

Anna Nowarska

Autorka bloga bioetycznego przy Instytucie Bioetyki Uniwersytetu Papieskiego im. Jana Pawła II w Krakowie

CPR a DNR w kontekście opieki paliatywnej

Przedrukowano za zgodą z: *Advances in Palliative Medicine* 2011; 10, 3–4: 89–94

Streszczenie

Postęp medycyny znacząco zwiększył szanse przeżycia u wielu pacjentów z chorobami zagrażającymi życiu. Jednocześnie przyczynia się on do powstawania coraz bardziej skomplikowanych dylematów etycznych. Podczas gdy ograniczenie i/lub rezygnacja z określonych form leczenia u kresu życia są obecnie powszechnie akceptowane, wielu pacjentów wciąż umiera przy zastosowaniu heroicznego, nadzwyczajnych środków terapeutycznych mających na celu odroczenie nieuchronnej śmierci. Niniejszy artykuł analizuje niektóre aspekty związane ze stosowaniem resuscytacji krążeniowo-oddechowej oraz sporządzaniem decyzji „nie reanimować” w odniesieniu do pacjentów opieki paliatywnej.

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2012; 6, 1: 9–14

Słowa kluczowe: resuscytacja krążeniowo-oddechowa (CPR), polecenie „nie reanimować” (DNR), „nie podejmować prób resuscytacji” (DNAR), „umożliwić naturalną śmierć” (AND), opieka paliatywna

Wstęp

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie problemu resuscytacji krążeniowo-oddechowej (CPR, *cardiopulmonary resuscitation*) i polecenia „nie reanimować” (DNR, *do not resuscitate*), (znanego również jako „nie podejmować próby reanimacji” [DNAR, *do not attempt resuscitation*] lub „umożliwić naturalną śmierć” [AND, *allow natural death*]) w odniesieniu do pacjentów opieki paliatywnej. Na początku, aby uniknąć niejasności zdefiniowane zostały podstawowe pojęcia. Następnie omówiono problem zasadności CPR u pacjentów będących u kresu życia. Dalej przedstawione zostały argumenty zarówno za CPR, jak i za DNR w opiece paliatywnej. Na koniec pod dyskusję został poddany trudny problem podejmowania decyzji w odniesieniu do CPR i DNR.

Resuscytacja krążeniowo-oddechowa

Resuscytacja krążeniowo-oddechowa, wprowadzona po raz pierwszy w 1960 roku [1], zrewolucjo-

nizowała medycynę, dając nadzieję na przywrócenie zdrowia i życia wielu pacjentów. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa stanowi szereg inwazyjnych interwencji: masaż serca, defibrylacja z zewnętrznego lub wszczepionego defibrylatora elektrycznego, wstrzykiwanie leków i wentylacja. Krótko mówiąc, gdy mamy do czynienia z zatrzymaniem krążenia lub oddychania, można wykonać CPR w celu przywrócenia akcji serca, krążenia i oddychania [2].

DNR, DNAR and AND

Polecenie „nie reanimować”


Początkowo uznano, że CPR należy praktykować powszechnie [3]. Szybko jednak zauważono, że takie podejście nie zawsze jest właściwe. Wiele wątpliwości budziło zwłaszcza w odniesieniu do chorych terminalnie. Dlatego też stosowanie CPR w każdym przypadku zostało zakwestionowane [4, 5]. W rezultacie wprowadzono polecenia „nie do CPR” („nie reanimować”). Ta decyzja, była zaznaczana przez lekarzy w dokumentacji medycznej pacjenta,

Adres do korespondencji: Anna Nowarska (MA in Bioethics)

Blog bioetyczny przy Instytucie Bioetyki Uniwersytetu Papieskiego im. Jana Pawła II w Krakowie

