



# Vodič kako se u Zapadnoj Australiji pravi Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti



Čitatelji se upozoravaju da ovaj dokument možda sadrži slike osoba koje su preminule od vremena tiskanja.

© Department of Health, State of Western Australia (2022)

Sve informacije i materijali u ovom dokumentu zaštićeni su autorskim pravom. Autorsko pravo pripada saveznoj državi Zapadna Australija. Osim korištenja dozvoljenog Zakonom o autorskim pravima iz 1968. godine, (Cth), informacije iz ovog dokumenta nije dopušteno publicirati, ili reproducirati u bilo kakvom materijalu bez izričite dozvole Programa skrb na kraju života Ministarstva zdravstva Zapadne Australije.

### **Preporučeni citati**

Ministarstvo zdravstva, Zapadna Australija. *Vodič za pravljenje Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti u Zapadnoj Australiji*. Perth: Program skrb na kraju života, Ministarstvo zdravstva, Zapadna Australija; 2022.

### **Važna izjava o odricanju odgovornosti**

Namjera ovog vodiča je pružiti pregled kako se u Zapadnoj Australiji pravi Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti. On sadrži poveznice za daljnje informacije i resurse. Međutim, na njega se ne bi smjelo oslanjati kao zamjeni za pravni ili drugi stručni savjet. Trebao bi se zatražiti neovisan savjet za specifične slučajeve koji zahtijevaju pravnu ili drugu stručnu intervenciju.

Daljnje informacije o Direktivama za zdravstvenou skrb u budućnosti na raspolaganju su od:

Ministarstva zdravstva

Telefon: 9222 2300

Email: [acp@health.wa.gov.au](mailto:acp@health.wa.gov.au)

Website: [healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning](https://healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning)



### **Prevodilačka služba**

Molimo zatražite tumača ako vam treba pomoć kada s nekom zdravstvenom službom pričate na svom jeziku..

# Sadržaj

Kako koristiti ovaj vodič 2

## Prvi dio: O Direktivama o zdravstvenoj skrbi u budućnosti 3

Što je Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti? 3

Tko će donositi odluke u vezi vašeg liječenja i skrbi kada vi sami izgubite sposobnost donositi i izreći svoje odluke? 4

## Drugi dio: Vodič korak-po-korak 6

Dijelovi Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti 6

Prvi dio: Moji osobni podaci 6

Drugi dio: Moje zdravlje 7

Treći dio: Moje vrijednosti i preferencije 8

Četvrti dio: Moje odluke o liječenju iz Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti 12

Peti dio: Osobe koje su mi pomogle ispuniti Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti 18

Šesti dio: Potpisivanje i svjedočenje 20

## Treći dio: Korisne informacije 22

Često postavljana pitanja 22

Kontrolni popis stvari (checklist) za pravljenje Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti 30

Gdje potražiti daljnje informacije 31

Opći pojmovi 33

Primjer ispunjene Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti 36

# Kako se služiti ovim vodičem

**U ovom su vodiču navedene informacije koje će vam pomoći pripremiti i ispuniti svoju Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti**

**Možda ćete uvidjeti da ispunjavanje Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti uzme dosta vremena. Ne morate je ispuniti odjedanput. Možete je ispunjavati dio po dio.**

## **Prvi dio: O Direktivama o zdravstvenoj skrbi u budućnosti**

O ovom dijelu je opisano što je Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti. Tu je objašnjeno kako će se vaša Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti koristiti i tko će donositi odluke za vas ako izgubite sposobnost donošenja ili izricanja svojih odluka

## **Drugi dio: Vodič 'korak-po-korak'**

O ovom dijelu je vodič 'korak-po-korak' kako se pravi Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti uključujući i primjere kako bi vam se pomoglo

## **Treći dio: Korisne informacije**

U ovom je dijelu naveden popis stvari potrebnih za ispunjavanje i spremanje vaše Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti. Tu su objašnjeni termini koji se koriste u Direktivama o zdravstvenoj skrbi u budućnosti kao i odgovori na [najčešće postavljena pitanja](#). U njemu su i poveznice gdje potražiti daljnje informacije.

## **Primjer ispunjene i neispunjene Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti**

Na kraju ovog vodiča je primjer ispunjene Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti. Primjer neispunjene Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti prikazan je u umetku u vodiču.

Na primjer ispunjenog obrasca možete se referirati tijekom ispunjavanja svoje Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti.

Možete i zatražiti pomoć kod ispunjavanja Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti.

[Treći dio: Korisne informacije](#) sadrži informacije kako i gdje zatražiti pomoć.



## Prvi dio:

# O Direktivama o zdravstvenoj skrbi u budućnosti

U ovom dijelu je opisano što je Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti. Tu se objašnjava zašto je ona korisna i kako će se vaša Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti koristiti, te tko će donositi odluke ako vi sami izgubite sposobnost donošenja ili izricanja vlastitih odluka.

## Što je Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti?

Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti je **zakonski** dokument koji vam omogućava sada donositi odluke o liječenju i skrbi u budućnosti koju želite ili ne želite primiti.

Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti **jedino** će se koristiti ako ozbiljno obolite ili se teško ozlijedite i ne budete sposobni donositi ili izreći svoje želje. Ako do toga dođe, onda Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti postaje vaš glas. Ako trebate izmijeniti svoju Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti, onda trebate opozvati (ili poništiti) svoju sadašnju Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti i napraviti novu.

Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti je jedan od dokumenata na raspolaganju u Zapadnoj Australiji (ZA) koji se može ispuniti kao dio procesa planiranja skrbi unaprijed.

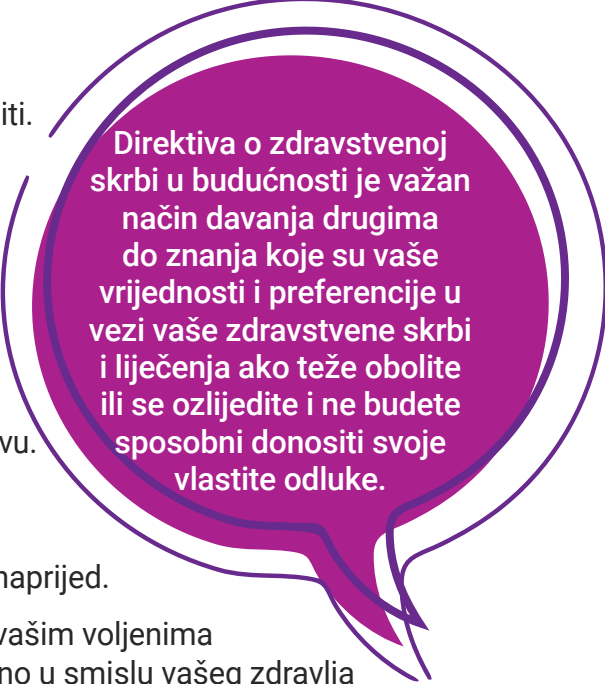
Ako imate Direktivu o zdravstvenoj skrbi, to će pomoći vašim voljenima i zdravstvenim stručnjacima razumjeti što je za vas važno u smislu vašeg zdravlja i zdravstvene skrbi.

Preporuča se da popričate sa svojom obitelji, skrbnikom, ili bliskim prijateljem ili prijateljicom, liječnikom opće prakse ili drugim zdravstvenim stručnjacima kako biste sabrali svoje misli.


Drugi resursi koji bi vam možda bili od koristi uključuju:

- Internet stranicu Moje vrijednosti – [myvalues.org.au](http://myvalues.org.au)
- Internet stranicu Ministarstva zdravstva ZA o planiranju skrbi unaprijed – [healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning](http://healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning)

Pogledajte u Trećem dijelu [Često postavljana pitanja](#): Korisne informacije za više informacija o Direktivama o zdravstvenoj skrbi u budućnosti i planiranju skrbi unaprijed.



Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti je važan način davanja drugima do znanja koje su vaše vrijednosti i preferencije u vezi vaše zdravstvene skrbi i liječenja ako teže obolite ili se ozlijedite i ne budete sposobni donositi svoje vlastite odluke.



Pravljenje Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti je dobrovoljno.

Razmišljanje i razgovor o vašim željama u vezi zdravlja i za kada budete pri kraju života može biti teško. Zatražite pomoć ako vam treba podrška u vezi toga.



## Tko može napraviti Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti?

Za napraviti Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti morate imati **18 godina ili više** i biti **u potpunosti zakonski sposobni** u trenutku pravljenja Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti.

To znači da:

- razumijete sve informacije ili savjete koji vam se daju kako bi vam se pomoglo donositi odluke koje ćete navesti u svojoj Direktivi o zdravstvenoj skrbi u budućnosti
- razumijete vjerojatne posljedice odluka koje navede u svojoj Direktivi o zdravstvenoj skrbi u budućnosti
- ste sposobni odvagati moguće stvari 'za i protiv' svojih odluka o svom liječenju i skrbi u budućnosti
- ste sposobni izreći svoje odluke vezane uz vaše liječenje i zdravstvenu skrb u budućnosti.

Za odrasle osobe se smatra da imaju tu sposobnost osim ako se pokaže da je nemaju. Ako iole sumnjate u svoju sadašnju sposobnost pravljenja valjane Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti, zatražite da vam vaš liječnik učini procjenu. Svoga liječnika isto tako možete zamoliti ako ste zabrinuti da vaša sposobnost donošenja odluka u budućnosti može biti upitna.

## Tko će donositi odluke u vezi vašeg liječenja ako izgubite sposobnost donositi ili izreći svoje odluke sami?

Ako postanete nesposobni donositi ili izreći svoje odluke u vezi svog liječenja i skrbi, onda zdravstveni stručnjaci moraju ići po [Hijerarhiji donositelja odluka o liječenju](#) kada budu donosili odluke o vašem liječenju za vas.

U Hijerarhiji donositelja odluka o liječenju, koja je prikazana na sljedećoj stranici, objašnjava se redoslijed donositelja odluka kojeg zdravstveni stručnjaci moraju slijediti kada budu tražili da se donese odluka o nekom liječenju za vas. Zdravstveni stručnjaci će za pomoć kod donošenja odluka o vašoj budućoj skrbi prvo početi od Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti.

## Što ako ne napravim Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti?

Ako ne napravite Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti, onda zdravstveni stručnjak mora ići do prve osobe na hijerarhiji koja ima 18 godina ili više, posjeduje punu zakonsku sposobnost i koja je na raspolaganju i voljna je donijeti odluku o dotičnom liječenju.

Ako prva osoba nije dostupna ili nije voljna donijeti odluku, onda zdravstveni stručnjak može ići do sljedeće osobe s hijerarhije i tako dalje.

## Što je Hijerarhija donositelja odluka o liječenju?

Zdravstveni stručnjaci koriste Hijerarhiju donositelja odluka o liječenju jedino kada vi izgubite sposobnost donošenja i/ili izricanja odluka o svojoj zdravstvenoj skrbi.

### Hijerarhija donositelja odluka o liječenju



Ako ne postoji Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti ili ne pokriva tražene odluke o liječenju, zdravstveni stručnjak mora za liječenje koje nije hitno dobiti odluku od prve osobe po hijerarhiji koja ima 18 godina ili više, posjeduje punu zakonsku sposobnost i koja je na raspolaganju i voljna je donijeti traženu odluku.

Čak i ako ste odredili svog trajno ovlaštenog skrbnika, još uvijek možete napraviti Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti za izreći svoje preferencije u vezi neke određene vrste liječenja ako o tome imate čvrst stav.

Pogledajte [Često postavljana pitanja](#) u 3. dijelu: Korisne informacije o trajno ovlaštenim skrbnicima.

# Drugi dio: Vodič korak-po-korak

U ovom je dijelu korak-po-korak vodič kako napraviti Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti uključujući i neke primjere koji vam mogu biti od pomoći.

## Dijelovi Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti

Da bi Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti vrijedila, morate ispuniti Dijelove broj 1, 4 i 6.

**Prvi dio** je gdje upišete svoje osobne podatke. Prvi dio **morate** ispuniti.

**Drugi dio** je gdje napišete sva ozbiljnija zdravstvena stanja koja imate.

**Treći dio** je gdje zapišete što je za vas važno kao i svoje vrijednosti i želje u vezi svoje buduće skrbi.

**Četvrti dio** je gdje zapisujete koje vrste liječenja i skrbi (uključujući aktivnosti u svrhu medicinskog istraživanja) želite, a koje ne želite u budućnosti. U Četvrtom dijelu morate navesti barem jednu takvu odluku o liječenju da bi Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti bila valjana.

**Peti dio** je gdje zapisujete podatke onih koji su vam pomogli ispuniti Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti.

**Šesti dio** je gdje svoju Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti potpisujete. Šesti dio morate ispuniti i **morate** se potpisati pred svjedokom (pojednosti o uvjetima svjedočenja navedeni su u [Šestom dijelu](#)).

## Prvi dio: Moji osobni podaci

Ovaj dio Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti morate ispuniti.

**Morate** staviti:

- datum kada je Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti napravljena
- svoje puno ime i prezime, datum rođenja i adresu tako da vas se može identificirati.

**Nije obavezujuće** da navedete svoj telefonski broj ili email adresu. Ali se preporuča navesti barem jedno od toga tako da vas se može kontaktirati ako bude potrebno.

Ako u budućnosti promijenite adresu, telefonski broj ili email adresu, vaša će Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti i dalje vrijediti.

Pogledajte [Često postavljana pitanja](#) u 3. dijelu: Korisne informacije za daljnje informacije o promjeni podataka za kontakt.





