

# PROJECTO E ACTIVIDADE DA COMISSÃO DE ÉTICA DO HOSPITAL GARCIA DE ORTA

PEDRO PONCE

Comissão de Ética do Hospital Garcia de Orta. Almada

## RESUMO

A Comissão de Ética do Hospital Garcia de Orta divulga os seus estatutos, para relectir em seguida sobre a sua actividade inicial e as suas políticas em alguns dos problemas bioéticos mais frequentes na vida do hospital, nomeadamente no que diz respeito à prescrição de não ressuscitação e à suspensão de cuidados médicos na doença terminal.

## SUMMARY

### **Ethics Committee Report from Garcia de Orta Hospital**

The recently formed Ethics Committee of Garcia de Orta Hospital, reports on its bylaws and comments on its policy and approach to several of the most common ethical problems in our hospital, such as Do Not Resuscitation Orders and Withholding and Withdrawing life-sustaining treatment.

## INTRODUÇÃO

Nos últimos 15 anos assistimos a uma explosão no debate de questões de bioética nos cuidados de saúde, quer na literatura médica, quer nos meios de informação em geral.

Foram vários os factores que contribuíram para este aumento de interesse sem precedentes, entre eles uma evolução tecnológica desproporcional à evolução do nosso conhecimento da etiopatogenia e tratamento das doenças, que permite manter vivos em ambiente de cuidados intensivos doentes sem esperança de sobreviverem a esse internamento; a violação frequente da dignidade e do respeito pela morte no hospital moderno; o aumento exponencial dos custos da saúde e o racionamento dos recursos que são finitos; a ênfase crescente na liberdade e autonomia do indivíduo associada à despromoção social de alguns grupos (velhos, seropositivos, deficientes...), e o risco crescente do litígio judicial por negligência.

Só a partir de 1982 surgem as primeiras publicações na literatura médica, dando conta da actividade de Comissões de Ética hospitalares, criadas em resposta à necessidade de conciliar a ética médica tradicional, essencialmente apoiada nos princípios da beneficência e da não maleficência, com a evolução do sentir das sociedades no plano moral, económico e legal.

Em resposta a este desafio, o Hospital Garcia de Orta (HGO) dispõe, tal como muitos outros hospitais, de uma

Comissão de Ética (CE) em funções desde o início do ano de 1993.

As funções destas Comissões, a sua dependência funcional e os estatutos que as regem e regulamentam a sua interacção com a vida do Hospital, têm sido deixadas ao critério dos seus membros, não sendo frequentes as iniciativas organizadas que fomentem as trocas de experiência e informação inter-hospitalar e acima de tudo que avaliem criticamente o valor e a utilidade do trabalho desenvolvido para as instituições.

Pretendemos com este trabalho, divulgar alguns aspectos da orgânica, da actividade desenvolvida e projectos da CE do HGO, convidando outras Comissões congéneres a debater a nossa experiência.

## ESTATUTOS DA CE DO HGO

**A - CONSTITUIÇÃO:** A Comissão de Ética é nomeada pela Direcção Clínica por períodos de 3 anos.

A Comissão de Ética é constituída por 4 médicos, um deles presidindo à Comissão, um jurista, uma enfermeira, uma assistente social, o capelão do hospital, um representante da comunidade de utentes do hospital, e outros técnicos ou consultores julgados uteis em circunstâncias pontuais.

**B - ATRIBUIÇÕES E FUNCIONAMENTO:** A Comissão de Ética funciona como um órgão consultivo da Direc-

ção Clínica. Os médicos, enfermeiros e outros funcionários do hospital, poderão consultar por sua livre iniciativa a Comissão.

A Comissão de Ética não é um organismo de vigilância e policiamento da actividade dos trabalhadores do hospital, e a sua consulta não é em nenhuma circunstância compulsiva.

Qualquer pedido de consulta deverá ser entregue por escrito no secretariado da Direcção Clínica (ext: 2000), e será respondido igualmente por escrito com a urgência que a situação exija.

O presidente da C.E., ou quem o substitua, distribuirá cada consulta ao membro da Comissão do pelouro respectivo, que após estudar e discutir o problema com as partes interessadas, está mandatado para tomar uma decisão final em nome da Comissão no mais curto prazo possível.