<http://blog.bioetyka.krakow.pl/>

e-mail: anna@nowarska.pl

 *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2012; 6, 1, 9–14
Copyright © Via Medica, ISSN 1898–0678

aby poinformować, że w jego konkretnym przypadku nie należy podejmować resuscytacji. Istniało wiele symboli, którymi oznaczano decyzje DNR, na przykład czerwone serca, gwiazdki przy nazwiskach pacjentów, skrót 'nie dla 222' w Wielkiej Brytanii (w wielu szpitalach 222 było numerem telefonu do zespołu resuscytacji) lub symbol 'no code' stosowany w Stanach Zjednoczonych [6]. Nie istniała jednak wspólna polityka dotycząca ustalania kategorii pacjentów z decyzją DNR. Potrzeba utworzenia wytycznych w tym zakresie pojawiła się w Wielkiej Brytanii w 1990 roku w efekcie skargi złożonej przez syna pacjentki, która bez odbycia jakichkolwiek konsultacji miała wpisaną decyzję DNR w dokumentacji medycznej. W rezultacie podjęto działania zmierzające do ustalenia zasad dotyczących podejmowania decyzji DNR [7]. Zasady te zostały szeroko rozpozyszechnione. Uzgodniono, że CPR należy wykonywać tylko u pacjentów, u których istnieje „wysokie prawdopodobnie odniesienia korzyści z tej interwencji” [8].

Co istotne, ze względu na fakt, że decyzje DNR są czasem błędnie rozumiane jako zalecenia by zrezygnować również z innych niż resuscytacja form leczenia [9], należy podkreślić, że DNR jest instrukcją, aby zrezygnować tylko i wyłącznie z resuscytacji. Nie oznacza to zaniechania opieki i nie powinno mieć wpływu na jakiegokolwiek inne stosowane formy leczenia [10].

Polecenie „nie podejmować próby resuscytacji”

Nazwa DNR dla niektórych była bardzo myląca. Dlatego zaproponowano jej zmianę z „nie reanimować” — DNR na „nie podejmować próby reanimacji” DNAR. Argumentowano, że pierwszy termin, z jednej strony, zakłada rezygnację z CPR, a z drugiej, daje pacjentom i ich bliskim nadzieję, że gdyby CPR była podjęta to zakończyłaby się sukcesem. Zmiana nazwy była konieczna, aby uniknąć nieporozumień związanych z nadmiernymi oczekiwaniami wobec CPR. Co ciekawe, nawet najnowsze badania dowodzą, że dezinformacja i nierealistycznie wysokie oczekiwanie co do skuteczności interwencji CPR są nadal powszechne, zarówno wśród pracowników ochrony zdrowia [11], jak i pacjentów oraz ich rodzin [12]. W odniesieniu do tych ostatnich jest to spowodowane m.in. akcjami reanimacyjnymi zakończonymi sukcesem prezentowanymi często w telewizji [13]. Generalnie jednak — co należy podkreślić — prawdopodobieństwo udanej reanimacji jest bardzo niskie. Ponadto, przy podejmowaniu decyzji o rozpoczęciu bądź rezygnacji z CPR należy wziąć pod uwagę poważne obciążenia i ryzyko związane z tą interwencją.

Polecenie „zezwoić na naturalną śmierć”

Argumentuje się również, że nawet polecenie DNAR może być postrzegane przez pacjentów i ich bliskich, jako mające negatywne konotacje przez sprawianie wrażenia, że pacjent zostaje pozbawiony jakiegoś niezbędnego leczenia. Pacjenci i ich rodziny mogą być zdezorientowani i obawiać się, że podjęcie decyzji „nie reanimować” jest jednocześnie zgodą na zakończenie życia chorego [14]. Jako rozwiązanie zaproponowano nazwę alternatywną wobec polecenia DNR/ DNAR. Głównym celem było stworzenie określenia budzącego mniej obaw i bardziej opisowego. Zaproponowano zwrot „zezwoić na naturalną śmierć” — AND (*Allow Natural Death*) [14, 15]. AND koncentruje się bardziej na tym, co zostanie dla pacjenta zrobione, niż na tym, z czego się zrezygnuje. Polecenie AND jest jasne i wskazuje, że nie będą stosowane żadne heroiczne ani nadzwyczajne środki terapeutyczne. Przeciwnie, zostaną podjęte wszelkie działania umożliwiające pacjentowi spokojną, komfortową i naturalną śmierć. Takie podejście w pełni pokrywa się z podstawowymi założeniami opieki paliatywnej [16, 17]. Wydaje się, że prosta zmiana nazwy instrukcji może znacząco przyczynić się do jej szerszej akceptacji i uznania, zwłaszcza wśród pacjentów i ich rodzin.

CPR i DNR w opiece paliatywnej

Czy w opiece paliatywnej jest miejsce dla CPR?