## Drugi dio: Moje zdravlje

**Možete po izboru ispuniti neke, sve ili nijedno pitanje iz 2. dijela. Precrtajte ona pitanja na koja ne želite odgovoriti.**

**U 2. dijelu možete navesti bilo koji ozbiljan zdravstveni problem kojeg imate ili ako vas bilo što brine. U 2. dijelu možete također zapisati koje su vam stvari važne kada se govori o vašem zdravlju.**

### 2.1 Moji glavni zdravstveni problemi

U Dijelu 2.1 možete napisati pojedinosti o bilo kojem zdravstvenom problemu kojeg imate. Tu možete navesti fizičke i/ili duševne zdravstvene probleme. Možete također navesti i bilo koji značajniji zdravstveni problem kojeg ste imali u prošlosti.

#### Primjeri

- Prije 6 godina uspostavljena mi je dijagnoza raka crijeva. Imao/la sam operaciju i primao/la kemoterapiju. Sada sam u remisiji, ali mi je rečeno da se rak crijeva može povratiti u budućnosti.
- Prije 5 godina imao sam udes automobilom. I dalje imam kronične bolove u leđima. Rečeno mi je da je malo vjerojatno da će bol u leđima imalo ići na bolje.
- Nedavno mi je uspostavljena dijagnoza bolesti motoneurona. Rečeno mi je da će se moje zdravlje vjerojatno brzo pogoršati. Uskoro će mi biti potrebno dosta pomoći u vezi svakodnevnih stvari poput tuširanja i oblačenja.

### 2.2 Kada sa mnom razgovarate o mom zdravlju, ove su mi stvari važne

U Dijelu 2.2 možete zapisati što je za vas važno kada sa zdravstvenim stručnjacima razgovarate o svom zdravlju. To uključuje koliko želite da vam se da informacija prije nego što donesete svoju odluku. To također uključuje i podatke onih članova vaše obitelji koje želite da budu s vama kada sa zdravstvenim stručnjacima razgovarate o opcijama za vaše liječenje i skrb.

#### Trishina priča

Trishi (65 godina) je upravo uspostavljena dijagnoza 4. stadija raka dojke. Ona je u svojoj Direktivi o zdravstvenoj skrbi u budućnosti napisala da njezina bliska prijateljica Kay (medicinska sestra) dođe na sve liječničke termine budući da ona najbolje zna objasniti informacije na način koji Trish može razumjeti.

#### Primjeri

- Želim znati mnogo pojedinosti u vezi mojih zdravstvenih problema i opcija za liječenje tako da mogu u potpunosti shvatiti koji imam izbor i što bi mi se moglo dogoditi.
- Engleski je moj drugi jezik. Volim da su moj sin ili kći sa mnom kada imam termine s mojim liječnikom opće prakse i specijalistima.

Napomena: Možda biste željeli napraviti Trajnu ovlast skrbništva ako postoji netko koga dobro poznajete i u koga imate povjerenje da donosi odluke za vas.

Pogledajte [Često postavljana pitanja](#) u 3. dijelu: Korisne informacije za više informacija o imenovanju trajnog skrbnika.

## Treći dio: Moje vrijednosti i preferencije

Možete po izboru ispuniti neke, sve ili nijedno pitanje iz 3. dijela. Precrtajte ona pitanja na koja ne želite odgovoriti.

U 3. dijelu možete navesti stvari koje su vama važne u vezi vašeg zdravlja i zdravstvene skrbi. Tu možete navesti stvari koje vas brinu u vezi vašeg budućeg zdravlja. To će vama bliskim osobama i zdravstvenim stručnjacima uključenim u vašu zdravstvenu skrb dati do znanja što je vama važno ako postanete nesposobni donositi ili izreći svoje odluke.

Razmišljanje i razgovor o tome što je važno za vaše buduće zdravlje i koje su vaše želje za kraj života može biti teško. Zatražite pomoć ako vam treba podrška kod ispunjavanja ovog dijela obrasca.

### 3.1 Ovo su stvari koje su mi važne

U Dijelu 3.1 od vas se traži da opišete što za vas znači 'dobro živjeti'. Na primjer, što bi vam najviše nedostajalo ako obolite i ne budete mogli živjeti kao sada.

U ovom dijelu obrasca navedene su stvari koje vam mogu biti važne. Možete obilježiti kvačicom sve kvadratiće koji se odnose na vas. Možete također zapisati i aktivnosti, zanimacije ili hobije koji su vama važni.

#### Primjeri

- Važno mi je provoditi vrijeme s obitelji i prijateljima.
- Vrlo mnogo mi znači da me kći često posjećuje.
- Važno mi je da su moji kućni ljubimci blizu mene ili barem da ih mogu redovito viđati.
- Cijeli život sam bila dio lezbijske zajednice i htjela bih da se ta veza i dalje nastavi.
- Ja sam Kinez/Kineskinja i volim provoditi vrijeme s osobama koje govore kantonski jezik.

#### Ritina priča

Rita (87 godina) redovito posjećuje svoj hrvatski klub gdje se nađe s prijateljicama i prijateljima, priča svojim materinskim hrvatskim jezikom i igra tradicionalne igre iz svoje domovine. Rita je u svojoj Direktivi o zdravstvenoj skrbi u budućnosti napisala da ne želi posjećivati Klub ako ne bude u stanju pričati ili kretati se s lakoćom.

## 3.2 Ovo su stvari koje me brinu kada razmišljam o svom budućem zdravlju

U Dijelu 3.2 od vas se traži da opišete što vas brine u vezi vašeg budućeg zdravlja i zdravstvene skrbi. Na primjer, bilo kakve trajne posljedice neke bolesti ili povrede koje bi za vas bile neprihvatljive. Ako obolite ili se ozlijedite u budućnosti, liječenje i skrb mogu vam možda pomoći da se oporavite i da vam se zdravlje možda vrati na ono stanje kakvo je bilo prije bolesti. Međutim moguće je, ovisno o vašoj bolesti ili povredi, da vam liječenje i skrb samo neznatno pomognu i možda nećete biti sposobni živjeti isto kao prije.

### Primjeri

- Brine me da ću biti u stalnim bolovima.
- Brine me da možda neću biti u stanju komunicirati ili da me moja obitelj i prijatelji neće moći razumjeti.
- Bio/la bih nesretan/na ako ne budem u stanju živjeti samostalno.
- Za me bi bilo neprihvatljivo da ne budem sposoban/na samostalno jesti
- Vrlo teško bi mi palo ako ne bih mogao/la prepoznati svoju obitelj i prijatelje.

### Nicolina priča

Nicole (43 godine) je nedavno uspostavljena dijagnoza Parkinsonove bolesti. U svojoj Direktivi o zdravstvenoj skrbi u budućnosti napisala je da bi za nju bilo neprihvatljivo ako ne bude mogla samostalno jesti. Nicole želi da njezina obitelj zna što je njoj važno budući da će se oni skrbiti o njoj ako zbog bolesti izgubi kontrolu nad svojim rukama ili drugim dijelovima tijela.



### 3.3 Kada budem blizu smrti, želio/željela bih biti ovdje

U Dijelu 3.3 od vas se traži da opišete gdje biste voljeli provesti svoje zadnje dane ili tjedne kada se približavate smrti.

U novom dijelu obrasca navedene su 4 opcije. Možete izabrati samo jednu od njih. U priloženu rubriku možete navesti više pojedinosti o svom izboru.

#### Primjeri:

- Važno mi je da budem u prirodi. Volio/voljela bih biti negdje gdje ima vrt sa cvijećem ili blizu neke plaže.
- Obitelj i prijatelji igraju veliku ulogu u mom životu. Volio/voljela bih biti blizu njih koliko je god to duže moguće tako da me mogu redovito i lako posjećivati.
- Identificiram se kao homoseksualac i važno mi je da sam na nekom mjestu gdje se moja seksualnost prihvaća i poštuje.

#### Raymondova priča

Raymond (95 godina) je zadnjih 5 godina svog života živio u domu za starije osobe. Taj je dom njemu postao njegov pravi dom. Raymond je imao Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti. U njoj je napisao da želi umrijeti tu gdje je živio okružen svojom obitelji. Raymondovo zdravlje se naglo pogoršalo. Njegovi su se zdravstveni stručnjaci vodili njegovom Direktivom o zdravstvenoj skrbi u budućnosti kada su mu pružili skrb zadnjih tjedana njegovog života. Umro je spokojno u svom domu za starije osobe okružen svojom obitelji.





### 3.4 Kada budem blizu smrti, ove su mi stvari važne

U Dijelu 3.4 od vas se traži da zapišete što vam daje utjehu i koga biste htjeli oko sebe dok se budete približavali smrti. Razmišljanje o svojim željama za kraj života može biti teško. Razmislite o tome što bi vam bilo najvažnije u tom času. Možda želite razmišljati koje su vam duhovne, vjerske ili kulturne tradicije važne ili što je to što će vam vjerojatno dati osjećaj spokoja ili utjehu.

Možete obilježiti kvačicom sve kvadratiće koji se odnose na vas. U rubrikama ispod možete navesti više pojedinosti.

#### Primjeri:

- Ja sam stariji/a Aboriđin/ka. Važno mi je da moja obitelj i moja zajednica mogu obaviti svete i tradicionalne običaje iz moje kulture prije, u vrijeme i nakon moje smrti.
- Kada budem umirao/la, volio/voljela bih da je svjetlo u mojoj sobi prigušeno i da svira meditacijska glazba. Takav me ambijent smiruje.
- kada budem umirao/la, ne želim ići u bolnicu osim ako se moja udobnost i dignitet ne budu mogli održati kod kuće.
- Ja sam Hindu i volio/voljela bih imati svoju širu rodbinu uza se kako bi mogli obaviti niz tradicionalnih rituala.

#### Auntyna priča

Aunty (64 godine) godinama ima zdravstvenih problema poput dijabetesa. Njezini žive u mjestu Turkey Creek. Ako teško oboli, voljela bi da je njena kći Carol odvede nazad u njezin zavičaj ako bude mogla putovati i ako to ne bude preveliko opterećenje za obitelj. Kada je to zapisala u svoju Direktivu o zdravstvenoj skrbi, to joj je dalo duševni mir da su njene želje jasne.





## Četvrti dio: Moje odluke o liječenju iz moje Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti

**U 4. dijelu morate navesti najmanje jednu odluku da bi vaša Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti bila valjana. Precrtajte sve dijelove koje ne želite ispunjavati.**

U 4. dijelu možete navesti svoje odluke u vezi budućeg liječenja koje želite i koje ne želite. To uključuje tretmane ili intervencije koje bi se mogle koristiti da vas se održi u životu. To se zove 'tretmani za održavanje na životu'. Možete također donijeti odluku želite li u budućnosti sudjelovati u zdravstvenom istraživanju. Zdravstveni stručnjaci moraju slijediti odluke koje navedete u 4. dijelu.

Tretman je bilo koje medicinsko ili kirurško liječenje uključujući i palijativnu njegu i mjere za održavanje na životu, zubarski tretman ili druga vrsta zdravstvene skrbi.

Odluke o liječenju u Direktivi o zdravstvenoj skrbi u budućnosti su odluke o pristanku na početak ili nastavak bilo kojeg liječenja ili odbijanje liječenja

### 4.1 Odluke o liječenju za održavanje na životu

**Precrtajte ovaj dio ako na njega ne želite odgovoriti. Napomena: U 4. dijelu morate navesti barem jednu odluku u vezi liječenja kako bi vaša Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti bila valjana.**

U 4. dijelu od vas se traži da odlučite koje tretmane ili intervencije za održavanje na životu u budućnosti želite, a koje ne želite. Ta će se informacija koristiti jedino ako postanete nesposobni sami donijeti ili izreći svoje odluke.

Kada donosite odluke o tretmanima za održavanje na životu koje želite i koje ne želite, razmislite o stvarima koje ste u [3. dijelu obrasca: Moje vrijednosti i preferencije](#) naveli da su vam važne.

Za pomoć kod ispunjavanja ovog dijela obrasca porazgovarajte sa svojim liječnikom i/ili drugim zdravstvenim stručnjacima o tome:

- koje razne tretmane za održavanje na životu ćete možda trebati u budućnosti
- koji su rizici i nuspojave eventualnih tretmana za održavanje na životu
- kakve dugotrajnije posljedice različiti tretmani za održavanje na životu mogu imati po vaše zdravlje i kvalitetu života

Čvrsto se preporuča da prije ispunjavanja svoje Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti svoje odluke o liječenju prodiskutirate sa svojim liječnikom.

Vaš vam liječnik kao i drugi zdravstveni stručnjaci mogu dati savjet u vezi opcija za liječenje i kakve bi bile posljedice po vas.



Zdravstveni stručnjaci moraju, osim nekih ograničenih iznimki, slijediti vaše upute za tretmane za održavanje na životu. Međutim, iako ste ispunili Dio 4.1, to ne znači da ćete definitivno trebati ili primiti tretmane koje izaberete. Ako vam dotični tretman neće biti od koristi, vaš liječnik ga nije dužan pružiti.

Pogledajte [Često postavljana pitanja](#) u Trećem dijelilu: Korisne informacije za više informacija o tretmanima za održavanje na životu.

### Postoje 5 opcija u Dijelu 4.1. Možete izabrati samo jednu od njih.

- **Opcija 1:** Pristajem na sve tretmane čija je svrha održavanje ili produženje mog života.
- **Opcija 2:** Pristajem na sve tretmane čija je svrha održavanje ili produženje mog života osim ako nije očigledno da mi je zbog bolesti ili povrede tako loše da nema realnog izgleda da ću se oporaviti u tolikoj mjeri da bih preživio/preživjela bez stalnih tretmana za održavanje na životu. U takvoj situaciji povlačim svoj pristanak na tretmane za održavanje na životu.
- **Opcija 3:** Odbijam dati pristanak na bilo koji tretman za održavanje na životu ili produžetak života.
- **Opcija 4:** Donosim sljedeće odluke o konkretnim tretmanima za održavanje na životu kao što je navedeno na tabeli ispod.
- **Opcija 5:** Ne mogu se odlučiti za sada.

