

7 Žmogaus artimiesiems išankstinis priežiūros planas gali padėti aiškiau suprasti  
8 žmogaus norus, jausmus, įsitikinimus ir vertybes, įskaitant bet kokius pageidavimus  
9 ir sprendimus, kuriuos gali būti priėmęs planą sudarantis žmogus.

10 Priežiūros, pagalbos arba gydymo paslaugas teikiantiems asmenims politika padeda  
11 aiškiau suprasti savo pareigas šių svarbių pokalbių, kurie yra laikomi holistinės  
12 priežiūros ir paslaugų dalimi, metu. Jeigu bet kuriuo gyvenimo metu žmogus  
13 nebegali savarankiškai priimti atitinkamų sprendimų, tokie sprendimai turi būti  
14 priimami geriausiai atsižvelgiant į žmogaus interesus. Aiškinantis geriausius  
15 žmogaus interesus ypatingas dėmesys turi būti skiriamas asmens norams,  
16 jausmams, įsitikinimams ir vertybėms. Sprendimų negalima priimti vadovaujantis  
17 prielaidomis, padarytomis remiantis tik tokiais veiksniais, kaip asmens amžius,  
18 neįgalumas,<sup>3</sup> arba subjektyvia specialisto nuomone apie žmogaus gyvenimo  
19 kokybę.<sup>4</sup>

20 Net ir tada, kai asmens gebėjimas priimti tam tikrus sprendimus yra ribotas, reikia  
21 imtis visų praktiškai įgyvendinamų veiksmų siekiant padėti jam priimti kitus  
22 sprendimus. Kai asmuo negali priimti tam tikro sprendimo, jam turi būti padedama  
23 kiek įmanoma labiau įsitraukti į sprendimų priėmimo procesą.

24 Politika pristato etika ir teisėmis grįstą požiūrį<sup>5</sup> į išankstinį priežiūros planavimą  
25 suaugusiems, sukurtą remiantis įstatymais, gerosiomis praktikomis, specialistų  
26 patarimais ir standartais. Politiką papildo gairės, mokymai ir švietimas bei informacija  
27 visuomenei, teikiama siekiant užtikrinti nuoseklų požiūrį į išankstinį priežiūros  
28 planavimą, kuris būtų įtraukus ir prieinamas įvairiems žmonėms. (Gairių ir  
29 informaciniai dokumentai turi būti patvirtinti po konsultacijų su visuomene).

---

<sup>3</sup> Heslop P, Blair P, Fleming P, Hoghton M, Marriott A, Russ L. Confidential Inquiry into premature deaths of people with learning disabilities, CIPOLD. Bristol: Norah Fry Research Centre; 2013.

<sup>4</sup> [20160123 Decisions Relating to CPR - 2016.pdf \(resus.org.uk\)](https://www.resus.org.uk/20160123/Decisions-Relating-to-CPR-2016.pdf)

<sup>5</sup> Etinis ir žmogaus teises gerbiantis požiūris grindžiamas Jungtinių Tautų konvencijos dėl žmonių su negalia teisių (angl. United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities) 9, 12, 16, 17 ir 25 straipsniais <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html> Sveikatos ir socialinės priežiūros specialistų klinikinės etikos forumo COVID-19 etinių rekomendacijų ir paramos sistema <https://www.health-ni.gov.uk/sites/default/files/publications/health/COVID-19-Guidance-Ethical-Advice-and-Support%20Framework.pdf>

## 1 **Tikslas**

2 Šia politika ir jos įgyvendinimu praktikoje siekiama:

- 3 • Išankstinis priežiūros planavimas pokalbius;
- 4 • suteikti visiems Šiaurės Airijoje (ŠA) gyvenantiems suaugusiems vienodas
- 5 galimybes išreikšti savo norus, jausmus, įsitikinimus ir vertybes, susijusias su
- 6 išankstiniu priežiūros planavimu;
- 7 • atsižvelgti į šiuos aspektus teikiant tokiems asmenims priežiūros, pagalbos ar
- 8 gydymo paslaugas.

## 9 **Kas yra išankstinis priežiūros planavimas?**

10

11 Išankstinis priežiūros planavimas – tai apibendrinamoji sąvoka, reiškianti asmeninių,  
12 teisinių, klinikinių ir finansinių reikalų planavimą. Jis suteikia žmogui galimybę  
13 apsvarstyti, kas jam svarbu, ir planuoti savo ateitį. Tai savanoriškas procesas,  
14 padedantis asmeniui išsiaiškinti savo norus, jausmus, įsitikinimus ir vertybes bei  
15 priimti tai atspindinčius sprendimus. Išankstinis priežiūros planavimas – tai tęstiniai  
16 pokalbiai su asmeniu, jo artimaisiais, jį globojančiais, pagalbą ar gydymą teikiančiais  
17 žmonėmis.

18 Išankstinis priežiūros planavimas turi tapti svarbia visų suaugusiųjų gyvenimo dalimi.  
19 Jį turi siūlyti priežiūros, pagalbos ar gydymo paslaugas teikiantys asmenys, siekdami  
20 suteikti žmonėms galimybę laiku dalyvauti realistiškuose ir praktiškuose pokalbiuose.  
21 Šių pokalbių metu susitelkiama į tai, kas žmogui svarbu, ir tai, kas jam būtų  
22 svarbiausia ateityje, jei jis nebegalėtų savarankiškai priimti sprendimų.

23 Jeigu asmuo nori įrašyti šiuos pokalbius ir pasidalinti įrašais, jam turi būti padedama  
24 tai padaryti. Pokalbių metu galima aptarti psichinės sveikatos krizės planus,  
25 išankstinius sprendimus atsisakyti gydymo (angl. Advance Decisions to Refuse  
26 Treatment, ADRT) ir žmogaus požiūrį į gaivinimą.

27

## 28 **Išankstinis priežiūros planavimas ir psichinis veiksnumas**

29

30 Išankstinis priežiūros planavimas dažniausiai siūlomas psichiškai veiksniais  
31 žmonėms, tad svarbu suprasti, ką tai reiškia. 2016 m. Šiaurės Airijos psichinio  
32 veiksnio įstatymo nuostatose apibrėžiamas ribotas žmogaus veiksnumas.

1 2016 m. ŠA psichinio veiksnio įstatymo pirmasis principas numato, kad asmuo  
2 neturi būti laikomas turinčiu ribotą veiksnumą, jei nėra nustatyta, kad atitinkamu  
3 atveju asmuo turi ribotą veiksnumą<sup>6</sup>. Psichinis veiksnumas galioja tik tam tikram  
4 sprendimui ir laikui. Tam tikru metu žmonės gali gebėti priimti tam tikrus sprendimus,  
5 o kitu metu – ne. Net jei tam tikru metu asmuo yra psichiškai neveiksnus priimti tam  
6 tikrą sprendimą, jo norai, jausmai, įsitikinimai ir vertybės vis vien turi būti laikomos  
7 svarbiausiomis, o tokiam žmogui reikia padėti kaip įmanoma labiau įsitraukti į  
8 sprendimo priėmimo procesą. Daugiau informacijos pateikiama 19 puslapyje.

## 9 **Išankstinio priežiūros planavimo vertybės ir principai** 10 **Vertybės**

11 Išankstinis priežiūros planavimas:

- 12 • gerbia ir saugo žmogaus teises, orumą ir kultūrą bei galioja visiems  
13 suaugusiems asmenims;
- 14 • leidžia etiškai aptarti svarbius ir opius klausimus;
- 15 • yra prieinamas taip, kad leistų žmogui organizuoti prasmingus pokalbius;
- 16 • priklauso nuo asmeninio žmogaus apsisprendimo. Kai kurie žmonės gali  
17 nenorėti galvoti apie išankstinio priežiūros planavimo pokalbius ar juose  
18 dalyvauti, o jų apsisprendimą reikia gerbti suteikiant tokiems žmonėms  
19 galimybę sudalyvauti tokiam pokalbyje kitu metu;
- 20 • yra laikomas asmenine patirtimi. Kiekvieno žmogaus norai, jausmai,  
21 įsitikinimai ir vertybės skiriasi priklausomai nuo žmogaus ir jo aplinkos;
- 22 • yra savanoriškas procesas. Niekas kitas, įskaitant priežiūros, pagalbos ar  
23 gydymo paslaugas teikiančius asmenis, šeimą, artimuosius ar organizacijas,  
24 neturi spausti asmens dalyvauti išankstinio priežiūros planavimo  
25 pokalbiuose<sup>7</sup>.

## 26 **Praktiniai principai**

- 27 • Išankstinis priežiūros planavimas pokalbiai turi būti prasmingi, vedami jautriai  
28 ir su atjauta. Jiems reikalingas laikas. Pokalbiai turi vykti žmogui patogiu  
29 tempu

---

<sup>6</sup> <https://www.legislation.gov.uk/ia/2016/18/section/1/enacted>

<sup>7</sup> Detalesnės informacijos apie suaugusiųjų teisę priimti informuotus sprendimus ir apsaugą nuo prievartos, netinkamos įtakos ar spaudimo ieškokite adresu <https://www.health-ni.gov.uk/sites/default/files/publications/dhssps/adult-safeguarding-policy.pdf>

- 1 • Sutikimas nėra laikomas tik formalumu. Kiekvienu išankstinis priežiūros  
2 planavimo etapu turi būti gautas sutikimas, t.y., dėl pokalbio, informacijos  
3 dalijimosi su kitais asmenimis, pokalbio dokumentavimo, dalijimosi jo  
4 medžiaga
- 5 • Jeigu išankstinio priežiūros planavimo pokalbis buvo dokumentuotas, tokia  
6 medžiaga turi būti prieinama visoms įstaigoms siekiant užtikrinti, kad  
7 įstaigoms yra žinomi žmogaus norai, jausmai, įsitikinimai ir vertybės bei bet  
8 kokios rekomendacijos ir (arba) priimti sprendimai
- 9 • Žmogaus konfidencialumas turi būti gerbiamas
- 10 • Išankstinis priežiūros planavimas pokalbiai, visos rekomendacijos ir (arba)  
11 sprendimai turi būti peržiūrimi, atnaujinami, ir, prireikus, pakartotinai  
12 pasidalinti, siekiant užtikrinti, kad pasikeitus žmogaus nuomonei pokalbiai,  
13 rekomendacijos ir (arba) sprendimai buvo atnaujinti;
- 14 • Išankstinis priežiūros planavimas apima 2016 m. ŠA psichinio veiksnio  
15 įstatymo principus.
- 16

## 17 **Kuo svarbūs išankstinio priežiūros planavimo pokalbiai?**

18

19 Žinant žmogaus norus, jausmus, įsitikinimus ir vertybes tokia informacija gali būti  
20 naudinga gerinant žmogaus savarankiškumą ir teises bei mažinant bet kokią sielvartą,  
21 kurį gali patirti žmogus ir jo artimieji. Ši informacija taip pat yra naudinga priežiūros,  
22 pagalbos arba gydymo paslaugas teikiantiems asmenims ir nurodo jiems, kaip atlikti  
23 savo darbą.

24 Įvairių nacionalinių ir tarptautinių mokslinių tyrimų [2 priedas], kuriuose nagrinėjamos  
25 „šeimos ar globėjų“<sup>8</sup> išankstinio priežiūros planavimo patirtys, duomenimis, prasmingi  
26 išankstinio priežiūros planavimo pokalbiai naudingi dėl kelių priežasčių:

27

28

29

30

---

<sup>8</sup> Sąvoka „šeima ir globėjai“ yra naudojama moksliniuose tyrimuose. Šioje politikoje naudojama sąvoka „žmogaus artimieji“



## Išankstinio priežiūros planavimo privalumai

Geresnė gyvenimo kokybė	Kai asmuo turi galimybę apsvarstyti arba pasikalbėti apie „tai, kas jam rūpi“, tokia veikla gali padėti jam priimti sprendimus atsižvelgiant į savo norus, jausmus, įsitikinimus ir vertybes.
Ramybė	Kai asmuo turi galimybę „suplanuoti savo reikalus“ arba pasikalbėti apie bet kokius savo lūkesčius ar baimes, tai gali padėti jam rasti ramybę.
Aiškūs sprendimai	Kai asmuo turi informaciją, kuri yra reikalinga norint priimti sprendimus, ir (arba) turi galimybę išsakyti tai, kas jam rūpi, jo artimieji gali žinoti, ko toks žmogus nori arba nenori.
Numalšintas globėjų nerimas	Kai asmens artimieji aiškiai žino, kas jam rūpi, jie gali labiau pasitikėti savimi pareikšdami žmogaus norus, jei jis negali pats priimti sprendimų ar jų pareikšti.

1

2 Šiaurės Airijoje atlikti tyrimai taip pat įrodo poreikį geriau suprasti ir informuoti  
3 visuomenę apie išankstinį priežiūros planavimą bei laiku organizuoti atviresnius ir  
4 prasmingesnius su tuo susijusius pokalbius [2 priedas].

5 Išankstinis priežiūros planavimas yra aktualus visiems suaugusiesiems. Idealiu  
6 atveju, jis atliekamas organizuojant eilę pokalbių, kurie laikui bėgant keičiasi. Jeigu  
7 asmuo nori, apie pokalbius turi būti pranešta jo artimiesiems, kurie gali būti įtraukti į  
8 pokalbių procesą.

9 Išankstinis priežiūros planavimas – tai svarbi priežiūros, pagalbos ir gydymo dalis,  
10 kuri užtikrina žmonėms galimybę realistiškai ir praktiškai pasikalbėti apie tai, kas  
11 jiems rūpi, apsvarstyti ir užrašyti savo norus, jausmus, įsitikinimus ir vertybes, jei jie  
12 mano, kad tai padaryti yra reikalinga.

13 Priežiūros, pagalbos arba gydymo paslaugas teikiantys asmenys, kurie reguliariai  
14 bendrauja su žmonėmis, padeda jiems suprasti išankstinio priežiūros planavimo  
15 vertybes ir principus bei praktinius procesus, kurie leidžia organizuoti tinkamus  
16 pokalbius ir, gavus žmogaus sutikimą, juos dokumentuoti ir dalintis. Priežiūros,  
17 pagalbos arba gydymo paslaugas teikiantiems asmenims taip pat bus suteikti  
18 mokymai ir švietimas.

19

20

21

## 1 **Kada reikėtų imtis išankstinio priežiūros planavimo?**

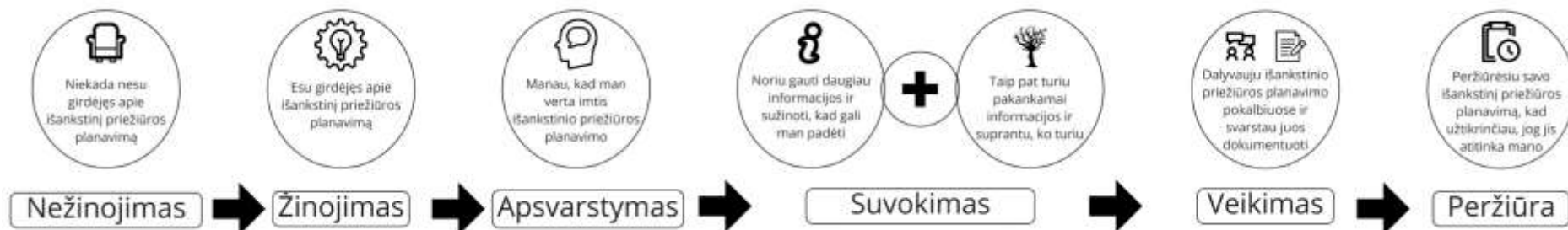
2

3 Išankstinis priežiūros planavimas yra svarbus kiekvienam suaugusiajam, kad ir  
4 kokiam gyvenimo etapui jis priklausytų. Jis itin aktualus ne tik geros sveikatos  
5 žmonėms, bet ir tiems, kuriuos kamuoja rimtos ligos. Idealiu atveju išankstinis  
6 priežiūros planavimas turėtų vykti prieš ištinkant bet kokiai krizei (pvz., psichinės  
7 sveikatos) ar rimtai ligai (išgirdus rimtos fizinės ligos diagnozę).

