



1	<b>Spis treści</b>	
2		
3	Wprowadzenie .....	4
4	Ambicja .....	6
5	Na czym polega planowanie przyszłej opieki? .....	6
6	Planowanie przyszłej opieki a zdolność do dokonywania czynności.....	7
7	Wartości i zasady planowania przyszłej opieki .....	7
8	Wartości.....	7
9	Zasady praktyczne.....	8
10	Dlaczego rozmowy na temat planowania przyszłej opieki są ważne? .....	8
11	Zalety planowania przyszłej opieki.....	9
12	Kiedy należy rozpocząć planowanie przyszłej opieki? .....	10
13	Prowadzenie szczegółowych rozmów na temat planowania przyszłej opieki.....	13
14	Zasady dobrej komunikacji w rozmowach dotyczących planowania przyszłej opieki	
15	.....	14
16	Informowanie o rozmowach na temat planowania przyszłej opieki, zaleceń i decyzji	
17	.....	16
18	Przegląd rozmów na temat planowania przyszłej opieki, zaleceń i decyzji .....	16
19	W jaki sposób wykorzystuje się rozmowy na temat planowania przyszłej opieki .....	16
20	Elementy planowania przyszłej opieki .....	17
21	Obszar osobisty planowania przyszłej opieki .....	18
22	„Co jest dla mnie ważne” – życzenia, uczucia, przekonania i wartości .....	18
23	Duchowość .....	19
24	Opieka i wsparcie dla osób pozostających na utrzymaniu.....	19
25	Życzenia dotyczące pogrzebu .....	19
26	Konta w Internecie .....	19
27	Obszar prawny planowania przyszłej opieki.....	20
28	Ustawa o zdolności do czynności prawnych (Mental Capacity Act (NI)) z 2016 r.	
29	.....	20
30	Rodzaje pełnomocnictw .....	24
31	Pełnomocnictwo.....	24
32	Pełnomocnictwo stałe .....	25
33	Pełnomocnictwo trwałe .....	25
34	Decyzja o odmowie leczenia .....	27

1	Obszar kliniczny planowania przyszłej opieki.....	28
2	Pogorszenie stanu zdrowia i nagłe przypadki .....	28
3	Zalecenia kliniczne dotyczące resuscytacji krążeniowo-oddechowej (RKO) .....	29
4	Decyzje podejmowane w najlepszym interesie .....	30
5	Zalecany skrócony plan opieki i leczenia w nagłych wypadkach (ReSPECT) ...	31
6	Dawstwo narządów.....	32
7	Dawstwo ciała na cele naukowe .....	32
8	Obszar finansowy planowania przyszłej opieki .....	33
9	Sporządzenie testamentu .....	33
10	Podsumowanie.....	35
11	Załączniki .....	35
12	Załącznik 1 Glosariusz pojęć .....	35
13	Appendix 2 Bibliography .....	38
14	Skróty .....	48
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		

# 1 Wprowadzenie

2

3 Planowanie przyszłej opieki jest pojęciem zbiorczym obejmującym planowanie spraw  
4 osobistych, prawnych, klinicznych i finansowych. Pozwala zainteresowanej osobie  
5 zastanowić się nad tym, co jest dla niej ważne, i zaplanować swoją przyszłość. Jest  
6 procesem dobrowolnym, który pomaga osobie zainteresowanej wyrazić swoje  
7 życzenia, uczucia, przekonania i wartości oraz dokonać wyborów, które je  
8 odzwierciedlają. Planowanie przyszłej opieki to ciągły proces rozmów pomiędzy  
9 osobą zainteresowaną, osobami dla niej ważnymi<sup>1</sup> oraz osobami zapewniającymi jej  
10 opiekę, wsparcie lub leczenie. Planowanie przyszłej opieki powinno być ważnym  
11 elementem życia wszystkich osób dorosłych.

12 Polityka planowania przyszłej opieki została opracowana z myślą o członkach  
13 społeczeństwa, ich bliskich, a także o osobach zapewniających opiekę, wsparcie lub  
14 leczenie<sup>2</sup>.

15 Niniejsza Polityka planowania przyszłej opieki (Advance Care Planning) powstała  
16 z myślą o wspieraniu osób zainteresowanych poprzez zapewnienie im większego  
17 wyboru i kontroli nad decyzjami, w tym nad planami dotyczącymi ich przyszłej opieki  
18 i leczenia. Jest to niezwykle ważne na wypadek, gdyby osoba ta w pewnym  
19 momencie straciła możliwość podejmowania decyzji we własnej sprawie.

20 Planowanie przyszłej opieki zainteresowanym osobom dorosłym zapewnia  
21 możliwość:

- 22 • zastanowienia się, co jest dla nich ważne;
- 23 • poinformowania o tym następnie ważnych dla nich osób;
- 24 • porozmawiania o planie z osobami zapewniającymi opiekę, wsparcie lub  
25 leczenie;
- 26 • zapisania swoich życzeń i udostępnienia ich;
- 27 • ponownego przeanalizowania przeprowadzonych rozmów i podjętych decyzji,  
28 wprowadzenia ewentualnych zmian i ponownego udostępnienia planu.

