TANULMÁNY

DR. KŐMÜVES SÁNDOR

POLST - Egy új paradigma az életfenntartó kezelésekkel kapcsolatos betegpreferenciák kifejezésére[1]

Összefoglalás ♦ *Magyarországon is egyre ismertebbé válik az előzetes rendelkezés intézménye. A valóban hatékony használatához szükséges tisztában lenni mindazokkal a tapasztalatokkal is, melyeket az előzetes rendelkezés intézményének szülőhazája, az Amerikai Egyesült Államok szerzett az eddigi működésével kapcsolatban. A tanulmány első lépésben bevezeti a POLST (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment [Életfenntartó kezelésekre vonatkozó orvosi utasítások]) paradigmát, amit az előzetes rendelkezéssel kapcsolatos kritikák hívtak életre. Ezt követően ismerteti magát a paradigmaváltást, amely a POLST-hoz vezetett, illetve a POLST megoldási javaslatait az előzetes rendelkezéssel kapcsolatban megfogalmazott kritikai észrevételekre. Harmadik lépésben ismerteti magát a POLST dokumentumot, majd rövid áttekintést ad az előzetes rendelkezés és a POLST kapcsolatától. Végezetül pedig szemügyre vesz néhány, a POLST-tal kapcsolatban szerezett eddigi tapasztalatot, megnevezve azokat a nehézségeket is, melyek alááshatják a POLST hatékonyságát és célját.*

Kulcsszavak: előzetes rendelkezés, POLST, életfenntartó kezelés

POLST - A New Paradigm for Expressing Patient Preferences Regarding Life-Sustaining Treatments

Summary ♦ *Hungary is also seeing the advance directive becoming increasingly well known. For it to be used truly effectively, it is necessary to be familiar with all the experiences that the birthplace of the advance directive — the United States — has accumulated in the course of its operation to date. As a first step, the study introduces the POLST (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment) paradigm, which emerged in response to the criticisms directed at*

[1] A jelen tanulmány a Debreceni Egyetemi Kiadó gondozásában várhatóan 2026 első felében megjelenő *Bevezetés az életvégi döntésekbe. Életvégi döntések az egészségügyi ellátás keretében* című monográfiám POLST. Egy új paradigma születése. című fejezetének rövidített, kissé átdolgozott változata.

advance directives. This is followed by an outline of the paradigm shift that led to the development of POLST, together with an analysis of the solutions proposed by the POLST framework to address the critical concerns raised about advance directives. In the third step, it introduces the POLST document itself, and then provides a brief overview of the relationship between advance directives and POLST. Finally, the study reviews the practical experiences gained so far with POLST, identifying those factors that may potentially undermine its effectiveness and intended purpose.

Key terms: advance directive, POLST, life-sustaining treatment

Bevezetés

Az előzetes rendelkezésekkel kapcsolatban szerzett több évtizedes tapasztalatok az Egyesült Államokban egy új intézmény kialakulását, a kifejezetten az életfenntartó kezelésekre vonatkozó, a beteg kezelési preferenciáját kifejező konkrét orvosi utasítások intézményének („*Physician Orders for Life-Sustaining Treatment", POLST*) a megszületését eredményezték. (Sabatino 2010.; Bomba-Kemp-Black 2012.) A modell abból a felismerésből indult ki, hogy egyes oregoni egészségügyi szakemberek úgy vélték, az előzetes rendelkezések gyakran nem segítenek abban, hogy a betegek ellátással kapcsolatos kívánságai egy akut ellátási helyzet során valóban érvényesülhessenek. A POLST tehát megalkotóinak szándéka szerint orvosolni hivatott az előzetes rendelkezésekkel tapasztalt nehézségeket. A koncepció, miként az elkészített első dokumentum is, Oregon államból ered. Mára már azonban több amerikai tagállam is meghonosította ezt az intézményt, számos tagállamban pedig folyamatban van az intézmény meghonosítása.