A Comissão de Ética pode ser consultada nas seguintes áreas:

1 - Aprovação de protocolos de investigação clínica a desenvolver no HGO. O pedido de aprovação e o respectivo protocolo, incluindo sempre os textos de consentimento informado para o doente assinar e o de explicação do protocolo ao doente, são entregues na Direcção Clínica que os remete à C.E.

2 - Suspensão de medidas terapêuticas de suporte de vida

3 - Prescrição de não ressuscitação

4 - Diagnóstico de Morte Cerebral e Protocolo de Colheita de Órgãos

5 - Interrupção da Gravidez e outros problemas na área Materno-Infantil.

6 - Outros aspectos Médico-Legais da prestação de cuidados de saúde.

C - A Comissão de Ética reúne regularmente com os seguintes objectivos:

1 - Analisar criticamente o trabalho desenvolvido por cada um dos seus membros nos intervalos entre as reuniões.

2 - Debater os vários aspectos éticos mais controversos na vida do hospital, estabelecendo doutrina tão uniforme e consensual quanto possível no seio da Comissão, que permita aos seus membros tomar individualmente em situações de urgência decisões em nome da Comissão.

3 - Preparação de acções de divulgação nos vários serviços do hospital das políticas da CE nos vários problemas bioéticos.

## DISCUSSÃO DOS ESTATUTOS

A composição da CE, com representação dos vários sectores interessados na discussão dos problemas éticos mais frequentes na vida de um hospital, obedece a figurinos utilizados noutras comissões congéneres, e tem-se revelado na nossa experiência plenamente justificada pela participação muito activa de todos os seus elementos sem excepção.

A não obrigatoriedade de consulta da CE, é para nós um aspecto fundamental. Na realidade, consideramos que a fórmula de maior sucesso na resolução da maioria dos problemas éticos na vida do hospital, envolve apenas a equipa que trata directamente o doente, com um conhecimento privilegiado das nuances desse caso e uma relação mais sólida com os interessados.

À comissão caberia preferencialmente fornecer suporte doutrinário nos problemas mais complexos, orientando e moldando a estratégia individual de cada profissional de saúde, apenas arbitrando disputas éticas quando a via tradicional da relação do médico-doente ou seu representante falhou.

Tivemos também a preocupação de dar à CE a capacidade de resposta e de intervenção no terreno num prazo tão curto que não seria compatível com discussões colegiais de cada caso. Respondemos assim, às críticas mais frequentes feitas em todo o mundo às Comissões de Ética, a incompetência técnica dos membros que em geral as integram e a burocratização da sua metodologia de trabalho, o que a torna basicamente inútil nos problemas reais do dia a dia e pouco popular junto do pessoal do hospital.

Assim, preferimos o debate profundo no seio da comissão das normas de conduta estabelecidas para cada problema, de modo a que cada elemento da comissão a quem o caso é distribuído o resolva em nome da CE, sózinho ou com o apoio de quem ele seleccionar, e nos traga na reunião seguinte o feed-back dessa experiência. Este acumular de precedentes constitui um património inestimável e a principal forma de aprendizagem da comissão.

No que diz respeito às áreas de intervenção, a nossa maior solicitação tem sido a aprovação de protocolos de investigação clínica a praticar no hospital.

Infelizmente, para nossa criatividade e verdadeira produção científica, tratam-se em geral de protocolos propostos pela indústria farmacêutica de estudos multicentricos já em curso em outras instituições.

Apesar de estarem já aprovados nessas instituições, em geral estes protocolos não estão completos naquilo que é mais importante analisar por uma CE.

Com efeito, o mérito científico da metodologia e a sensatez do tipo de intervenção diagnóstica ou terapêutica raramente estão em causa neste tipo de protocolos, todos eles afirmando a aderência à declaração de Helsinquia, mas se a minuta de consentimento informado que o doente deverá assinar aparece na maioria, já é raro ser submetido à nossa apreciação o texto de base para prestar informação ao doente, o que constitui causa de devolução do protocolo para revisão. Como afirmou o juiz do tribunal de recurso de Los Angeles no caso *Demers vs Gerety A signed form may constitute evidence that the patient consented to a procedure, but does not prove that the consent was informed.*

Em relação aos pontos B4 e B5 do estatuto existe legislação no nosso país relativamente actualizada, que a CE se limitou a integrar num conjunto de normas adaptadas à instituição que facilitem ao aplicador o processo de decisão.