Na pierwszy rzut oka opieka paliatywna i CPR mogą być postrzegane jako koncepcje wzajemnie się wykluczające. Zasadniczo służą one odmiennym celom i związane są raczej z przeciwstawnymi oczekiwaniami. Podczas gdy intencją CPR jest zatrzymanie procesu umierania i przywrócenie życia, celem opieki paliatywnej nie jest ani przyspieszenie, ani opóźnienie śmierci, ale jej akceptacja jako naturalnego końca życia. Jednocześnie w opiece paliatywnej dąży się do zapewnienia najwyższej jakości życia oraz spokojnego, możliwie komfortowego umierania. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa dla pacjentów opieki paliatywnej jest niekiedy postrzegana jako „afront wobec godności pacjenta”, „antyteza spokojnej i godnej śmierci” [18] lub jako działania powodujące „szkodę dla godnego umierania” [11]. Wykazano, że oferowanie możliwości CPR pacjentom opieki paliatywnej może być postrzegane jako mylący, dwuznaczny komunikat — z jednej strony oferowanie objawowego, a z drugiej — aktywnego leczenia [11]. Fakt wysokiego prawdopodobieństwa nieskuteczności CPR co do zasady — a w szczególności w kontekście opieki paliatywnej — może również przyczynić się do odrzucenia zasadności stoso-

wania tej interwencji w opiece paliatywnej. Szacuje się, że w zakładach dla pacjentów opieki paliatywnej przewidywany wskaźnik sukcesu CPR wynosi poniżej 1% [11]. Wyniki innych badań wskazują, że w przypadku osób, u których spodziewano się zatrzymania akcji serca lub oddychania, a które znajdowały się u kresu życia, wskaźnik udanych prób CPR wynosił 0% [19].

Argumenty za CPR w opiece paliatywnej

Zmieniający się charakter opieki paliatywnej

Pomimo przedstawionych powyżej wątpliwości, istnieją uzasadnione argumenty na rzecz podejmowania CPR w niektórych sytuacjach u kresu życia. Można stwierdzić, że generalny sprzeciw wobec decyzji DNR nie byłby właściwy. Ponieważ opieka paliatywna odzwierciedla aktualne postępy w wiedzy medycznej, jej rola została ponownie zdefiniowana i odpowiednio rozszerzona. Obecnie koncentruje się już nie tylko na chorych u kresu życia, ale dotyczy również pacjentów z chorobami zagrażającymi życiu na wcześniejszym etapie (czasem nawet zanim wystąpią przerzuty) oraz chorobami nienowotworowymi. Dla niektórych spośród tych chorych, zastosowanie CPR może być właściwe, a nawet wskazane [11]. Co więcej, jako że obserwuje się tendencję do częstszego stosowania technik anestetycznych w opiece paliatywnej — wzrasta również zapotrzebowanie na CPR. Noble i wsp. przedstawili opis przypadku pacjenta, u którego wykonano skuteczną resuscytację po nagłym zatrzymaniu krążenia, do którego doszło w trakcie postępowania anestezyjologicznego [20]. U tego pacjenta zastosowanie CPR umożliwiło uporządkowanie swoich spraw i pożegnanie się z rodziną. Słusznie argumentuje się, że opieka paliatywna nie powinna być wyłączona z możliwości zastosowania CPR w takich sytuacjach, pomimo faktu, że specjaliści opieki paliatywnej mogą zaoferować jedynie podstawowe zabiegi resuscytacyjne (z możliwością wezwania odpowiednich służb ratowniczych lub przeniesienia pacjenta do odpowiedniego specjalistycznego ośrodka) [21].

Autonomia pacjenta

Rozważa się również stosowanie CPR w opiece paliatywnej ze względu na autonomię pacjenta. Ten punkt widzenia można postrzegać jako pożądany, gdyż uznane zostają tu wybory, życzenia i preferencje chorego [18]. Jednak, podczas gdy zasada autonomii przyznaje pacjentowi prawo do odmowy leczenia, nie przyznaje ona jednocześnie prawa do żądania konkretnego leczenia. W rezultacie pacjent

nie może domagać się CPR w każdej sytuacji, a lekarze nie są zobowiązani do zapewnienia leczenia, co do którego istnieje niewielkie prawdopodobieństwo korzyści dla pacjenta. Innymi słowy, pracownicy ochrony zdrowia są zwolnieni z obowiązku podejmowania CPR w sytuacjach gdy taka interwencja będzie nieskuteczna [2, 22, 23]. W podejmowaniu decyzji muszą oni wziąć pod uwagę skuteczność terapeutyczną CPR, związane z nią ryzyko i obciążenia. Lekarze powinni także uwzględniać preferencje pacjenta i przywiązywać do nich wagę [24]. Jednak zasada autonomii musi być rozważana w kontekście innych zasad etycznych — zasady dobroczynności, nieszkodzenia oraz sprawiedliwości, i nie może mieć przyznanego najważniejszego statusu.