Vaše odluke u Dijelu 4.1 odnose se samo na tretmane za održavanje na životu. Zdravstveni radnici će vam bez obzira na sve pružiti skrb kako bi vam bol smanjili na minimum i učinili da vam bude udobno (tj. palijativnu njegu), čak i ako izaberete odbiti sve tretmane za održavanje na životu.

Ako ne želite primiti tretmane palijativne njege, to morate posebno naglasiti u Dijelu 4.2.

Ako izaberete Opciju 4, trebat ćete donijeti odluke o različitim vrstama tretmana za održavanje na životu koje želite i koje ne želite primiti.



Svatko ima svoj stav o tome koje liječenje želi, a koje ne želi primati. Primjeri navedeni ispod vam možda mogu biti od pomoći dok razmišljate o svojim opcijama. Možda želite navesti još više pojedinosti. Možete izabrati opciju 5 ako još niste spremni donijeti odluku o tretmanima za održavanje na životu koje želite ili ne želite u budućnosti.

## Primjeri

### Primjer: Opcija 1 – Nathanova priča

- Nathan je prije 5 tjedana imao srčani napad. Njegov mu je liječnik opće prakse rekao da je velika vjerojatnost da će trebati operaciju srca. Nathan bi želio sve tretmane koji bi mu mogli održati ili produžiti život.
- **Nathan bira: Opciju 1 – Pristajem na sve tretmane u cilju održavanja ili produženja mog života.**

### Primjer: Opcija 2 – Lindina priča

- Lindi je uspostavljena dijagnoza bolesti bubrega. Njezina majka je umrla od zatajenja bubrega. Linda se sjeća da joj je majka pred kraj života dosta patila od mučnine. Isto tako se sjeća da je tu mučninu još više pogoršalo liječenje njezine osnovne bolesti iako nije realno bilo izgleda da će se oporaviti od nje. Linda zbog toga ne želi to u svom slučaju.
- **Linda bira: Opciju 2 – Pristajem na sve tretmane čija je svrha održavanje ili produženje mog života osim ako nije očigledno da mi je zbog bolesti ili povrede tako loše da nema realnog izgleda da ću se oporaviti u tolikoj mjeri da bih preživio/preživjela bez stalnih tretmana za održavanje na životu. U takvoj situaciji povlačim svoj pristanak na tretmane za održavanje na životu.**

### Primjer: Opcija 3 – Miina priča

- Mia je prije primala liječenje za karcinom dojke. Sada joj je upravo rečeno da joj se rak povratio i da je vrlo malo vjerojatno da će joj liječenje produžiti život više od narednih nekoliko mjeseci.
- Miina prijateljica je imala karcinom dojke i Mia ima vrlo čvrst stav u vezi kemoterapije koju je ona primala koja joj je produžila život, ali i patnju. Mia je odlučila da ovaj put ne želi više tretmana koji bi samo odgodili njenu smrt i želi da se njezini zdravstveni stručnjaci usredotoče na to da što manje pati i da je što manje boli koliko god je to moguće.
- **Mia bira: Opciju 3 – Odbijam dati pristanak na bilo koji tretman za održavanje ili produžetak mog života.**

### Primjer: Opcija 4 – Peterova priča

- Peteru je uspostavljena dijagnoza kronične opstruktivne bolesti pluća (kronična plućna bolesta). Njemu je 70 godina i on zna da će se njegovo stanje samo još više pogoršavati. Mada osjeća da bi još uvijek mogao imati dobru kvalitetu života živeći kod kuće, čak i ako to podrazumijeva korištenje kisika, on ne želi biti stalno na uređaju za disanje u njegova lišću ili bolnici.
- **Peter bira: Opciju 4 – Donosim sljedeće odluke o konkretnim tretmanima za održavanje na životu kao što je navedeno u tabeli ispod.**
  - **On obilježava kvačicom kvadratić (B) za potpomognutu ventilaciju i daje sljedeće podatke:** Jedino ako je to privremeno i ako bi se onda mogao vratiti kući, pa čak i s kisikom. Ne želim stalno biti na uređaju za disanje u bolnici ili njegova lišću.
  - **Obilježava kvadratić (C) za sve druge tretmane:** Odbijam sve druge tretmane za održavanje na životu.

### Primjer: Opcija 5 – Williamova priča

- William ima 25 godina i nikada nije doživio smrt člana bliže obitelji ili da je nekoj njemu bliskoj osobi trebao tretman za održavanje na životu.
- **William bira: Opciju 5 – Ne mogu odlučiti za sada.**

## 4.2 Druge odluke o liječenju

**Precrtajte ovo pitanje ako na njega ne želite odgovoriti. Napomena: U 4. dijelu morate donijeti barem jednu odluku u vezi liječenja da bi Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti bila valjana.**

**U Dijelu 4.2 od vas se traži da donesete odluke o drugim vrstama liječenja (osim onih za održavanje na životu iz Dijela 4.1) koje želite i koje ne želite primati u budućnosti. Te će se informacije jedino koristiti ako ne budete sposobni donijeti ili izreći odluke sami za sebe.**

Druga liječenja mogu uključivati lijekove za prevenciju izvjesnih zdravstvenih problema (npr. aspirin, terapije za kolesterol), ili transfuziju krvi.

Ako navedete odluku o nekom konkretnom liječenju, onda biste trebali opisati situacije u kojima biste ili ne biste prihvatili takvo liječenje.

Na primjer, ako ne želite uzimati aspirin, je li to u svakoj situaciji ili samo u nekim specifičnim okolnostima?

Pojedinosti možete navesti u rubrikama ispod. Ako trebate više mjesta, ispunite dodatne strane za [Dio 4.2 – Odluke o drugim vrstama liječenja](#) koje su dodane uz ovaj vodič i prikačite ih na Dio 4.2 svoje Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti.

Pogledajte [Često postavljana pitanja](#) u 3. dijelu: Korisne informacije za više informacija o tome kako dodati stranice svojoj Direktivi o zdravstvenoj skrbi u budućnosti



## Primjeri

Zdravstvene okolnosti	Moje odluke o liječenju
Kolesterol mi je dosta visok	Nemojte mi davati inhibitore za apsorpciju kolesterola. Ne mogu podnijeti nuspojave od njih.
Sve okolnosti	Nemojte mi davati transfuziju krvi ili bilo koje krvne proizvode. To se kosi s mojom vjerom.
Redovito dobivam migrenu	Nemojte mi davati aspirin. To mi uzrokuje bolove u želucu.

### 4.3 Zdravstveno istraživanje

**Precrtajte ovo pitanje ako na njega ne želite odgovoriti. Napomena: U 4. dijelu morate navesti barem jednu odluku u vezi liječenja da bi Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti bila valjana.**

U Dijelu 4.3 od vas se traži da donesete odluku o sudjelovanju u zdravstvenom istraživanju. Te će se informacije jedino koristiti ako ne budete sposobni donijeti ili izreći odluke sami za sebe.

Sudjelovanje u zdravstvenim istraživanjima može pomoći unaprjeđenju medicinskog i znanstvenog znanja za prevenciju, otkrivanje i/ili liječenje bolesti. U Dijelu 4.3 navedene su različite vrste aktivnosti u zdravstvenom istraživanju. Možete obilježiti u kojim situacijama želite i u kojim ne želite dati pristanak na sudjelovanje u navedenim zdravstvenim istraživanjima. U tabeli ispod navedeni su primjeri o svakoj aktivnosti zdravstvenih istraživanja navedenih u Dijelu 4.3.

Zdravstveno istraživanje se mora provoditi po striktnim smjernicama i uz dopuštenje odbora stručnjaka za istraživanja koja uključuju ljudska bića (*Odbor za etiku ljudskog istraživanja koji djeluje u skladu s Nacionalnom izjavom o etičkom ponašanju u ljudskom istraživanju*).

Ako pristanete sudjelovati u budućim zdravstvenim istraživanjima, to se jedino odnosi na ona koje je odobrio Odbor za ljudska istraživanja i koji slijedi nacionalne smjernice za istraživanja. Za više informacija o zdravstvenom istraživanju posjetite internet stanicu Ureda javnog zagovaratelja na [publicadvocate.wa.gov.au](http://publicadvocate.wa.gov.au). [Opći pojmovi](#) u 3. dijelu: Korisne informacije također pružaju više informacija.





Aktivnosti istraživanja	Primjer ove vrste istraživanja
Korištenje opreme ili uređaja	Testiranje učinkovitosti novog tipa maske za kisik ili srčanog elektrostimulatora (pacemakera).
Pružanje zdravstvene skrbi koja još nije stekla podršku značajnijeg broja zdravstvenih djelatnika iz polja zdravstvene skrbi	Isprobavanje novog lijeka ili neke nove vrste opreme koja se do sada jedino pokazala da funkcionira u istraživanju s malim brojem pacijenata.
Pružanje zdravstvene skrbi kako bi se obavila komparativna procjena.	Istraživanje koje uspoređuje učinak 2 različite vrste lijekova ili tretmana na neku bolest. U ovoj vrsti istraživanja jedna skupina pacijenata prima jednu vrstu liječenja, a druga skupina pacijenata drugačiju.
Uzimanje uzoraka krvi	Istraživanja koja uključuju uzimanje krvi kako bi se mogla ispitati u laboratoriju gdje se gleda na promjene, npr. promjene broja ili vrste krvnih stanica.
Uzimanje uzoraka tkiva ili tekućina iz tijela uključujući iz usta, grla, nosne šupljine, očiju ili ušiju.	Rađenje biopsije madeža ili pjega (gdje se dio madeži ili pjege izreže pod lokalnom anestezijom) kako bi se provjerilo ima li znakova raka kože. Uzimanje brisa iz unutrašnjosti nosa kako bi se provjerila prisutnost virusa ili bakterija.
Bilo koji neintruzivni pregled usta, grla, nosne šupljine, očiju ili ušiju.	Svjetlo upereno u uši, oči ili usta za provjeriti ima li bilo kakvih promjena ili znakova bolesti.
Neintruzivno mjerenje visine i težine i pregled vida	Korištenje vaga za vaganje osobe. Očni test za provjeru vida.
Promatranje	Testovi kojima se provjerava brzina disanja ili lakoća pokreta tijekom raznih vrsta aktivnosti.
Sudjelovanje u anketi, razgovoru ili fokus skupini.	Odgovaranje na papirnate ankete ili one na internetu s pitanjima o liječenju ili skrbi. Dolazak na razgovor ili sastanak manje skupine kako bi se razmijenile ideje o tome što bi iskustvo skrbi moglo učiniti boljim.
Skupljanje, korištenje ili otkrivanje informacija, uključujući i one osobne	Istraživanje u kojem se informacije s pacijentove zdravstvene evidencije (s pacijentovim dopuštenjem) dijele s istražiteljima zajedno s informacijama iz evidencija drugih pacijenata kako bi se razumjele razlike i sličnosti između raznih skupina pacijenata, na primjer, kako često osobe s određenim problemom budu primljene u bolnicu tijekom 10-ogodišnjeg razdoblja.
Razmatranje i vrednovanje uzoraka ili informacija uzetih tijekom niže navedenih aktivnosti	Uspoređivanje nalaza krvnih testova od raznih pacijenata da se vide razlike i sličnosti kao dio istraživanja kako bi se razumjela neka bolest i njeno liječenje.

## Peti dio: Osobe koje su mi pomogle ispuniti moju Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti

Možete po izboru ispuniti neka, sva ili nijedno od pitanja iz 5. dijela. Precrtajte ona pitanja na koja ne želite odgovoriti.

Možda ćete u svojoj Direktivi o zdravstvenoj skrbi u budućnosti trebati uključiti dodatne informacije za neke pitanja (npr. izjavu prevoditelja).

U 5. dijelu možete navesti one koji su vam pomogli kod ispunjavanja vaše Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti.

### 5.1 Jeste li koristili usluge prevoditelja kod ispunjavanja ovog obrasca?

U Dijelu 5.1 pita vas se jeste li angažirali prevoditelja kada ste pravili svoju Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti.

Postoje 3 opcije za ovo pitanje:

- **Opcija 1: Engleski je moj prvi jezik – nije mi trebala pomoć prevoditelja.**

Izaberite ovu opciju ako ste sigurni u svoje znanje engleskog i niste angažirali prevoditelja kada ste ispunjavali ovaj obrazac.

- **Opcija 2: Engleski nije moj prvi jezik – angažirao/la sam prevoditelja kada sam pravio/la svoju Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti il priložio/la sam izjavu prevoditelja.**

Izaberite ovu opciju ako vam je trebao prevoditelj da vam prevede obrazac. Trebate ispuniti [izjavu prevoditelja](#) priloženu s ovim vodičem i priložite je s Dijelom 5.1 svoje Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti.

- **Opcija 3: Engleski nije moj prvi jezik – nisam angažirao/la prevoditelja kada sam radio/la ovu Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti.**

Izaberite ovu opciju ako engleski nije vaš prvi jezik, ali ste obrazac ispunili bez pomoći prevoditelja.

Možete obilježiti samo jedan kvadratić ili ovo pitanje možete precrtati ako na njega ne želite odgovoriti.

Ako izaberete Opciju 2, preporuča se da se i vi i prevoditelj referirate na [Često postavljana pitanja](#) u 3. dijelu: Korisne informacije za više informacija kako doći do prevoditelja.

Ako izaberete Opciju 2 – vi i vaš prevoditelj trebate ispuniti izjavu prevoditelja priloženu s ovim vodičem i priložite je sa svojom Direktivom o zdravstvenoj skrbi u budućnosti.



## 5.2 Jeste li napravili Trajnu ovlast skrbništva (Enduring Power of Guardianship - EPG)?

U Dijelu 5.2 pita vas da navedete podatak jeste li napravili Trajnu ovlast skrbništva.