Os dois aspectos mais controversos e complexos da nossa actuação são, no entanto, os pontos B2 e B3, isto é, a prescrição de não ressuscitação e a suspensão de cuidados médicos.

A nossa política nestas 2 áreas, que agora publicamos depois de aprovadas na CE, tem sido divulgada no hospital através de reuniões clínicas em vários departamentos. Os dois documentos têm recolhido apoio entre os nossos colegas, que em geral se manifestam a favor de um documento mais normativo e rígido, cómodo por retirar a responsabilidade moral e profissional aos seus aplicadores, mas manifestamente perigoso e difícil de concretizar.

dúvidas dessa decisão se chamados a qualquer hora do dia ou da noite.

Principalmente nos doentes em cuidados intensivos ou intermédios, a prescrição de NR deve ser revista no máximo de 3 em 3 dias, pois não é irreversível e pode ser alterada em função duma mudança de opinião do doente ou duma alteração clínica avaliada pelo médico.

A prescrição de NR apenas torna o doente não candidato a RCR, continuando este a beneficiar de todas as técnicas diagnósticas e terapêuticas disponíveis para os doentes do hospital e que possam ser benéficas na sua situação.

## DISCUSSÃO DOS DOIS DOCUMENTOS

A CE entendeu que não é possível hoje em dia tentar sequer criar normas de conduta nestas áreas sem uma obediência fiel ao que na terminologia criada por Luce se denominou como o princípio da autonomia, que no sentir da sociedade civil e da hierarquia religiosa na última década se tem vindo a sobrepôr ao princípio da beneficência, com o qual entra por vezes em colisão. É curioso verificar que o Vaticano que na sua declaração sobre eutanásia de 1980 atribui ao médico, como perito, a capacidade de decidir interromper uma terapêutica que seja um investimento desproporcional aos resultados previstos... *ou que mantenha um sofrimento desproporcional aos benefícios prováveis...* vem no seu Novo Catecismo em 1992, parágrafo 2279, entregar *ao doente ou ao seu legítimo representante* a decisão da interrupção terapêutica.

Infelizmente, entre nós tal como na maioria dos grandes centros, quando o problema da eventual suspensão de cuidados médicos se apresenta espontaneamente, mais de 95% dos doentes perderam já a capacidade de participar nessas decisões ou porque estão comatosos, sob ventilação mecânica ou sem competência para entenderem a natureza do problema quer pela doença de base quer pelo tipo de medicação a que estão sujeitos.

A extensão a estes doentes do princípio da autonomia requer, portanto, a utilização de um representante do doente, em geral um familiar.

Na nossa experiência e na de outros (Seckler - 1991), os familiares são em geral maus representantes, pouco objetivos, utilizam como elementos de decisão receios e expectativas pessoais, o medo do remorso futuro, condicionalismos económicos mais ou menos legítimos, sem nunca conseguirem o que na realidade se pretende, isto é, colocarem-se na posição do doente e decidirem como ele faria nessas circunstâncias.

Ao longo dos dois documentos acentuámos repetidamente que o processo mais eficaz de resolução dos problemas éticos mais complexos, é o debate contínuo do caso entre a equipa que trata directamente o doente e este ou o seu representante. Nenhuma decisão deve ser executada sem o consenso de todos os intervenientes, se algém está desconfortável com uma decisão, esta deve ser adiada e o debate prosseguir até à unanimidade ou a eventual solicitação da arbitragem da CE ou quem o chefe da equipa julgar mais útil.

Não conseguimos nesta fase eliminar conceitos pouco precisos como futilidade ou utilidade de um procedimento diagnóstico ou de uma terapêutica. A sua utilização esconde alguns riscos recentemente analisados por Truog e Brett, pois são conceitos de probabilidade e encerram em

si juízos de valor comparativo que gostaríamos de eliminar, no entanto, repudiamos por agora as tentativas de os definir operacionalmente como as de Shneiderman por nos parecerem ainda mais perigosas.

A CE, tal como praticamente toda a escola de bioética internacional considera que a interrupção de uma terapêutica já iniciada é tão legítima como não iniciar uma que julgemos inútil. Esta nossa opinião, pela primeira vez ratificada pelo juiz do supremo tribunal do condado de Los Angeles no caso Barber vs o povo de L.A., colide no entanto, na nossa interpretação, com o espírito da lei portuguesa em que o iniciar uma terapêutica que à luz dos conhecimentos médicos actuais não vai trazer qualquer benefício para o doente, prolongando o seu sofrimento, é admissível, ao passo que a interrupção de outra medida já iniciada, igualmente *inútil*, mas que sustenta a vida do doente é condenada.