Argumenty za DNR w opiece paliatywnej

Można zasadnie stwierdzić, że u większości pacjentów opieki paliatywnej CPR stanowi interwencję, która nie jest wskazana. Dlatego decyzję DNR należy podejmować, aby uchronić chorych przed szkodliwymi skutkami spowodowanymi przez niewłaściwe lub niepożądane próby CPR. Te szkodliwe skutki mogą być związane z osobą lekarza: jego dyskomfortem związanym ze zbliżającą się śmiercią pacjenta, zaprzeczeniem nieuchronności śmierci lub niezrozumieniem obowiązku zrobienia wszystkiego, co jest w danym momencie osiągalne. Mogą one również wiązać się z osobą chorego. Pacjent może żądać od personelu medycznego uczynienia wszystkiego, co jest możliwe, zaprzeczając swojemu terminalnemu stanowi lub mieć nadmierne oczekiwania w stosunku do możliwości medycyny [16].

W tym kontekście należy podkreślić, że inicjowanie CPR u pacjenta, co do którego istnieje przekonanie o bezcelowości tej interwencji, ma szereg poważnych konsekwencji zarówno dla pacjentów, jak i specjalistów ochrony zdrowia. Pacjent może otrzymać nieodpowiednią interwencję prowadzącą do powikłań, takich jak uszkodzenia mózgu z powodu niedotlenienia czy pogłębienie fizycznej niepełnosprawności. To może uczynić śmierć pacjenta uciążliwą i niegodną. Natomiast u pracowników ochrony zdrowia, którzy uczestniczą w — ich zdaniem — niewłaściwych zabiegach CPR, może wystąpić szereg negatywnych emocji, jak na przykład złość, niepokój i bezsilność [18]. Zgodnie z wytycznymi opracowanymi przez brytyjską Radę Lekarską (*General Medical Council*), „jeśli zatrzymanie akcji serca lub zatrzymanie oddychania jest spodziewaną częścią procesu umierania i CPR nie będzie skuteczne, wcześniejsze podjęcie i udokumentowanie decyzji o niepodejmowaniu reanimacji będzie przyczyniać się do zapewnienia pacjentowi godnego i spokojnego

umierania. Może również pomóc w zapewnieniu pacjentowi, by ostatnie godziny lub dni swego życia spędził w wybranym przez siebie miejscu świadczenia opieki, na przykład unikając przewiezienia do szpitala” [2].

Podejmowanie decyzji odnośnie DNR

Proces decyzyjny

Po omówieniu podstawowych zagadnień związanych z naturą polecenia DNR należy zająć się kwestią procesu podejmowania decyzji w tym zakresie. Kwestie mające fundamentalne znaczenie to: kto podejmuje decyzję o rezygnacji z CPR? Czy i w jakim stopniu pacjent i jego rodzina powinni być zaangażowani w ten proces? Okazuje się, że lekarze, pacjenci i ich rodziny różnią się istotnie co do gotowości do podejmowania i omawiania kwestii związanych z decyzją DNR.

Poglądy pacjentów i ich rodzin odnośnie resuscytacji

Wyniki badań wskazują, że pacjenci woleliby, aby omawiać z nimi decyzje dotyczące resuscytacji [25]. Badania przeprowadzone na oddziale onkologii analizujące opinie pacjentów (w większości z zaawansowaną chorobą nowotworową), ich krewnych i lekarzy na temat CPR [26], wykazały, że większość pacjentów (58%) chciałaby, by w razie konieczności podjąć względem nich czynności reanimacyjne. Pacjenci wyrażali również chęć wzięcia udziału w dyskusji dotyczącej procedury. Ich krewni mieli podobne preferencje. Co ciekawe, wykazano wyraźne różnice między poglądami lekarzy i pacjentów. Inne badania — *A Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment* — wykazały, że 33–50% pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową nie chciało reanimacji, ale preferowało decyzję DNAR na 3–6 miesięcy przed śmiercią [27].