29 Planowanie przyszłej opieki jest ważne dla wszystkich dorosłych na każdym etapie  
30 życia. „Niewielu z nas bierze pod uwagę fakt, że kiedyś umrze, a jeszcze mniej osób  
31 opracowuje plany lub rozmawia na ten temat” (McKenna i wsp., 2020). Chociaż  
32 planowanie przyszłej opieki tradycyjnie kojarzy się z opieką u schyłku życia, to  
33 zdecydowanie wykracza poza ten zakres. Poza pomaganiem w podejmowaniu  
34 decyzji na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i niespodziewanych sytuacji

---

<sup>1</sup> Osoby ważne dla zainteresowanego: mogą to być członkowie rodziny, opiekunowie lub ktoś, kto zna zainteresowanego, troszczy się o niego i darzy go uczuciem. Zainteresowanego z tą osobą mogą łączyć relacje osobiste, prawne, kulturowe lub emocjonalne.

<sup>2</sup> Osoby zapewniające opiekę, wsparcie lub leczenie – pojęcie to zastosowano w całej Polityce; obejmuje ono osoby pracujące w sektorze organizacji społecznych, wolontariackich i niezależnych oraz innych pracowników służby zdrowia i opieki społecznej pracujących w instytucjach publicznych.

1 nagłych planowanie stanowi okazję do refleksji i zastanowienia się nad tym, co jest  
2 ważne dla danej osoby i co może poprawić jakość jej życia. Opracowanie planu  
3 może zapewnić osobom ważnym dla zainteresowanego ukojenie i spokój ducha.

4 Niniejsza Polityka stanowi ramy do planowania przyszłej opieki dla osób dorosłych  
5 (powyżej 18. roku życia) w Irlandii Północnej i skupia się na aspektach opieki  
6 zdrowotnej i społecznej. W Polityce omówiono założenia planowania przyszłej opieki  
7 oraz wartości i zasady, które leżą u jej podstaw. Wyjaśniono w niej, dlaczego  
8 planowanie przyszłej opieki jest ważne i w jaki sposób może pomóc w realistycznym  
9 i praktycznym planowaniu swojej przyszłości z odpowiednim wyprzedzeniem.  
10 Polityka zachęca do opracowywania planów w porozumieniu z osobami ważnymi dla  
11 samych zainteresowanych i/lub z osobami zapewniającymi opiekę, wsparcie lub  
12 leczenie.

13 Osobom bliskim planowanie przyszłej opieki może pomóc lepiej zrozumieć życzenia,  
14 uczucia, przekonania i wartości zainteresowanego, w tym wszelkie istotne  
15 preferencje i decyzje, które dana osoba mogła podjąć.

16 Osobom zapewniającym opiekę, wsparcie lub leczenie Polityka daje jasność  
17 i wspiera je w prowadzeniu tych ważnych rozmów w ramach całościowej opieki lub  
18 świadczonych usług. Jeśli dana osoba straci zdolność do podejmowania  
19 odpowiednich decyzji we własnej sprawie, wówczas decyzje te należy podejmować,  
20 kierując się najlepszym interesem takiej osoby. Jednak ustalając, co leży w  
21 najlepszym interesie danej osoby, należy zwrócić szczególną uwagę na jej życzenia,  
22 uczucia, przekonania i wartości. Decyzji nie można podejmować na podstawie  
23 założeń opartych wyłącznie na takich czynnikach, jak wiek, niepełnosprawność<sup>3</sup>  
24 danej osoby czy też subiektywny pogląd specjalisty na jakość jej życia.<sup>4</sup>

25 Nawet jeżeli zdolność danej osoby do podjęcia konkretnej decyzji jest ograniczona,  
26 należy mimo wszystko dołożyć wszelkich starań, aby wesprzeć ją w podejmowaniu  
27 innych decyzji. Jeżeli dana osoba nie jest w stanie podjąć określonej decyzji, należy  
28 ją wspierać, aby była w możliwie jak największym stopniu zaangażowana w proces  
29 decyzyjny.