8 Pradėjus pokalbį ankstyvuojų gyvenimo laikotarpiu asmuo gali geriau valdyti savo  
9 emocijas ir turėti laiko apsvarstyti bei pasikalbėti apie tai, kas jam rūpi. Šis procesas  
10 gali apimti įvairius etapus, nes pradžioje žmogus gali nežinoti apie išankstinį  
11 priežiūros planavimą, žinoti apie šį procesą, bet nenorėti kalbėtis, jaustis galinčiu  
12 galvoti apie savo norus, jausmus, įsitikinimus ir vertybes bei galiausiai pasiryžti  
13 išankstinio priežiūros planavimo pokalbiui.

14 Kai kuriems žmonėms gali prireikti laiko pasiruošti tokiems pokalbiams ir (arba) jų  
15 dokumentavimui. Tai normalu ir gali būti sąlygota daugelio priežasčių, pvz., kai kurie  
16 žmonės gali bijoti išreikšti savo norus arba manyti, kad tai padarius jų artimieji gali  
17 nusiminti. Žmonės taip pat gali nenorėti galvoti apie laiką, kai jie negalės priimti  
18 reikiamų sprendimų dėl savo priežiūros. Svarbu didinti visuomenės informuotumą ir  
19 žinias apie išankstinio priežiūros planavimo pokalbius, siekiant juos normalizuoti. Dėl  
20 šios priežasties svarbu pabrėžti šio proceso privalumus ir padėti žmonėms ne tik  
21 galvoti apie išankstinio priežiūros planavimo pokalbį, bet ir jam pasiryžti.

22 Visi žmonės turi skirtingą nuomonę apie šį procesą, tad žmonių poreikiai gali būti  
23 skirtingi. Žmonių patirtis, padedanti jiems pakeisti savo elgesį, gali skirtis. Tai gali  
24 užtrukti, nes elgesio kaita yra nenutrūkstama. Toliau pateikta diagrama parodo, kaip  
25 žmogus, kuris nežino apie išankstinį priežiūros planavimą, gali jo imtis.



1

2 Rimtomis arba progresuojančiomis ligomis sergantys žmonės ir tie, kurių gyvenimas artėja prie pabaigos, turėtų sudalyvauti tokiuose  
3 pokalbiuose kaip įmanoma greičiau ir tada, kai jų sveikatos būklė yra stabili.

4 Jei tokie pokalbiai dar neįvyko, juos reikia pradėti, kai:

5 • asmuo nurodo, kad jis yra pasiryžęs tokiems pokalbiams;

6 • jie yra laikomi holistinio vertinimo, kurį atlieka planui pasiryžęs žmogus ir priežiūros, pagalbos ar gydymo paslaugas teikiantis  
7 asmuo, dalimi;

8 • asmuo turėjo laiko susigyventi su progresuojančios ligos diagnoze ir jaučiasi pasiruošęs šiems pokalbiams;

9 • asmens fizinė būklė ženkliai pablogėjo arba padidėjo neplanuotų asmens hospitalizavimų skaičius;

10 • asmuo galėjo patirti psichinės sveikatos krizę, kuri apribojo jo gebėjimą priimti tam tikrus sprendimus;

11 • tikėtina, kad pablogės asmens kognityvinės funkcijos;

12 • tikėtina, kad pablogės asmens gebėjimas bendrauti.

1 Laikui bėgant žmonės gali pareikšti savo norus, jausmus, įsitikinimus ir vertybes  
2 savo artimiesiems arba priežiūros, pagalbos ar gydymo paslaugas teikiantiems  
3 asmenims. Išankstinis priežiūros planavimas pokalbiai gali vykti bet kokioje  
4 aplinkoje, tačiau, kai įmanoma, jie turėtų būti organizuojami ten ir tada, kai žmogus  
5 jaučiasi patogiai. Nepriklausomai nuo to, kada vyksta pokalbis, reikia dėti visas  
6 pastangas siekiant užtikrinti, kad aplinka yra tinkama<sup>9</sup> prasmingam išankstinio  
7 priežiūros planavimo pokalbiui palaikyti.

## 8 **Prasmingi išankstinio priežiūros planavimo pokalbiai**

9

10 Kai žmogus yra pasiruošęs išankstinio priežiūros planavimo pokalbiams, priežiūros,  
11 pagalbos ar gydymo paslaugas teikiantys asmenys prisiima svarbias pareigas. Jiems  
12 kritiškai svarbu turėti žinių, pasitikėjimo savimi ir bendravimo įgūdžių, kurie  
13 palengvintų šį procesą.

14 Gero ir efektyvaus bendravimo svarba nuolat pabrėžiama įvairiuose moksliniuose  
15 tyrimuose bei žmonių pateiktose patirtyse [2 priedas]. Tai sustiprina poreikį tobulinti  
16 gebėjimus<sup>10</sup>, žinias, įgūdžius išankstinio priežiūros planavimo sąvokos suvokimą, o  
17 ypač bendravimo gebėjimus<sup>11</sup>.

18

19

20

21

22

23

24

25

26

---

<sup>9</sup> Reikia turėti pakankamai laiko, būti ramioje vietoje, kuri leidžia kalbėtis konfidencialiai ir sumažina nenumatytų trikdžių ar kliūčių galimybę; žmogui turi būti suteiktos atitinkamos ir prieinamos užtikrinančios pokalbio medžiagos, pokalbyje turi dalyvauti atitinkami žmonės, turi būti atsižvelgta į žmogaus pageidavimus ir poreikius, susijusius su bendravimu.

<sup>10</sup> Žr. Išankstinio priežiūros planavimo gebėjimų ugdymo sistemą (laukianti patvirtinimo)

<sup>11</sup> Jeigu žinių sveikatos klausimais lygis yra žemas, tai gali sąlygoti paciento ir priežiūros, pagalbos ar gydymo paslaugas teikiančio asmens bendravimo spragas, kurios gali būti juntamos kalbant dėl išankstinio priežiūros planavimo. [Šiaurės Airijoje taikomas veiksmų planas sveikatos klausimų išmanymo link – Pacientų ir klientų tarybos apžvalga, 2021 m. sausis] (angl. Towards an action plan for health literacy in Northern Ireland: A Patient and Client Council scoping paper January 2021.) Detalesnė informacija apie sveikatos klausimų išmanymą – [PCC Health Literacy Scoping Paper FINAL Jan 21 v2 - Patient and Client Council Northern Ireland \(hscni.net\)](https://www.hscni.net/health-literacy-scoping-paper-final-jan-21-v2) (liet. I]

1 **Šešios „T“, lemiančios gerą bendravimą išankstinių priežiūros**  
2 **planavimo pokalbių metu**

3

4 Tolesnėje diagramoje ir lentelėje pateikiamos gairės, padėsiančios bendrauti  
5 išankstinio priežiūros planavimo pokalbių metu, nepriklausomai nuo to, ar pokalbį  
6 inicijuoja žmogus ar priežiūros, pagalbos ar gydymo paslaugas teikiantis asmuo.  
7 Nepamirškite, kad tokiuose pokalbiuose dalyvauja du asmenys – tas, kuris svarsto ir  
8 nori dalyvauti išankstinio priežiūros planavimo pokalbyje, ir tas, kuris klausosi ir  
9 (arba) veda pokalbį. Tai gali būti žmogaus artimasis ir (arba) priežiūros, pagalbos ar  
10 gydymo paslaugas teikiantis asmuo. Į tai atsižvelgiant lengviau palaikyti prasmingus  
11 išankstinio priežiūros planavimo pokalbius.

12



13

14

15

16

17

18

19

Trust (liet. pasitikėjimas)	<p>Pasitikėjimą galima laikyti svarbiausia tokių pokalbių dalimi.</p> <p>Asmuo, kuris galvoja apie išankstinį priežiūros planavimą, norės kalbėtis su tokiu žmogumi, kuris gerbia jo vertybes ir nuomonę bei atrodo patikimas ir atsakingas, t.y., žmogus, kuriuo toks asmuo gali pasitikėti.</p> <p>Klausytojas ir (arba) pokalbį vedantis asmuo turi gerbti priežiūrą planuojančio asmens norus, jausmus, įsitikinimus ir vertybes bei palaikyti tokį asmenį pokalbio metu.</p>
Timing (liet. laikas)	<p>Pokalbis turėtų vykti tada, kai žmogus jaučiasi pasiruošęs pradėti išankstinį priežiūros planavimą, ir trukti tiek, kiek žmogus nori tęsti pokalbį (-ius).</p> <p>Norėdamas pradėti išankstinio priežiūros planavimo pokalbį priežiūros, pagalbos ar gydymo paslaugas teikiantis asmuo turi atsiklausti žmogaus, ar laikas yra tinkamas pokalbiui.</p>
Task (liet. užduotis)	<p>Jeigu tam tikri asmens norai, jausmai, įsitikinimai ir vertybės jau yra žinomi, pradėkite nuo jų.</p> <p>Svarbu aiškiai išsakyti tai, ką norite.</p> <p>Pasidomėkite, ar pašnekovas išgirdo ir suprato, ką norėjote jam pasakyti.</p>
Tone (angl. tonas)	<p>Svarbūs ne tik mūsų sakomi žodžiai, bet ir kaip juos pasakome. Šie pokalbiai yra itin svarbūs ir gali kelti daug emocijų, tad išankstinio priežiūros planavimo pokalbių metu būkite švelnūs, jautrūs ir užjaučiantys.</p>
Tailored (liet. pritaikyti individualiems poreikiams)	<p>Rinkitės aiškia ir suprantamą kalbą, nenaudokite žargono ir jei žmogui reikia pagalbos bendraujant, pvz., vertėjo, gestų kalbos vertėjo arba bendrauti padedančio įrenginio, įsitikinkite, kad šios priemonės yra prieinamos.</p>
Tuned In (angl. dėmesys)	<p>Atkreipkite dėmesį į tai, kaip pokalbio metu ar dėl jo gali jaustis žmogus.</p> <p>Atkreipkite dėmesį į žmogaus tempą.</p> <p>Atkreipkite dėmesį, ar žmogus viską supranta.</p>

## 1 **Dalijimasis išankstinio priežiūros planavimo pokalbių** 2 **medžiaga, rekomendacijomis ir sprendimais**

3

4 Gavus žmogaus sutikimą išankstinio priežiūros planavimo pokalbių metu žmogaus  
5 norai, jausmai, įsitikinimai ir vertybės (įskaitant ADRT<sup>12</sup> sprendimus ir ReSPECT  
6 rekomendacijas<sup>13</sup>) gali būti dokumentuojami ir bendrinami su kitais.

## 7 **Išankstinio priežiūros planavimo pokalbių, rekomendacijų** 8 **ir sprendimų peržiūra**

9

10 Išankstinis priežiūros planavimas sprendimai nėra galutiniai. Juos galima bet kuriuo  
11 metu peržiūrėti ir atnaujinti užtikrinant, kad žmogaus norai, rekomendacijos ir (arba)  
12 priimti sprendimai vis dar yra aktualūs jo aplinkybėms. Išankstinio priežiūros  
13 planavimo pokalbių, visų rekomendacijų ir (arba) sprendimų peržiūra laikoma  
14 neatsiejama išankstinio priežiūros planavimo proceso dalimi, o bet kokia peržiūra turi  
15 būti atliekama atsižvelgiant į vertybes ir principus, kuriomis remiantis vykdomas  
16 išankstinis priežiūros planavimas.

17 Peržiūrą gali inicijuoti pats žmogus arba priežiūros, pagalbos ar gydymo paslaugas  
18 teikiantis asmuo. Peržiūros laikas ar dažnumas priklauso nuo žmogaus. Peržiūrėti  
19 išankstinio priežiūros planavimo pokalbius, visas rekomendacijas ir (arba)  
20 sprendimus itin svarbu pasikeitus žmogaus aplinkybėms ar jo sveikatos būklei.  
21 Labai svarbu pranešti ir pasidalinti informacija apie bet kokius išankstinio priežiūros  
22 planavimo, rekomendacijų ir (arba) sprendimų pakeitimus su žmogaus artimaisiais ir  
23 (arba) priežiūros, pagalbos ar gydymo paslaugas teikiančiais asmenimis.

## 24 **Kaip pritaikomi išankstinio priežiūros planavimo** 25 **pokalbiai?**

26

27 Asmens išankstinio priežiūros planavimo pokalbiai, visos rekomendacijos ir (arba)  
28 sprendimai bus pasitelkiami ateityje, jei pats asmuo negebės priimti tam tikrų  
29 sprendimų. Taip gali nutikti dėl riboto psichinio veiksnio ar negebėjimo išsakyti  
30 savo norų.

31 Nei vienas Šiaurės Airijoje gyventis asmuo ar ūkio subjektas neturi teisinių įgaliojimų  
32 sutikti su priežiūros ar gydymo paslaugų teikimu kito suaugusiojo asmens vardu.  
33 Jeigu asmens psichinis veiksnys yra ribotas ir tam tikru metu jis negali priimti

---

<sup>12</sup>Žr. skyrių „Išankstinis sprendimas atsisakyti gydymo“ 25 psl.

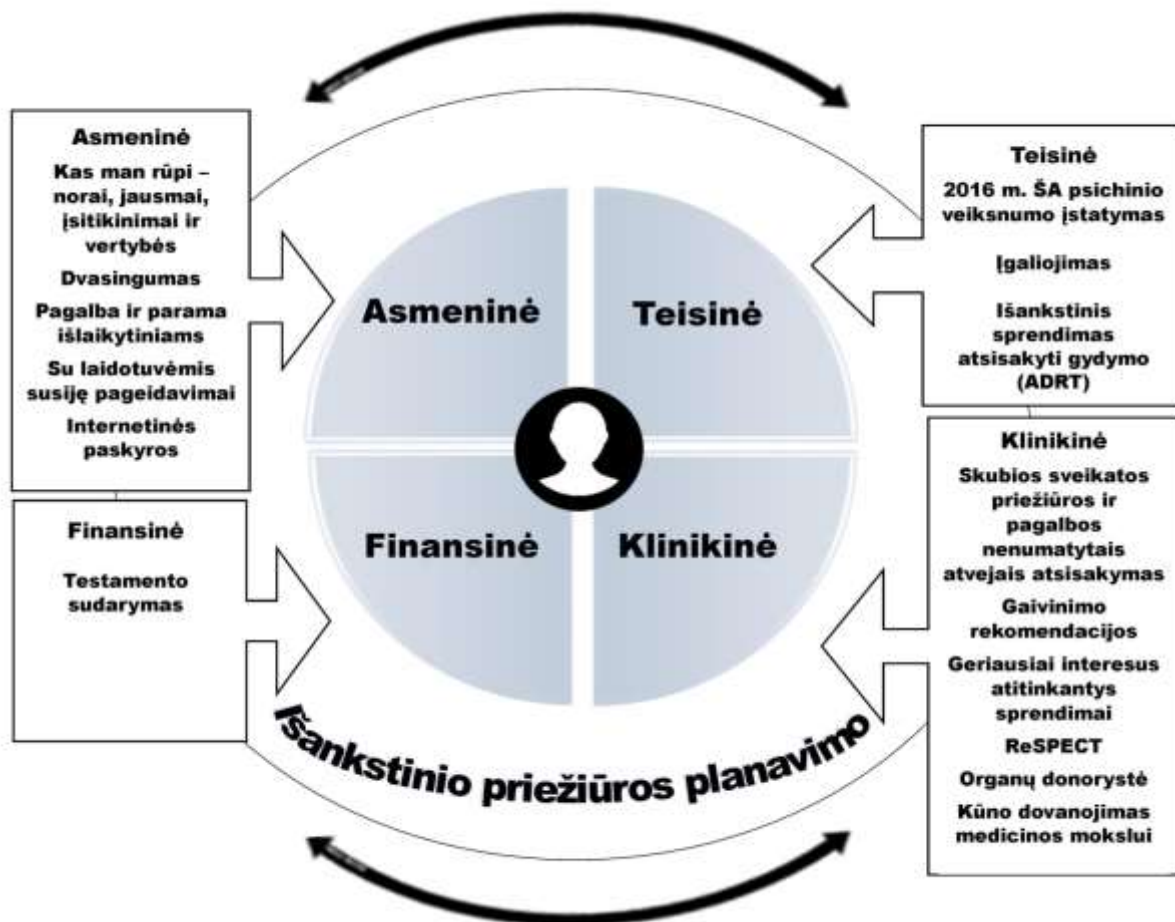
<sup>13</sup>Žr. skyrių „Skubios pagalbos ir gydymo rekomendacijų (ReSPECT) suvestinės planas“ 28 psl.