Poglądy lekarzy na temat omawiania decyzji DNR z pacjentami i rodzinami

Wspomniane powyżej badania prowadzone na oddziale onkologii pokazują, że w opinii lekarzy u większości pacjentów nie powinno się podejmować CPR z powodu czynników klinicznych. Ponadto, ich zdaniem, nie ma potrzeby omawiania poleceń DNR z większością pacjentów. Te wyniki zostały potwierdzone w innych badaniach [11] które, wykazały, że pracownicy ochrony zdrowia niechętnie omawiają kwestie związane z CPR z pacjentami, mimo że chorzy uważają taką rozmowę za pożyteczną [26, 28].

Inne badania, w ramach których badano lekarzy specjalistów medycyny paliatywnej z 3 różnych regionów (Kanada, Europa i Afryka Południowa), pokazują, że zdecydowana większość uczestników zgadza się co do istotności podejmowania decyzji DNR i zasadności ich omawiania ze wszystkimi pacjentami opieki paliatywnej. Zastanawiające jest, że pomimo iż lekarze z Europy są przekonani co do konieczności podejmowania decyzji DNR, to jednocześnie wielu pacjentów będących pod ich opieką umiera bez takich poleceń [29]. Lekarze mogą być niechętni omawianiu statusu dotyczącego resuscytacji z pacjentami z obawy przed niekorzystnym wpływem takiej rozmowy na ich relacje z pacjentem poprzez sprawianie wrażenia, że pozbawiają chorych opieki zamiast ją zapewniać [30].

Opinie wśród pracowników ochrony zdrowia dotyczące omawiania z pacjentami zagadnień związanych z resuscytacją nie są jednomyślne. Zwolennicy rozmowy z chorymi terminalnie na temat statusu resuscytacji twierdzą, że rozmowa na temat CPR jest równie ważna, jak rozmowa o każdym innym sposobie leczenia. Niektórzy twierdzą, że niewłaściwa komunikacja i brak odpowiedniej informacji może prowadzić do niskiej satysfakcji pacjenta, trudności w leczeniu objawowym i uległości [31].

Inni argumentują, że oferując terminalnie choremu pacjentowi opcję CPR, w rzeczywistości daje się mu bardzo nierealistyczny wybór [32, 33] i że rozmowa na temat resuscytacji może być przyczyną niepotrzebnego cierpienia, którego można łatwo uniknąć [6, 32]. Należy jednak podkreślić, że „rozmowa z pacjentem” nie powinna być rozumiana jako „prośenie pacjenta” o decyzję [34]. Rozmowę tę należy raczej postrzegać jako omówienie kwestii decyzji dotyczących CPR/DNR z pacjentem, poznanie jego opinii i stopnia zrozumienia sytuacji. Lekarze są zachęceni do brania pod uwagę życzeń i preferencji pacjentów, jednak nie są zobowiązani do ich spełniania. Jednocześnie nie mają obowiązku rozmowy o reanimacji lub poleceniu DNR z każdym pacjentem.

Czynniki do rozważenia przez lekarzy

Podejmując decyzje dotyczące resuscytacji, personel medyczny powinien rozważyć korzyści, obciążenia i ryzyko związane z leczeniem, z uwzględnieniem konkretnej sytuacji danego pacjenta. Właśnie dlatego zasadne jest twierdzenie, że nie może być ogólnego zakazu CPR w opiece paliatywnej. Jeśli w przypadku danego pacjenta podejmowanie resuscytacji byłoby daremne i nie należy jej podejmować, lekarz powinien dokładnie rozważyć, czy informowanie pacjenta o podjęciu decyzji DNR jest

wskazane lub stosowne. Co ważne, lekarz nie powinien czynić żadnych założeń dotyczących preferencji pacjenta w tym względzie, mając na uwadze, że niektórzy pacjenci chcą być poinformowani, podczas gdy inni mogą uznać rozmowę na ten temat za niezwykle uciążliwą. Jeżeli rozmowa ma miejsce, problem powinien być omawiany w delikatny sposób [2].