30 Niniejsza Polityka realizuje etyczne i oparte na prawach człowieka podejście<sup>5</sup> do  
31 planowania przyszłej opieki dla dorosłych, zgodnie z przepisami prawa, dobrymi  
32 praktykami oraz profesjonalnymi wytycznymi i standardami. Polityce tej towarzyszą

---

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

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

<sup>5</sup> Podejście etyczne i oparte na prawach człowieka, np. Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, art. 9, 12, 16, 17 i 25 <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html> Wytyczne dotyczące COVID-19: porady etyczne i ramy pomocy; COVID-19 HSC Clinical Ethics Forum <https://www.health-ni.gov.uk/sites/default/files/publications/health/COVID-19-Guidance-Ethical-Advice-and-Support%20Framework.pdf>

1 wytyczne, szkolenia i materiały edukacyjne oraz informacje publiczne, których celem  
2 jest zapewnienie spójnego podejścia do planowania przyszłej opieki, opartego na  
3 integracji i dostępności. (Wytyczne i dokumenty informacyjne zostaną opracowane  
4 po zakończeniu konsultacji społecznych).

## 5 **Ambicja**

6 Ambicją niniejszej polityki oraz jej realizacji w praktyce jest to, aby:

- 7 • rozmowy o planowaniu przyszłej opieki stały się normalnością;
- 8 • wszystkie osoby dorosłe w Irlandii Północnej (NI) miały stałą możliwość  
9 wyrażania swoich życzeń, uczuć, przekonań i wartości w odniesieniu do  
10 planowania przyszłej opieki
- 11 • oraz aby znalazły one odzwierciedlenie w zapewnianej im opiece, wsparciu  
12 i leczeniu.

## 13 **Na czym polega planowanie przyszłej opieki?**

14

15 Planowanie przyszłej opieki jest pojęciem zbiorczym obejmującym planowanie spraw  
16 osobistych, prawnych, klinicznych i finansowych. Pozwala zainteresowanej osobie  
17 zastanowić się nad tym, co jest dla niej ważne, i zaplanować swoją przyszłość. Jest  
18 procesem dobrowolnym, który pomaga osobie zainteresowanej wyrazić swoje  
19 życzenia, uczucia, przekonania i wartości oraz dokonać wyborów, które je  
20 odzwierciedlają. Planowanie przyszłej opieki to ciągły proces rozmów pomiędzy  
21 osobą zainteresowaną, osobami dla niej ważnymi oraz osobami zapewniającymi jej  
22 opiekę, wsparcie lub leczenie.

23 Planowanie przyszłej opieki powinno być ważnym elementem życia wszystkich osób  
24 dorosłych. Osoby zapewniające opiekę, wsparcie lub leczenie powinny zachęcać do  
25 planowania, aby osoby zainteresowane mogły podjąć w odpowiednim czasie  
26 realistyczne i praktyczne rozmowy. Rozmowy te powinny skupiać się na tym, co jest  
27 ważne dla danej osoby i co byłoby dla niej istotne w przyszłości, gdyby nie była już  
28 w stanie samodzielnie podejmować decyzji.

29 Jeśli dana osoba chciałaby udokumentować te rozmowy i udostępnić płynące z nich  
30 wnioski, należy jej w tym pomóc. Rozmowy mogą dotyczyć np. planowania na  
31 wypadek kryzysu zdrowia psychicznego, decyzji o odmowie leczenia (ADRT) oraz  
32 poglądów danej osoby na resuscytację krążeniowo-oddechową (RKO).

33

34

## 1 **Planowanie przyszłej opieki a zdolność do dokonywania czynności**

2

3 Planowanie przyszłej opieki zawiera odniesienia do posiadania przez daną osobę  
4 zdolności umysłowej do dokonywania czynności, dlatego ważne jest zrozumienie  
5 tego pojęcia. Ustawa o zdolności do czynności prawnych (Mental Capacity Act  
6 (Northern Ireland)) z 2016 r. jest dokumentem zawierającym przepisy dotyczące  
7 osób, które nie posiadają zdolności umysłowej do dokonywania czynności prawnych.

8 Podstawowa zasada tej ustawy mówi, że nie można traktować danej osoby jako  
9 nieposiadającej zdolności umysłowych do podejmowania czynności, dopóki nie  
10 zostanie ustalone, że osoba ta nie posiada zdolności do podejmowania czynności  
11 w odniesieniu do danej sprawy<sup>6</sup>. Zdolność umysłowa do podejmowania czynności  
12 zależy zarówno od decyzji, jak i od czasu. Ludzie mogą bowiem być zdolni do  
13 podejmowania pewnych decyzji w jednym czasie, a w innym już nie. Nawet jeśli  
14 dana osoba nie jest zdolna umysłowo do podjęcia konkretnej decyzji w danym  
15 momencie, jej życzenia, uczucia, przekonania i wartości są kluczowe i nadal należy  
16 ją wspierać, aby w jak największym stopniu zaangażować ją w proces decyzyjny.  
17 Dodatkowe informacje znajdują się na stronie 19.