A POLST meghatározása

A POLST olyan program/paradigma/folyamat/eszköz, melynek célja a beteg életvégi ellátásra – az életmentő és életfenntartó kezelésekre - vonatkozó értékeinek, céljainak kötelezően alkalmazandó, standardizált és minden ellátási helyszínen hozzáférhető orvosi utasításokra történő átfordítása. (Sabatino-Karp 2011: v („program),vii („paradigm"); Bomba-Kemp-Black 2012: 457. („process"), Jesus et al. 2014: 140. („tool")) A POLST *programként* az egészségügyi rendszerbe ágyazott szervezeti keretet jelenti: jogi és adminisztratív hátteret, oktatási és szakmai protokollokat, adatgyűjtést és kutatást, valamint az állami vagy intézményi szintű megvalósítás koordinációját. *Paradigmának* tekinthető, mert új szemléletmódot képvisel az

életvégi döntéshozatalban. *Folyamatként* arra a strukturált beszélgetéssorozatra utal, amely során a beteg és az egészségügyi szakember feltárja a beteg értékeit, céljait, preferenciáit, majd ezeket átalakítják konkrét orvosi utasításokká. Ez a kommunikációs és dokumentációs folyamat többet jelent egy nyomtatvány kitöltésénél: a közös döntéshozatal megvalósulása. A folyamat végeredménye maga a *POLST dokumentum*. A POLST mint *eszköz* tehát a folyamat kézzelfogható végeredményére utal: egy standardizált, orvos vagy más erre feljogosított egészségügyi szakember által aláírt dokumentum, amely az életmentő és életfenntartó kezelésekről szóló preferenciákat rögzíti, és amely minden ellátási helyszínen kötelezően figyelembe veendő. A standardizálás a POLST esetében azt jelenti, hogy a beteg életvégi preferenciáit rögzítő egészségügyi utasítás egységes formában, jól érthető, klinikailag egyértelmű nyelvezettel és minden ellátási helyszínen elfogadott szerkezetben kerül dokumentálásra. Ez az egységesség lehetővé teszi, hogy a dokumentum bárhol, bármely egészségügyi szakember által azonnal értelmezhető és végrehajtható legyen.

Az Egyesült Államokban a POLST dokumentumok kezelése és továbbítása államonként eltérő szabályozás alá esik. Általános gyakorlat, hogy amikor egy beteget az egyik egészségügyi intézményből átszállítják egy másikba, az eredeti POLST-űrlapnak a beteggel együtt kell utaznia. Központi, elektronikus POLST-nyilvántartás nem létezik minden államban. Egyes államok, mint például Oregon és Kalifornia, már kiépítettek ilyen rendszereket, ezek lehetővé teszik az egészségügyi szolgáltatók számára, hogy sürgős ellátást igénylő helyzetekben gyorsan hozzáférjenek a beteg POLST-adataihoz. Más államokban vagy még nem alakítottak ki ilyen központi adatbázist, vagy csak korlátozottan működik.

Paradigmaváltás: a kommunikáció központi szerepe

Az előzetes rendelkezés korai, úgynevezett *jogügyleti paradigmája („legal transactional approach")* egy olyan szemléletet tükröz, melynek elsődleges célja egy jogilag érvényes dokumentum létrehozása volt. Ez a paradigma azokra a formális, joghatással bíró lépésekre összpontosított, melyek révén a döntéshozó képesség elvesztése előtt az egyén hivatalosan kinyilváníthatta az egészségügyi ellátással kapcsolatos kívánságait. A hangsúly tehát olyan jogi eszköznek a megalkotásán volt, amely iránymutatásként szolgálhat a későbbi orvosi döntésekhez. Idővel azonban egyértelművé vált, hogy nem elegendő csupán arra az egyetlen alkalomra vagy eseményre összpontosítani, amikor a nyomtatványok kitöltésre kerülnek. Az életvégi ellátás tervezését átfogó folyamatként kell kezelni, amely folyamatos párbeszédet és újragondolást igényel.