1 atitinkamo sprendimo dėl savo gydymo bei neturi galiojančio ir pritaikomo išankstinio  
2 sprendimo atsisakyti gydymo, asmenį gydantis medikas priims sprendimą (-us), kuris  
3 (-ie) geriausiai atitiks asmens interesus. Tokiu atveju išankstinio priežiūros  
4 planavimo pokalbiai, visos rekomendacijos ir (arba) sprendimai bus panaudoti  
5 siekiant padėti priimti informuotą<sup>14</sup> sprendimą, kuris geriausiai atitiktų žmogaus  
6 interesus.

## 7 Išankstinio priežiūros planavimo dedamosios

8

9 Šiame skyriuje aprašomos išankstinio priežiūros planavimo dedamosios. O būtent  
10 asmeninė, teisinė, klinikinė ir finansinė dedamoji. Kiekviena dedamoji yra sudaryta  
11 iš vieno ar kelių elementų, kurių kiekvienas yra aprašomas toliau. Kai kurie elementai  
12 gali būti priskiriami daugiau nei vienai dedamajai (po konsultacijų su visuomene  
13 informacija apie šiuos elementus bus skelbiama viešai).



14

15 Šios keturios dedamosios yra aprašomos tolesnėse dokumento dalyse.

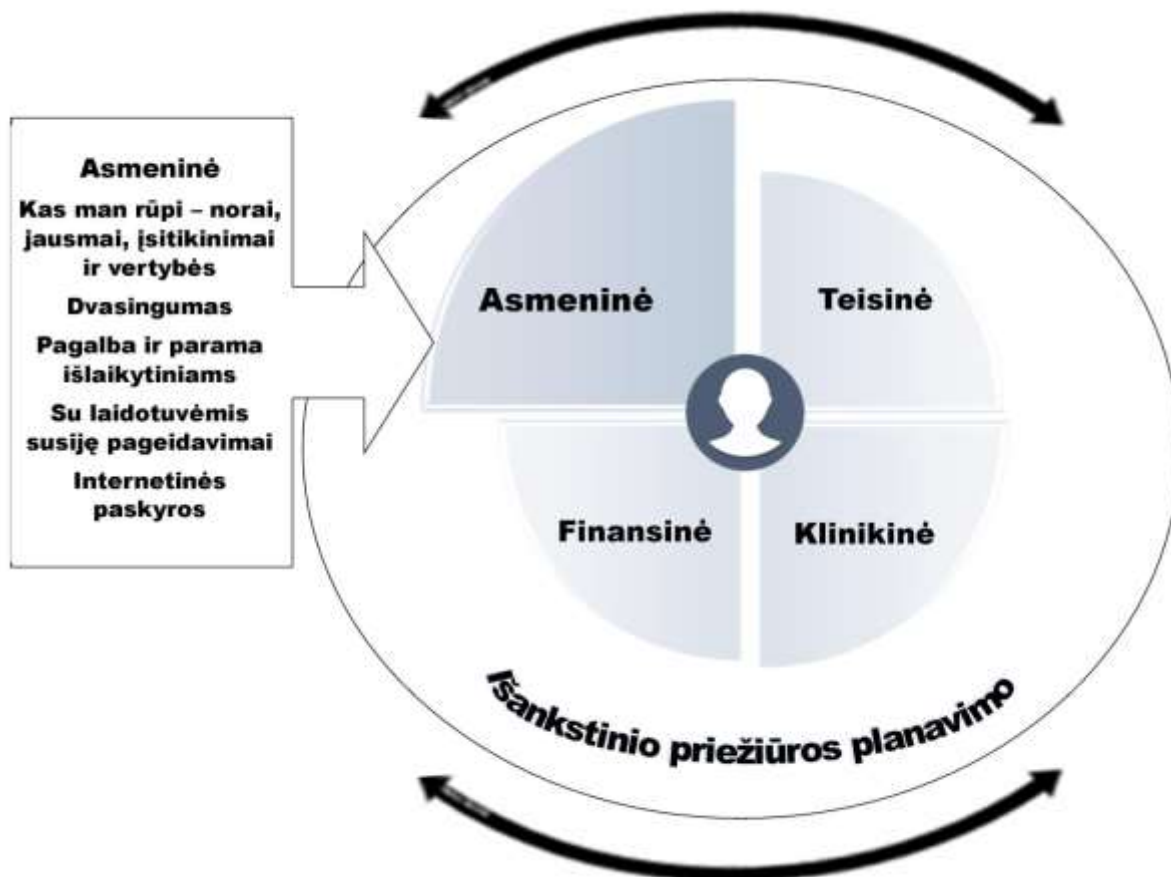
16

<sup>14</sup> Žr. skyrių „Geriausi interesai“ 27 psl.



# 1 Išankstinio priežiūros planavimo asmeninė dedamoji

2



3

## 4 „Kas man rūpi“ – norai, jausmai, įsitikinimai ir vertybės

5

6 Ši išankstinio priežiūros planavimo dalis skirta aptarti labai asmeniškus klausimus,  
7 kurie daro asmens gyvenimą prasmingu. Jos metu gali būti aptariami žmonės,  
8 vietos, dvasingumas ar kiti žmogui rūpimi klausimai.

9 Asmuo gali papasakoti kitiems žmonėms arba užrašyti tai, kas jam rūpi. Žmogus gali  
10 išsakyti labai konkrečius norus, susijusius su tuo, kas žmogui svarbu kai jis jaučiasi  
11 sveikas, ir tai, kas bus svarbu, kai žmogus negalės priimti atitinkamų gyvenimiškų  
12 sprendimų.

13 Kiekvieno žmogaus norai, jausmai, įsitikinimai ir vertybės yra skirtingi. Pavyzdžiui,  
14 kai kurie žmonės didžiausią pirmenybę teikia skausmo suvaldymui, o kiti – geba  
15 pakęsti tam tikro lygio skausmą, kad galėtų būtų su jais svarbiais žmonėmis.

16 Visiems į žmogaus priežiūrą įsitraukusiems asmenims svarbu žinoti, kas tokiam  
17 žmogui rūpi, nepriklausomai nuo to, ar tokia informacija yra pateikta žodžiu ar raštu.  
18 Žinodami, kas žmogui rūpi, priežiūros, pagalbos ar gydymo paslaugas teikiantys  
19 asmenys gali lengviau priimti informuotus sprendimus, kai žmogus negali priimti  
20 atitinkamų sprendimų ir (arba) negali išsakyti savo norų.

## 1 **Dvasingumas**

2 Išankstinis priežiūros planavimas pokalbių metu susitelkiama į tai, kas žmogui  
3 svarbu, tad asmuo gali kalbėti apie dvasingumo reikšmę savo gyvenimui.

4 Dvasingumas suteikia gyvenimui prasmę ir yra grindžiamas svarbiausiais žmogaus  
5 įsitikinimais ir vertybėmis. Dvasingumą galima išreikšti įvairiais būdais. Kai kurie  
6 žmonės dvasingumą išreiškia per tikėjimą ar priklausydami oficialiai religijai. Kiti  
7 dvasingumą parodo per muziką, meną ar santykį su gamta. Dvasingumas formuoja ir  
8 sąlygoja žmogaus elgesį ir santykius su kitais suteikdamas paguodą, pagalbą ir jėgų  
9 eiti gyvenimo keliu. Žmogui senstant ar susidūrus su rimta liga dvasingumas tampa  
10 dar svarbesnis.

11

## 12 **Pagalba ir parama išlaikytiniams**

13 Atliekant išankstinį priežiūros planavimą kai kuriems žmonėms svarbiausia žinoti,  
14 kad jų išlaikomiems asmenims bus teikiama pagalba ir priežiūra. Pavyzdžiui,  
15 kalbantis apie savo išankstinį priežiūros planavimą globėjams svarbu pasikalbėti ir  
16 apie savo globotinių priežiūros ir pagalbos ateities planus, tad tokios mintys gali  
17 paskatinti imtis šios veiklos.

18 Svarbu pripažinti, kad tokie pokalbiai ir planai gali suteikti minčių ramybę.

19 Tai aktualu ne tik išlaikytinių turintiems žmonėms. Išankstinio priežiūros planavimo  
20 metu kai kurie žmonės taip pat kuria planus dėl savo augintinių priežiūros, jei tokia  
21 priežiūra negali užsiimti pats žmogus.

22

## 23 **Su laidotuvėmis susiję pageidavimai**

24 Kai kuriems žmonėms galvojimas apie savo laidotuves ar pokalbiai apie tai su  
25 artimaisiais gali kelti daug emocijų. Tačiau tokie pokalbiai leidžia išsiaiškinti ir  
26 atsižvelgti į asmens norus ir pageidavimus. Jie taip pat padeda išspręsti klausimus,  
27 kurie gali kilti artimiesiems, nes šie asmenys dalyvauja pokalbiuose ir sužino, kokių  
28 laidotuvių norėtų pokalbį iniciavęs žmogus.

29

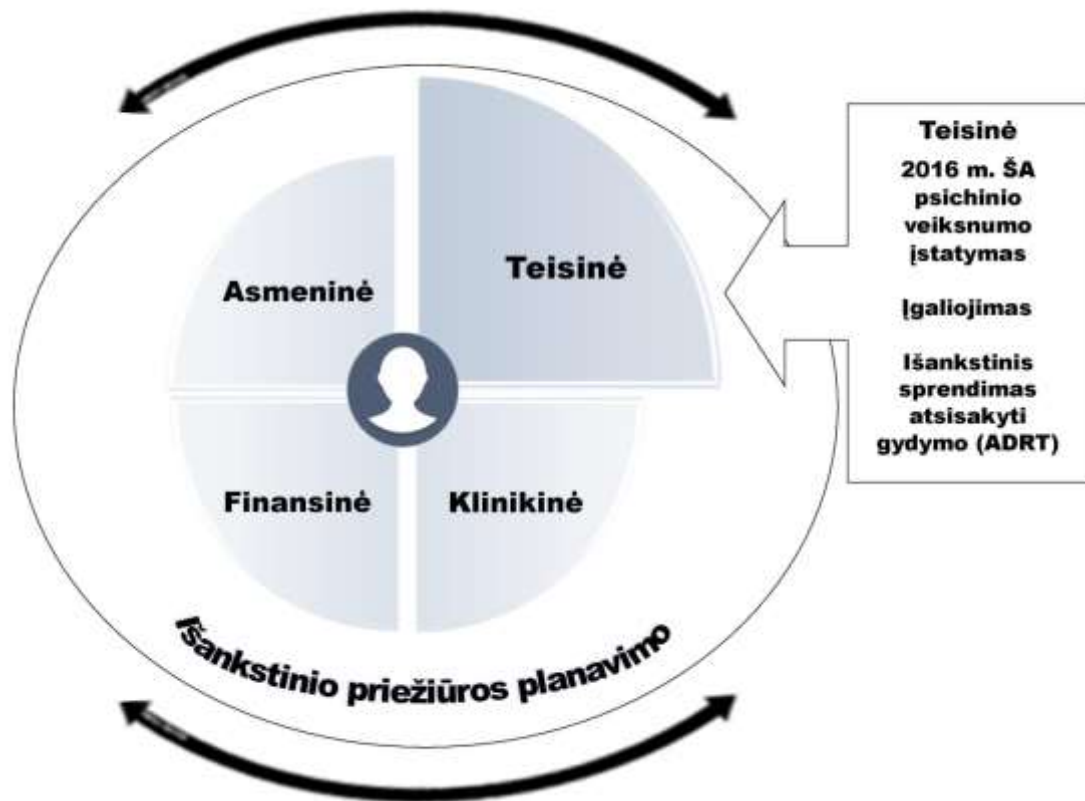
## 30 **Internetinės paskyros**

31 Svarbu apsvastyti, kas nutiks žmogaus internetinėms paskyroms po jo mirties.  
32 Žmogus gali nuspręsti, kas turėtų nutikti jo nuotraukoms, vaizdo įrašams, el.  
33 laiškam, banko ar kitai internete saugomai informacijai, kuri kartais vadinama  
34 žmogaus skaitmeniniu raštingumu.

35 Kai kurie žmonės gali nuspręsti pasidalinti savo norais, susijusiais su socialinių tinklų  
36 ir internetinėmis paskyromis (pvz., pageidavimu ištrinti ar pasilikti el. pašto dėžutę  
37 arba socialinių tinklų paskyras).

1

## 2 Išankstinio priežiūros planavimo teisinė dedamoji



3

### 4 2016 m. ŠA psichinio veiksnio įstatymas

5 Išankstinis priežiūros planavimas dažniausiai siūlomas psichiškai veiksniais  
6 žmonėms, tad svarbu suprasti, ką tai reiškia. 2016 m. ŠA psichinio veiksnio  
7 įstatymo pirmasis principas numato, kad asmuo neturi būti laikomas turinčiu ribotą  
8 veiksnumą, jei nėra nustatyta, kad atitinkamu atveju asmuo turi ribotą veiksnumą.<sup>15</sup>  
9 Tam tikru metu žmogus gali gebėti priimti tam tikrus sprendimus, o kitu metu – ne.  
10 Psichinis veiksnumas galioja tik tam tikram sprendimui ir laikui. Tai reiškia, kad:

- 11 • duotuoju metu asmuo turi turėti atitinkamą psichinį veiksnumą, reikalingą  
12 sprendimui priimti;
- 13 • duotuoju metu asmuo gali turėti ribotą psichinį veiksnumą priimti tam tikrus  
14 sprendimus, tačiau būti pakankamai veiksnus priimti daugelį kitų sprendimų;
- 15 • net jei tam tikru metu asmuo yra nepakankamai psichiškai veiksnus tam  
16 tikram sprendimui priimti, jo norai, jausmai, įsitikinimai ir vertybės vis vien turi  
17 būti laikomi svarbiausiais, o tokiam žmogui reikia padėti kaip įmanoma labiau  
18 įsitraukti į sprendimo priėmimo procesą.

<sup>15</sup>[2016 m. Šiaurės Airijos psichinio veiksnio įstatymas \(legislation.gov.uk\)](http://legislation.gov.uk)

1 Išankstinis priežiūros planavimas pokalbiai, visos rekomendacijos ir (arba)  
2 sprendimai bus pasitelkiami ateityje, jei pats asmuo negebės priimti tam tikrų  
3 sprendimų. Taip gali būti dėl to, kad net suteikus pagalbą tam tikru metu asmuo yra  
4 nepakankamai veiksnus priimti tam tikrą sprendimą.