## 18 **Wartości i zasady planowania przyszłej opieki**

### 19 **Wartości:**

20 Planowanie przyszłej opieki:

- 21 • odbywa się z poszanowaniem praw, godności i kultury danej osoby oraz
- 22 obejmuje wszystkie osoby dorosłe;
- 23 • stanowi etyczne podejście do omawiania ważnych i delikatnych kwestii;
- 24 • jest dostępne dla danej osoby w sposób umożliwiający jej prowadzenie
- 25 konstruktywnych rozmów;
- 26 • stanowi indywidualny wybór danej osoby; niektórzy ludzie mogą nie chcieć
- 27 myśleć o rozmowach dotyczących planowania przyszłej opieki ani w nich
- 28 uczestniczyć – wybór ten należy uszanować, dając im możliwość powrotu do
- 29 rozmowy w innym terminie;
- 30 • jest doświadczeniem osobistym; życzenia, uczucia, przekonania i wartości
- 31 każdej osoby są wyjątkowe dla danej osoby i jej własnych okoliczności;
- 32 • jest procesem dobrowolnym; nikt nie powinien naciskać na daną osobę, aby
- 33 przeprowadziła rozmowę o planowaniu przyszłej opieki – ani osoby

---

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

1           zapewniające opiekę, wsparcie lub leczenie, ani rodzina i bliscy, ani żadne  
2           organizacje<sup>7</sup>.

### 3   **Zasady praktyczne:**

- 4           • Rozmowy na temat planowania przyszłej opieki muszą być poważne,  
5           prowadzone z wrażliwością i empatią. Wymagają czasu i powinny przebiegać  
6           w tempie wyznaczonym przez osobę zainteresowaną.
- 7           • Zgoda to nie tylko druczek czy formalność. Zgodę należy uwzględnić na  
8           każdym etapie procesu planowania przyszłej opieki, tj. podczas rozmowy,  
9           przekazywania informacji innym, sporządzania dokumentacji i udostępniania  
10          jej.
- 11          • W przypadku sporządzenia zapisu rozmów na temat planowania przyszłej  
12          opieki należy go udostępnić wszystkim odpowiednim osobom, aby życzenia,  
13          uczucia, przekonania i wartości danej osoby, a także wszelkie zalecenia i/lub  
14          podjęte decyzje były im znane.
- 15          • Należy szanować poufność informacji danej osoby.
- 16          • Rozmowy na temat planowania przyszłej opieki, wszelkie zalecenia i/lub  
17          decyzje wymagają weryfikacji, przeglądu i w razie potrzeby ponownego  
18          udostępnienia, aby w razie zmiany zdania danej osoby w niektórych  
19          kwestiach, dokumentacja była aktualna.
- 20          • Planowanie przyszłej opieki uwzględnia zasady ustawy o zdolności do  
21          czynności prawnych (Mental Capacity Act (NI)) z 2016 r.
- 22

### 23   **Dlaczego rozmowy na temat planowania przyszłej opieki są** 24   **ważne?**

25

26   Poznanie życzeń, uczuć, przekonań i wartości danej osoby może pomóc  
27   w poszanowaniu jej niezależności i praw, a także ograniczyć ewentualny niepokój

---

<sup>7</sup> Dodatkowe informacje na temat ochrony osób dorosłych w zakresie podejmowania świadomych wyborów bez przymusu, nacisku lub niewłaściwego wpływu można znaleźć na stronie: <https://www.health-ni.gov.uk/sites/default/files/publications/dhssps/adult-safeguarding-policy.pdf>



- 1 takiej osoby i jej bliskich. Proces ten pomaga także opracować wskazówki  
 2 i informacje dla osób zapewniających opiekę, wsparcie lub leczenie.
- 3 Wiele badań krajowych i międzynarodowych [załącznik 2] dotyczących doświadczeń  
 4 „rodziny lub opiekunów”<sup>8</sup> związanych z planowaniem przyszłej opieki wskazuje, że  
 5 szczegółowe rozmowy na temat planowania przyszłej opieki są korzystne z wielu  
 6 powodów:
- 7

<b>Zalety planowania przyszłej opieki</b>	
Lepsza jakość życia	Kiedy dana osoba ma możliwość zastanowienia się i porozmawiania o tym, „co jest dla niej ważne”, może to pomóc jej w dokonaniu wyborów, które są zgodne z jej życzeniami, uczuciami, przekonaniami i wartościami.
Spokój ducha	Kiedy dana osoba ma możliwość „uporządkowania swoich spraw” lub porozmawiania o swoich nadziejach i obawach, może poczuć się spokojniejsza.
Wyjaśnienie decyzji	Kiedy dana osoba ma informacje potrzebne do podejmowania decyzji i/lub ma możliwość powiedzenia, co jest dla niej ważne, wtedy osoby ważne dla zainteresowanego mają okazję poznać jego pragnienia.
Ograniczenie obaw opiekunów	Kiedy osoby ważne dla zainteresowanego dokładnie wiedzą, co jest dla niego istotne, mogą poczuć się pewniej, wiedząc, czego dana osoba chciałaby, gdyby straciła możliwość komunikowania się lub podejmowania decyzji w swojej sprawie.