A *kommunikációt középpontba állító megközelítés („communications approach”)* éppen ezt a szemléletváltást képviseli – ebben rejlik a valódi paradigmaváltás lényege. Tágabb értelemben ez a váltás az előzetes kezeléstervezés koncepciójának és folyamatának a fokozatos előtérbe kerülését jelenti: a hangsúly immár nem a jogi dokumentumok elkészítésén van, hanem azoknak a beszélgetéseknek a megfelelő módon történő lefolytatásán, amelyek egyik lehetséges eredménye lehet például az előzetes rendelkezés vagy a POLST dokumentum. A POLST dokumentumot tehát egy olyan folyamat eredményének kell tekinteni, melyben esszenciális alkotóelem a *közös döntéshozás folyamata* (*„shared decision-making process”*) (National POLST 2021.), ez a paradigma „szíve”. A közös döntéshozás során az egészségügyi szakember(ek) és a beteg egy vagy több beszélgetést folytatnak, szükség esetén más érintettek (rokonok, helyettes döntéshozó stb.) bevonásával.

A *paradigmaváltást* tehát úgy lehet értelmezni, mint *a hangsúly áthelyeződését* a formális jogi aktusról (az előzetes nyilatkozat elkészítéséről) a kommunikációra mint élő, folyamatos, kapcsolati folyamatra. A korábbi, jogügyleti megközelítés egy statikus, dokumentumközpontú logikára épült: ha egy előre meghatározott formanyomtatvány kitöltésre kerül, akkor azzal „le van tudva” az életvégi döntéshozatal előkészítése. A kommunikációs paradigma ezzel szemben abból indul ki, hogy az életvégi döntések nem egyszeri nyilatkozatban születnek meg, hanem folyamatos párbeszéd során alakulnak ki, az élethelyzetek, a betegséglefolyás, a kapcsolatok és az értékek változásával együtt. A cél már nem pusztán egy dokumentum létrehozása, hanem az, hogy a beteg kívánságai megérthetőek, kimondhatóak, és a megfelelő időben értelmezhetőek legyenek az ellátók és hozzátartozók számára is.

Ez a paradigmaváltás magyarázza annak a változásnak a természetét, ami egyes amerikai tagállamokban az elmúlt évtizedek során az előzetes kezeléstervezést segítő anyagok jellegében is megfigyelhető. Az 1990-es évek előtt az anyagok jelentős része inkább a gyakorlati eligazítást nyújtó segédanyag volt (instrukciók, kapcsolódó tényanyagok stb.). Az 1990-es évek végétől kezdődően azonban a hangsúly áthelyeződött magának a(z előzetes kezelés)tervezésnek a folyamatára, a megfelelő *kezeléstervezés segítésére*: az értékek és célok számba vételére, a releváns kérdések családdal, barátokkal, helyettes döntéshozóval, egészségügyi szolgáltatók szakembereivel történő átbeszélésére stb. Az írott formába öntött rendelkezés továbbra is lehetséges kimenet, de a dokumentum elkészítésénél nagyobb hangsúlyt kap maga a *folyamat*, mely során feltárásra, átbeszélésre, majd pedig rögzítésre kerülhetnek a beteg kezelési lehetőségekkel kapcsolatos preferenciái.

A POLS paradigma javaslatai az előzetes rendelkezéssel tapasztalt nehézségek orvoslására

Az alábbi táblázatban összefoglalva szerepelnek az amerikai előzetes rendelkezésekkel kapcsolatban megfogalmazott főbb kritikai észrevételek, mellettük pedig azok a megoldási javaslatok, melyekre a POLST paradigma épül:

1. *táblázat: Az előzetes rendelkezések legfőbb nehézségei és a POLST paradigma által kínált megoldások*