A posição do legislador tem como risco que um doente em estadio terminal e com muito pouca probabilidade de beneficiar de uma terapêutica nunca venha a experimentá-la, quando seria mais legítimo que a decisão sobre a utilidade desse tratamento fosse tomada só após um período estipulado de teste, vindo depois a ser interrompido se não tivesse sucesso ou qualquer utilidade quer na obtenção da melhoria clínica quer no alívio do sofrimento.

Preocupados como estamos essencialmente com a relação staff/doente dentro da instituição, recomendamos a luta intransigente pela defesa dos direitos de cada doente individualmente, pedindo ao médico que ao lidar com cada caso não confunda nem subalternize o seu papel enquanto médico na defesa desse doente, em relação ao papel de cidadão, ou de gestor da justiça social e executor do racionamento dos cuidados de saúde, responsabilidades que o médico não pode enjeitar, mas quando a actuar noutra competência.

## CONCLUSÃO

É para nós extremamente frustrante que na clínica do dia a dia, o doente, mercê da sua incapacidade física ou mental, raramente possa exercer o seu direito à autonomia e livre escolha dos tratamentos a que quer ser submetido em casos de doença muito grave ou terminal. Por outro lado, verificamos que a eleição apressada e à posteriori de um familiar não preparado, para além de constituir uma violenta sobrecarga moral e psicológica, não nos fornece em geral um representante válido do doente para colaborar com o *staff* no processo de decisão.

A única solução testada para estes dois entraves, mas ainda não unanimemente aprovada, é o Patient Self-Determination Act tornado lei nos E.U.A. em Dezembro de 1991, que propõe a elaboração pelos futuros doentes de directrizes prévias sancionadas no chamado Testamento de Vida, que além de comentarem sobre o tipo de tratamentos que o doente desejaria ou não na fase terminal da sua vida, elegem um representante com o qual o doente assume a responsabilidade de discutir as suas expectativas, medos e desejos, para que ele possa verdadeiramente representá-lo em alturas em que estejam incapazes de tomarem decisões.

Em Setembro deste ano, representantes da Ordem dos Médicos participaram num encontro do Comité Permanente dos Médicos da Comunidade Europeia, aprovando

## SUSPENSÃO DE TRATAMENTO DE SUPORTE DA VIDA

### 1. Doente Competente para tomar Decisões:

A Comissão de Ética (CE) adota como princípio fundamental a ser respeitado, o da autonomia do doente. Assim, recomendamos que seja cumprida a vontade do doente capaz de tomar decisões sobre o tipo de tratamento a que deseja ser submetido, ou a vontade daquele que estando incapaz, tenha deixado documentos a indicar inequivocamente os seus desejos ou a nomear o seu representante.

O fundamento e consequências de decisões desta gravidade devem ser longamente discutidos com os interessados, explorando todas as alternativas e permitindo uma mudança de opinião futura.

A Comissão respeita também a autonomia do médico de não ser obrigado a praticar, mesmo a pedido do doente, actos médicos que considere inúteis, impróprios ou que firam os seus princípios morais ou religiosos. Após discussão das suas razões como o doente ou família, se não chegar a um acordo, o médico deve providenciar a transferência do doente para os cuidados de outro clínico.

### 2. Doente Incapaz de Tomar Decisões:

O problema é muito mais complexo neste contexto. Qualquer decisão de suspensão terapêutica requer por um lado um debate sobre o conceito de futilidade terapêutica, em si ambíguo, e por outro a obtenção da unanimidade entre toda a equipa terapêutica do doente e os familiares que elegemos para o representarem, em geral aqueles que com ele mantiveram um convívio mais íntimo.

O consenso entre todas as partes envolvidas é fundamental, em geral nasce de vários dias de diálogo, informação, e observação da evolução clínica do dia a dia. Aos familiares deve pedir-se não a sua opinião pessoal, mas aquilo que eles pensam que o doente decidiria nessas circunstâncias se estivesse competente.