Polski Kodeks Etyki Lekarskiej stwierdza w sposób prosty i nieco bezduszny, że lekarz nie ma obowiązku podejmowania CPR i tak zwanej terapii uprzejmy u osób chorych terminalnie. Ponadto przewiduje, że decyzja o rezygnacji z resuscytacji jest podejmowana przez lekarza i wynika z rozważenia czynników klinicznych [23].

Obawy lekarzy przed sporami sądowymi

Pracownicy ochrony zdrowia mogą obawiać się postępowania sądowego,

co może wpływać na ich decyzje i zwykle skutkuje niepodejmowaniem decyzji DNR [18]. Skutecznym rozwiązaniem mogą być opracowane w formie pisemnej wytyczne dotyczące decyzji DNR w jednostkach opieki paliatywnej, połączone z dokładnym ich dokumentowaniem oraz dobrą komunikacją w ramach zespołu medycznego. Dobro wielu terminalnie chorych pacjentów wymaga od lekarzy podejmowania decyzji DNR, ponieważ bardzo często jest to rodzaj zabezpieczenia przed zakłóceniami w spokojnym i komfortowym procesie umierania.

Wnioski

Dla większości pacjentów opieki paliatywnej podejmowanie CPR nie będzie właściwe. Jednak ze względu na fakt, że rola opieki paliatywnej została ponownie zdefiniowana i rozszerzona, nie można przyjąć zasady generalnego odrzucenia CPR. W rzeczywistości część pacjentów opieki paliatywnej (szczególnie tych we wcześniejszych etapach chorób, zarówno złośliwych, jak i nienowotworowych) może odnieść korzyści z resuscytacji. W przypadku pacjentów, którzy umierają, i u których podejmowanie CPR nie byłoby wskazane, decyzja DNR wydaje się być optymalnym rozwiązaniem. Chroni ona przed umieraniem w sposób niegodny i traumatyczny. Pozwala na uniknięcie zakłóceń w naturalnym procesie umierania, które z pewnością by się pojawiły, gdyby wszczęto niechcianą i nieodpowiednią interwencję CPR. Lekarze nie powinni powstrzymywać się od podejmowania decyzji DNR, gdyż może to mieć poważne konsekwencje dla pacjenta. Chociaż branie pod uwagę życzeń i preferencji pacjenta oraz omawianie z nim kwestii związanych

z resuscytacją jest zalecane, to jednak decyzja o ewentualnej rezygnacji z CPR należy wyłącznie do lekarza. To jego obowiązkiem jest rozważenie, czy polecenie DNR jest właściwe i wskazane. Ma on także obowiązek rozważyć zasadność rozmowy na ten temat z pacjentem i/lub jego bliskimi.