	Az előzetes rendelkezéssel kapcsolatban megfogalmazott kritikai észrevételek	A POLST paradigma megoldási javaslata
1.	Túlságosan kevés azoknak a személyeknek a száma, akik élnek ezzel a jogi eszközzel, kevés személynek van előzetes rendelkezése. Az intézmény elterjesztésébe befektetett erőfeszítés nincs arányban a mindezidáig realizált haszonnal, az előzetes rendelkezést birtokló személyek számával.	Az egészségügyi szakember kezdeményezze az előzetes kezeléstervezés folyamatának a megindítását.
2.	Azok közül, akik élni kívánnának ezzel a jogi eszközzel, egyesek nem értik magát a nyomtatványt, amit ki kellene tölteniük, illetve nem látják át azokat a jövőbeni helyzeteket, melyekben esetleg majd döntést kell hozniuk. Az előzetes rendelkezés nyomtatványai önmagukban nem nyújtanak elégséges segítséget a megfelelő kitöltéshez.	A dokumentumot egészségügyi szakember töltse ki.
3.	Az előzetes rendelkezés intézménye tévesen azzal az előfeltevéssel él, hogy a beteg preferenciái időben és a lehetséges klinikai	A dokumentumban szereplő információ érvényességét időszakosan felül kell vizsgálni.

	szituációktól függetlenül stabilak. A betegek céljai és a kezeléssel kapcsolatos preferenciái idővel – olykor számottevően – megváltozhatnak.	
4.	Ha az előzetes rendelkezés helyettes döntéshozót nevez meg, nem garantált, hogy az illető tisztában van a meghatalmazó valódi szándékaival. Előfordulhat, hogy olyan döntést hoz, amely nincs összhangban a beteg akaratával.	Támogatni kell, hogy a helyettes döntéshozó részt vegyen az előzetes kezeléstervezés folyamatában, valamint, hogy jelen legyen a dokumentum kitöltése során.
5.	Még ha sor is kerül az előzetes rendelkezés kitöltésére, az egészségügyi szolgáltatónak gyakran nincs tudomása a dokumentum létezéséről. Sürgős beavatkozást igénylő helyzetekben a rendelkezés gyakran nem áll az orvosok rendelkezésére.	Azonnal lekérdezhető regiszter létrehozása szükséges.
6.	Még ha az egészségügyi szolgáltató tud is az előzetes rendelkezésről, annak tartalma sok esetben nem befolyásolja érdemben a beteg ellátását.	A dokumentumnak kötelezően végrehajtandó orvosi utasításokat kell tartalmaznia.

A POLST paradigma a megoldási javaslatok összegzéseként értelmezhető, melynek gyakorlati megnyilvánulása a *POLST dokumentum*.

A POLS dokumentum

A POLST célcsoportját krónikus, progrediáló vagy súlyos betegséggel élő személyek, nagyon idős, illetve már erősen legyengült, törékeny állapotú betegek alkotják – vagyis azok, *akiknél nagy valószínűséggel alakulhat ki sürgős orvosi beavatkozást igénylő állapot*.[2] A POLST tehát *nem az egészséges emberek számára* készült.

[2] A sürgős orvosi beavatkozást igénylő állapotok itt azokat az életveszélyes, akut állapotokat jelentik, melyek azonnali orvosi döntést és beavatkozást igényelnek - a POLST pedig azt biztosítja, hogy ezekben a helyzetekben a beteg korábban megfogalmazott kívánságai érvényesülhessenek.

A POLST-dokumentum rendelkezései az *aktuális egészségi állapot kontextusában* születnek, nem pedig egy későbbi, előre nem ismert állapotra vonatkozóan. Ez a jelenlegi állapotra történő fókuszálás szűkíti az előzetes kezeléstervezés során áttekintendő lehetséges jövőbeli helyzetek spektrumát.

A POLST használatának *nem feltétele a terminális állapot*. Ezért például olyan idős, de legyengült állapotú személyek is élhetnek vele, akiknél – például szívmegállás esetén – alacsony a sikeres újraélesztés esélye, és ezért nem kérnék annak elvégzését.

Minthogy az Egyesült Államokban a visszautasítható ellátások körének terjedelme rendkívül széles és mivel a sürgős orvosi beavatkozást igénylő helyzetekben kezelési cél lehet a beteg életének minden lehetséges eszközzel történő megmentése, a POLST paradigma a törvény által biztosított keretfeltételek között igyekszik biztosítani a beteg autonómiájának/önrendelkezésének az érvényesülését. (Breyre 2022.; Vranas 2021.)