A lei portuguesa não permite qualquer acção terapêutica que possa abreviar previsivelmente a vida do doente, mesmo que esta seja ditada pelo consentimento ou pedido do doente ou do seu representante, permitindo apenas a *omissão de tratamentos inúteis* ou que se tomem medidas cujo objectivo seja o controlo da dor e do sofrimento.

### Princípios Gerais:

Todos os doentes do hospital, independentemente da sua idade, estado físico, condição social ou religiosa, devem ter igualdade de oportunidade no acesso aos recursos do hospital, depois de ponderadas as circunstâncias clínicas de cada caso e o benefício provável esperado para esse doente da aplicação dos referidos recursos.

As decisões sobre a suspensão terapêutica devem ser tomadas na perspectiva do melhor interesse do doente, sem que as partes envolvidas tenham como factores de decisão o racionamento dos recursos reservados para uma utilização pretensamente mais justa e eficaz, ou qualquer juízo de custo/utilidade.

A CE considera ter o mesmo peso, do ponto de vista ético, o não iniciar uma terapêutica de suporte, ou inter-

rompê-la depois de a ter iniciado e verificar que não teve sucesso.

Todos os actos terapêuticos têm a mesma importância, devem ser julgados pela sua utilidade para o doente e não pelo seu significado psicológico ou peso tecnológico, pelo que administrar alimentação por sonda nasogástrica está ao mesmo nível do que ventilação mecânica.

A natureza e o controlo dos diálogos tidos com os representantes dos doentes, bem como as conclusões e decisões que deles emanam, devem ser cuidadosamente documentados no processo clínico e coassinados pelo médico e o representante do doente.

### REGRAS PARA PRESCRIÇÃO DE NÃO RESSUSCITAÇÃO (NR)

O conjunto de regras enunciadas assentam no princípio do respeito pela autonomia do doente na selecção dos tipos de terapêutica a que é sujeito, e não ferem o estipulado nos art.º 136 e 150 do Código Penal respeitantes à *omissão ou interrupção de tratamentos inúteis*.

Todos os doentes que sofrem paragem cardíaca ou respiratória enquanto internados no hospital, devem ser submetidos a ressuscitação cardio-respiratória (RCR), a não ser que essas manobras sejam julgadas fúteis ou contrárias ao interesse clínico do doente em causa, situação em que se deve considerar a prescrição de NR.

A RCR deve ser considerada fútil se não for provável que o doente venha a conseguir sobreviver a essa hospitalização, ou se não for provável que alcance objectivos definidos previamente pelo doente.

Antes de prescrita, a NR deve ser discutida pelo médico assistente com o doente que conserve capacidade de decisão, considerando-se desejável que o doente possa exprimir tão cedo quanto possível a sua sensibilidade e preferência no que diz respeito aos últimos momentos da sua vida. Sem ser obrigatório ou vinculativo, deve dar-se a possibilidade ao doente de preencher o impresso próprio de NR.

No caso de o doente não ter capacidade de decisão (coma, demência, ventilado) e se ter deixado passar a oportunidade de discutir previamente com ele a NR, deve ter-se igual procedimento com um representante eleito, em geral o familiar com relação mais íntima com o doente.

A decisão de prescrever NR deve ser amplamente debatida entre a equipa terapêutica que tratam directamente esse doente até se atingir um consenso que não deixe nenhum dos elementos desconfortável com essa opção.

Se não for possível uma concordância entre as partes envolvidas (médico vs doente/representante deste), devem discutir-se alternativas como a transferência de cuidados do doente para outro médico, obedecendo ao princípio de que nenhum médico pode ser obrigado a praticar qualquer acto que julgue clínica ou eticamente inapropriado.

A prescrição de NR deve ser feita pelo médico responsável do doente, pelo menos com o grau da assistente hospitalar, no diário clínico, acompanhada de uma nota fundamentando a decisão clínica, descrevendo as opiniões dos consultores ouvidos no processo e um resumo da entrevista com o doente ou seu representante.

Uma vez prescrito a NR deverá ser criado em cada serviço um código discreto que assinalará a situação de NR à cabeceira de cada doente, para que ninguém tenha

os fundamentos e filosofia subjacente às directivas prévias na forma de testamento de vida, rejeitando, no entanto, o conceito de lhe outorgar força de lei.