5 Asmuo yra laikomas veiksniumi priimti tam tikrą sprendimą, jei jis supranta, įsimena,  
6 įvertina, naudoja ir apsversto atitinkamą informaciją bei išreiškia savo sprendimą.  
7 Jeigu asmeniui trūksta veiksniumo priimti tam tikrą sprendimą, ankstesni išankstiniai  
8 priežiūros planavimo pokalbiai, visos rekomendacijos ir (arba) sprendimai gali padėti  
9 suteikti tokias priežiūros, pagalbos arba gydymo paslaugas, kurios kaip įmanoma  
10 labiau atitiktų žmogaus norus, jausmus, įsitikinimus ir vertybes, galiojančias ateityje  
11 teikiamoms priežiūros paslaugoms.

12 2016 m. ŠA psichinio veiksniumo įstatymą priėmė Šiaurės Airijos Asamblėja. 2016 m.  
13 gegužės 9 d. įstatymas buvo patvirtintas karališkuoju pritarimu.<sup>16</sup> 2016 m. ŠA  
14 psichinio veiksniumo įstatymo 3 skirsnyje numatomas šis sąvokos „ribotas  
15 veiksniumas“ apibrėžimas:

16

### 2016 m. ŠA psichinio veiksniumo įstatymo 3 skirsnis

„(1) Šio įstatymo tikslais, 16 metų sulaukęs ar vyresnis asmuo tam tikru atveju yra laikomas turinčiu ribotą veiksniumą, jei sprendimo priėmimo metu asmuo negali savarankiškai priimti sprendimo atitinkamu klausimu (pagal 4 skirsnyje pateiktą apibrėžimą) dėl sutrikusios arba ribotos smegenų ar mąstymo funkcijos.

(2) Tai nepriklauso:

(a) nuo to, ar funkcijos sutrikimas arba ribojimas yra laikinas ar nuolatinis;

(a) nuo funkcijos sutrikimo arba ribojimo priežasties.

(3) Žmogaus veiksniumas taip pat nepriklauso nuo to, ar funkcijos sutrikimą arba ribojimą sukėlė liga ar sutrikusi sveikatos būklė ar nuo ligos arba sutrikusios sveikatos būklės nepriklausantys veiksniai.“

17

18 Įstatyme nurodyta, kad „ribotas veiksniumas“ yra laikomas būseną, kai atitinkamu  
19 klausimu žmogus negali priimti savarankiškų sprendimų.

20 Įstatyme pripažįstama, kad psichinis veiksniumas gali kisti, o žmogaus būklė gali būti  
21 nuolatinė arba laikina.

<sup>16</sup> 2016 m. ŠA psichinio veiksniumo įstatymas galioja visiems vyresniems nei 16 metų asmenims, tačiau šios politikos atveju įstatymo nuostata pritaikyta 18 metų sulaukusiems ir vyresniems žmonėms.

- 1 2016 m. ŠA psichinio veiksnio įstatyme pateikiami įvairūs labai svarbūs  
 2 veiksnio principai, padedantys užkirsti kelią klaidingam žmogaus laikymui ribotai  
 3 veiksnio. 2016 m. ŠA psichinio veiksnio įstatyme numatyti šie principai<sup>17</sup>:
- 4 1 principas. 2016 m. ŠA psichinio veiksnio įstatymo pirmasis principas numato,  
 5 kad asmuo neturi būti laikomas turinčiu ribotą veiksnumą, jei nėra nustatyta, kad  
 6 atitinkamu atveju asmuo turi ribotą veiksnumą.
- 7 2 principas. Į klausimą, ar žmogus geba savarankiškai priimti sprendimus, galima  
 8 atsakyti tik atsižvelgus į įstatyme numatytus reikalavimus, o remiantis tik asmens  
 9 būkle arba bet kokiais kitomis asmens savybėmis negalima daryti jokių prielaidų.
- 10 3 principas. Asmuo negali būti laikomas negebančiu savarankiškai priimti sprendimų,  
 11 jei tokiam asmeniui nebuvo nesėkmingai suteikta visa praktiškai įmanoma pagalba,  
 12 leidžianti jam priimti atitinkamą sprendimą.
- 13 4 principas. Asmuo negali būti laikomas negebančiu savarankiškai priimti sprendimų  
 14 vien dėl to, kad asmuo priima neprotingus sprendimus.
- 15 5 principas. Bet kokie veiksmai turi būti atlikti, o sprendimai priimti siekiant geriausiai  
 16 užtikrinti asmens interesus.
- 17 **Su psichiniu veiksniumi susiję aspektai**
- 18 Vertinant psichinį veiksnumą reikia atsižvelgti į šiuos aspektus.

<p>Kodėl asmuo negali priimti sprendimo?</p>	<p>Asmuo laikomas negalinčiu priimti sprendimo, jeigu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• jis negali suprasti informacijos, kuri yra reikalinga ar padėtų jam priimti sprendimą;</li> <li>• jis neprisimena minėtosios informacijos tiek laiko, kiek yra reikalinga norint priimti sprendimą;</li> <li>• jis negali naudoti šios informacijos, kad prieš priimdamas sprendimą apsvarstytų siūlymo privalumus ir trūkumus;</li> <li>• jis negali pranešti apie savo sprendimą (žodžiu, gestų kalba ar kitomis priemonėmis).</li> </ul>
--	---

<sup>17</sup> 2016 m. ŠA psichinio veiksnio įstatyme numatomos laisvės suvaržymo apsaugos priemonės.  
<https://www.legislation.gov.uk/ia/2016/18/section/1/enacted>

<p>Pagalba asmeniui, turinčiam priimti sprendimą</p>	<p>Asmeniui privalo būti suteikta visa praktiškai įgyvendinama pagalba ir parama, leisianti jam priimti sprendimą. Teikiant pagalbą reikia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• suteikti žmogui visą svarbią informaciją tokiu būdu, kuris geriausiai atitinka žmogaus situaciją ir poreikius (pvz., raštu, žodžiu, gestų kalba ir kt.);</li> <li>• užtikrinti, kad pokalbis su žmogumi vyksta tokiu metu ar laiku, kuris geriausiai tinka žmogui (pvz., kai kurie žmonės jaučiasi labiau susikaupę ar gebantys priimti sprendimus rytais);</li> <li>• užtikrinti, kad vieta (aplinka), kurioje vyksta pokalbis, geriausiai tinka žmogui (pvz., pokalbio vietoje nėra triukšmo, trukdžių ar dėmesį blaškančių elementų);</li> <li>• užtikrinti, kad procese dalyvauja žmogaus artimieji arba tie asmenys, kurie galėtų padėti jam išreikšti mintis.</li> </ul>
<p>Riboto veiksnio nustatymas</p>	<p>Norint išsiaiškinti, ar žmogaus veiksnio priimti sprendimą atitinkamu klausimu yra ribotas, žmogaus būklę vertinantys asmenys turi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• užtikrinti 2016 m. ŠA psichinio veiksnio įstatymo principų laikymąsi;</li> <li>• pagrįstai manyti, kad žmogui nepakanka veiksnio priimti atitinkamą sprendimą;</li> <li>• būti suteikę atitinkamą informaciją taip, kad ji būtų priinama žmogui;</li> <li>• būti suteikę pagalbą, kuri buvo reikalinga žmogui, norinčiam priimti sprendimą.</li> </ul>
<p>Kas gali nustatyti, ar žmogus yra veiksnis?</p>	<p>Veiksnio nustatymas yra viena pagrindinių sveikatos ir socialinės priežiūros darbuotojo pareigų, todėl tikimasi, kad visi sveikatos ir socialinės priežiūros specialistai sugebės atlikti visus rutininius psichinio veiksnio vertinimus.</p> <p>Rimtų intervencinių ir gydymo sprendimų atveju psichinį veiksnį nustatantis asmuo privalo turėti atitinkamą kvalifikaciją, kuri yra aprašoma 2016 m. ŠA psichinio veiksnio įstatyme<sup>18</sup>.</p>

1

## 2 Įgaliojimų rūšys

3 Egzistuoja trys skirtingos įgaliojimų rūšys, kurių kiekviena yra aprašoma šiame

4 dokumente. Tačiau svarbu pabrėžti, kad Šiaurės Airijoje šiuo metu yra naudojamos

<sup>18</sup>[2016 m. Šiaurės Airijos psichinio veiksnio įstatymas \(legislation.gov.uk\)](http://legislation.gov.uk)

1 tik dvi pirmosios įgaliojimų rūšys. Rekomenduojame kreiptis teisinės pagalbos ir  
2 atidžiai apsvarstyti, kokius įgaliojimus asmuo nori suteikti įgaliotiniui.

### 3 **Įgaliojimas**

4

5 Įgaliojimu vadinamas teisinis dokumentas, kurį gali sudaryti žmogus, norintis  
6 perduoti kitam žmogui teisę imtis veiksmų arba priimti sprendimus jo vardu. Jis  
7 leidžia psichiškai veiksniam asmeniui paskirti kitą žmogų (vadinamą įgaliotiniu), kuris  
8 rūpinsis jo turtu ir finansais, jeigu žmogus fiziškai negalės atlikti tokių veiksmų, pvz.,  
9 apsilankyti banke, savarankiškai.

10 Įgaliojimas baigia galioti, kai asmuo netenka psichinio veiksnumo tvarkyti savo  
11 reikalų.

12

### 13 **Neterminuotas įgaliojimas (angl. Enduring Power of Attorney)**

14

15 Neterminuotas įgaliojimas (angl. Enduring Power of Attorney, EPA) – tai teisinis  
16 dokumentas, leidžiantis žmogui paskirti kitus asmenis priimti sprendimus dėl jo turto  
17 ir finansinių reikalų jo vardu, jei įgaliojimą sudarantis žmogus prarastų psichinį  
18 veiksnumą.

19 EPA leidžia žmogui suplanuoti, kaip reikėtų elgtis, jei jis prarastų psichinį veiksnumą  
20 savarankiškai priimti sprendimus dėl savo nuosavybės ar finansų.

21

### 22 **Ilgalaikis įgaliojimas patikėtiniui (angl. Lasting Power of Attorney)**

23

24 2016 m. ŠA psichinio veiksnumo įstatymo 5 dalies nuostatose aprašomas ilgalaikis  
25 įgaliojimas patikėtiniui (angl. Lasting Power of Attorney, LPA). Ši įstatymo dalis dar  
26 nebuvo patvirtinta, todėl Šiaurės Airijoje dar neįsigaliojo įstatymo 5 dalies nuostatos,  
27 kurios yra susiję su ilgalaikiu įgaliojimu patikėtiniui.

28 LPA – tai teisinis dokumentas, leidžiantis žmogui paskirti kitus asmenis priimti  
29 sprendimus jo vardu. Jį galima sudaryti dėl nuosavybės ar finansinių klausimų,  
30 sveikatos ir socialinės priežiūros sprendimų, įskaitant ir tuos, kurie yra susiję su  
31 gydymu arba priežiūra gyvenimo pabaigoje. 97 skirsnyje pateikiamas šis ilgalaikio  
32 įgaliojimo patikėtiniui (angl. Lasting Power of Attorney) apibrėžimas:

33

34

35

## 2016 m. ŠA psichinio veiksnio įstatymo 5 dalies 97 skirsnis

97. (1) Ilgalaikiu įgaliojimu patikėtiniui vadinamas toks įgaliojimas, kuriuo įgaliotojas suteikia įgaliotiniui (arba įgaliotiniams) teisę priimti sprendimus dėl (arba susijusius su specialiais klausimais) visų ar bent vieno iš šių klausimų:

(a) įgaliotojo priežiūros, gydymo ir gerovės;

(b) įgaliotojo nuosavybės ir reikalų;

ir kuriuo suteikiama teisė priimti sprendimus, kai įgaliotojas nebetenka veiksnio.

(2) Ilgalaikis įgaliojimas patikėtiniui yra sudaromas tik jeigu:

(a) dokumentas, suteikiantis 1 punkte nurodytus įgaliojimus yra sudaromas ir registruojamas laikantis 4 priede pateikiamų nuostatų;

(b) įgaliotojo atliekamo dokumento įforminimo metu įgaliotojui yra 16 arba daugiau metų ir jeigu įgaliotojas yra veiksnus jį įforminti;

(c) laikomasi 101 skirsnio (reikalavimų įgaliotiniams).

(3) Dokumentas:

(a) kuriuo siekiama sudaryti ilgalaikį įgaliojimą patikėtiniui;

(b) kuris neatitinka šio skirsnio, 101 skirsnio arba 4 priedo nuostatų, nesuteikia jokio įgaliojimo.

1

2 LPA yra sudaromas kai asmuo yra veiksnus ir suteikia įgaliotiniui visą galią priimti  
3 sprendimus ir yra laikomas įsigaliojusių, kai asmuo praranda psichinį veiksnumą.

4 LPA įgaliotinio sprendimas yra laikomas tokiu pačiu sprendimu kaip ir tas, kurį  
5 priimtų pats įgaliotojas, jei jis turėtų psichinį veiksnumą.

6 Įsigaliojus atitinkamoms 2016 m. ŠA psichinio veiksnio įstatymo nuostatomis LPA  
7 bus laikomas galingu išankstinio priežiūros planavimo įrankiu.<sup>19</sup> Jis užtikrins  
8 žmogaus teisę rinktis, kas priims sprendimus jo vardu, jei toks žmogus kada nors  
9 netektų veiksnio.

10 Šiuo metu Šiaurės Airijoje nei vienas subjektas neturi teisės sutikti su gydymu kito  
11 suaugusiojo asmens vardu. Kai žmogus yra neveiksnus savarankiškai priimti  
12 atitinkamą sprendimą, priimamas toks sprendimas, kuris geriausiai atitinka jo  
13 interesus<sup>20</sup>.

14

<sup>19</sup> 2016 m. ŠA psichinio veiksnio įstatymu Šiaurės Airijoje pradedama naudoti ilgalaikio įgaliojimo patikėtiniui priemonė. 2016 m. ŠA psichinio veiksnio įstatymas šalyje įgyvendinamas etapais. LPA nebuvo įtrauktas į 1-ąjį įgyvendinimo etapą. Įstatymo įgyvendinimas tebevyksta, tačiau kol kas nežinoma, kada bus pradėtas įgyvendinti etapas, į kurį yra įtrauktas LPA.

<sup>20</sup> Žr. skyrių „Geriausi interesai“ 27 psl.



1 **Išankstinis sprendimas atsisakyti gydymo (angl. Advance Decisions to Refuse**  
2 **Treatment, ADRT)**

3

4 ADRT vadinami nurodymai, kuriuos asmuo suteikia klinikinį gydymą teikiantiems  
5 asmenims. Šiuo sprendimu numatomos konkrečios aplinkybės, kuriomis asmuo  
6 nenorėtų gauti tam tikro gydymo arba norėtų tokį gydymą sustabdyti.

7 ADRT negalima naudoti siekiant atsisakyti pirminės priežiūros, kuri garantuotų  
8 žmogui patogų gyvenimą. Tokia priežiūra apima šildymą, pastogę, maistą ir per  
9 burną vartojamus skyčius. ADRT negalima naudoti:

- 10 • norint paprašyti konkretaus gydymo;
- 11 • norint paprašyti atlikti neteisėtus veiksmus, pvz., mirties sukėlimą aukos  
12 prašymu;
- 13 • norint paskirti kitą asmenį priimti sprendimus;
- 14 • norint atsisakyti psichinių sutrikimų gydymo, jeigu tokio gydymo skyrimas yra  
15 numatytas laikantis 1986 m. ŠA psichinės sveikatos įstatymo.<sup>21</sup>

16

17 Šiaurės Airijoje galiojantis ir tam tikrai situacijai taikomas ADRT sprendimas  
18 laikomas teisiškai įpareigojančiu (jį reglamentuoja paprotinė teisė, o ne įstatymas).  
19 Tai reiškia, kad priežiūros, pagalbos ar gydymo paslaugas teikiantys asmenys  
20 privalo vadovautis ADRT, jei toks sprendimas jiems yra žinomas.