Trajna ovlast skrbništva je zakonski dokument koji vam dozvoljava imenovati i zakonski postaviti jednu ili više osoba koje će za vas donositi odluke o vašem načinu života i zdravstvenoj skrbi ako vi sami više niste u stanju donijeti ili izreći svoje odluke. Ako napravite Trajnu ovlast skrbništva, čvrsto vam se preporuča da podatke o tome navedete u svojoj Direktivi o zdravstvenoj skrbi u budućnosti.

Osoba koju postavite da donosi odluke u vaše ime naziva se trajno ovlašten skrbnik.

Trajno ovlašten skrbnik ne može donositi odluke protivno vašim odlukama navedenim u Direktivi o zdravstvenoj skrbi u budućnosti osim u iznimnim okolnostima (npr. ako je dostupan neki novi oblik liječenja koji nije postojao u vrijeme kada ste pravili svoju Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti).

**Možete obilježiti samo jedan kvadratić ili možete precrtati ovo pitanje ako na njega ne želite odgovoriti. Ako izaberete Opciju 2, trebate uključiti podatke o svojoj Trajnoj ovlasti skrbništva i trajno ovlaštenom skrbniku/skrbnicima.**


Pogledajte [Često postavljana pitanja](#) u 3. dijelu: Korisne informacije za više informacija o Trajnoj ovlasti skrbništva i kako postaviti trajno ovlaštenog skrbnika.

## 5.3 Jeste li tražili liječnički i/ili pravni savjet o tome kako se pravi Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti?

U Dijelu 5.3 traži se da navedete ako ste dobili ikakav liječnički i/ili pravni savjet kada ste pravili Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti.

Možda ćete vidjeti da je korisno zatražiti liječnički i/ili pravni savjet kako biste sebi i vama bliskim osobama potvrdili da su odluke koje navodite u svojoj Direktivi o zdravstvenoj skrbi u budućnosti u vašem najboljem interesu i odgovarajuće za vaše zdravstvene okolnosti.

Možete obilježiti samo jedan kvadratić u vezi liječničkog savjeta i samo jedan kvadratić u vezi pravnog savjeta. Precrtajte pitanje na koje ne želite odgovoriti.



Kada pravite svoju Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti, preporuča vam se (ali nije obavezno) zatražiti liječnički i/ili pravni savjet.



## Šesti dio: Potpisivanje i svjedočenje

**Morate ispuniti ovaj dio Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti i moraju se zadovoljiti konkretni uvjeti o svjedočenju.**

**Kako bi vaša Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti bila valjana, morate se pridržavati sljedećih uvjeta za potpisivanje i svjedočenje vaše Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti.**

- Svoju Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti morate potpisati u nazočnosti 2 svjedoka. Oba svjedoka moraju gledati kako potpisujete svoju Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti.
- Svjedoci također moraju potpisati Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti. Vi morate gledati kako oba svjedoka potpisuju Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti. I svaki svjedok mora gledati drugog svjedoka dok taj svjedok potpisuje Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti.
- Oba svjedoka moraju imati najmanje 18 godina i posjedovati punu zakonsku sposobnost.
- Jedan od svjedoka mora biti osoba ovlaštena za svjedočenje zakonskih deklaracija.

Za detaljan popis osoba koje su ovlaštene svjedočiti zakonske deklaracije u ZA možete pogledati *5. dio Zakona o prisegama, izjavama pod prisegom (affidavit) iz 2005. na [wa.gov.au/government/publications/authorised-witnesses-statutory-declarations](http://wa.gov.au/government/publications/authorised-witnesses-statutory-declarations).*

Pojednostavljen popis ovlaštenih osoba uključuje:

- Academce (iz visokoškolskih institucija)
- Računovođe
- Arhitekta
- Australske konzularne djelatnike
- Australske diplomatske djelatnike
- Sudske izvršitelje
- Bankovne menadžere
- Visokokvalificirane tajnike
- Farmaceute
- Kiropraktičare
- Revizore tvrtki ili stečajne upravitelje
- Sudske djelatnike
- Časnike obrambenih snaga
- Stomatologe
- Liječnike
- Djelatnike ureda člana državnog parlamenta
- Inženjere
- Tajnike industrijskih organizacija
- Brokere osiguranja
- Mirovne suce
- Djelatnike Landgatea
- Pravnike
- Glavne direktore lokalne vlade ili zamjenike
- Vijećnike lokalne vlade
- Procjenitelje odštete
- Vjenčatelje
- Članove parlamenta
- Primalje
- Svećenike
- Medicinske setre ili medicinske tehničare
- Optometriste
- Pomoćno medicinsko osoblje
- Pravnika za trajne patente
- Fizioterapeute
- Podijatre
- Policijske djelatnike
- Upravitelje poštanskih ureda
- Psihologe
- Javne bilježnike
- Djelatnike javnih službi (Commonwealtha ili saveznih država)
- Agente za nekretnine
- Agente za rješavanje kupoprodaje
- Šerife ili zamjenike
- Geodete
- Obrazovne djelatnike
- Djelatnike tribunala
- Veterinarske kirurge.



Kada dajete adrese svoji svjedoka, koristite adresu s nazivom ulice, a ne broj poštanskog sandučeta (PO Box). Adresa s nazivom ulice može biti adresa tvrtke, adresa radnog mjesta ili kućna adresa svedoka.

Pogledajte [Često postavljana pitanja](#) u 3. dijelu: Korisne informacije za više informacija o ulozima i odgovornostima svjedoka.

## Što ako nisam sposoban/na potpisati svoju Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti?

Ako niste sposobni potpisati svoju Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti, možete staviti bilo kakav znak uključujući svoje inicijale, križić ili otisak palca.

Ako koristite neki drugi znak, a ne potpis, morat ćete ispuniti klauzulu o autoru znaka koja je priložena uz ovaj vodič i priložite je uz 6. dio svoje Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti. Ako priložite klauzulu o autoru znaka, preporuča se da potražite pravni savjet (od odvjetnika ili pravne službe u zajednici).

Vidite [Često postavljana pitanja](#) u 3. dijelu: Korisne informacije za više informacija o ispunjavanju Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti ako imate poteškoća s vidom ili ne znate čitati ni pisati.





# Treći dio: Korisne informacije

U ovom su dijelu navedena često postavljana pitanja kao i popis stvari za pripremanje, ispunjavanje i pospremanje vaše Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti. Tu su također navedeni i opći pojmovi gdje se obratiti za više informacija.

## Često postavljana pitanja

U ovom su dijelu navedeni odgovori na neka uobičajena pitanja u vezi praviljenja Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti.

### Opća

#### Kada će se koristiti moja Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti?

Vaša Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti će se koristiti jedino onda kada ne budete u stanju donijeti i/ili izreći odluke o svom liječenju i zdravstvenoj skrbi i ako se ona odnosi na vrstu liječenja koje vam je potrebno.

#### Koliko dugo vrijedi moja Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti?

Odluke koje navedete u svojoj Direktivi o zdravstvenoj skrbi u budućnosti vrijede:

- dok ne umrete ili
- dok svoju Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti ne opozovete (ponišтите)
- mada opcije za liječenje koje ste naveli u svojoj Direktivi o zdravstvenoj skrbi u budućnosti ostaju relevantne, vaša Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti neće vrijediti za nove opcije liječenja koje možda postanu dostupne nakon što ste je napravili.

#### Ako koristim neki stari obrazac za svoju Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti, hoće li i ona dalje vrijediti?

Hoće. Ako ste svoju Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti napravili koristeći neku stariju verziju obrasca prije 4. veljače 2023. godine i slijedili ste sve pravne uvjete za ispunjavanje tog obrasca, ona će i dalje vrijediti.

#### Moram li registrirati svoju Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti?

Ne morate. Po zakonu niste obavezni registrirati svoju Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti. Ali vam se preporuča da vama bliskim osobama i onima koji su uključeni u vašu skrb kažete da ste napravili Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti i njima dati po primjerak. Za više informacija pogledajte

[Što trebam uraditi sa svojom ispunjenom Direktivom o zdravstvenoj skrbi u budućnosti?](#)

## Hoće li moj zdravstveni stručnjak uvijek trebati slijediti moje odluke iz Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti?

Da. U većini situacija ako ne budete sposobni samostalno donositi ili izreći svoje odluke o liječenju i skrbi, zdravstveni stručnjaci moraju slijediti odluke iz vaše Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti, osim u nekim ograničenim iznimkama. Te iznimke su ako:

- su se okolnosti relevantne za vašu odluku u vezi liječenja promijenile od vremena kada ste donijeli tu svoju odluku i
- niste realno bili mogli predvidjeti te promjene kada ste pravili svoju Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti i
- ako je vjerojatno da bi razumna osoba sa znanjem o toj promjeni u okolnostima promijenila mišljenje o dotičnoj vrsti liječenja.

## Kako često i kada trebam preispitati svoju Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti?

Preporuča se da svoju Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti revidirate svake 2 do 5 godina, ili ako se vaše okolnosti promijene. Na primjer, ako vam je uspostavljena dijagnoza neke nove trajne bolesti i/ili bolesti koja skraćuje životni vijek, možda ćete svoju Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti trebati revidirati i ranije od tog roka.

## Koja je razlika između planiranja skrbi unaprijed, Obrasca o vrijednostima i preferencijama, Plana o skrbi u budućnosti i Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti?

Planiranje skrbi unaprijed je dobrovoljan proces planiranja vaše buduće zdravstvene i osobne skrbi gdje se vaše vrijednosti, uvjerenja i preferencije daju do znanja drugima što će biti vodič u budućnosti kada više ne budete mogli donositi ili izricati svoje odluke.

Možete izabrati da kao dio tog procesa ispunite dokument o planiranju skrbi unaprijed za zabilježiti svoje vrijednosti, uvjerenja, preferencije i odluke u vezi liječenja. U ZA dokumenti o planiranju skrbi unaprijed su:

- **Obrazac o vrijednostima i preferencijama: Planiranje za moju buduću skrb** je dokument u kojemu možete zapisati što je vama vrijedno i što želite za svoju skrb u budućnosti uključujući to gdje želite živjeti kao i druge stvari koje su vam važne. Ovaj obrazac se može smatrati Direktivom općeg zakona (za više informacija vidite ispod [Koja je razlika između Direktive općeg zakona i Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti?](#)).
- **Plan o skrbi u budućnosti za osobe s nedovoljnom sposobnošću donošenja odluka** je dokument kojeg u vaše ime napiše neki priznati donositelj odluka koji je u bliskom odnosu s vama koji traje (tj. osoba na samom vrhu hijerarhije donositelja odluka o liječenju koja je dostupna i voljna donositi odluke). Ovaj se dokument može koristiti kao vodič za donositelje odluka i zdravstvene stručnjake pri donošenju odluka u vaše ime ako nemate valjanu Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti ili Obrazac o vrijednostima i preferencijama. On bi se trebao koristiti jedino ako neka osoba više ne posjeduje sposobnost donošenja odluka da bi ispunila Obrazac o vrijednostima i preferencijama ili Direktivu o zdravstvenoj skrbi. Ovaj dokument nije zakonski obavezujući i nije dokument u kojemu se zakonski može dati pristanak na ili odbiti liječenje. Zakonski neobavezujući dokumenti nisu priznati po nekom konkretnom zakonu.
- **Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti** je zakonski zapis vaših odluka u vezi liječenja koje želite ili koje ne želite primati u budućnosti kada obolite ili se ozlijedite. Mogu je napraviti jedino osobe starije od 18 godina koje su sposobne donijeti i izreći svoje vlastite odluke. Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti je zakonski važeći dokument budući da je priznata po zakonu. Zakonski važeći dokumenti su najjači i najslužbeniji način zapisivanja vaših želja.

## Koja je razlika između Direktive općeg zakona i Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti?

Direktive općeg zakona su pisana ili usmena priopćenja koja iskazuju želje neke osobe u vezi toga treba li pristati ili odbiti neku njenu buduću zdravstvenu i osobnu skrb u specifičnim situacijama u budućnosti. Ne postoje formalni uvjeti vezano za Direktive općeg zakona. Može biti značajnih poteškoća kod utvrđivanja je li neka konkretna Direktiva općeg zakona zakonski valjana i može li se slijediti. Iz tog razloga se one ne preporučuju za donošenja odluka u vezi liječenja.

Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti je zakonski zapis vaših odluka u vezi liječenja koje želite ili ne želite primati ako u budućnosti obolite ili se ozlijedite. Jedini je mogu napraviti osobe starije od 18 godina koje su sposobne donijeti i izreći svoje vlastite odluke. Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti je zakonski važeći dokument budući da je priznata po zakonu. Zakonski važeći dokumenti su najjači i najformalniji način zapisivanja vaših želja.

## Svjedočenje, potpisi i dijeljenje s drugima

### Može li me se primorati da potpišem Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti protiv moje volje?

Ne. Sve odluke u vezi liječenja navedene u Direktivi o zdravstvenoj skrbi u budućnosti moraju biti na dobrovoljnoj osnovi. Odluka o liječenju koja je forsirana/donesena protiv vaše volje poticanjem ili pod prinudom nije valjana.

Ako član obitelji ili zdravstveni stručnjak posumnja da Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti nije napravljena dragovoljno ili je napravljena poticanjem ili prinudom, treba se podnijeti zahtjev državnom administrativnom tribunalu po Zakonu iz 1990. godine o skrbništvu i upravljanju (*Guardianship and Administration Act 1990*) za utvrđivanje (ne)vrijednosti.

### Mogu li zamoliti svog liječnika da bude svjedokom mojoj Direktivi o zdravstvenoj skrbi u budućnosti?

Da. Možete zamoliti svog liječnika da bude svjedok vašoj Direktivi o zdravstvenoj skrbi u budućnosti. Vaš liječnik se mora potpisati kao svjedok u nazočnosti drugog svjedoka (koji također treba biti stariji od 18 godina).