- 8
- 9 Lokalne badania przeprowadzone w Irlandii Północnej również potwierdzają  
 10 potrzebę większej świadomości i zrozumienia idei planowania przyszłej opieki oraz  
 11 prowadzenia w odpowiednim czasie bardziej otwartych, konstruktywnych rozmów na  
 12 ten temat [załącznik 2].
- 13 Planowanie przyszłej opieki dotyczy wszystkich osób dorosłych. Najlepiej, gdy  
 14 odbywa się ono w ramach szeregu rozmów przeprowadzanych z upływem czasu.  
 15 Jeśli zainteresowany sobie tego życzy, ważne dla niego osoby powinny również  
 16 uczestniczyć w takich rozmowach lub być o nich poinformowane.

<sup>8</sup> „Rodzina lub opiekunowie” to wyrażenie wykorzystywane w badaniach naukowych. W niniejszej Polityce zastosowano pojęcie „osób ważnych dla zainteresowanego”.

1 Planowanie przyszłej opieki jest ważnym elementem świadczenia opieki, wsparcia  
2 lub leczenia poprzez zapewnienie zainteresowanym osobom możliwości  
3 prowadzenia realistycznych i praktycznych rozmów o tym, co jest dla nich ważne,  
4 oraz rozważenia i ewentualnego udokumentowania ich życzeń, uczuć, przekonań  
5 i wartości.

6 Każda osoba zapewniająca opiekę, wsparcie lub leczenie, która regularnie  
7 kontaktuje się z ludźmi, ma do odegrania rolę w uświadamianiu im wartości i zasad  
8 planowania przyszłej opieki oraz procesów operacyjnych, które umożliwiają  
9 przeprowadzenie odpowiednich rozmów, a także – jeśli dana osoba wyrazi na to  
10 zgodę – ich udokumentowanie i udostępnienie. Osoby zapewniające opiekę,  
11 wsparcie lub leczenie będą miały zapewnioną edukację i szkolenia.

## 12 **Kiedy należy rozpocząć planowanie przyszłej opieki?**

13

14 Planowanie przyszłej opieki jest ważne dla każdej osoby dorosłej na każdym etapie  
15 życia i dotyczy zarówno osób cieszących się dobrym zdrowiem, jak i tych, które są  
16 bardzo schorowane. Najlepiej byłoby, gdyby planowanie przyszłej opieki odbyło się  
17 na długo przed wystąpieniem kryzysu lub poważnej choroby, takiej jak załamanie  
18 zdrowia psychicznego czy rozpoznanie poważnej choroby fizycznej.

19 Rozpoczynając tego rodzaju rozmowę na wczesnym etapie życia, dana osoba może  
20 czuć się do niej lepiej emocjonalnie przygotowana, a poza tym może poświęcić czas  
21 na zastanowienie się i porozmawianie o tym, co jest dla niej ważne. Rozmowa może  
22 odbywać się w kilku etapach, począwszy od braku jakiejkolwiek wiedzy na temat  
23 planowania przyszłej opieki, poprzez etap posiadania wiedzy, ale braku chęci do  
24 rozmowy, aż do poczucia, że jest się gotowym pomyśleć o swoich osobistych  
25 życzeniach, uczuciach, przekonaniach i wartościach, a następnie porozmawiać  
26 o planowaniu przyszłej opieki.

27 Niektóre osoby mogą potrzebować więcej czasu na uzyskanie gotowości do takiej  
28 rozmowy i/lub do jej udokumentowania. To normalne i może wynikać z wielu  
29 przyczyn. Na przykład, niektórzy ludzie mogą bać się wyrazić swoje życzenia lub  
30 mogą żyć w przekonaniu, że jeśli to zrobią, ważne dla nich osoby mogą się  
31 zdenerwować. Ludzie mogą również niechętnie myśleć o sytuacji, w której mogą  
32 stracić zdolność do podejmowania niezbędnych decyzji dotyczących ich opieki.  
33 Ważne jest podnoszenie świadomości i zrozumienia rozmów na temat planowania  
34 przyszłej opieki, aby stały się one czymś normalnym. Należy podkreślać zalety  
35 i wspierać ludzi w przechodzeniu od myślenia o rozmowie na temat planowania  
36 przyszłej opieki do faktycznego jej przeprowadzenia.

37 Niewątpliwie każdy podejdzie do tego zagadnienia inaczej i każdy będzie miał  
38 własne, niepowtarzalne potrzeby w tym zakresie. Każdy człowiek może mieć inne  
39 doświadczenia związane ze zmianą własnego zachowania. Zresztą może ona

- 1 wymagać czasu, ponieważ jest ona procesem ciągłym. Poniższy schemat pokazuje,
- 2 w jaki sposób zachowanie danej osoby może ulec zmianie od niewiedzy na temat
- 3 planowania przyszłej opieki aż po realizację.