A legtöbb államban alkalmazott POLST-dokumentum első része az újraélesztésre (CPR) vonatkozó orvosi utasítást tartalmazza, amit egy olyan rész követ, amely a kezelési cél függvényében rendelkezik a szükséges beavatkozásokról: azt rögzíti, hogy a beteg minden elérhető, életet meghosszabbító kezelést igényel-e, vagy csupán bizonyos kezelési kategóriákat. Ez utóbbi esetben lehetőség van kizárólag a komfort maximalizálását szolgáló ellátások igénylésére. Az egyes tagállamok POLST-dokumentumai nem teljesen egységesek: eltérhetnek abban, hogy pontosan mely életfenntartó kezeléseket sorolják fel, és milyen részletességgel tüntetik fel az ezekre vonatkozó információkat. (Tark et al. 2019.; Hickman-Critser 2018.)

Az előzetes rendelkezés és a POLST kapcsolata

Az POLST dokumentumot, szellemiségét megfelelően érvényesítve, nem úgy kell tekinteni, mint ami le kívánná váltani az előzetes rendelkezéseket.[3] Markáns különbségek regisztrálhatunk a két intézmény között, a POLST paradigma szellemiségében az előzetes rendelkezés, ha egy személy POLST dokumentummal is rendelkezik, orientációs, illetve a beteg értékeit feltáró, tisztázó szerepkörrel rendelkezik. Egy szemléletes metaforával élve: az előzetes rendelkezés olyan, mint egy iránytű, amely az egyén értékeit és preferenciáit jelzi, bár nem feltétlenül mutat pontos végpontokat, míg a POLST olyan, mint egy részletes térkép, amely a jelenlegi helyzetben követendő konkrét utat határoz meg. A két paradigma között lévő főbb különbségeket táblázatos formában is ábrázolhatjuk:

[3] Van olyan amerikai tagállam, melyben a POLST az előzetes rendelkezés egyik formájaként értelmeződik, az ilyen konceptuális kérdés tárgyalása azonban nem tárgya a jelen munkának.

2. táblázat: Az előzetes rendelkezés és a POLST összehasonlítása

	Előzetes rendelkezés	POLST paradigma
Célpopuláció	Felnőttek (egészségi állapottól függetlenül)	Előrehaladott, progrediáló krónikus betegségben szenvedők, nagyon idősek, törékeny egészségi állapotúak
Az ellátás időpontja	Jövőbeni, ismeretlen helyzetek	Jelenlegi, előre valószínűsíthető orvosi helyzetek
Eredmény	Előzetes rendelkezés	Orvosi utasítások (POLST)
Kitöltő személy	Az előzetesen rendelkező személy	Egészségügyi szakember[4] a beteggel vagy a meghatalmazottal egyeztetve
A kitöltés helyszíne	Bárhol	Egészségügyi ellátás keretében
A hordozhatóság biztosítása	Elsődlegesen a beteg vagy a család felelőssége	Az ellátórendszer egyik alapvető feladata, amelyet a beteg és a család aktív részvétele egészít ki
Időszakos felülvizsgálat	A beteg kezdeményezésére	Az egészségügyi szolgáltató, a beteg vagy a meghatalmazott is kezdeményezheti

A táblázatból az még nem válik világossá, hogy a két intézmény nem szükségszerűen független egymástól. A POLST paradigma szerinti valóban hatékony betegellátás akkor érvényesülhet, ha az előzetes rendelkezés és a POLST nyomtatvány egyaránt az előzetes kezeléstervezés eredményeként jön létre. Ideális esetben – amennyiben a körülmények lehetővé teszik – először az előzetes rendelkezés születik meg, majd szükség esetén később a POLST nyomtatvány. Az események időbeli sorrendjében kiemelt szerepet kap a beteg és az ellátó közötti folyamatos, eredményes párbeszéd, valamint a dokumentum(ok) időszakos, illetve szükség esetén történő felülvizsgálata.

[4] Nem feltétlenül csak orvos töltheti ki és írhatja alá a POLST-ot, ez államonként szabályozott.