Piśmiennictwo

1. Kouwenhoven W.B., Jude J.R., Knickenbocker C.G., Baltimore M.S.E. Closed-chest cardiac massage. *JAMA* 1960; 173: 94–97.
2. General Medical Council. Treatment and care towards the end of life: good practice in decision making Guidance for doctors. 2010.
3. Peatfield R.C., Sillett R.W., Taylor D., Mcnicol M.W. Survival after cardiac arrest in hospital. *Lancet* 1977; 1: 1223–1225.
4. Doyal L., Wilsher D. Withholding CPR: proposals for formal guidelines. *Br. Med. J.* 1993; 306: 1593–1596.
5. A statement from the British Medical Association and the Royal College of Nursing in Association with the Resuscitation Council. Decisions relating to CPR. 1993.
6. Fritz Z., Fuld J. Ethical issues surrounding do not attempt resuscitation orders: decisions, discussions and deleterious effects. *J. Med. Ethics* 2010; 36: 593–597.
7. Communications surrounding a decision not to resuscitate a patient W258/89–90. In: Report of the health service commissioner 1990/1991. London: HMSO, 1991: 12.
8. Marik P.E., Zaloga G.P. CPR in terminally ill patients? *Resuscitation* 2001; 49: 99.
9. Smith G.B., Poplett N., Williams D. Staff awareness of a 'do not attempt resuscitation' policy in a district general hospital. *Resuscitation* 2005; 65: 159–163.
10. Decisions relating to cardiopulmonary resuscitation. A joint statement from the British Medical Association, the Resuscitation Council and the Royal College of Nursing. 2007.
11. Thorns A.R., Ellershaw J.E. A survey of nursing and medical staff views on the use of cardiopulmonary resuscitation in the hospice. *Palliat. Med.* 1999; 13: 225–232.
12. Mead G.E., Turnbull C.J. Cardiopulmonary resuscitation in the elderly: patients and relatives views. *J. Med. Ethics* 1995; 21: 39–44.
13. Diem S.J., Lantos J.D., Tulsy J.A. Cardiopulmonary resuscitation on television. Miracles and misinformation. *N. Engl. J. Med.* 1996; 334: 1578–1582.
14. Meyer C. New Designation for Allowing a Natural Death („A.N.D.“) would Eliminate Confusion and Suffering When Patients are Resuscitated Against their Wishes <<http://www.hospicepatients.org/and.html>> accessed 28.08.2011.
15. Venneman S.S., Narnor-Harris P., Perish M., Hamilton M. „Allow natural death“ versus „do not resuscitate“: three words that can change a life. *J. Med. Ethics* 2008; 34: 2–6.
16. Baumrucker S.J. AND versus DNR. *Am. J. Hosp. Palliat. Care* 2001; 18: 370–371.
17. World Health Organization. National Cancer Control Programs: Policies and Managerial Guidelines. Geneva 2002: 83–84.
18. Willard C. Cardiopulmonary resuscitation for palliative care patients: a discussion of ethical issues. *Palliat. Med.* 2000; 14: 308–312.
19. Ewer M.S., Kish S.K., Martin C.G., Price K.J., Feeley T.W. Characteristics of cardiac arrest in cancer patients as a predictor of survival after CPR. *Cancer* 2001; 92: 1905–1912.
20. Noble S., Newydd Y.B., Hargreaves P., Dingwall A. Successful cardiopulmonary resuscitation in a hospice. *Palliat. Med.* 2001; 15: 440–441.

21. Regnard C., Randall F. Should hospices be exempt from following national CPR guidelines?: No. Br. Med. J. 2009; 338: 1176–1177.
22. Lippert F.K., Raffayb V., Georgiouc M., Steend P.A., Bosaerte L. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 10. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. Resuscitation 2010; 81: 1445–1451.
23. Kodeks Etyki Lekarskiej < http://www.nil.org.pl/xml/nil/wladze/str_zl/zjazd7/kel> accessed 02.09.2011.
24. Horsted T.I., Rasmussen L.S., Lippert F.K., Nielsen S.L. Outcome of out-of-hospital cardiac arrest — why do physicians withhold resuscitation attempts? Resuscitation 2004; 63: 287–293.
25. Gorton A.J., Jayanthi N.V., Lepping P., Scriven M.W. Patients' attitudes towards 'do not attempt resuscitation' status. J. Med. Ethics 2008; 34: 624–626.
26. Ackroyd R., Russon L., Newell R. Views of oncology patients, their relatives and oncologists on cardiopulmonary resuscitation (CPR): questionnaire-based study. Palliat Med 2007; 21: 139–144.
27. Haidet P., Hamel M.B., Davis R.B i wsp. Outcomes, preferences for resuscitation, and physician-patient communication among patients with metastatic colorectal cancer. Am. J. Med. 1998; 105: 222–229.
28. Sulmasy D.P., Geller G., Faden R., Levine D.M. The quality of mercy: Caring for patients with DNR orders. JAMA 1992; 26: 682–686.
29. Bruera E., Neumann C.M., Mazzocato C., Stiefel F., Sala R. Attitudes and beliefs of palliative care physicians regarding communication with terminally ill cancer patients. Palliat. Med. 2000; 14: 287–298.
30. O'Shea E.M., Penson R.T., Stern T.A., Younger J., Chabner B.A., Lynch T.J. A staff dialogue on do not resuscitate orders: psychosocial issues faced by patients, their families, and caregivers. Oncologist 1999; 4: 256–262.
31. Higginson I.J. Doctors should not discuss resuscitation with terminally ill patients: Against. Brit. Med. J. 2003; 327: 614–615.
32. Manisty C., Waxman J. Doctors should not discuss resuscitation with terminally ill patients: For. Br. Med. J. 2003; 327: 614–615.
33. Baas M. Should patients at the end of life be given the option of receiving CPR? Nurs Times 2009; 105: 26–29.
34. Baas M. Palliative Care Resuscitation. John Wiley and Sons, Chichester 2006: 74.