1

2 W przypadku osób z poważnymi lub postępującymi schorzeniami oraz tych, których życie zbliża się ku końcowi, rozmowy te powinny  
3 odbyć się jak najwcześniej, kiedy stan danej osoby jest nadal stabilny medycznie.

4 Jeśli takie rozmowy jeszcze się nie odbyły, można je zainicjować:

5 • gdy dana osoba sygnalizuje, że jest gotowa na takie rozmowy;

6 • w ramach całościowej oceny przeprowadzanej przez daną osobę z osobami zapewniającymi opiekę, wsparcie lub leczenie;

7 • gdy dana osoba miała czas na oswojenie się z diagnozą postępującej choroby i czuje się gotowa do przeprowadzenia takich  
8 rozmów;

9 • gdy nastąpiło znaczne pogorszenie zdrowia fizycznego u danej osoby lub doszło do kilku nieplanowanych przyjęć do szpitala;

10 • gdy dana osoba mogła doznać załamania zdrowia psychicznego, podczas którego jej zdolność do podejmowania niektórych  
11 decyzji była zaburzona;

12 • gdy zdolności poznawcze danej osoby prawdopodobnie ulegną pogorszeniu;

13 • gdy zdolności komunikacyjne danej osoby prawdopodobnie ulegną pogorszeniu.

1 Ludzie mogą wyrażać swoje życzenia, uczucia, przekonania i wartości na  
2 przestrzeni czasu osobom dla nich ważnym lub osobom zapewniającym opiekę,  
3 wsparcie lub leczenie. Rozmowy na temat planowania przyszłej opieki mogą  
4 odbywać się w dowolnym otoczeniu, ale w miarę możliwości powinny być  
5 prowadzone w miejscu i czasie, w którym dana osoba czuje się najlepiej. Bez  
6 względu na to, gdzie odbywa się rozmowa, należy dołożyć wszelkich starań, aby jej  
7 okoliczności były odpowiednie<sup>9</sup> do prowadzenia konstruktywnych rozmów na temat  
8 planowania przyszłej opieki.

## 9 **Prowadzenie szczegółowych rozmów na temat planowania** 10 **przyszłej opieki**

11

12 Kiedy ludzie są gotowi do podjęcia rozmów na temat planowania przyszłej opieki,  
13 osoby zapewniające opiekę, wsparcie lub leczenie mają ważną rolę do odegrania.  
14 Istotne jest, aby miały one odpowiednią wiedzę, pewność siebie i umiejętności  
15 komunikacyjne niezbędne do wspomagania działań związanych z planowaniem.

16 Znaczenie dobrej, skutecznej komunikacji jest konsekwentnie podkreślane w  
17 różnych badaniach naukowych, podobnie jak w osobistych doświadczeniach  
18 poszczególnych osób [załącznik 2]. Potwierdza to potrzebę poprawy zdolności<sup>10</sup>,  
19 w tym wiedzy, umiejętności i zrozumienia planowania przyszłej opieki, a zwłaszcza  
20 umiejętności komunikacyjnych<sup>11</sup>.

21

22

23

24

25

26

---

<sup>9</sup> Do takich okoliczności zalicza się: wystarczającą ilość czasu, skorzystanie z cichego miejsca, które zapewnia poufność i ogranicza ryzyko przerywania rozmowy lub rozpraszania uwagi; zapewnienie odpowiednich i dostępnych materiałów, zaangażowanie odpowiednich osób oraz uwzględnienie szczególnych preferencji lub potrzeb komunikacyjnych danej osoby.

<sup>10</sup> Zob. Ramy zdolności w zakresie planowania przyszłej opieki (w opracowaniu).

<sup>11</sup> Niedostateczna wiedza danej osoby na temat zdrowia może prowadzić do powstania luki komunikacyjnej między tą osobą a osobami zapewniającymi jej opiekę, wsparcie lub leczenie podczas rozmów dotyczących planowania opieki z wyprzedzeniem.[Towards an action plan for health literacy in Northern Ireland: A Patient and Client Council scoping paper January 2021 (Droga do planu działania na rzecz wiedzy o zdrowiu w Irlandii Północnej: dokument analityczny Rady Pacjentów i Klientów), styczeń 2021 r. Dodatkowe informacje na temat wiedzy o zdrowiu – [PCC Health Literacy Scoping Paper FINAL Jan 21 v2 - Patient and Client Council Northern Ireland \(hscni.net\)](https://www.hscni.net/PCC-Health-Literacy-Scoping-Paper-FINAL-Jan-21-v2-Patient-and-Client-Council-Northern-Ireland)]

1 **Zasady dobrej komunikacji w rozmowach dotyczących planowania**  
2 **przyszłej opieki**