A POLST-tal szerzett eddigi tapasztalatok

A POLST-tal kapcsolatban szerzett eddigi tapasztalatok több szempontból is kedvezőek, amit egy 94 vizsgálatot áttekintő integratív áttekintést végző tanulmány is megerősít. (Umberfield et al. 2024: 561.) A 94 azonosított POLST-tanulmány közül 38 (40%) rendelkezett legalább közepes szintű vizsgálati módszertani minőséggel, és 15 (16%) tartalmazott összehasonlítást POLST-ot alkalmazó és POLST-ot nem alkalmazó betegcsoportok között. Az előzetes kezeléstervezés (ACP) kimeneteit[5] tekintve a 70 vizsgált kimenetből 40 esetben (57%) találtak szignifikáns különbséget a POLST-ot használó és nem használó betegek között. A legnagyobb arányban az ellátás minőségére vonatkozó kimenetek álltak szignifikáns kapcsolatban (79%) a POLST-használattal, különösen az ellátás és a dokumentáció közötti összhang (78%), illetve a dokumentált preferenciák és a valós preferenciák egyezése (100%). Az ún. cselekvésalapú kimenetek[6] is kedvezőek voltak: ezek 75%-a mutatott szignifikáns kapcsolatot a POLST használatával. Ugyanakkor kritikák is megfogalmazódtak az intézménnyel szemben (ld. alább). A lehetséges fejlesztést szem előtt tartva ezekre mindenképpen komoly figyelmet kell fordítani. (Umberfield et al. 2024: 561.; Tark et al. 2021.; Kendra-Rubin-Halpern 2016.)

Charles Sabatino az Amerikai Ügyvédi Kamara (American Bar Association, ABA) *Bifocal* folyóiratában megjelent *POLST: A hét főbűn (POLST: The Seven Deadly Sins)* című cikkében hét lehetséges hibát azonosít, melyek alááshatják a POLST hatékonyságát és célját. A „hét főbűn" a következő:

1. Ha a POLST-ot olyan személyeknél alkalmazzák, akik nem szenvednek előrehaladott vagy súlyos betegségben. Ez nemcsak indokolatlan, de félrevezető is lehet, és nem szolgálja a dokumentum eredeti célját. Ha ezt a dokumentumot túl korán, egészségesebb betegeknél használják, akkor tévesen korlátozhatják a jövőbeni kezelést, illetve indokolatlanul formalizálhatnak olyan preferenciákat, amelyek még nem kiforrottak vagy idővel változnának.

2. Ha a POLST kitöltésére a beteggel vagy meghatalmazottjával való részletes megbeszélés nélkül kerül sor. Ekkor a dokumentum tartalma nagy eséllyel nem fogja tükrözni a beteg valódi kívánságait és értékrendjét.

[5] Az előzetes kezeléstervezés kimeneteket a tanulmány az ún. *ACP Outcomes Framework* szerint öt fő kimeneti domén (kategória) alá sorolta, ezek a következők: 1. folyamatjellegű kimenetek, 2. cselekvésalapú kimenetek, 3. az ellátás minősége, 4. az egészségi állapot, 5. az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele.

[6] A tanulmány szerint a cselekvésalapú kimenetek („Action") két alcsoportba sorolhatók: a kommunikáció (az életfenntartó kezelésekről szóló beszélgetés felidézése), és a kezelési preferenciák dokumentálása (pl. DNR, antibiotikum, táplálás) alcsoportba.

3. Ha a POLST-ot arra használják, hogy meghatározzák a beteg preferenciáit, ahelyett, hogy rögzítenék azokat. Ekkor az eljárás ellentétes a dokumentum céljával és sérül a döntéshozatal autonómiája. A POLST nem arra való, hogy önmagában – a párbeszéd helyett – feltárja a beteg preferenciáit. Tehát nem kérdőív vagy eszköz az értékek, célok feltérképezésére, hanem orvosi utasítás, amely már meglévő, átgondolt, kifejezett preferenciákat hivatott rögzíteni és átültetni a klinikai gyakorlatba.

4. Ha döntésképes beteg esetén a POLST-dokumentumot alkalmazzák az élőszóban kifejezett kívánságok helyett. Ekkor figyelmen kívül hagyják a beteg aktuális, jogilag elsőbbséget élvező döntését. Ha a beteg jelen van, és döntésképes, akkor az ő élőszóban kifejezett kívánsága felülírja a POLST-ban szereplő utasítást.