Uma crítica bem portuguesa a este modelo, é o da nossa diferença cultural, emocional e social em relação aos anglosaxónicos, que nos faria rejeitar todo o tipo de discussão que conduz às tais directivas prévias, segundo a literatura tão bem recebidas pelo doente americano.

Talvez a crítica seja pertinente, mas nenhum de nós sabe presentemente a resposta e entretanto estamos a perder a oportunidade de deixarmos de lidar com este tipo de problemas de forma avulsa e clandestina, tão penosa e lesiva para nós como para os doentes.

Para serem uteis e cumprirmos a sua missão, as C.E. terão também de promover estudos de campo que procurem responder quais as estratégias ideais para abordar e resolver as questões éticas mais prementes nos hospitais portugueses.

## BIBLIOGRAFIA

1. BRENNAN T: Ethics Committees and Decisions to Limit Care. *JAMA* 1988; 260: 803.
2. COHEN C: The operation of an ethics committee. *Crit Care Med* 1982; 10:41.
3. LO B: Behind Closed Doors. Promises and Pitfalls of Ethics Committees. *N Eng J Med* 1987; 317: 46.
4. PUMA J, SCHIEDERMAYER D: Ethics Consultation: Skills, Roles and Training. *Ann Intern Med* 1991; 114: 155.
5. EMANUEL E: A Review of the Ethical and Legal Aspects of Terminating Medical Care. *Am J Med* 1988; 84: 291.
6. Consensus Report on the Ethics of Forgoing Life-sustaining Treatments in the Critically Ill. *Crit Care Med* 1990; 18: 1435.
7. American Thoracic Society: Withholding and Withdrawing Life-sustaining Therapy. *Ann Intern Med* 1991; 115: 478.
8. LEHMAN L: Of Dead Brains, Living Wills and Autonomy. *Hosp Pract* 1991; Jan 15: 39.
9. LAMM R: High Technology Health Care. *Am J Kid Dis* 1990; 16: 378.
10. MILES S: Informed Demand for Nonbeneficial Medical Treatment. *N Eng J Med* 1991; 325: 512.
11. SPRUNG C, WINICK B: Informed Consent in Theory and Practice. *Crit Care Med* 1989; 17: 1346.
12. ABRAMS F: The Diocitor with Two Heads. *N Eng J Med* 1993; 328: 975.
13. CARDOSO A.L.: Alguns Aspectos Juridicos da Eutanásia. *Rev. Ordem dos Médicos* 1991; p-20.
14. EMANUEL L: Does the DNR Order Needs Life-sustaining Intervention. Time for Comprehensive Advance Directives. *Am J Med* 1989; 86: 87.
15. The DNR Order. A Comparison of Physician and Patient Preferences and Decision-Making. *Am J Med* 1991; 91: 225.
16. BEDELL S, DELBLANCOT: Choices about cardiopulmonary resuscitation in the hospital. When do physicians talk with patients. *N Eng J Med* 1984; 310: 1089.
17. Guidelines for the appropriate use of DNR Orders. *JAMA* 1991; 265: 1868.
18. MCCLUNG J, RUSSELL S: Implications of New York's DNR Law. *N Eng J Med* 1990; 323: 270.
19. SECKLER A, MEIER D, MULVIHILL M, PARIS B: Substituted Judgment. How Accurate are Proxy Predictions. *Ann Intern Med* 1991; 115: 92.
20. RUARK J, RAFFIN T: Initiating and Withdrawing Life Support. *N Eng J Med* 1988; 318: 25.
21. STEINBROOK R, LO B: Artificial Feeding. Solid Ground, not a Slippery Slope. *N Eng J Med* 1988; 318: 286.
22. TRUOG R, BRETT A: The Problem with Futility 1992; 326: 1560.
23. SWISHER K, AYRES S: Who Decides when Care is Futile. *Intens Crit Care Digest* 1992; 11: 59.
24. DANIS M, SOUTHERLAND L et al: A Prospective Study of Advance Directives for Life-sustaining Care. *N Eng J Med* 1991; 324: 882.
25. EMANUEL L, BARRY M et al: Advance Directives for Medical Care. A Case for Greater Use. *N Eng J Med* 1991; 324: 889.
26. SHNEIDERMAN L, ARRAS J: Counseling Patients to Counsel Physicians on Future Care in the Event of Patient Incompetence. *An Intern Med* 1985; 102: 693.