3

4 Poniższy schemat i tabela stanowią wskazówkę na temat komunikowania się  
5 podczas rozmów o planowaniu przyszłej opieki, niezależnie od tego, czy rozmowa  
6 jest inicjowana przez daną osobę czy przez osoby zapewniające jej opiekę, wsparcie  
7 lub leczenie. Należy pamiętać, że w takich rozmowach uczestniczą dwie strony:  
8 osoba, która rozważa rozmowę na temat planowania przyszłej opieki i chce ją  
9 przeprowadzić, a także osoba, która tej rozmowie przysłuchuje się i/lub pomaga w jej  
10 prowadzeniu. Osobą tą może być ktoś ważny dla zainteresowanego i/lub ktoś, kto  
11 zapewnia mu opiekę, wsparcie lub leczenie. Pamiętanie o poniższych elementach  
12 pomaga w prowadzeniu konstruktywnych rozmów dotyczących planowania przyszłej  
13 opieki.

14



15

16

17

18

19

20

<p><b>Zaufanie</b></p>	<p>Zaufanie jest kluczowym elementem tego rodzaju rozmów.</p> <p>Osoba, która zastanawia się nad planowaniem przyszłej opieki, będzie chciała odbyć rozmowę z kimś, kto szanuje jej wartości i opinie oraz jest postrzegany jako wiarygodny i niezawodny – z kimś, komu ufa.</p> <p>Osoba, która słucha i/lub pomaga prowadzić te rozmowy, powinna szanować życzenia, uczucia, przekonania i wartości osoby planującej opiekę, a także powinna wspierać ją podczas całej rozmowy.</p>
<p><b>Termin</b></p>	<p>Rozmowy powinny być prowadzone wtedy, gdy dana osoba czuje się gotowa do rozpoczęcia rozmowy na temat planowania przyszłej opieki, i trwać dopóty, dopóki dana osoba pragnie kontynuować taką rozmowę.</p> <p>Jeżeli osoba zapewniająca opiekę, wsparcie lub leczenie chce rozpocząć rozmowę na temat planowania przyszłej opieki, powinna upewnić się, czy dla danej osoby jest to dobry moment na taką rozmowę.</p>
<p><b>Zadanie</b></p>	<p>Jeśli niektóre z życzeń, uczuć, przekonań i wartości danej osoby są już znane, należy oprzeć się właśnie na nich.</p> <p>Należy mieć jasność, co chce się powiedzieć.</p> <p>Warto upewnić się, czy druga osoba usłyszała i zrozumiała, co chcieliśmy jej powiedzieć.</p>
<p><b>Ton</b></p>	<p>Sposób przekazania informacji jest równie ważny jak słowa, których używamy. Rozmowy tego rodzaju są ważne i mogą wzbudzać silne emocje, dlatego podczas rozmów dotyczących planowania przyszłej opieki należy być delikatnym, wrażliwym i pełnym współczucia.</p>
<p><b>Dostępność</b></p>	<p>Posługujemy się jasnym, przystępnym językiem, nie używając żargonu, a jeżeli dana osoba potrzebuje pomocy w porozumiewaniu się, np. tłumacza, języka migowego lub urządzenia, które pomaga jej w komunikacji, dopilnujemy, aby pomoc ta była dostępna.</p>
<p><b>Dopasowanie</b></p>	<p>Do możliwych emocji danej osoby na temat rozmowy oraz uczuć w jej trakcie.</p> <p>Do tempa danej osoby.</p>

	Do zdolności rozumienia danej osoby.
--	--------------------------------------

1

## 2 **Informowanie o rozmowach na temat planowania przyszłej** 3 **opieki, zaleceń i decyzji**

4

5 Podczas rozmów dotyczących planowania przyszłej opieki, życzenia, uczucia,  
6 przekonania i wartości danej osoby (w tym decyzje ADRT<sup>12</sup> i zalecenia ReSPECT<sup>13</sup>)  
7 mogą zostać zapisane i udostępnione, jeśli wyrazi ona na to zgodę.

## 8 **Przegląd rozmów na temat planowania przyszłej opieki,** 9 **zaleceń i decyzji**

10

11 Decyzje na temat planowania przyszłej opieki nie są podjęte „raz na zawsze”. Można  
12 do nich wracać i dokonywać ich przeglądu w dowolnym momencie, aby mieć  
13 pewność, że wszelkie życzenia, zalecenia i/lub podjęte decyzje są nadal adekwatne  
14 do sytuacji danej osoby. Przegląd rozmów dotyczących planowania przyszłej opieki,  
15 wszelkich zaleceń i/lub decyzji jest integralną częścią procesu planowania przyszłej  
16 opieki. Każdy przegląd powinien odbywać się zgodnie z wartościami i zasadami  
17 stanowiącymi podstawę planowania przyszłej opieki.