### Mogu li zamoliti člana svoje obitelji da bude svjedok mojoj Direktivi o zdravstvenoj skrbi u budućnosti?

Da. Međutim, preporuča se da se izaberu neutralni svjedoci prije članova obitelji.

### Mogu li zamoliti svog prevoditelja da bude svjedok mojoj Direktivi o zdravstvenoj skrbi u budućnosti?

Ne. Ako ste kod pripremanja svoje Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti koristili usluge prevoditelja, vaš prevoditelj ne može biti svjedok vašem potpisu na Direktivi o zdravstvenoj skrbi u budućnosti.

### Trebam li reći drugima da sam napravio/la Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti?

Čvrsto se preporuča da kažete vama bliskim osobama kao i onima uključenim u vašu skrb da ste napravili Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti i dajte im po primjerak. Recite im gdje držite svoju Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti, tako da je s lakoćom mogu pronaći ako bude potrebno u budućnosti.

## Dodaci, promjene, uključivanja i opoziv (poništenje)

### Mogi li u svoju Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti uključiti dodatne stranice?

Da. Možete dodati više informacija u svojoj Direktivi o zdravstvenoj skrbi u budućnosti pod uvjetom da to uradite prije nego što je potpišete pred svjedocima. Kada se Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti potpisana pred svjedocima, ne možete joj više dodavati dodatne stranice.

### Kako da dodam stranice svojoj Direktivi o zdravstvenoj skrbi u budućnosti?

Za dodavati stranice svojoj Direktivi o zdravstvenoj skrbi u budućnosti, pazite da:

- koristite format koji se slaže s relevantnim dijelom Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti kojem dodajete stranice
  - ako stranice dodajete Dijelu 4.2, možete koristiti [dodatne stranice za Dio 4.2 – Druge odluke u vezi liječenja](#) priložene s ovim vodičem
  - ako dodajete izjavu prevoditelja, koristite [izjava prevoditelja](#) priloženu s ovim vodičem i priložite je Dijelu 5.1
  - ako dodajete klauzulu o autoru znaka, koristite [klauzulu o autoru znaka](#) priloženu s ovim vodičem i priložite je 6. dijelu
- fizički prikačite (npr. spajalicom) dodatne stranice relevantnim dijelovima Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti
- potpišete i stavite datum na dnu svake stranice kada pred svjedocima potpisujete svoju Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti (6. dio).

Pazite da se vaši svjedoci:

- potpišu na dnu svake dodatne stranice priložene s vašom Direktivom o zdravstvenoj skrbi u budućnosti u isto vrijeme kada potpisuju 6. dio.





## **Mogu li dodavati i/ili mijenjati odluke u svojoj Direktivi o zdravstvenoj skrbi u budućnosti i nakon potpisivanja pred svjedocima?**

Ne. Ne možete dodavati i/ili mijenjati odluke u svojoj Direktivi o zdravstvenoj skrbi u budućnosti i nakon što ste je potpisali pred svjedocima.

Ako trebate promijeniti svoju Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti, onda trebate opozvati (ili poništiti) svoju sadašnju Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti i napraviti novu.

## **Što ako promijenim adresu ili kontakt podatke nakon potpisivanja svoje Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti pred svjedocima?**

Vaša Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti i dalje vrijedi i ako promijenite adresu i/ili druge kontakt podatke. Ne morate opozivati (poništiti) svoju Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnost ako se samo promijene vaši kontakt podaci. Samo o tim novim podacima jednostavno obavijestite one koji imaju po primjerak vaše Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti.

## **Kako da opozovem (poništim) svoju Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnost?**

Za opoziv Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti morate imati punu sposobnost po zakonu. Zakonom su propisana pravila kako bi se osiguralo da se Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti ne može praviti, mijenjati ili opozivati ako dotična osoba ne posjeduje traženu sposobnost.

U Direktivi o zdravstvenoj skrbi u budućnost postoji izjava koja vam dopušta naznačiti da opozivate prethodnu verziju.

Ministarstvo zdravstva ZA vam preporuča da svakoga pismeno obavijestite (osobe i organizacije) kako biste im rekli da ste opozvali (poništili) svoju Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti. To može uključivati vašeg liječnika opće prakse, druge zdravstvene stručnjake, pružatelje zdravstvene skrbi, članove obitelji i/ili prijatelje koji imaju primjerak vaše Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti.

Svatko tko ima kopiju starije verzije Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti bi je trebao vratiti vama i vi onda te stare verzije trebate uništiti.

## **Može li se u Direktivi o zdravstvenoj skrbi u budućnosti uključiti i dopuštenje za darivanje organa i tkiva?**

Ne. Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti se ne može upotrijebiti za registriranje vašeg interesa za darivanje organa i tkiva. Darivanje organa i tkiva se treba formalno registrirati na [donatelife.gov.au](https://donatelife.gov.au). Isto tako je važno razgovarati sa članovima obitelji o vašim odlukama vezanim uz darivanje organa i tkiva, budući da će se od njih tražiti da daju svoj pristanak na to nakon vaše smrti.

## **Mogu li u svojoj Direktivi o zdravstvenoj skrbi u budućnosti dati pristanak na dobrovoljno potpomognuto umiranje?**

Ne. Dobrovoljno potpomognuto umiranje ([health.wa.gov.au/voluntaryassisteddying](https://health.wa.gov.au/voluntaryassisteddying)) je jedna zakonska opcija za stanovnike Zapadne Australije koji ispunjavaju potrebne kriterije. Nije moguće uključiti dobrovoljno potpomognuto umiranje u Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti, ali ako je to opcija koju biste vi možda uzeli u razmatranje, o tome možete porazgovarati sa svojim pružateljem zdravstvene usluge ili se obratiti VAD Službi za navigaciju skrbi za čitavu ZA. Navigatori skrbi koji rade kao osoblje te službe su kvalificirani zdravstveni stručnjaci s bogatim znanjem o dobrovoljnom potpomognutom umiranju kao nečijem izboru na kraju života. Oni imaju golemo iskustvo u davanju potpore pacijentima, obiteljima i zdravstvenim stručnjacima.

## Pristupačnost

### Je li Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti dostupna na nekom drugom jeziku osim engleskog?

Ne. Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti je dostupna samo na engleskom i vaši odgovori na pitanja **moraju** biti na engleskom da bi bila valjana. Ovaj vodič i druge informacije o planiranju skrbi uunaprijed dostupni su na više jezika. Vidite [healthywa.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectives](https://healthywa.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectives) za više inofrmacija.

### Mogu li doći do prevoditelja da mi pomogne s mojom Direktivom o zdravstvenoj skrbi u budućnosti?

Da. Možete koristiti usluge prevoditelja kada pravite svoju Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti. Preporuča se da je prevoditelj kvalificiran i/ili akreditiran za prevođenje. Pogledajte [Dio 5.1 u Drugom dijelu: Vodič korak-po-korak](#). U dijelu ovog vodiča [Gdje se obratiti za daljnje informacije](#) navedeni su podaci gdje naći prevoditeljske službe.

### Mogu li zatražiti da moj liječnik angažira tumača kako bismo mogli porazgovarati o mojoj Direktivi o zdravstvenoj skrbi u budućnosti?

Možete. Ako biste htjeli o svojoj Direktivi o zdravstvenoj skrbi u budućnosti porazgovarati sa svojim liječnikom (ili bilo kojim drugim zdravstvenim stručnjakom uključenim u vašu skrb), možete zatražiti usluge tumača. Tumač može biti u istoj prostoriji s vama ili vaš razgovor prevoditi preko telefona.

### Što bismo moj prevoditelj i ja trebali učiniti za ispuniti Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti?

Vi i vaš prevoditelj trebate ispuniti [izjavu prevoditelja](#) koja se nalazi u ovom vodiču i prikačiti je na Dio 5.1 svoje Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti.

### Kako da napravim Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti ako imam oslabljen vid ili ako ne znam čitati i/ili pisati?

Ako ne znate čitati i/ili pisati, i/ili se potpisati, to vas ne sprječava da napravite Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti. Možete nekoga zamoliti da vam pročita Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti (i ovaj vodič) i možete zatražiti pomoć za ispuniti Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti.

Ako ne možete potpisati svoju Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti, možete zamoliti nekog drugog da je potpiše u vaše ime. Osoba koja je potpiše u vaše ime morat će ispuniti drugu opciju na stranici za potpis u 6. dijelu.

Ako želite svoju Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti 'potpisati' sami tako što ćete staviti bilo kakav znak umjesto potpisa, morate ispuniti [klauzulu o autoru znaka](#) priloženu s ovim vodičem i prikačiti je uz 6. dio svoje Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti. Ista su pravila što se tiče svjedočenja čak i ako koristite klauzulu o autoru znaka.

Ako ste uključili klauzulu o autoru znaka, preporuča se da potražite pravni savjet od odvjetnika ili pravne službe u zajednici. U dijelu ovog vodiča pod nazivom [Gdje potražiti daljnje informacije](#) nalaze se podaci gdje se obratiti za pravni savjet.

## Tretmani za održavanje na životu

### Što je tretman za održavanje na životu?

Tretman za održavanje na životu je zdravstvena skrb čiji je cilj osobu održati na životu i/ili da ostane živa ako je u opasnosti od umiranja. Primjeri tretmana za održavanje na životu uključuju:

- CPR (kardiopulmonalnu reanimaciju) (npr. tretman kojim se vaše srce održava da i dalje pumpa kada prestane kucati)
- potpomognutu ventilaciju (npr. uređaj koji vam pomaže kod disanja kroz masku na licu ili cijev za disanje)
- umjetnu hidrataciju (npr. tekućine koje se daju preko cjevčice u venu, tkiva ili želudac)
- umjetno hranjenje (npr. cjevčicu/sondu za hranjenje kroz nos ili želudac)
- primanje krvnih proizvoda (npr. transfuziju krvi)
- antibiotike (npr. lijekove koji se daju protiv infekcija kroz usta, injekcijom ili infuzijom).

## Trajna ovlast skrbništva

### Što je Trajna ovlast skrbništva?

Trajna ovlast skrbništva (Enduring Power of Guardianship - EPG) je zakonski dokument kojim se ovlašćuje osoba koju ste vi izabrali, da u vaše ime donosi važne osobne odluke kao i odluke vezane uz način života i liječenje kada vi sami postanete nesposobni donositi ili izreći svoje odluke.

Ta je osoba ili osobe poznata kao trajni skrbnik/skrbnici. Svog trajnog skrbnika možete ovlastiti da donosi odluke o tome gdje ćete živjeti, kojim ćete uslugama potpore imati pristup kao i o liječenju koje primete. Trajnog skrbnika ne možete ovlastiti da donosi odluke o pitanjima vezanim uz vašu imovinu i financije. Možete imati više od jednog trajnog skrbnika, ali oni moraju djelovati zajednički što znači da moraju postići dogovor u vezi bilo koje odluke koju donose u vaše ime.

Za više informacija o Trajnoj ovlasti skrbništva i trajnim skrbnicima pogledajte internet stranicu Ureda javnog zagovornika na [justice.wa.gov.au/epg](http://justice.wa.gov.au/epg).

### Ako napravim Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti, trebam li također napraviti i Trajnu ovlast skrbništva?

Ne. Nemate nikakvu obavezu napraviti Trajnu ovlast skrbništva samo zato što ste napravili direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti.

Međutim, ako sebi postavite trajnog skrbnika, povećat ćete vjerojatnost da će odluke donesene u vaše ime odražavati vaše vrijednosti, uvjerenja i preferencije ako ih vi sami niste sposobni donijeti ili izreći.



## Ovjerene preslike i spremanje

### Kako da napravim ovjerenu presliku svoje Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti?

Ovjerena preslika je fotokopija nekog dokumenta koja je ovjerena kao neposredna preslika izvornog dokumenta od strane ovlaštenog svjedoka. U ZA ne postoji zakon koji propisuje niti kako ovjeriti presliku dokumenta niti tko to može učiniti.

Međutim, uobičajeno je da se dokumenti ovjeravaju od strane onih koji su ovlašteni kao svjedoci za Zakonske deklaracije sukladno Drugom dijelu *Zakona o prisegama, izjavama pod prisegom i zakonskih deklaracija iz 2005. godine*. Za više informacija kako se ovjeravaju preslike Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti pogledajte internet stranicu Ureda javnog zagovornika na [publicadvocate.wa.gov.au](http://publicadvocate.wa.gov.au) ili Činjenični informativni list (fact sheet) Ministarstva pravde – Ovjeravanje fotokopija dokumenata – [justice.wa.gov.au](http://justice.wa.gov.au).

### Što trebam učiniti sa svojom Direktivom o zdravstvenoj skrbi u budućnosti?

Originalni primjerak svoje Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti trebate držati na nekom sigurnom mjestu.

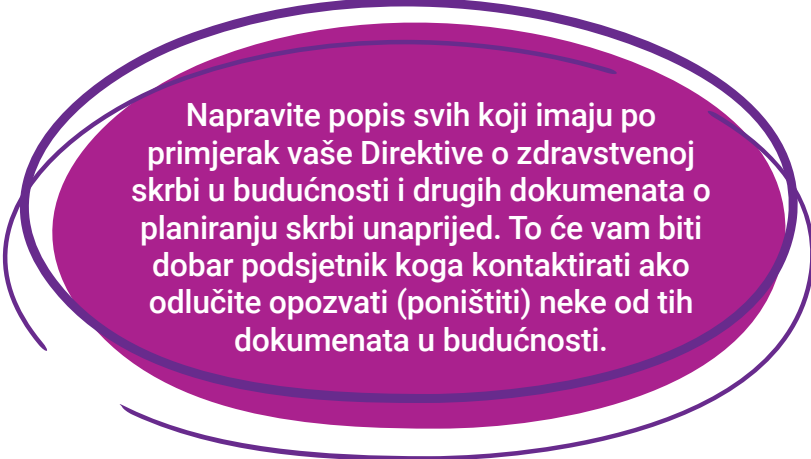
Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti možete pospremiti i online koristeći Moju zdravstvenu evidenciju (My Health Record). Za postaviti svoju Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti preko interneta na Moju zdravstvenu evidenciju, otidite na [digitalhealth.gov.au](http://digitalhealth.gov.au).