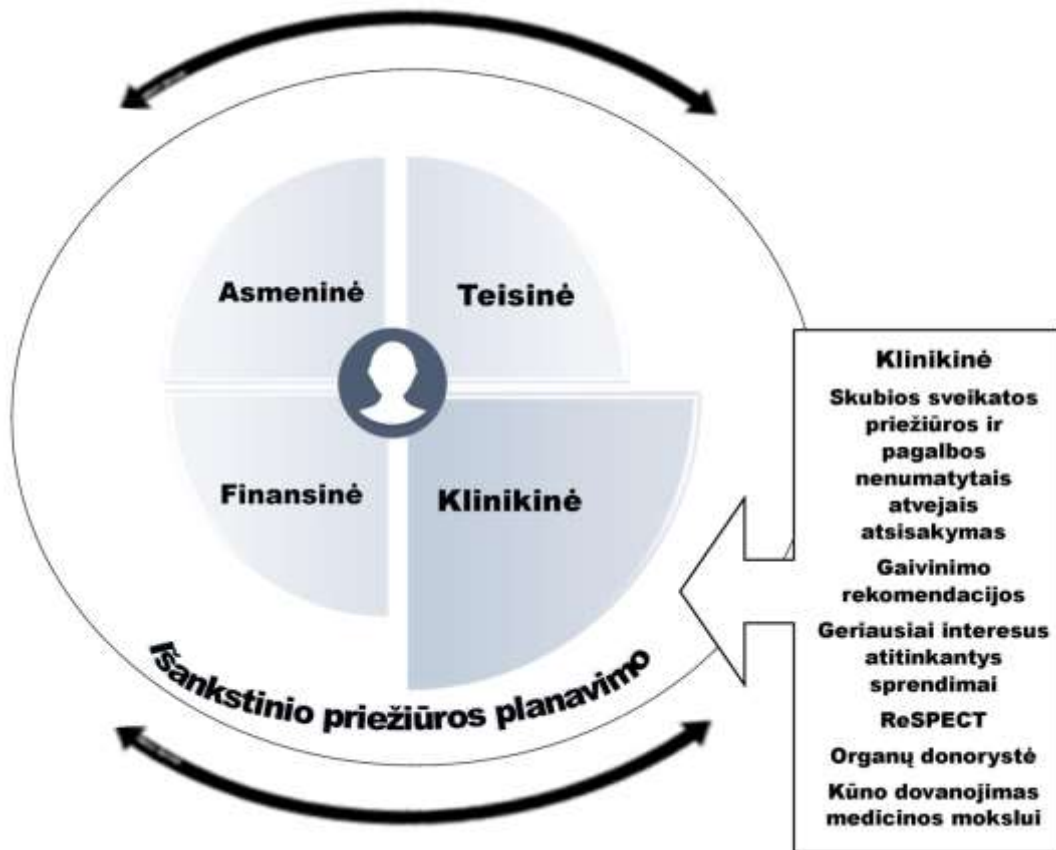
21 ADRT sprendimas yra priimamas, kol asmuo gali savarankiškai priimti sprendimus ir  
22 juos pareikšti. Juo yra vadovaujama tik jeigu asmuo praranda psichinį veiksnumą  
23 priimti tam tikrus sprendimus arba negali pareikšti savo norų.

24 Priežiūros, pagalbos ar gydymo paslaugas teikiantys asmenys turėtų vadovautis  
25 Išankstinio priežiūros planavimo regionine praktine sistema (bus sukurta tobulinant  
26 Politiką).

---

<sup>21</sup>Visiškai įteisinus 2016 m. Šiaurės Airijos psichinės sveikatos įstatymą jis teisiškai įtvirtins ADRT. Įstatyme bus numatyta, kad esant galiojančiam ADRT jo negali panaikinti joks įstatyme numatytas sprendimas. Tai bus taikoma ir psichinių sutrikimų gydymui.

# 1 Išankstinio priežiūros planavimo klinikinė dedamoji



2

## 3 Skubios sveikatos priežiūros ir pagalbos nenumatytais atvejais atsisakymas

4

5 Laikui bėgant žmogaus sveikata gali palaipsniui prastėti. Žmogaus sveikatą taip pat  
6 gali paveikti staigi ir nenumatyta situacija, pvz., nelaimingas atsitikimas, širdies  
7 smūgis arba psichinės sveikatos krizė. Dėl šios priežasties visiems žmonėms labai  
8 svarbu apsvarstyti, kaip reikėtų elgtis nutikus tokiai situacijai.

9 Išankstinis priežiūros planavimas gali apimti pokalbius rekomendacijas ir (arba)  
10 sprendimus, susijusius su žmogaus ateities priežiūros norais atsisakius skubios  
11 sveikatos priežiūros ir (arba) pagalbos nenumatytais atvejais. Tokie pokalbiai gali  
12 padėti aiškiau suprasti, kas rūpi žmogui, ir priimti informuotas klinikinės  
13 rekomendacijas ir (arba) sprendimus dėl realistiškos priežiūros ir gydymo ateityje,  
14 skiriamo prastėjant žmogaus sveikatai ir (arba) konkrečių gydymo praktikų, pvz.,  
15 gaivinimo, dirbtinės plaučių ventiliacijos arba dirbtinio maitinimo / skysčių skyrimo.

16

17

18

19

## 1 **Klinikinės gaivinimo rekomendacijos**

2

3 Išankstinis priežiūros planavimas gali apimti pokalbius, rekomendacijas ir (arba)  
4 sprendimus dėl gaivinimo. Tai svarbu, nes nenumatytų nelaimingų atsitikimų metu  
5 žmogui gali sustoti širdis. Širdies sustojimu vadinama situacija, kai širdis nustoja  
6 varinėti kraują po organizmą, o asmuo neatsako ir nustoja įprastai kvėpuoti.

7 Intervencijos, pvz., gaivinimo, metu siekiama priversti širdį dirbti. Gaivinant atliekami  
8 stiprūs krūtinės ląstos paspaudimai, o tai reiškia, kad dažniausiai tokiu metu šalia  
9 žmogaus negali būti artimieji, nes matomas vaizdas gali kelti jiems sielvartą.

10 Tačiau visi susiduriame su situacija, kai mėginimas atkurti širdies darbą yra  
11 nesėkmingas arba kai gaivinimo rizika yra didesnė nei teikiama nauda. Tokiu atveju  
12 egzistuoja aiškūs ligos požymiai, kad asmens sveikata arba būklė yra tokia bloga  
13 arba pablogės taip, kad gaivinimas bus laikomas ne tinkama intervencija, o  
14 natūralios mirties eigos trukdymu, kadangi širdis yra laikoma paskutiniu veikiančiu  
15 asmens organu.

16 Asmuo arba jo artimieji negali reikalauti taikyti jokio konkretaus gydymo, įskaitant ir  
17 gaivinimą, jeigu gydantis gydytojas mano, kad toks gydymas yra netikslingas.  
18 Žinodami, kas žmogui svarbu, klinikinį gydymą teikiantys asmenys gali sudaryti ir  
19 dokumentuoti konkrečias klinikinės rekomendacijas, įskaitant ir tas, kurios nurodytų,  
20 ar gaivinimas yra laikomas tinkama intervencija širdies sustojimo atveju. Tokiu atveju  
21 labiausiai atsižvelgiama ne į sprendimo priėmėjo nuomonę apie gyvenimo kokybę po  
22 gaivinimo, bet į objektyvų geriausių paciento interesų vertinimą. Privaloma atsižvelgti  
23 į visus svarbius veiksnius, o ypač į žmogaus norus, jausmus, įsitikinimus ir vertybes,  
24 susijusias su jam priimtina sveikimo eiga.

25

## 26 **Geriausiai interesus atitinkantys sprendimai**

27

28 Jeigu asmens psichinis veiksnumas yra ribotas ir tam tikru metu jis negali priimti  
29 atitinkamo sprendimo dėl savo gydymo bei neturi galiojančio ir pritaikomo ADRT,  
30 asmenį gydantis medikas priims sprendimą (-us), kuris (-ie) atitiks geriausius  
31 asmens interesus. Išankstinis priežiūros planavimas užtikrina žmogui galimybę  
32 išsakyti savo norus, jausmus, įsitikinimus ir vertybes ir taip padėti informuoti  
33 geriausiai interesus atitinkančius sprendimus priimantiems žmones.

34 Nei vienas asmuo ar ūkio subjektas neturi teisinių įgaliojimų sutikti su priežiūros ar  
35 gydymo paslaugų teikimu kito suaugusiojo asmens vardu, tačiau žmogaus artimieji  
36 turi būti įtraukti į pokalbius apie geriausius interesus, kurių metu aiškinamasi, ko  
37 žmogus būtų norėjęs. Net kai tam tikru metu asmuo yra nepakankamai psichiškai  
38 veiksnus tam tikram sprendimui priimti, jo norai, jausmai, įsitikinimai ir vertybės vis

1 vien turi būti laikomos svarbiausiomis. Asmuo turi būti laikomas svarbiausiu  
2 sprendimų priėmimo dalyviu, kaip įmanoma labiau padedant jam dalyvauti  
3 sprendimų priėmimo procese.<sup>22</sup>

4 Asmenį gydantis gydytojas turėtų pagrįsti geriausiai interesus atitinkantį sprendimą<sup>23</sup>  
5 savo patirtimi ir asmens aplinkybių suvokimu bei informacija, gauta pirmiau vykusių  
6 asmens išankstinio priežiūros planavimo pokalbių metu. Sprendimų negalima priimti  
7 vadovaujantis prielaidomis, padarytomis remiantis tik tokiais veiksniais, kaip asmens  
8 amžius, neįgalumas,<sup>24</sup> arba subjektyvia specialisto nuomone apie žmogaus  
9 gyvenimo kokybę.

10 Jeigu nutikus nenumatytam atvejui, įskaitant ir širdies sustojimą, nėra jokių duomenų  
11 apie išankstinį priežiūros planavimą, ADRT sprendimą arba kliniškes priežiūros ir  
12 gydymo rekomendacijas, asmenį gydantis gydytojas priims geriausiai interesus  
13 atitinkantį sprendimą.

14

## 15 **Skubios pagalbos ir gydymo rekomendacijų suvestinės planas** 16 **(Recommended Summary Plan for Emergency Care & Treatment, ReSPECT)**

17

18 Idealiu atveju išankstinis priežiūros planavimas turėtų vykti prieš pablogėjant  
19 žmogaus sveikatai, išstinkant bet kokiai krizei ar nenumatytam atvejui. Tačiau gali  
20 susiklostyti atveju, kai išankstinio priežiūros planavimo pokalbiai nebuvo vykdyti.  
21 Tokiais atvejais priežiūrą, pagalbą arba gydymą teikiantys asmenys patys turės  
22 inicijuoti tokius pokalbius susiklosčius tokioms aplinkybėms, kaip staigus sveikatos  
23 pablogėjimas arba nenumatytas nelaimingas atsitikimas.

24 Nepriklausomai nuo pokalbių laiko, jų metu reikia aptarti ir dokumentuoti tai, kas  
25 asmeniui rūpi, bei konkrečias kliniškes rekomendacijas, leidžiančias nustatyti  
26 realistišką ir tinkamą asmens gydymo ir priežiūros būdą.

27 Rekomendacijos ir pokalbiai apie priežiūrą ir gydymą ateityje bus dokumentuojami  
28 ReSPECT formoje.

29 ReSPECT reiškia „Recommended Summary Plan for Emergency Care & Treatment“  
30 (liet. Skubios pagalbos ir gydymo rekomendacijų suvestinės planas). ReSPECT  
31 formoje nurodomi duomenys informuos ir nurodys priežiūros pagalbos ar gydymo  
32 paslaugas teikiantiems asmenims kaip elgtis, kai žmogus negali išsakyti savo norų

---

<sup>22</sup> [Kokybę užtikrinantis pareiškimas Nr. 4 – Geriausiai interesus atitinkantys sprendimai | Sprendimų priėmimas ir psichinis veiksnumas | Kokybės standartai | NICE](#)

<sup>23</sup> Visiškai įsigaliojus 2016 m. ŠA psichinio veiksnumo įstatymo 7 skirsniai  
<https://www.legislation.gov.uk/ia/2016/18/section/7/enacted>

<sup>24</sup> Heslop P, Blair P, Fleming P, Houghton M, Marriott A, Russ L. Confidential Inquiry into premature deaths of people with learning disabilities (CIPOLD). Bristol: Norah Fry Research Centre; 2013

1 arba nėra pakankamai veiksnus priimti tam tikrą sprendimą, pvz., susiklosčius  
2 nenumatytiems atvejams.

3 ReSPECT formoje pateikiamos rekomendacijos ir (arba) sprendimai dėl tam tikrų  
4 intervencijų, kurių gali pageidauti arba nepageidauti asmuo, ar kurios gali būti  
5 klinikiškai tinkamos.

6 ReSPECT formą pasirašo klinikines rekomendacijas pateikęs medikas, o saugo  
7 asmuo, kuriam forma priklauso. ReSPECT forma nėra laikoma teisiškai  
8 įpareigojančiu dokumentu. ReSPECT formoje pateikiami:

- 9 • žmogui rūpimi klausimai, susiję su priežiūra ir gydymu, pvz., norai, jausmai,  
10 įsitikinimai ir vertybės;
- 11 • esami priežiūros planavimo dokumentai, pvz., nurodantys, ar asmuo priėmė  
12 išankstinį sprendimą atsisakyti gydymo (ADRT);
- 13 • klinikinės rekomendacijos, susijusios su priežiūra ir gydymu nelaimės atveju,  
14 pvz., gaivinimo rekomendacijos;
- 15 • informacija apie psichinį veiksnumą dalyvauti rekomendacijų priėmimo  
16 procese.

17 Kaip ir bet kokie kiti išankstinio priežiūros planavimo duomenys, ReSPECT formoje  
18 pateikiama informacija turi būti peržiūrima ir, prireikus, atnaujinama.

19 ReSPECT regioninė forma bus naudojama norint dokumentuoti visas  
20 rekomendacijas, susijusias su skubia pagalba ir gydymu. ReSPECT forma bus  
21 perduodama visoms priežiūros įstaigoms. Kadangi ReSPECT formoje pateikiamos  
22 gaivinimo rekomendacijos, prašymo neatlikti gaivinimo (angl. do not attempt  
23 cardiopulmonary resuscitation, DNACPR) formos naudojamos nebus.

24 Priežiūros, pagalbos arba gydymo paslaugas teikiantys asmenys turėtų vadovautis  
25 atitinkamais regioniniais praktiniais dokumentais, kurie buvo sudaryti šiai politikai  
26 palaikyti.

27

## 28 **Organų donorystė**

29

30 Asmuo gali pasirinkti paaukoti savo organus ir audinius transplantavimui. Egzistuoja  
31 dvi skirtingos organų donorystės rūšys. Žmogus gali tapti „gyvu donoru“  
32 paaukodamas vieną iš savo organų, pvz., inkstą. Kitu atveju paaukojami mirusio  
33 asmens organai ir audiniai.

1 Asmuo gali pareikšti norą ar nenorą po mirties paaukoti savo organus ir audinius  
2 užsiregistruodamas NHS organų donorų registre..<sup>25</sup> Daugelis žmonių nesuvokia, kad  
3 norint paaukoti savo organą reikalingas artimųjų palaikymas. Žinodami asmens norą  
4 paaukoti arba neaukoti savo organų, sunkiu metu artimieji gali lengviau priimti  
5 sprendimą.