5. Ha a POLST alkalmazása nem előzi meg a beteg értékeinek és céljainak feltérképezését. Ekkor a dokumentumban rögzített rendelkezések valószínűleg nem állnak összhangban az érintett személy életfelfogásával vagy prioritásaival.

6. Ha a POLST kitöltését nem előzi meg a kezelési lehetőségek részletes ismertetése és megbeszélése. Ekkor a beteg tájékoztatáson alapuló beleegyezésének elve sérül, és a döntés alapja nem tekinthető megalapozottnak.

7. Ha a beteggel nem beszélnek a várható kilátásairól, mielőtt sor kerül a POLST kitöltésére, akkor hiányzik az a kontextus, amely elengedhetetlen az értelmes, előrelátó döntéshozatalhoz. (Sabatino 2018: 60-63.)

A POLST-tal kapcsolatos tapasztalatok folyamatosan gyűlnek és folyamatos kiértékelésre kerülnek. Mindazok, akik úgy vélik, hogy lehetséges az életfenntartó kezelésekkel kapcsolatos preferenciákat hatékony módon rögzíteni és az aktuális preferenciákat megfelelő időben kommunkálni az ellátók felé, minden, a POLST-tal kapcsolatos kritikai észrevételt arra használnak, hogy javítsák a paradigma hatékonyságát.

IRODALOM

BOMBA, P.A.-KEMP, M.-BLACK, J.S. (2012): POLST: An Improvement Over Traditional Advance Directives. Cleveland Clinic Journal of Medicine. 79(7):457-464.

BREYRE, A.M. (2022): Paramedic Use of the Physician Order for Life-Sustaining Treatment (POLST) for Medical Intervention and Transportation Decisions. BMC Emergency Medicine. 11;22(1):145.

Hickman, S.E.-Critser, R. (2018): National Standards and State Variation in Physician Orders for Life-Sustaining Treatment Forms. Journal of Palliative Medicine. 21(7):978-986.

Jesus, J.E. et al. (2014): Physician Orders for Life-Sustaining Treatment and Emergency Medicine: Ethical Considerations, Legal Issues, and Emerging Trends. Annals of Emergency Medicine. 64(2):140.

Kendra, A.-Rubin, E.B.-Halpern, S.D. (2016): The Problems With Physician Orders for Life-Sustaining Treatment. JAMA. 315(3):259–260.

National Polst (2021): Defining Shared Medical Decision-Making. Online elérhetősége: https://polst.org/wp-content/uploads/2021/03/2021.03.05-Shared-Decision-Making.pdf

Sabatino, C. (2018): POLST: The Seven Deadly Sins. Bifocal. 39(4):60-63.

Sabatino, C.P.-Karp, N. (2011): Improving Advanced Illness Care: The Evolution of State POLST Programs. Research Report. AARP Public Policy Institute. Online elérhetősége: https://collections.nlm.nih.gov/catalog/nlm:nlmuid-101564996-pdf

Sabatino, C.P. (2010): The Evolution of Health Care Advance Planning Law and Policy. Milbank Quarterly 88(2):211-239.

Tark, A. et al. (2019): Variations in Physician Orders for Life-Sustaining Treatment Program across the Nation: Environmental Scan. Journal of Palliative Medicine. 22(9):1032-1038.

Umberfield, E.E. et al. (2024): An Integrative Review of The State of POLST Science: What Do We Know and Where Do We Go? Journal of the American Medical Directors Association. 25(4):557-564.e8.

Vranas, K.C. (2021): The Influence of POLST on Treatment Intensity at The End of Life: A Systematic Review. Journal of the American Geriatrics Society. 69(12):3661-3674.

Dr. Kőmüves Sándor
egyetemi adjunktus
Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar
Magatartástudományi Intézet;
külső tudományos munkatárs
MTA Lendület Értékek és Tudomány Kutatócsoport, ELTE HTK FI
komuves.sandor@med.unideb.hu