Preporuča se da sebi bliskim osobama i onima koji su uključeni o skrbi o vama kažete da ste napravili Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti. Primjerak svoje Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti možete dati kome god želite od onih što su vam bliski. To mogu biti:

- vaša obitelj, prijatelji i skrbnici
- trajni skrbnik(ci)
- liječnik opće prakse/lokalni liječnik
- drugi specijalisti i/ili drugi zdravstveni staručnjaci
- dom za smještaj starijih osoba
- lokalna bolnica
- pravni stručnjaci.

Možete uraditi i sljedeće kako biste drugima dali do znanja da imate Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti:

- sa sobom u novčaniku ili torbi nositi podsjetnik karticu Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti – možete je naručiti tako što ćete kontaktirati Liniju za planiranje skrbi Ministarstvo zdravstva na 9222 2300 ili email [acp@health.wa.gov.au](mailto:acp@health.wa.gov.au).
- nositi MedicAlert narukvicu ([medicalert.org.au](http://medicalert.org.au)).



Napravite popis svih koji imaju po primjerak vaše Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti i drugih dokumenata o planiranju skrbi unaprijed. To će vam biti dobar podsjetnik koga kontaktirati ako odlučite opozvati (poništiti) neke od tih dokumenata u budućnosti.



# Kontrolni popis stvari (checklist) za pravljenje Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti

Stvari napisane podebljanim slovima su potrebne kako bi vam Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti bila valjana.

- Pročitajte Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti i koristite ovaj vodič kako biste se pripremili i razumjeli što uzeti u razmatranje dok budete ispunjavali svoju Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti.
- Razmislite što vam najviše znači u vezi vaših vrijednosti, zdravlja i zdravstvene skrbi i što će vam najviše značiti ako se u budućnosti ozbiljno obolite ili se teško ozlijedite.
- Porazgovarajte s članovima uže obitelji i bliskim prijateljima o tome što je vama važno i o vašim vrijednostima i preferencijama vezano uz zdravstvenu skrb uključujući i skrb na kraju života.
- Zamolite svog liječnika da vam objasni opcije liječenja za održavanje na životu koje su navedene u Direktivi o zdravstvenoj skrbi u budućnosti.
- Razmislite želite li postaviti trajnog skrbnika ili skrbnike koji bi na se preuzeli odgovornost za odluke o pitanjima vašeg zdravlja i načina života. Ako to želite, razmislite koga biste htjeli imenovati i porazgovarajte s njima o svojim željama.
- Uzmite u obzir kako pravljenje Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti može utjecati na druge dokumente o planiranju skrbi unaprijed.
- Te podatke možete u svoju Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti napisati ručno ili ih otipkati u elektronskom PDF formatu.
- Ispunite 1. dio – Moji osobni podaci.**
- Navedite najmanje jednu odluku vezanu uz liječenje u 4. dijelu – Moje odluke o liječenju iz Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti.**
- Ako ste angažirali usluge prevoditelja kada ste pravili svoju Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti, ispunite Dio 5.1 kao i izjavu prevoditelja priloženu uz ovaj vodič i prikačite ih Dijelu 5.1 svoje Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti.
- Ispunite 6. dio tako što ćete potpisati svoju Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti u nazočnosti 2 svjedoka koji moraju imati 18 godina ili više od kojih je jedan svjedok netko tko je ovlašten svjedočiti potpisivanju zakonskih deklaracije u ZA.**
- Ako ste za potpisivanje svoje Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti koristili neki drugi znak umjesto potpisa, ispunite klauzulu o autoru znaka iz ovog vodiča i prikačite je uz 6. dio svoje Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti.**
- Napravite ovjerene fotokopije i spremite primjerak preko interneta na Moju zdravstvenu evidenciju [My Health Record \(myhealthrecord.gov.au\)](https://myhealthrecord.gov.au) kako bi vaša Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti bila dostupna zdravstvenim stručnjacima koji vas budu liječili ako to bude potrebno.
- Originalnu Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti čuvajte na sigurnom mjestu.
- Ovjerene fotokopije svoje Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti dajte svojoj užoj obitelji i bliskim prijateljima i osobama uključenim u vašu skrb.
- Planirajte kada ćete preispitati svoju Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti (za 2 do 5 godina) ili to učinite odmah ako se vaša zdravstvena situacija promijeni.

## Gdje se obratiti za daljnje informacije

U ovom je dijelu naveden popis organizacija koje vam mogu pomoći razumjeti i napraviti Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti.

### Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti

#### Ministarstvo zdravlja ZA – Linija za informacije o planiranju skrbi unaprijed

Opći upiti i za naručiti besplatne resurse za planiranje skrbi unaprijed (npr. Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti)

Telefon: 9222 2300

Email: [acp@health.wa.gov.au](mailto:acp@health.wa.gov.au)

Website: [healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning](http://healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning)

#### Linija za pomoć za palijativnu njegu

Informacije i podrška za pitanja vezana uz planiranje skrbi unaprijed, palijativnu njegu, tugovanje i gubitak

Telefon: 1800 573 299 (svaki dan od 9 do 17 sati)

Website: [palliativecarewa.asn.au](http://palliativecarewa.asn.au)

#### Palijativna njega u ZA

Opći upiti, resursi i informacije o besplatnim radionicama u zajednici o planiranju skrbi unaprijed

Telefon: 1300 551 704 (od ponedjeljka do četvrtka)

Website: [palliativecarewa.asn.au](http://palliativecarewa.asn.au)

#### Besplatna usluga potpore u Australiji za planiranje skrbi unaprijed

Opći upiti od strane zdravstvenih stručnjaka i korisnika kao i podrška kod ispunjavanja dokumenata o planiranju skrbi unaprijed

Telefon: 1300 208 582 (od ponedjeljka do petka od 9 do 17 sati po standardnom istočnoaustralskom vremenu)

Website: [advancecareplanning.org.au](http://advancecareplanning.org.au)

### Trajna ovlast skrbništva

#### Ured javnog zagovornika

Informacije o Trajnoj ovlasti skrbništva, trajnim skrbnicima i procjeni sposobnosti

Telefon: 1300 858 455

Email: [opa@justice.wa.gov.au](mailto:opa@justice.wa.gov.au)

Website: [publicadvocate.wa.gov.au](http://publicadvocate.wa.gov.au)

## Liječnički savjet

Posjetite svog liječnika opće prakse ili lokalnog liječnika za savjet

### healthdirect Australia

Povjerljiva telefonska služba za savjet o zdravlju može vas usmjeriti ka lokalnom liječniku opće prakse ili možete popričati s medicinskom sestrom

Telefon: 1800 022 222 (na raspolaganju u svako doba, svakim danom u godini)

Website: [healthdirect.gov.au](http://healthdirect.gov.au)

## Pravni savjet

Vidite svog odvjetnika za savjet

### Pravna udruga Zapadne Australije

Telefon: 9324 8600

Nađite dio o upitima za upute odvjetnicima: [lawsocietywa.asn.au/find-a-lawyer](http://lawsocietywa.asn.au/find-a-lawyer)

### Ured za savjete građanima

Telefon: 9221 5711

Website: [cabwa.com.au](http://cabwa.com.au)

### Pravni centri zajednica

Telefon: 9221 9322

Website: [communitylegalwa.org.au](http://communitylegalwa.org.au)

### Državna pravna služba (Legal Aid WA)

Telefon: 1300 650 579

Website: [legalaid.wa.gov.au](http://legalaid.wa.gov.au)

## Zahtjevi o funkcioniranju Trajne ovlasti skrbništva i Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti

### Državni administrativni tribunal (State Administrative Tribunal - SAT)

Telefon: 1300 306 017

Website: [sat.justice.wa.gov.au](http://sat.justice.wa.gov.au)

## Ako trebate prevoditelja ili tumača

Ako imate poteškoća s razumijevanjem ovog vodiča i voljeli biste da vam se prevede na vaš jezik, Institut prevoditelja i tumača Zapadne Australije (WAITI) i Nacionalna agencija za akreditaciju prevoditelja i tumača (NAATI) imaju *online* imenike s popisom kvalificiranih i akreditiranih prevoditelja i tumača koji vam mogu pomoći. Možete isto tako kontaktirati Aboriđinsku službu tumača ZA.

### Aboriđinska služba tumača ZA

Telefon: 0439 943 612

Website: [aiwaac.org.au](http://aiwaac.org.au)

## Ako ste gluhi ili imate poteškoća sa sluhom ili govorom



Koristite Nacionalnu relejnu službu za nazvati bilo koju agenciju navedenu u ovom dijelu. Za više informacija posjetite: [communications.gov.au/accesshub](http://communications.gov.au/accesshub)

## Opći pojmovi

**U ovom su dijelu definicije općih pojmova koji se koriste u Direktivi o zdravstvenoj skrbi u budućnosti.**

### Planiranje skrbi unaprijed

Dobrovoljni proces planiranja zdravstvene i osobne skrbi unaprijed u kojem se nečije vrijednosti, uvjerenja i preferencije daju na znanje kako bi bile vodič kod donošenja odluka u budućnosti kada dotična osoba više ne može sama donositi ili izreći svoje odluke.

### Dokumenti o planiranju skrbi unaprijed

Sveobuhvatan pojam koji uključuje sve dokumente (i zakonski obavezujuće i neobavezujuće) koji nastaju od planiranja skrbi unaprijed. To u ZA uključuje Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti, Obrazac o vrijednostima i preferencijama: Planiranje za svoju buduću skrb, Trajnu ovlast skrbništva i Plan o budućoj skrbi za osobe s nedovoljnom sposobnošću donošenja odluka.

### Plan o budućoj skrbi

Dokumenti koji obuhvaćaju nečija uvjerenja, vrijednosti i preferencije u vezi budućih odluka o skrbi, ali koji ne zadovoljavaju uvjete da budu priznati po zakonu ili općem zakonu zbog nedovoljne kompetencije dotične osobe, nedovoljne sposobnosti za donošenja odluka ili nepostojanje formalnih stvari (poput neadekvatnih podataka za identifikaciju dotične osobe, potpisa i datuma). Plan o budućoj skrbi može biti usmen ili napismeno, s tim da se preferiraju oni u pisanom obliku.

### Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti

Osobno napravljen dokument na dobrovoljnoj osnovi od strane odrasle osobe s punom sposobnošću po zakonu u kojem se usredotočuje na vrijednosti i preferencije dotične osobe u vezi budućih odluka o skrbi uključujući kakav bi ishod i kakvu skrb najviše voljeli.

U njemu se navodi za koje se konkretne vrste liječenja daje pristanak, a koje se odbijaju u konkretnim situacijama i jedino stupa na snagu ako dotična osoba postane nesposobna izreći svoje vlastite želje.

### Sposobnost

Osoba ima sposobnost kada:

- razumije sve informacije ili savjet koji joj se daje kako bi joj se pomoglo donijeti odluku u njezinoj Direktivi o zdravstvenoj skrbi u budućnosti
- razumije vjerojatne posljedice odluke ili odluka koje su naveli u svojoj Direktivi o zdravstvenoj skrbi u budućnosti u vezi njihovog budućeg liječenja i skrbi
- može izvagati moguće stvari za i protiv svojih odluka o svom budućem liječenju i skrbi
- može na neki način priopćiti svoje odluke o budućem liječenju i zdravstvenoj skrbi.

### Ovjerena fotokopija

Fotokopija propisno osvjedočene Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti koja je ovjerena kao neposredna preslika originalnog dokumenta od strane ovlaštenog svjedoka.

### Kraj života

Vremenski okvir tijekom kojeg neka osoba živi sa stanjem koji skraćuje životni vijek ili je potencijalno smrtonosno. Za nekog se smatra da se približava kraju svog života ako je vjerojatno da će umrijeti tijekom narednih 12 mjeseci.

### Trajna punomoć

Dokument u kojem osoba postavlja nekog drugog (koji se zove opunomoćenik) da upravlja njihovim financijskim stvarima.

### Trajna ovlast skrbništva (EPG)

Trajna ovlast skrbništva je zakonski dokument kojim se imenuje trajni skrbnik koji će donositi osobne odluke kao i odluke o načinu života i liječenju u ime davatelja ovlasti u slučaju da davatelj ovlasti nije realno sposoban donositi razumne sudove u vezi tih stvari u budućnosti.



## Trajni skrbnik

Osoba koja je postavljena po Trajnoj ovlasti skrbništva da donosi osobne odluke i odluke vezane uz način života, liječenje i zdravstveno istraživanje u ime davatelja ovlasti.

## Zdravstvena skrb

Zdravstvena skrb može uključivati liječenje, tretmane za održavanje na životu, operacije, liječenje duševnog zdravlja, lijekove, liječenje zubi, trudničku skrb, hitnu njegu, sestrinsku skrb, podijatriju, fizioterapiju, optometriju, psihološku terapiju, zdravstvenu skrb za Aboriđine, radnu terapiju i druge usluge koje pružaju registrirani zdravstveni stručnjaci poput npr. tradicionalne kineske medicine.

## Zdravstveni stručnjak

Bilo koji registrirani stručnjak koji se bavi nekom disciplinom ili profesijom na polju zdravstva koja uključuje primjenu naučenog znanja, uključujući osobe koje pripadaju profesiji specifično definiranoj zakonom.

## LGBTQIA+

Osobe koje se identificiraju kao lezbijke, homoseksualci, biseksualci, transrodne osobe, međuspolne, još nedefinirane, aseksualne i/ili druge osobe različite spolne orijentacije i rodnog identiteta.