6

## 7 **Kūno dovanojimas medicinos mokslui**

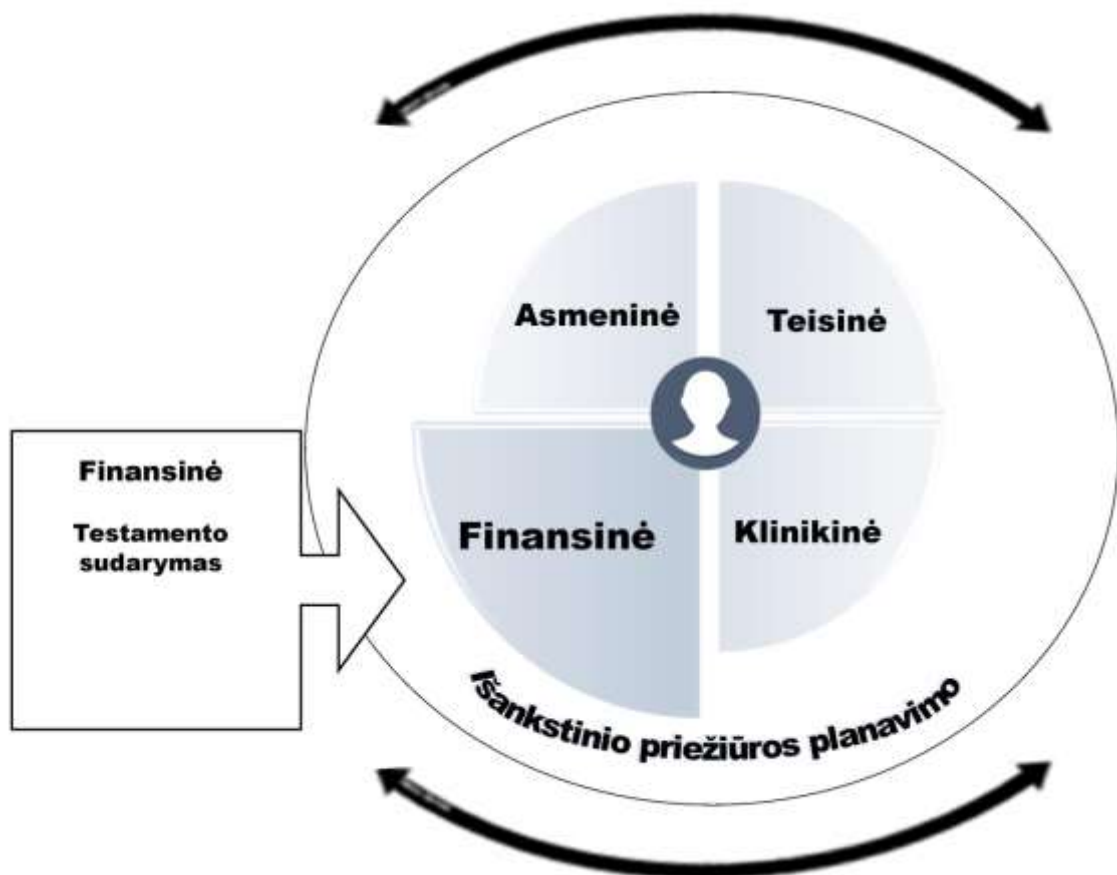
8

9 Asmuo gali pareikšti norą paaukoti savo kūną medicinos mokslui. Žmogui svarbu  
10 aptarti šį sprendimą su artimaisiais ir priežiūros, pagalbos ar gydymo paslaugas  
11 teikiančiais asmenimis. Privaloma vadovautis tinkama tvarka<sup>26</sup>; laikantis šios tvarkos  
12 reikia išsaugoti visiškai užpildytos sutikimo formos kopiją.

13

## 14 **Išankstinio priežiūros planavimo finansinė dedamoji**

15



16

<sup>25</sup> Organų donorų registras <https://www.organdonation.nhs.uk/register-your-decision/>

<sup>26</sup> Informacinius lankstinukus ir sutikimo formą rasite Queens universiteto Anatomijos katedroje.

Jeigu norėtumėte gauti informacinį lankstinuką ir sutikimo formą, atsiųskite el. laišką adresu [anatomy@qub.ac.uk](mailto:anatomy@qub.ac.uk) arba paskambinkite tel. Nr. 028 90 972131. Personalas mielai aptars su jumis turimus klausimus.

## 1 **Testamento sudarymas**

2

3 Testamento sudarymas suteikia asmeniui galimybę užtikrinti, kad po mirties bus  
4 įgyvendinti jo norai. Šis dokumentas leidžia žmogui palikti artimiesiems savo turtą  
5 arba nurodymus įgyvendinti paskutinę valią.

6 Testamentu vadinamas teisinis dokumentas, kuriame pateikiami aiškūs nurodymai  
7 dėl:

- 8 • vaikų ar išlaikytinių globos;
- 9 • finansinių reikalų – grynųjų pinigų, nuosavybės ir turto.

10

## 11 **Kodėl svarbu sudaryti testamentą?**

12

13 Testamentas palengvina reikalų tvarkymą po žmogaus mirties:

- 14 • žmogus gali nuspręsti, kaip turi būti padalintas jo turtas;
- 15 • santuokos nesudariusi pora gali pasirūpinti partnerio išlaikymu;
- 16 • išsiskyręs žmogus gali nuspręsti, ar palikti dalį turto ankstesniam partneriui;
- 17 • žmogus gali gauti daugiau informacijos apie paveldimo turto mokesčius.

18

## 19 **Testamento sudarymas**

20

21 Nors ir įmanoma sudaryti testamentą savarankiškai, patartina pasinaudoti advokato  
22 pagalba, nes yra įvairių teisinių formalumų. Jei asmuo nesudaro testamentą, jo  
23 turtas yra paskirstomas pagal įstatymą.

24 Testamento vykdytoju laikomas asmuo, kuris vykdo asmens testamente nurodytą  
25 valią. Asmuo gali paskirti testamentą vykdytoją nurodydamas jį testamente. Teismas  
26 taip pat gali paskirti kitus už šį darbą atsakingus asmenis.

27 Testamentą sudariusiam asmeniui svarbu laikyti šį dokumentą saugioje vietoje ir  
28 pasakyti vykdytojui, artimam draugui ar giminaičiui, kur jis saugomas. Jeigu  
29 testamentą sudaro advokatas, įprastai kopija yra saugoma advokato kontoroje, o  
30 asmeniui yra atsiunčiama testamentą kopija. Jei asmuo nori turėti testamentą  
31 originalą, jis gali paprašyti advokato pateikti šį dokumentą.

32

33

## 1 **Testamento atnaujinimas**

2

3 Asmuo turėtų peržiūrėti savo testamentą, o ypač pasikeitus esminėms gyvenimo  
4 aplinkybėms, pvz., pradėjus gyventi skyrium, susituokus ar išsiskyrus, susilaukus  
5 vaiko ar persikėlus gyventi į kitus namus.

6 Asmuo gali atlikti pakeitimus papildydamas esamą testamentą arba sudarydamas  
7 naują<sup>27</sup>.

8

## 9 **Išvados**

10

11 Išankstinis priežiūros planavimas sudaro įvairios dedamosios, apimančios įvairius  
12 elementus. Asmuo gali rinktis apsvarstyti ir suplanuoti tik tam tikrus elementus ir  
13 imtis šios veiklos skirtingu gyvenimo metu. Tai reiškia, kad išankstinis priežiūros  
14 planavimas yra asmenišką ir savanorišką procesą, o žmogus turi turėti daugiau  
15 galimybių dalyvauti išankstinio priežiūros planavimo pokalbiuose, peržiūrėti šiuos  
16 pokalbius ir (arba) bet kokius dokumentuotus įrašus.

17 Išankstinis priežiūros planavimas leidžia žmogui apsvarstyti tai, kas jam rūpi. Tai gali  
18 pagerinti gyvenimo kokybę, o žmogui negalinčiam savarankiškai priimti sprendimų,  
19 leidžia informuotai nuspręsti dėl jo priežiūros, pagalbos arba gydymo, atsižvelgiant į  
20 žmogaus norus, jausmus, įsitikinimus ir vertybes.

21 „Išankstinis priežiūros planavimo pokalbis – vienas svarbiausių gyvenime“  
22 (sinteresuotosios šalies citata, užfiksuota bendradarbiaujant, 2021 m. vasaris).

23

24

25

26

27

28

29

---

<sup>27</sup> <https://www.nidirect.gov.uk/articles/making-will>



# 1 Priedai

## 2 1 priedas. Sąvokų žodynas

3

4 • **Išankstinis priežiūros planavimas:** Išankstinis priežiūros planavimas – tai  
5 apibendrinamoji sąvoka, reiškianti asmeninių, teisinių, klinikinių ir finansinių reikalų  
6 planavimą. Jis suteikia žmogui galimybę apsvarstyti, kas jam svarbu, ir planuoti savo  
7 ateitį. Tai savanoriškas procesas, padedantis asmeniui išsiaiškinti savo norus,  
8 jausmus, įsitikinimus ir vertybes bei priimti tai atspindinčius sprendimus. Išankstinis  
9 priežiūros planavimas – tai tęstiniai pokalbiai su asmeniu, jo artimaisiais, jį  
10 globojančiais, pagalbą ar gydymą teikiančiais žmonėmis. Išankstinis priežiūros  
11 planavimas turi tapti svarbia visų suaugusiųjų gyvenimo dalimi.

12 • **Išankstinis sprendimas atsisakyti gydymo (angl. Advance Decisions to**  
13 **Refuse Treatment, ADRT):** Šiaurės Airijoje galiojantis ir tam tikrai situacijai  
14 taikomas ADRT sprendimas, kuris yra laikomas teisiškai įpareigojančiu sprendimu (jį  
15 reglamentuoja paprotinė teisė, o ne įstatymas).

16 • **Elgesio pokytis:** elgesio pokytis gali reikšti bet kokią žmogaus elgsenos pasikeitimą  
17 ar transformaciją.

18 **Geriausi interesai:** jeigu asmens psichinis veiksnumas yra ribotas ir tam tikru metu  
19 jis negali priimti atitinkamo sprendimo dėl savo gydymo bei neturi galiojančio ir  
20 pritaikomo išankstinio sprendimo atsisakyti gydymo, asmenį gydantis medikas priims  
21 sprendimą dėl priežiūros ir gydymo, kuris geriausiai atitiks asmens interesus.

22 • **Širdies sustojimas:** širdies sustojimu vadinama situacija, kai širdis nustoja varinėti  
23 kraują po organizmą, o asmuo neatsako ir nustoja įprastai kvėpuoti.

24 • **Gaivinimas:** medicininė procedūra, kurios metu siekiant palaikyti kraujo cirkuliaciją  
25 ir deguonies tiekimą širdies sustojimą patyrusiam asmeniui atliekami stiprūs krūtinės  
26 ląstos paspaudimai ir dirbtinis kvėpavimas.

27 • **Priežiūra, pagalba ar gydymas:** politikoje naudojama sąvoka „priežiūros,  
28 pagalbos ir gydymo paslaugas teikiantys asmenys“ apima žmones, dirbančius  
29 bendruomenėje ar savanoriškos veiklos sektoriuje, nepriklausomame ekonomikos  
30 sektoriuje ir kitą sveikatos ir socialinės priežiūros personalą, teikiantį teisės aktuose  
31 nurodytas paslaugas.

- 1 • **Sutikimas:** sutikimas nėra laikomas tik formalumu. Norint, kad sutikimas būtų  
2 galiojantis, jis turi būti priimtas savanoriškai ir informuotai, o sutikimą suteikęs asmuo  
3 turi būti veiksnus priimti sprendimą.
- 4 • **Gyvenimo pabaiga:** laikotarpis, kai asmens būklė aktyviai blogėja tol, kol jo mirtis  
5 tampa labai tikėtina.
- 6 • **Priežiūra gyvenimo pabaigoje:** tai požiūris, gerinantis pacientų ir jų šeimų,  
7 susiduriančių su gyvybei pavojų keliančiomis ligomis, gyvenimo kokybę. Priežiūra  
8 apima skausmo vertinimą ir gydymą bei kitų poreikių, įskaitant fizinius, psichologinius  
9 ir dvasinius, tenkinimą.
- 10 • **Neterminuotas įgaliojimas (angl. Enduring Power of Attorney):** teisinis  
11 dokumentas, leidžiantis žmogui paskirti kitus asmenis priimti sprendimus dėl jo turto  
12 ir finansinių reikalų jo vardu, jei įgaliojimą sudarantis žmogus prarastų psichinį  
13 veiksnumą.
- 14 • **Gairės:** duomenimis pagrįsti sprendimai dėl veiksmingiausio ir ekonomiškai  
15 efektyviausio gydymo ir priežiūros, taikomos specifinėmis ligomis ir sutrikimais  
16 sergantiems žmonėms, ir rekomendacijos gyventojams bei atskiriems asmenims dėl  
17 intervencinių priemonių, galinčių padėti užkirsti kelią ligoms ir gerinti sveikatą.  
18 Profesinėmis reguliavimo įstaigomis laikomos Visuotinė medikų taryba (angl.  
19 General Medical Council, GMC), Akušerių taryba (angl. Nursing Midwifery Council,  
20 NMC), Visuotinė farmacininkų taryba (angl. General Pharmaceutical Council, GPhc)  
21 ir Šiaurės Airijos Socialinės apsaugos taryba (Northern Ireland Social Care Council,  
22 NISCC), išleidžiančios taisykles / gaires, reglamentuojančias profesinių standartų  
23 užtikrinimą.
- 24 • **Holistinis vertinimas:** visaapimantis vertinimas, kurio metu atsižvelgiama į  
25 socialinius, psichologinius, emocinius, fizinius ir dvasinius asmens poreikius.
- 26 • **Holistinė priežiūra:** priežiūros paslaugos, teikiamos žmogui atsižvelgiant į jo  
27 socialinius, psichologinius, emocinius, fizinius ir dvasinius poreikius.

- 1 **Neterminuotas įgaliojimas (angl. Enduring Power of Attorney, EPA):** žr. 2016 m.  
2 ŠA psichinio veiksnio įstatymo 97 skirsnį. Tai teisinis dokumentas, leidžiantis  
3 žmogui paskirti kitus asmenis priimti sprendimus jo vardu<sup>28</sup>.
- 4 • **2016 m. Šiaurės Airijos psichinio veiksnio įstatymas:** įstatymas, kuriam  
5 galutinai įsigaliojus bus suvienyti psichinio veiksnio ir psichinės sveikatos  
6 įstatymai.
- 7 • **Nacionalinis sveikatos ir priežiūros paslaugų kokybės institutas (angl.**  
8 **National Institute for Health and Care Excellence, NICE):** organizacija patikimai ir  
9 nepriklausomai vertinanti geriausius turimus duomenis ir pateikianti rekomendacijas  
10 sveikatos ir socialinės priežiūros sistemai.
- 11 • **Organų donorystė:** organų donoryste vadinama praktika, kurios metu žmogaus  
12 organas yra paimamas iš gyvo ar mirusio žmogaus.
- 13 • **Paliatyvioji pagalba:** aktyvi ir holistinė pagalba, teikiama žmonėms, sergantiems  
14 pažengusios stadijos progresuojančia liga. Svarbiausia jos dalimi laikomas skausmo  
15 ir kitų simptomų valdymas bei psichologinės, socialinės ir dvasinės pagalbos  
16 teikimas. Paliatyviaja pagalba siekiama užtikrinti geriausią gyvenimo kokybę  
17 žmonėms ir jų artimiesiems. Daugybė paliatyviosios pagalbos aspektų yra taikomi  
18 kartu su kitais gydymo būdais ankstesniu ligos eigos metu.
- 19 • **Progresuojantis sutrikimas:** liga arba sveikatos sutrikimas, kuris laikui bėgant  
20 blogėja ir prastina bendrąją žmogaus sveikatą ar funkcijas.
- 21 • **Įgaliojimas:** teisinis dokumentas, kurį gali sudaryti žmogus, norintis perduoti kitam  
22 žmogui teisę imtis veiksmų arba priimti sprendimus jo vardu.
- 23 • **ReSPECT:** tai klinikinės išankstinio priežiūros planavimo klinikinės dedamosios  
24 elementas, leidžiantis dokumentuoti asmenines rekomendacijas, taikomas skubios  
25 pagalbos ir gydymo atveju.
- 26 • **Sunki liga:** sveikatos sutrikimas, kuriam būdingas aukštas mirštamumo lygis,  
27 sąlygojantis kasdienes asmens funkcijas ar gyvenimo kokybę.