## Mjere ili tretmani za održavanje na životu

Medicinski, kirurški ili sestrinski zahvati koji zamjenjuju neku vitalnu tjelesnu funkciju koja nije sposobna samostalno funkcionirati. To uključuje potpomognutu ventilaciju i kardiopulmonalnu reanimaciju.

## Zdravstveno istraživanje

Istraživanje koje se na polju medicine ili zdravstva provodi s ili o pojedincima, ili njihovim podacima ili tkivu i uključuje radnju obavljenu u svrhu takvog istraživanja.

## Palijativna njega

Zdravstvena skrb koja se usredotočuje na poboljšanje kvalitete života osoba koje imaju bolest ili zdravstveno stanje opasne po život, uključujući i njihovu obitelj i skrbnike.

Palijativna njega uvažava osobu i važnost i specifičnost njihove obitelji/skrbnika. Ona uzima u obzir fizički, društveni, financijski i duhovni stres što sve može utjecati na to kako dotična osoba sve to doživljava kao i na sami ishod njihovog liječenja.

## Javni zagovornik

Službenik postavljen po zakonu o Skrbništvu i administraciji iz 1990. godine (*Guardianship and Administration Act 1990*) za zaštitu i promidžbu prava odraslih osoba koje su nesposobne same donositi svoje odluke.

## Državni administrativni tribunal (SAT)

Sudsko pravno tijelo koje po zakonu o Skrbništvu i administraciji iz 1990. godine saslušava predmete koji se odnose na funkcioniranje Trajne ovlasti skrbništva i Direktiva o zdravstvenoj skrbi u budućnosti.

## Odluka o liječenju

Odluka o davanju ili odbijanju davanja pristanka za početak ili nastavak bilo kakvog liječenja.

## Hitno liječenje

Intervencija koja je hitno potrebna za spasiti život pacijenta, spriječiti ozbiljno oštećenje pacijentovog zdravlja ili spriječiti pacijentovu bol i patnju ili spriječiti daljnju jaku bol i stres.

## Ispod su navedeni zdravstveni pojmovi u Direktivi o zdravstvenoj skrbi u budućnosti.

### Antibiotici

Vrsta lijeka kojim se liječe infekcije.

### Umjetna hidratacija

Tečnost koja se kroz cjevčicu daje u venu, tkivo ili želudac.

### Umjetno hranjenje

Hrana koja se daje kroz sondu ili cjevčicu za hranjenje umetnutu kroz nos ili u želudac.

### Krvni proizvodi

Krv sadrži crvena i bijela krvna zrnca, krvne pločice, antitijela i proteine za održavanje na životu, npr. koji sprječavaju krvarenje. Pojam 'krvni proizvodi' uključuje sve proizvode koji potječu od nekog krvnog sastojka.

### Transfuzija krvi

Krv ili krvni proizvodi koji se pacijentu kroz cjevčicu daju u krvnu žilu.

### Kardiopulmonalna reanimacija (CPR)

Hitne mjere koje održavaju srce da i dalje pumpa (pritiskanjem na grudni koš i/ili korištenjem defibrilatora) i potpomognuta ventilacija kada se srce i/ili disanje zaustave.

### Kemoterapija

Lijekovi kojima se liječi rak. Kemoterapija uključuje korištenje lijekova za ubijanje ili zaustavljanje širenja kancerogenih stanica po tijelu.

### Dijaliza

Postupak koji se obično poduzima kod pacijenata sa zatajenjem bubrega kako bi se otklonile otpadne tvari iz krvi i ispravila neravnoteža kod tečnosti i elektrolita.

### Bolest

Oboljenje sa specifičnim i jasno određenim simptomima.

### Intenzivna skrb

Grana medicine koja se bavi pružanjem podrške za održavanje na životu ili za organe za osobe koje su kritično bolesne i kojima je potreban intenzivan nadzor. Poznata također i kao medicina za kritičnu skrb.

### Intubacija i ventilacija

Zdravstveni postupci koji se koriste kada neka osoba nije sposobna samostalno disati. Intubacija je uvlačenje cjevčice (obično kroz usta) u pacijentova pluća. Ventilacija je radnja puštanja zraka kroz tu cjevčicu.

### Intravenozno

Ta riječ znači 'u venu'. Na primjer, intravenozne tekućine su tekućine koje se daju injekcijom ili infuzijom u pacijentove vene.

### Bolest/stanje opasno po život

Bolest, stanje ili povreda koji će vjerojatno rezultirati smrću osobe, a ne samo umirući stadij kada se smrt očekuje uskoro.

### Lijek za ublažavanje boli

Bilo koji lijek čija je svrha smanjivanje bolova. Lijekovi za bolove mogu se davati na razne načine uključujući uzimanje kroz usta, putem injekcije ili kroz flaster koji se nalijepi na kožu.

### Pacijent

Bilo koja osoba kojoj treba liječenje.

### Paraliza

Gubitak sposobnosti korištenja ili kontrole nad izvjesnim mišićima u tijelu. Paraliza je često uzrokovana oštećenjem živca.

### Sepsa

Stanje opasno po život koje nastaje kada tijelo ošteti svoje vlastito tkivo i organe uslijed reakcije na neku infekciju, Sepsa može dovesti do septičnog šoka, otkazivanja organa, pa čak i smrti ako nije dijagnosticirana i liječena na vrijeme.

### Moždani udar

Nagli gubitak moždane funkcije prouzročen začepjenjem ili prsnućem neke krvne žile u mozgu, karakteriziran gubitkom kontrole and mišićima, smanjenjem ili gubitkom osjeta ili svijesti, vrtoglavicom, nerazgovjetnim govorom ili drugim simptomima koji se razlikuju po opsegu i težini oštećenja mozga.

## Primjer ispunjene Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti

Na sljedećim stranicama je primjer ispunjene Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti. Na to se možete referirati za pomoć kod pripremanja i ispunjavanja vlastite Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti.

Upamtite, ispunjavanje Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti uzme vremena. Ne morate sve ispuniti odjednom. To možete učiniti u dijelovima.

### Umeci priloženi uz ovaj vodič

Prazan primjerak Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti priložen je kao umetak s ovim vodičem.

Priložene su i dodatne stranice za korištenje ako:

- vam treba više prostora za ispuniti Dio 4.2 – Druge odluke o liječenju
- ste za pravljenje svoje Direktive o zdravstvenoj skrbi u budućnosti angažirali usluge prevoditelja
- koristite bilo koji znak umjesto potpisa za potpisati svoju Direktivu o zdravstvenoj skrbi u budućnosti.

Ti su dokumenti također na raspolaganju na [healthywa.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectives](https://healthywa.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectives).



# Advance Health Directive

**This form is for people who want to make an Advance Health Directive in Western Australia.**

**To make an Advance Health Directive, you **must** be 18 years or older and have full legal capacity.** Your Advance Health Directive is about your future treatment. It will only come into effect if you are unable to make reasonable judgements or decisions at a time when you require treatment.



Part 4 marked with this symbol, contains your treatment decisions. If you choose not to make any treatment decisions in Part 4, then the document is not considered a valid Advance Health Directive under the *Guardianship and Administration Act 1990*.

**Please tick the box below to indicate that by making this Advance Health Directive you revoke all prior Advance Health Directives completed by you.**

In making this Advance Health Directive, I revoke all prior Advance Health Directives made by me.

This form includes instructions to help you complete your Advance Health Directive. For more information on how to complete the form and to see examples, please read the *A Guide to Making an Advance Health Directive in Western Australia*.

Before you make your Advance Health Directive, you are encouraged to seek medical and/or legal advice, and to discuss your decisions with family and close friends. It is important that people close to you know that you have made an Advance Health Directive and where to find it. Once you complete your Advance Health Directive, it is recommended that you:

- store the original in a safe and accessible place
- tell your close family and friends that you have made an Advance Health Directive and where to find it
- upload a copy of your Advance Health Directive to My Health Record – this will ensure that your Advance Health Directive is available to your treating doctors if it is needed
- give a copy of your Advance Health Directive to health professionals regularly involved in your healthcare (for example, your General Practitioner (GP), a hospital you attend regularly, and/or other health professionals involved in your care).

If English is not your first language, you may choose to engage a translator. Western Australian Institute of Translators and Interpreters (WAITI) and National Accreditation Authority for Translators and Interpreters (NAATI) have online directories which list qualified and credentialed translators able to assist you.



## Advance Health Directive

### Part 1: My personal details

#### You must complete this section

You **must** complete this section.

You **must** include the date, your full name, date of birth and address.

This Advance Health Directive is made under the **Guardianship and Administration Act 1990 Part 9B** on the:

of:	15th	(day)
	October	(month)
	2021	(year)
by:	Marie Catherine Richards	(name)

Full name	Marie Catherine Richards		
Date of birth	3rd October 1951		
Address	5 Richmond Street		
	Canning Vale	WA	6155
	Suburb	State	Postcode
Phone number	9000 0000		
Email	marierichards@gmail.com.au		

## Part 2: My health

### 2.1 My major health conditions

**Use Part 2.1 to list details about your major health conditions (physical and/or mental).**

**Cross out Part 2.1 if you do not want to complete it.**

Please list any major health conditions below:

*I was diagnosed with bowel cancer 7 years ago. I had surgery and chemotherapy.*

*I am in remission but have been told there is a chance the cancer may come back.*

*I also have high blood pressure and cholesterol. I am on medication for the blood pressure.*

### 2.2 When talking with me about my health, these things are important to me

**Use Part 2.2 to provide information about what is important to you when talking about your treatment.**

This might include:

- How much do you like to know about your health conditions?
- What do you need to help you make decisions about treatment?
- Would you like to have certain family members with you when receiving information from your health professionals?

**Cross out Part 2.2. if you do not want to complete it.**

Please describe what is important to you when talking to health professionals about your treatment:

*I like to know as much as I can about all my health conditions.*

*It takes me a long time to understand what my GP and health professionals tell me in appointments. I like to take my son with me to appointments – he knows how best to explain everything to me.*

### Part 3: My values and preferences

This part encourages you to think about your values and preferences relating to your health and care now and into the future. This may help you to decide what future treatment decisions you want to make in Part 4: My Advance Health Directive Treatment Decisions.

In this part, you are not making decisions about your future treatment. Use Part 4 to make decisions about your future treatments.

**Cross out any parts that you do not want to complete.**

#### 3.1 These things are important to me

**Use Part 3.1 to provide information about what 'living well' means to you now and into the future.**

This might include:

- What are the most important things in your life?
- What does 'living well' mean to you?

**Cross out Part 3.1 if you do not want to complete it.**

Please describe what 'living well' means to you now and into the future. Use the space below and/or tick which boxes are important for you.

Please describe:

*My family and friends are the most important thing in my life. I also like to go to my local lawn bowls at the community centre where I have a regular group of friends that I bowl with every week. I would like to keep visiting them and bowling for as long as I can.*

- Spending time with family and friends
- Living independently
- Being able to visit my home town, country of origin, or spending time on country
- Being able to care for myself (e.g. showering, going to the toilet, feeding myself)
- Keeping active (e.g. playing sport, walking, swimming, gardening)
- Enjoying recreational activities, hobbies and interests (e.g. music, travel, volunteering)
- Practising religious, cultural, spiritual and/or community activities (e.g. prayer, attending religious services)
- Living according to my cultural and religious values (e.g. eating halal, kosher foods only)
- Working in a paid or unpaid job

## Part 3: My values and preferences

### 3.2 These are things that worry me when I think about my future health

**Use Part 3.2 to provide information about things that worry you about your future health.**

This might include:

- Being in constant pain.
- Not being able to make your own decisions.
- Not being able to care for yourself.

**Cross out Part 3.2 if you do not want to complete it.**

Please describe any worries you have about the outcomes of future illness or injury:

*I have occasional aches and pains that come with being 70 years old but I really worry about constant pain. I don't think I could cope if I was always in pain.*

*I also worry about my family and friends not being able to understand me and about not being able to communicate as I have always done.*

### 3.3 When I am nearing death, this is where I would like to be

**Use Part 3.3 to indicate where you would like to be when you are nearing death.**

When you are nearing death, do you have a preference of where you would like to spend your last days or weeks?

**Cross out Part 3.3. if you do not want to complete it.**

Please indicate where you would like to be when you are nearing death. Tick the option that applies you. You can provide more detail about the option you choose in the space below.

- I want to be at home – where I am living at the time
- I do not want to be at home – provide more details below
- I do not have a preference – I would like to be wherever I can receive the best care for my needs at the time
- Other – please specify:

Please provide more detail about your choice:

*I would really like to stay at home for as long as possible. If my family find it too hard to look after me at home, then I understand it will be best if I move into a nursing home. I trust them to choose a home that is right for me.*



## Part 3: My values and preferences

### 3.4 When I am nearing death, these things are important to me

Use Part 3.4 to provide information about what is important to you when you are nearing death.

This might include:

- What would comfort you when you are dying?
- Who would you like around you?

Cross out Part 3.4 if you do not want to complete it.

Please describe what is important to you and what would comfort you when you are nearing death. Use the space below and/or tick which boxes are important for you.

Please describe: *I grew up on a farm in the country so I would really like to visit the countryside and be near open spaces as I am nearing death.*

- I do not want to be in pain, I want my symptoms managed, and I want to be as comfortable as possible. (Please provide details of what being comfortable means to you)

- I want to have my loved ones and/or pets around me (Please provide details of who you would like with you)

*I would like my sister, my children, grandchildren and my dog, Abbey, to be with me.*

- It is important to me that cultural or religious traditions are followed (Please provide details of any specific traditions that are important for you)

- I want to have access to pastoral/spiritual care (Please provide details of what is important for you)

- My surroundings are important to me (e.g. quiet, music, photographs) (Please provide details of what is important for you.)

**Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions**

This part of your Advance Health Directive contains treatment decisions in respect of your future treatment. A **treatment** is any medical or surgical treatment including palliative care and life-sustaining measures (such as assisted ventilation and cardiopulmonary resuscitation), dental treatment, or other healthcare.

A **treatment decision** in an Advance Health Directive is a decision to consent or refuse consent to the commencement or continuation of any treatment and includes a decision to consent or refuse consent to the commencement or continuation of the person's participation in medical research. This decision applies at any time you are unable to make reasonable judgements in respect of that treatment.

Treatment to which you consent in this Advance Health Directive can be provided to you. Treatment to which you refuse consent to in this Advance Health Directive cannot be provided to you. Your enduring guardian or guardian or another person cannot consent or refuse consent on your behalf to any treatment to which this Advance Health Directive applies.

It is recommended that you discuss your treatment decisions with your doctor before completing this part.

**Cross out any parts if you do not want to complete them.**

**Note: You MUST make at least one treatment decision within Part 4 to make a valid Advance Health Directive.**

**Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions**



**4.1 Life-sustaining treatment decisions**

**Use Part 4.1 to indicate your instructions for future life-sustaining treatments.**

You can give an overall instruction or list individual treatments that you consent or refuse consent to receiving in future. You can also list circumstances in which you consent or refuse consent to a particular treatment.

Life-sustaining treatments are treatments used to keep you alive or to delay your death.

Read all options before making a decision. The options are over 2 pages.

**Cross out Part 4.1 if you do not want to complete it.**

**Note: You must make at least one treatment decision within Part 4 to make a valid Advance Health Directive.**

If I do not have the capacity to make or communicate treatment decisions about my healthcare in the future, I make the following decisions about life-sustaining treatment:

**Tick only one of the following options. If you choose Option 4, complete the table overleaf.**

**Option 1**  **I consent to all treatments aimed at sustaining or prolonging my life.**

Or

**Option 2**  **I consent to all treatments aimed at sustaining or prolonging my life unless it is apparent that I am so unwell from injury or illness that there is no reasonable prospect that I will recover to the extent that I can survive without continuous life-sustaining treatments. In such a situation, I withdraw consent to life-sustaining treatments.**

Or

**Option 3**  **I refuse consent to all treatments aimed at sustaining or prolonging my life.**

Or

**Option 4**  **I make the following decisions about specific life-sustaining treatments as listed in the table below. (Tick a box in each row of the table).**

Or

**Option 5**  **I cannot decide at this time.**

**Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions**



**4.1 Life-sustaining treatment decisions** *continued*

**Please complete this table if you have ticked Option 4 above.  
If you have ticked Option 1, 2, 3 or 5, do not complete this table.**

This table lists some common life-sustaining treatments. Use the boxes to indicate which treatments you consent to or refuse consent to receiving. You can also list circumstances in which you consent to treatment. There is also space for you to add any life-sustaining treatments not listed here.

Tick one box per row in the table below.

If you choose Option B for any treatments, please specify the circumstances in which you consent to the treatment.

Life-sustaining treatment	A. I consent to this treatment in all circumstances	B. I consent to this treatment in the following circumstances	C. I refuse consent to this treatment in all circumstances	D. I cannot decide at this time
<b>CPR</b> Cardiopulmonary resuscitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			
<b>Assisted ventilation</b> A machine that helps you breathe using a face mask or tube	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment? <i>Only if this treatment was temporary and if I could then return home, even with oxygen. I do not want to be permanently on a breathing machine in hospital or in a nursing home.</i>			
<b>Artificial hydration</b> Fluids given via a tube into a vein, tissues or the stomach	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			
<b>Artificial nutrition</b> A feeding tube through the nose or stomach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			

**Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions**



**4.1 Life-sustaining treatment decisions** *continued*

Life-sustaining treatment	A. I consent to this treatment in all circumstances	B. I consent to this treatment in the following circumstances	C. I refuse consent to this treatment in all circumstances	D. I cannot decide at this time
Receiving blood products such as a blood transfusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?				
Antibiotics Drugs given to help fight infection, given by mouth, injection or by drip tube	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?				
<b>Use the boxes below to list any other life-sustaining treatments you do/do not consent to receive:</b>				
Other life-sustaining treatment (1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
State the treatment: _____ _____ _____	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			
Other life-sustaining treatment (2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
State the treatment: _____ _____ _____	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			



**Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions**



**4.2 Other treatment decisions**

**Use Part 4.2 to indicate your decisions for other (non-life-sustaining) treatments.**

There are a range of other treatments that may be options for you in future.

Examples include treatments for mental health (e.g. electroconvulsive therapy) and drugs used to prevent certain health conditions (e.g. aspirin, cholesterol treatments).

When making the treatment decision, list the circumstances in which you want your decision to apply (e.g. in all circumstances, or specify particular circumstances).

A treatment decision only applies in the circumstances you specify.

Please ensure you indicate in the 'My treatment decisions' column whether you consent or refuse consent to any treatment you refer to.

If you need more space, use the blank My Advance Health Directive treatment decisions form provided as an insert with the Advance Health Directive form.

**Cross out Part 4.2 if you do not want to complete it.**

**Note: You must make at least one treatment decision within Part 4 to make a valid Advance Health Directive.**

Health circumstances	My treatment decisions
<i>I have very high cholesterol</i>	<p><i>Do not give me cholesterol absorption inhibitors.</i></p> <p><i>I cannot tolerate the side effects.</i></p>

I have made more treatment decisions using the template and attached \_\_\_\_\_ (specify number of pages) additional pages.

## Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



### 4.3 Medical research

**Use Part 4.3 to provide treatment decisions about the types of medical research you consent or refuse consent to take part in, and any circumstances in which these decisions apply.**

Taking part in medical research may be an option for you even if you are unable to make or communicate decisions.

A treatment decision may include deciding whether to start or continue to take part in medical research. Your involvement in medical research, and any treatments you receive as part of the medical research, must be consistent with what you have agreed in your Advance Health Directive. The decisions you make in your Advance Health Directive about participating in medical research only operate while you are alive.

If you do not make a decision about participation in medical research, Part 9E of the *Guardianship and Administration Act 1990* will operate as to how decisions will be made about participation in medical research.

**Cross out Part 4.3 if you do not want to complete it.**

**Note: You must make at least one treatment decision within Part 4 to make a valid Advance Health Directive.**

Please tick a box showing whether you consent to taking part in the listed medical research activities and the circumstances in which you would consent. You may tick more than one circumstance for each research activity.

**Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions**



**4.3 Medical research *continued***

Research Activities	I consent to taking part in the following circumstance(s):				I do not consent
	Where I require urgent treatment to save my life, or to prevent serious damage to my health, or to prevent me suffering or continuing to suffer significant pain and distress.	Where the medical research may improve my condition or illness.	Where the medical research may not improve my condition or illness but may lead to a better understanding of my condition or illness in the future.	Where there are no other treatment options.	
The administration of pharmaceuticals or placebos (inactive drug)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
The use of equipment or a device	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Providing health care that has not yet gained the support of a substantial number of practitioners in that field of health care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Providing health care to carry out a comparative assessment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.3 Medical research *continued*

Research Activities	I consent to taking part in the following circumstance(s):				I do not consent
	Where I require urgent treatment to save my life, or to prevent serious damage to my health, or to prevent me suffering or continuing to suffer significant pain and distress.	Where the medical research may improve my condition or illness.	Where the medical research may not improve my condition or illness but may lead to a better understanding of my condition or illness in the future.	Where there are no other treatment options.	
Taking blood samples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taking samples of tissue or fluid from the body, including the mouth, throat, nasal cavity, eyes or ears	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Any non-intrusive examination of the mouth, throat, nasal cavity, eyes or ears	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A non-intrusive examination of height, weight or vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Being observed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Undertaking a survey, interview or focus group	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions**



**4.3 Medical research *continued***

Research Activities	I consent to taking part in the following circumstance(s):				I do not consent
	Where I require urgent treatment to save my life, or to prevent serious damage to my health, or to prevent me suffering or continuing to suffer significant pain and distress.	Where the medical research may improve my condition or illness.	Where the medical research may not improve my condition or illness but may lead to a better understanding of my condition or illness in the future.	Where there are no other treatment options.	
Collecting, using or disclosing information, including personal information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Considering or evaluating samples or information taken under an activity listed above	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Any other medical research not listed above	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>



## Part 5: People who helped me complete this form

### 5.1 Did you use the services of a translator when completing this form?

Use Part 5.1 to show whether you engaged a translator in completing this form.

If English is not your first language, you can engage a translator when completing this form.

If you engaged a translator when making this Advance Health Directive, you and your translator should complete the translator statement provided in the *A Guide to Making an Advance Health Directive in Western Australia* and attach it to your Advance Health Directive.

**Cross out Part 5.1 if you do not want to complete it.**

Tick the option that applies to you:

<b>Option 1</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	English is my first language – I did not need to engage a translator.
<b>Option 2</b>	<input type="checkbox"/>	English is <b>not</b> my first language – I engaged a translator when making this Advance Health Directive and I have attached a translator statement.
<b>Option 3</b>	<input type="checkbox"/>	English is <b>not</b> my first language – I did <b>not</b> engage a translator when making this Advance Health Directive.

**Part 5: People who helped me complete this form**

**5.2 Have you made an Enduring Power of Guardianship (EPG)?**

**Use Part 5.2 to indicate whether you have made an Enduring Power of Guardianship (EPG) and provide details if relevant.**

An Enduring Power of Guardianship (EPG) allows you to name and legally appoint one or more people to make decisions about your lifestyle and healthcare if you lose capacity.

A person you appoint to make decisions on your behalf is called an enduring guardian.

An enduring guardian cannot override decisions made in your Advance Health Directive.

**Cross out Part 5.2 if you do not want to complete it.**

Tick the option that applies to you:

<b>Option 1</b>	<input type="checkbox"/> I have <b>not</b> made an Enduring Power of Guardianship.
<b>Option 2</b>	<input checked="" type="checkbox"/> I <b>have</b> made an Enduring Power of Guardianship.

My EPG was made on:

10th	(day)
of: March	(month)
2015	(year)

My EPG is kept in the following place (be as specific as possible):

The top drawer of my office drawers with my birth certificate.

**I appointed the following person/s as my enduring guardian:**

Name: Anna Falkner	Phone: 9222 0000
--------------------	------------------

Joint Enduring Guardian (if appointed):

Name: <input type="text"/>	Phone: <input type="text"/>
----------------------------	-----------------------------

**Substitute enduring guardian/s (if any):**

Name: <input type="text"/>	Phone: <input type="text"/>
----------------------------	-----------------------------

Other substitute enduring guardian (if more than one):

Name: <input type="text"/>	Phone: <input type="text"/>
----------------------------	-----------------------------

## Part 5: People who helped me complete this form

### 5.3 Did you seek medical and/or legal advice about making this Advance Health Directive?

Use Part 5.3 to indicate whether you obtained medical and/or legal advice before making this Advance Health Directive and provide details if relevant.

You are encouraged (but not required) to seek medical and/or legal advice to make an Advance Health Directive.

Cross out Part 5.3 if you do not want to complete it.

#### Medical advice

Option 1

I did **not** obtain medical advice about the making of this Advance Health Directive.

Option 2

I **did** obtain medical advice about the making of this Advance Health Directive.

I obtained medical advice from:

Name:

*Dr Alan Ng*

Phone:

*9000 0000*

Practice:

*Shepperton Road Family Practice*

#### Legal advice

Option 1

I did **not** obtain legal advice about the making of this Advance Health Directive.

Option 2

I **did** obtain legal advice about the making of this Advance Health Directive.

I obtained legal advice from:

Name:

Phone:

Practice:

**Part 6: Signature and witnessing**

**You must complete this section**

- You **must** sign this Advance Health Directive in the presence of 2 witnesses. If you are physically incapable of signing this Advance Health Directive, you can ask another person to sign for you. You must be present when the person signs for you.
- 2 witnesses must be present when you sign this Advance Health Directive or when another person signs for you.
- Each of the witnesses must be 18 years of age or older and cannot be you or the person signing for you (if applicable).
- At least one of the witnesses must be authorised by law to take statutory declarations.
- The witnesses must also sign this Advance Health Directive. Both witnesses must be present when each of them signs. You and the person signing for you (if applicable) must also be present when the witnesses sign.

**You must sign this form in the presence of 2 witnesses. Both witnesses must be present when you sign this form. The witnesses must sign in each other's presence.**

Signed by: (signature of person making this Advance Health Directive)



Date: (dd/mm/year)

**Or**


Signed by: (name of person who the maker of Advance Health Directive has directed to sign)

Date: (dd/mm/year)


In the presence of, and at the direction of: (insert name of maker of Advance Health Directive)

Date: (dd/mm/year)

Witnessed by a person authorised by law to take statutory declarations:

Authorised witness's signature:	
Authorised witness's full name:	Georgina Tulloch
Address:	16 Wallock Street, West Leederville, WA 6007
Occupation of authorised witness:	Teacher
Date: (dd/mm/year)	04/08/2022

And witnessed by another person:

Witness's signature:	
Witness's full name:	Robert Williams
Address:	45 Fort Avenue, Wembley, WA 6014
Date: (dd/mm/year)	04/08/2022







Ovaj dokument se na zahtjev može učiniti dostupnim u alternativnim formatima ili na zahtjev za osobe s invaliditetom (kontaktirajte 9222 2300 ili [acp@health.wa.gov.au](mailto:acp@health.wa.gov.au)).

© Department of Health 2022

Autorsko pravo za ovaj materijal pripada saveznoj državi Zapadnoj Australiji osim ako nije drugačije naznačeno. Osim razumnog korištenja istog u svrhe privatnog studiranja, istraživanja, kritike ili revizije kao što je dopušteno odredbama *Zakona o autorskim pravima iz 1968. godine*, nijedan dio se nikako ne smije reproducirati ili ponovno koristiti u bilo koju drugu svrhu bez prethodne pismene suglasnosti od strane savezne države Zapadne Australije.