---

<sup>28</sup> 2016 m. ŠA psichinio veiksnio įstatymu Šiaurės Airijoje pradedama naudoti ilgalaikio įgaliojimo patikėtiniui priemonė. 2016 m. ŠA psichinio veiksnio įstatymas šalyje įgyvendinamas etapais. LPA nebuvo įtrauktas į 1-ąjį įgyvendinimo etapą. Įstatymo įgyvendinimas tebevyksta, tačiau kol kas nežinoma, kada bus pradėtas įgyvendinti etapas, į kurį yra įtrauktas LPA.

- 1 • **Dvasingumas:** dvasingumas suteikia gyvenimui prasmę ir yra grindžiamas  
2 svarbiausiais žmogaus įsitikinimais ir vertybėmis.
- 3 • **Žmogaus artimieji:** šeima, globėjai ar pažįstami asmenys, kurie tokiam žmogui  
4 rūpi ar prie kurių jis yra prisirišęs. Juos gali sieti asmeniniai, teisiniai, kultūriniai arba  
5 emociniai ryšiai.

6

## 7 **Trumpiniai**

- 8 • **ADRT** – Advance Decision to Refuse Treatment (liet. Išankstinis sprendimas  
9 atsisakyti gydymo)
- 10 • **CPR** - Cardiopulmonary resuscitation (liet. gaivinimas)
- 11 • **DNACPR** – Do not attempt cardiopulmonary resuscitation (liet. prašymas  
12 neatlikti gaivinimo)
- 13 • **EPA** – Enduring Power of Attorney (liet. Neterminuotas įgaliojimas)
- 14 • **LPA** - Lasting Power of Attorney (liet. Ilgalaikis įgaliojimas patikėtiniui)
- 15 • **MCA** – Mental Capacity Act (Northern Ireland) 2016 (liet. 2016 m. Šiaurės  
16 Airijos psichinio veiksnio įstatymas)
- 17 • **NI** – Northern Ireland (liet. Šiaurės Airija)
- 18 • **NICE** - National Institute for Health and Care Excellence (liet. Nacionalinis  
19 sveikatos ir priežiūros paslaugų kokybės institutas)
- 20 • **ReSPECT** – Recommended Summary Plan for Emergency Care & Treatment  
21 (liet. Skubios pagalbos ir gydymo rekomendacijų suvestinės planas)

22

## 23 **2 priedas Bibliography**

24

### 25 **Journal**

26 Abba, K., Llyod-Williams, M. & Horton, S. (2019). Discussing end of life wishes – the  
27 impact of community interventions? *BMC Palliative Care*. **18** pp18-26 DOI:

28 <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0407-8>

29 Abel J., Kellehear, A., Millington Sanders, C., Taubert, M., & Kingston, H. (2020).  
30 Advance Care Planning re-imagined: a needed shift from COVID times and beyond.  
31 *Palliative Care and Social Practice*. **14**

32 Beck E-R, McIlpatrick S, Hasson F, Leavey G. (2017) Health care professionals'  
33 perspectives of advance care planning for people with dementia living in long-term

- 1 care settings: A narrative review of the literature. *Dementia*. 2017;**16**(4):486-512.  
2 doi:10.1177/1471301215604997
- 3 Beck ER, McIlpatrick S, Hasson F, Leavey G. (2017) Nursing home manager's  
4 knowledge, attitudes and beliefs about advance care planning for people with  
5 dementia in long-term care settings: a cross-sectional survey. *J Clin Nurs*. 2017  
6 Sep;**26**(17-18):2633-2645. doi: 10.1111/jocn.13690. Epub 2017 Feb 9. PMID:  
7 27995678.
- 8 Biondo, P.D., King, S., Minhas, B. et al. (2019). How to increase public participation  
9 in advance care planning: findings from a World Café to elicit community group  
10 perspectives. *BMC Public Health*. **19** 679 DOI: [https://doi.org/10.1186/s12889-019-](https://doi.org/10.1186/s12889-019-7034-4)  
11 [7034-4](https://doi.org/10.1186/s12889-019-7034-4)
- 12 Brazil K, Carter G, Cardwell C, et al. (2017) Effectiveness of advance care planning  
13 with family carers in dementia nursing homes: A paired cluster randomized  
14 controlled trial. *Palliative Medicine*. 2018;**32**(3):603-612.  
15 doi:[10.1177/0269216317722413](https://doi.org/10.1177/0269216317722413)
- 16 Brazil, K., Carter, G., Galway, K. et al. (2015). General practitioners' perceptions on  
17 advance care planning for patients living with dementia. *BMC Palliat Care* **14**, 14  
18 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0019-x>
- 19 Canacott, L. & Moghaddam, N. (2019). Is the Wellness Recovery Action Plan  
20 (WRAP) efficacious for improving personal and clinical recovery outcomes? A  
21 systematic review and meta-analysis. *Psychiatric Rehabilitation Journal* **42**(4)  
22 pp372-381 DOI: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fprj0000368>
- 23 Carr K, Hasson F, McIlpatrick S, Downing J. Factors associated with health  
24 professionals decision to initiate paediatric advance care planning: A systematic  
25 integrative review. *Palliat Med*. 2021 Mar;**35**(3):503-528. doi:  
26 10.1177/0269216320983197. Epub 2020 Dec 29. PMID: 33372582; PMCID:  
27 PMC7975890.
- 28 Demirkapu, H., Van den Block, L., De Maesschalck, S., De Vleminck, A., Colak, Z. &  
29 Devroey, D. (2021). Advance Care Planning Among Older Adults of Turkish Origin in  
30 Belgium: Exploratory Interview Study. *Journal of Pain and Symptom Management*.  
31 **62**(2) pp252 – 259 doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.12.017>
- 32 Detering, K. M., Buck, K., Ruseckaite, R., et al. (2019). Prevalence and correlates of  
33 advance care directives among older Australians accessing health and residential  
34 aged care services: multicentre audit study *BMJ Open*. **9** pp1-9 DOI:  
35 <https://bmjopen.bmj.com/content/9/1/e025255.abstract>
- 36 Somal, K., & Foley, T. (2021). A Literature Review of Possible Barriers and  
37 Knowledge Gaps of General Practitioners in Implementing Advance Care Planning in

- 1 Ireland: Experience from Other Countries. *International Journal of Medical Students*,  
2 **9**(2), 145–156. <https://doi.org/10.5195/ijms.2021.567>
- 3 Dixon, J. and Knapp, M. (2019). Delivering advance care planning support at scale:  
4 a qualitative interview study in twelve international healthcare organisations. *Journal*  
5 *of Long-term Care.*, pp127-142.
- 6 Dunphy, E., Conlon, S. C., O'Brien, S. A., Loughrey, E., & O'Shea, B. J. (2016). End-  
7 of-life planning with frail patients attending general practice: an exploratory  
8 prospective cross-sectional study. *British Journal of General Practice.* **66**(650):  
9 pp661-666. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp16X686557>
- 10 Ernecoff, N.C., Keane, C.R. & Albert, S. M. (2016). Health behavior change in  
11 advance care planning: an agent-based model. *BMC Public Health.* **16** 193 DOI:  
12 <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2872-9>
- 13 Gilissen, J., Hunt, L., Van den Block, L., Van Der Steen, J., Tahir, P. and Ritchie, C.  
14 (2021). Earlier initiation of palliative care in the disease trajectory of people living  
15 with dementia: a scoping review protocol. *BMJ Open.* **11**(6)
- 16 Graham-Wisener, L., Nelson, A., Byrne, A., Islam, I., Harrison, C., Geddis, J., &  
17 Berry, E. (2021). Upstreaming advance care planning: application of health behavior  
18 change theory to understand barriers and facilitators to talking about death and dying  
19 in the community. <https://doi.org/10.31234/osf.io/pm7ny>
- 20 Harding, A., Preston, N., Doherty, J. et al. (2021). Developing and evaluating online  
21 COVID-centric advance care planning training and information resources for nursing  
22 staff and family members in nursing homes: the necessary discussions study  
23 protocol. *BMC Geriatr* **21**, 456. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02398-1>
- 24 Hill LM, McIlpatrick S, Taylor B, Dixon L, Fitzsimons D. (2019) Implantable  
25 cardioverter defibrillator (ICD) functionality: patient and family information for  
26 advanced decision-making. *BMJ Support Palliat Care.* 2019 Nov 26;bmjspcare-  
27 2019-001835. doi: 10.1136/bmjspcare-2019-001835. Epub ahead of print. PMID:  
28 31771959.
- 29 J Stevens, P Pype, K Eecloo, L Deliens, K Pardon, A D Vleminck. (2021). Facilitating  
30 advance care planning in the general practice setting for patients with a chronic, life-  
31 limiting illness: protocol for a phase-III cluster-randomized controlled trial and  
32 process evaluation of the ACP-GP intervention. *BMC Palliative Care.* **20**(19)
- 33 Kelly, B. D. (2014). An end to psychiatric detention? Implications of the United  
34 Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *The British Journal of*  
35 *Psychiatry.* **204** (3) pp174–175 DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.135475>
- 36 Kelly, B. D. (2015). Best Interests, mental Capacity legislation and the UN  
37 convention on the Rights of Persons with Disabilities. *BJPsych Advances.* **21**  
38 pp188-195 DOI: <https://doi.org/10.1192/apt.bp.114.012922>

- 1 Litzelman, D. K., Cottingham A. H., Griffin, W. Inui, T. S. & Ivy, S. S. (2016).  
2 Enhancing the prospects for palliative care at the end of life: A statewide educational  
3 demonstration project to improve advance care planning. *Palliative & Supportive*  
4 *Care*. **14**(6) pp641 – 651 DOI: <https://doi.org/10.1017/S1478951516000353>
- 5 Mallon, A., Hasson, F., Casson, K. et al. (2021). Young adults understanding and  
6 readiness to engage with palliative care: extending the reach of palliative care  
7 through a public health approach: a qualitative study. *BMC Palliative Care*. **20**(1),  
8 pp.1-13. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00808-0>
- 9 Marshall, H. & Sprung, S. (2017). The Mental Capacity Act: 'Best interests'—a  
10 review of the literature. *British Journal of Community Nursing*., **22**(8), pp384-390  
11 DOI: <https://doi.org/10.12968/bjcn.2017.22.8.384>
- 12 McIlfatrick S, Slater P, Bamidele O, Muldrew D, Beck E, Hasson F. (2021) 'It's  
13 almost superstition: If I don't think about it, it won't happen'. Public knowledge and  
14 attitudes towards advance care planning: A sequential mixed methods study.  
15 *Palliative Medicine*. 2021;**35**(7):1356-1365. doi:10.1177/02692163211015838
- 16 McIlfatrick, S., Slater, P., Beck, E., Bamidele, O., McCloskey, S., Carr, K., Muldrew,  
17 D., Hanna-Trainor, L. & Hasson, F. (2021). Examining public knowledge, attitudes  
18 and perceptions towards palliative care: a mixed method sequential study. *BMC*  
19 *Palliative Care*. **20** (44) DOI:<https://doi.org/10.1186/s12904-021-00730-5>
- 20 McKenna, D., O'Shea, J. and Tanner, L., 2020. The Heart of Living and Dying:  
21 Upstreaming Advance Care Planning into Community Conversations in the Public  
22 Domain in Northern Ireland. *Journal of social work in end-of-life & palliative*  
23 *care*, **16**(4), pp.346-363.
- 24 Meehan, E., Foley, T., Kelly, M.C., Kelleher, A.B., Sweeney, C., Hally, R.M.,  
25 Detering, K. and Cornally, N., (2019). Advance care planning for individuals with  
26 chronic obstructive pulmonary disease: a scoping review of the literature. *Journal of*  
27 *Pain and Symptom Management*.
- 28 Meehan, E., Sweeney, C., Foley, T., Lehane, E., Kelleher, A.B., Hally, R.M.,  
29 Shanagher, D., Korn, B., Rabbitte, M., Detering, K.M. and Cornally, N., (2019).  
30 Advance care planning in COPD: guidance development for healthcare  
31 professionals. *BMJ supportive & palliative care*.
- 32 Molyneaux, E., Turner, A., Candy, B., Landau, S., Johnson, S & Llyod-Evans B.  
33 (2019). Crisis-planning interventions for people with psychotic illness or bipolar  
34 disorder: systematic review and meta-analyse. *BJPsych Open*. **5** pp1-9 DOI:  
35 <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.28>
- 36 O'Connell, J., Gardner, G. & Coyer, F. (2014) Beyond competencies: using a  
37 capability framework in developing practice standards for advanced practice  
38 nursing. *Journal of Advanced Nursing* **70**(12), 2728– 2735. doi: [10.1111/jan.12475](https://doi.org/10.1111/jan.12475)

- 1 O'Halloran P, Noble H, Norwood K, Maxwell P, Murtagh F, Shields J, Mullan R,  
2 Matthews M, Cardwell C, Clarke M, Morton R, Shah K, Forbes T, Brazil  
3 K.(2020) Nurse-led advance care planning with older people who have end-stage  
4 kidney disease: feasibility of a deferred entry randomised controlled trial  
5 incorporating an economic evaluation and mixed methods process evaluation  
6 (ACReDiT). *BMC Nephrol.* 2020 Nov **13**;21(1):478. doi: 10.1186/s12882-020-02129-  
7 5. PMID: 33187506; PMCID: PMC7663906.
- 8 O'Halloran P, Noble H, Norwood K, Maxwell P, Shields J, Fogarty D, Murtagh F,  
9 Morton R, Brazil K. (2018) Advance Care Planning With Patients Who Have End-  
10 Stage Kidney Disease: A Systematic Realist Review. *J Pain Symptom Manage.*  
11 2018 Nov;**56**(5):795-807.e18. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2018.07.008. Epub 2018  
12 Jul 17. PMID: 30025939; PMCID: PMC6203056
- 13 Oliver, D. (2021). Improving DNACPR discussions, decisions, and documentation.  
14 *BMJ.* 372:n722 DOI:: <https://doi.org/10.1136/bmj.n772>
- 15 O'Riordan J, Noble H, Kane PM, et al. (2019) Advance care plan barriers in older  
16 patients with end-stage renal disease: a qualitative nephrologist interview study. *BMJ*  
17 *Supportive & Palliative Care* 2020;**10**:e39.
- 18 Owen, G. S., Gergel, T., Stephenson, L. A., Hussain, O., Rifkin, L., & RuckKeene, A.  
19 (2019). Advance decision-making in mental health – Suggestions for legal reform in  
20 England and Wales. *International Journal of Law and Psychiatry.* **64** pp162-177
- 21 Piers, R., Braeckel, E. V., Benoit, D & Van Den Norrtgate, N. (2021). Early  
22 resuscitation orders in hospitalized oldest-old with COVID-19: A multicentre cohort  
23 study. *Palliative Medicine.* **35**(7) pp1288-1294 DOI:  
24 <https://doi.org/10.1177/02692163211018342>
- 25 Prince-Paul M, DiFranco E. (2017).Upstreaming and Normalizing Advance Care  
26 Planning Conversations—A Public Health Approach. *Behavioral Sciences.* **7**(2):18.  
27 <https://doi.org/10.3390/bs7020018>
- 28 Rawlings D, Miller-Lewis L, Collien D, Tieman J, Parker D, Sanderson C. (2017).  
29 Lessons Learned from the Dying2Learn MOOC: Pedagogy, Platforms and  
30 Partnerships. *Education Sciences.* **7**(3) 67 DOI:  
31 <https://doi.org/10.3390/educsci7030067>
- 32 Ryan, T., McKeown, J. (2020). Couples affected by dementia and their experiences  
33 of advance care planning: a grounded theory study. *Ageing & Society.* **40** pp439-  
34 460
- 35 Somal, K., & Foley, T. (2021). A Literature Review of Possible Barriers and  
36 Knowledge Gaps of General Practitioners in Implementing Advance Care Planning in  
37 Ireland: Experience from Other Countries. *International Journal of Medical Students.*  
38 **9**(2) pp145-156 DOI: <https://doi.org/10.5195/ijms.2021.567>



- 1 Stein, G. L., Cagle, J. G. & Christ, G. H. (2017). Social Work Involvement in Advance  
2 Care Planning: Findings from a Large Survey of Social Workers in Hospice and  
3 Palliative Care Settings. *Journal of Palliative Medicine*. **20**(3) pp253-259 DOI:  
4 <https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0352>
- 5 Szmukler, G. (2019). "Capacity", "best interests", "will and preferences" and the UN  
6 Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *World Psychiatry*. **18** pp34-41  
7 DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20584>
- 8 Tieman, J., Miller-Lewis, L., Rawlings, D. *et al.* (2018). The contribution of a MOOC  
9 to community discussions around death and dying. *BMC Palliative Care*. **17**(31)  
10 DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0287-3>
- 11 Webb, P., Davidson, G., Davidson *et al.* (2020). Key components of supporting and  
12 assessing decision making ability. *International Journal of Law and Psychiatry*. **72**  
13 pp1-9 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101613>.
- 14 Webb, P, Davidson, G, Edge, R, *et al.* (2020). Service users' experiences and views  
15 of support for decision making. *Health Soc Care Community*. **28** pp1282– 1291 DOI:  
16 <https://doi.org/10.1111/hsc.12961>
- 17 Wendrich-van Dael, A., Gilissen, J., Van Humbeeck, L., Deliëns, L., Vander Stichele,  
18 R., Gastmans, C., Pivodic, L. and Van Den Block, L. (2021). Advance care planning  
19 in nursing homes: new conversation and documentation tools. *BMJ Supportive &*  
20 *Palliative Care*. **1** pp312-317.

21

## 22 **Book**

23 Gregson P, Nolte L, Todd J, Detering KM. 2020. *Advance care planning education*  
24 *capability framework: implementation guide*. Advance Care Planning Australia,  
25 Austin Health, Melbourne.

26 Leonard, R., Noonan, K., Horfall, D., Psychogios, H., Kelly, M., Rosenberg, J.,  
27 Rumbold, B., Grindrod A., Read, N. & Rahn, A. (2020). *Death Literacy Index: A*  
28 *Report on its Development and Implementation*. Sydney: Western Sydney  
29 University. DOI: <https://doi.org/10.26183/5eb8d3adb20b0>

30 Macmillan Cancer Support & The Public Health Agency Northern Ireland (2016) *Your*  
31 *Life, Your Choices: Plan Ahead*. Northern Ireland.

## 32 **Report**

33 Byrne, O & Baker, S. Ireach & All Ireland Institute of Hospice and Palliative Care  
34 (2020) *Palliative Care Research Study All Island (ROI & NI Combined)*.

35 Byrne, O & Baker, S. Ireach & All Ireland Institute of Hospice and Palliative Care  
36 (2020) *Palliative Care Research Study NI*.

- 1 Canadian Hospice Palliative Care Association (2020) Advance Care Planning in  
2 Canada: A Pan-Canadian Framework. Available at:  
3 <https://www.advancecareplanning.ca/resource/advance-care-planning-framework/>
- 4 Compassion in Dying (2018) Starting the conversation: Planning ahead for your  
5 treatment and care.
- 6 Department of Health (2020) Advance Care Planning Policy for Northern Ireland (for  
7 adults): Thematic Review of DNACPR Issues.
- 8 Department of Health (2016) A Strategy for Children's Palliative and End-of-Life  
9 Care 2016-26.
- 10 Department of Health COVID-19 HSC Clinical Ethics Forum (2020) COVID-19  
11 Guidance: Ethical Advice and Support Framework.
- 12 Department of Health (2019) Mental Capacity Act (NI) 2016: Deprivation of Liberty  
13 Safeguard Code of Practice. Available at: [https://www.health-](https://www.health-ni.gov.uk/sites/default/files/publications/health/mca-dols-cop-november-2019.pdf)  
14 [ni.gov.uk/sites/default/files/publications/health/mca-dols-cop-november-2019.pdf](https://www.health-ni.gov.uk/sites/default/files/publications/health/mca-dols-cop-november-2019.pdf)  
15 [accessed December 2020]
- 16 Department of Health (2019) Review of the law relating to Advance Decisions to  
17 Refuse Treatment: Mental Capacity Act (NI) 2016 section 284.
- 18 Genentech. (2020). A guide for initiating advance care planning conversations with  
19 your patients. Available at:  
20 [https://www.mycareforward.com/content/dam/gene/mycareforward/pdfs/A\\_guide\\_for](https://www.mycareforward.com/content/dam/gene/mycareforward/pdfs/A_guide_for_initiating_advance_care_planning_conversations_with_your_patients.pdf)  
21 [\\_initiating\\_advance\\_care\\_planning\\_conversations\\_with\\_your\\_patients.pdf](https://www.mycareforward.com/content/dam/gene/mycareforward/pdfs/A_guide_for_initiating_advance_care_planning_conversations_with_your_patients.pdf)
- 22 Healthwatch Norfolk (2016) 'Thinking ahead' Advance Care Planning.
- 23 Healthwatch Staffordshire (2017) Think Different, Think end of Life Care.
- 24 Marie Curie (2021) Terminal Illness and bereavement during the Covid-19 pandemic  
25 in Northern Ireland: Perspectives of those left behind and lessons for the future.
- 26 McIlpatrick, S., Slater, P., Beck, E., Muldrew, D., Hanna-Trainor, L. & Hasson, F.  
27 (2021). Where Are We Now? - Examining public knowledge and attitudes towards  
28 palliative care and advance care planning in Northern Ireland. Ulster University  
29 [https://www.ulster.ac.uk/\\_data/assets/pdf\\_file/0012/819678/Where-are-we-now-](https://www.ulster.ac.uk/_data/assets/pdf_file/0012/819678/Where-are-we-now-Examining-public-knowledge-and-attitudes-towards-palliative-care-and-advance-care-planning-in-NI.pdf)  
30 [Examining-public-knowledge-and-attitudes-towards-palliative-care-and-advance-](https://www.ulster.ac.uk/_data/assets/pdf_file/0012/819678/Where-are-we-now-Examining-public-knowledge-and-attitudes-towards-palliative-care-and-advance-care-planning-in-NI.pdf)  
31 [care-planning-in-NI.pdf](https://www.ulster.ac.uk/_data/assets/pdf_file/0012/819678/Where-are-we-now-Examining-public-knowledge-and-attitudes-towards-palliative-care-and-advance-care-planning-in-NI.pdf)
- 32 National Institute for Health and Care Excellence. (2019) Advance Care Planning: A  
33 quick guide for registered managers of care homes and home care services.
- 34 National Institute for Health and Care Excellence. (2007) Behaviour Change: general  
35 approaches.

- 1 National Institute for Health and Care Excellence. (2016) Community engagement:  
2 improving health and wellbeing and reducing health inequalities.
- 3 NHS Benchmarking Network. National Audit of Care at the End of Life: Second  
4 round of audit report. Northern Ireland (2020).
- 5 Patient Client Council (2020) Exploring the experiences and perspectives of clinically  
6 extremely vulnerable people during COVID-19 shielding. Final Report.
- 7 Patient Client Council (2021) Towards an action plan for health literacy in Northern  
8 Ireland.
- 9 **Online**
- 10 Acts of the Northern Ireland Assembly, Mental Capacity Act (Northern Ireland) 2016  
11 available at: <https://www.legislation.gov.uk/nia/2016/18/contents> [accessed  
12 December 2020].
- 13 All Ireland Institute of Hospice and Palliative Care: Palliative Care Research Study NI  
14 (July 2020) Version 1.2. [https://thepalliativehub.com/wp-  
15 content/uploads/2020/10/Palliative-Care-Study-NI-July-2020-V1.2.pdf](https://thepalliativehub.com/wp-content/uploads/2020/10/Palliative-Care-Study-NI-July-2020-V1.2.pdf) [accessed  
16 December 2020].
- 17 An evidence-based blog article by Dr Nicola Cornally, University College Cork,  
18 PCRN member: [Advance Care Planning as a Medium for Providing Care Aligned to  
19 Peoples Wishes](#) [accessed November 2021]
- 20 Arkless, C., Goodwin, J. & Muir, S. (2016). Advance Care Planning Training Manual:  
21 Understanding Advance Care Planning  
22 [https://www.hqsc.govt.nz/assets/ACP/PR/ACP\\_Training\\_Manual\\_V1.2.pdf](https://www.hqsc.govt.nz/assets/ACP/PR/ACP_Training_Manual_V1.2.pdf)  
23 [accessed December 2020].
- 24 Booth, R. 'Do not resuscitate' orders caused potentially avoidable deaths, regulator  
25 finds. The Guardian. 3 December 2020.  
26 [https://www.theguardian.com/society/2020/dec/03/do-not-resuscitate-orders-caused-  
27 potentially-avoidable-deaths-regulator-finds](https://www.theguardian.com/society/2020/dec/03/do-not-resuscitate-orders-caused-<br/>27 potentially-avoidable-deaths-regulator-finds) [accessed December 2020].
- 28 Decision making and mental capacity. National Institute for Health and Care  
29 Excellence. 11 August 2020.  
30 [https://www.nice.org.uk/guidance/qs194/chapter/Quality-statement-4-Best-interests-  
31 decision-making](https://www.nice.org.uk/guidance/qs194/chapter/Quality-statement-4-Best-interests-<br/>31 decision-making) [accessed December 2020].
- 32 Enduring Power of Attorney – an explanatory note. Northern Ireland Courts and  
33 Tribunals Service July 2018. [epa-notes-for-guidance-Aug-2018-updated-Nov-  
34 2019.pdf \(justice-ni.gov.uk\)](https://www.justice-ni.gov.uk/epa-notes-for-guidance-Aug-2018-updated-Nov-<br/>34 2019.pdf) [accessed December 2020].
- 35 Gregson P, Nolte L, Todd J, Detering KM. 2020. Education Capability Framework:  
36 2020 Implementation Guide. Advance Care Planning Australia. Austin Health,  
37 Melbourne. [43](https://www.advancecareplanning.org.au/docs/default-source/acpa-</a></p></div><div data-bbox=)

- 1 [resource-library/acpa-learning/education-framework/acpa-education-capability-](#)  
2 [framework-guide.pdf](#) [accessed December 2020].
- 3 Health Quality & Safety Commission New Zealand Advance Care Planning  
4 Competencies. [https://www.hqsc.govt.nz/assets/ACP/PR/ACP\\_self\\_assessment\\_co](https://www.hqsc.govt.nz/assets/ACP/PR/ACP_self_assessment_competency_framework.pdf)  
5 [mpetency\\_framework.pdf](#) [accessed December 2020].
- 6 Health Quality & Safety Commission New Zealand (2019) The Five Year Advance  
7 Care Planning Strategy [https://www.hqsc.govt.nz/assets/ACP/PR/acp-5year-](https://www.hqsc.govt.nz/assets/ACP/PR/acp-5year-strategy-2019-web-final.pdf)  
8 [strategy-2019-web-final.pdf](#) [accessed December 2020].
- 9 Health Quality & Safety Commission New Zealand. (2020) Serious illness  
10 conversations: Reference guide for health care professionals  
11 <https://www.hqsc.govt.nz/assets/ACP/PR/SICG-reference-guide-July-2020.pdf>  
12 [accessed December 2020].
- 13 Managing your affairs and enduring power of attorney. NI Direct Government  
14 Services (2021). [https://www.nidirect.gov.uk/articles/managing-your-affairs-and-](https://www.nidirect.gov.uk/articles/managing-your-affairs-and-enduring-power-attorney)  
15 [enduring-power-attorney](#) [accessed January 2021].
- 16 Ministry of Health. (2011). Advance Care Planning: A guide for the New Zealand  
17 health care workforce. Wellington: Ministry of Health  
18 [https://www.health.govt.nz/publication/advance-care-planning-guide-new-zealand-](https://www.health.govt.nz/publication/advance-care-planning-guide-new-zealand-health-care-workforce)  
19 [health-care-workforce](#) [accessed December 2020].
- 20 National Ethics Advisory Committee. (2014). Ethical Challenges in Advance Care  
21 Planning. Wellington: Ministry of Health New Zealand.  
22 [https://neac.health.govt.nz/assets/Uploads/NEAC/publications/ethical-challenges-in-](https://neac.health.govt.nz/assets/Uploads/NEAC/publications/ethical-challenges-in-advance-care-planning.pdf)  
23 [advance-care-planning.pdf](#) [accessed December 2020].
- 24 Northern Ireland Life & Times Survey. (2021). Economic and Social research  
25 Council. <https://www.ark.ac.uk/nilt/> [accessed March 2021].
- 26 Rao. J. K. Engaging Public Health in End-of-Life Issues: It Is Time to Step Up to the  
27 Plate. *Ann Intern Med* 2015 **162** pp230-231. [Epub ahead of print 7 March 2020].  
28 <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M14-2479> [accessed December 2020].
- 29 United Nations Convention on the Rights of People with Disabilities (2008) available  
30 at: [https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-](https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html)  
31 [persons-with-disabilities.html](#) [accessed December 2020].
- 32 United Nations General Assembly, Universal Declaration of Human Rights, 10  
33 December 1948, 217 A (III), available at:  
34 <https://www.refworld.org/docid/3ae6b3712c.html> [accessed December 2020].

### 35 **Online Videos**

- 1 June 2020, “Advance Care Planning – Issues Raised by the Covid19 Pandemic”,
- 2 webinar by John Lombard, University of Limerick, PCRN member
- 3 <https://youtu.be/TyadgPsPITI>
  
- 4 Sept 2020, “Advance care planning. An awareness raising session for district
- 5 nursing”, webinar by Niall Gallagher, Specialist Social Work:
- 6 <https://youtu.be/DbfsdftNmqg>
  
- 7 April 2020 – Project ECHO AIIHPC: Intellectual Disability Services, “Advance Care
- 8 Planning & Anticipatory Prescribing during a Crisis”, webinar:
- 9 [https://youtu.be/YbPt\\_D5sLxE](https://youtu.be/YbPt_D5sLxE) [speakers include: Professor Mary McCarron, Dr.
- 10 Regina McQuillan, Dr. Jean Lane, Dr. John O'Brien, Professor Sean Kennelly, Dr.
- 11 Cathy Payne].
  
- 12 July 2016, “Advance Care Planning in Dementia”, webinar by Dr Karen Harrison
- 13 Denning, Dementia UK: <https://youtu.be/7TAKLBaABIY>
  
- 14
- 15
- 16
- 17