18 Przegląd może być zainicjowany przez samą osobę zainteresowaną albo przez  
19 osobę zapewniającą opiekę, wsparcie lub leczenie. Terminy i częstotliwość  
20 przeglądów będą inne w przypadku każdej osoby. Przegląd rozmów na temat  
21 planowania przyszłej opieki, wszelkich zaleceń i/lub decyzji jest szczególnie ważny,  
22 jeśli nastąpiły jakiegokolwiek zmiany w sytuacji danej osoby lub w jej stanie zdrowia.  
23 Ważne jest, aby wszelkie zmiany w rozmowach dotyczących planowania przyszłej  
24 opieki, wszelkie zalecenia i/lub decyzje były przekazywane osobom ważnym dla  
25 zainteresowanego i/lub osobom zapewniającymi opiekę, wsparcie lub leczenie.

## 26 **W jaki sposób wykorzystuje się rozmowy na temat** 27 **planowania przyszłej opieki**

28

29 Rozmowy danej osoby w ramach planowania przyszłej opieki, wszelkie zalecenia  
30 i/lub decyzje zostaną wykorzystane w przyszłości, jeśli osoba ta nie będzie w stanie

---

<sup>12</sup> Zob. punkt „Decyzje o odmowie leczenia” na str. 27.

<sup>13</sup> Zob. punkt „Zalecany skrócony plan opieki i leczenia w nagłych wypadkach (ReSPECT)” na str. 31.



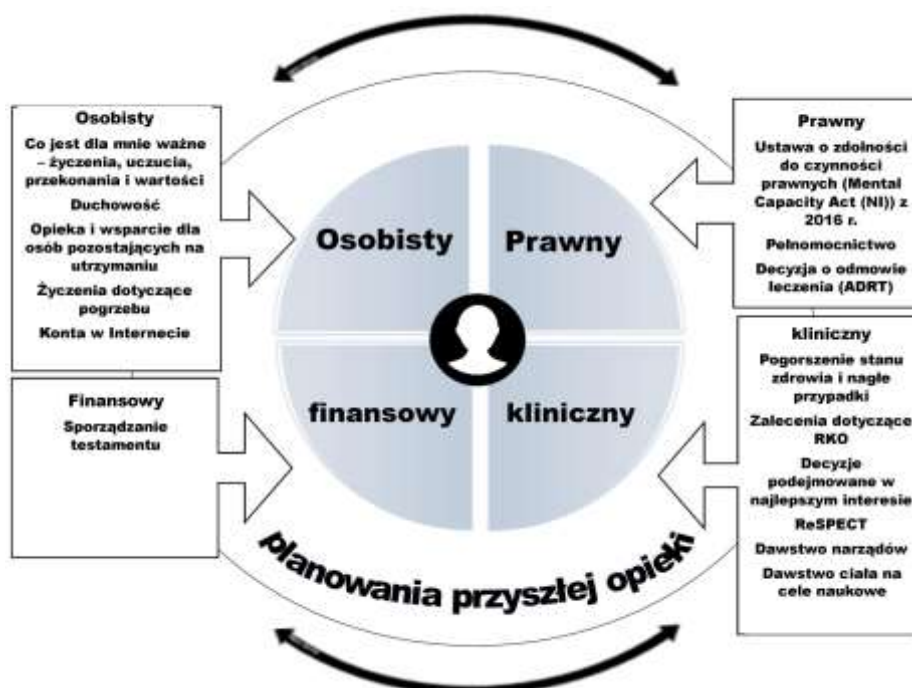
1 podjąć określonej decyzji we własnej sprawie. Tego rodzaju niezdolność może  
2 wynikać z braku zdolności umysłowych do podejmowania czynności lub niezdolności  
3 do komunikowania swoich życzeń.

4 Nikt w Irlandii Północnej nie jest uprawniony do wyrażania zgody na opiekę  
5 medyczną lub leczenie w imieniu innej osoby dorosłej. Jeżeli dana osoba nie  
6 posiada zdolności umysłowej do podjęcia określonej decyzji dotyczącej jej leczenia  
7 w danym momencie, a jednocześnie nie ma ważnej i obowiązującej decyzji  
8 o odmowie leczenia (Advance Decision to Refuse Treatment, ADRT), wówczas  
9 lekarz prowadzący leczenie danej osoby podejmie decyzję leżącą w jej „najlepiej  
10 pojętym interesie”. Dlatego też do podjęcia decyzji „w najlepszym interesie” takiej  
11 osoby wykorzystane zostaną wszelkie wcześniejsze rozmowy na temat planowania  
12 przyszłej opieki, wszelkie zalecenia i/lub decyzje<sup>14</sup>.

## 13 Elementy planowania przyszłej opieki

14

15 W tym rozdziale omówiono cztery obszary planowania przyszłej opieki.  
16 Dzielą się one na aspekty osobiste, prawne, kliniczne i finansowe. Każdy obszar  
17 zawiera jeden lub więcej elementów i został szczegółowo opisany poniżej. Niektóre  
18 elementy mogą pasować do więcej niż jednego obszaru. (Informacje publiczne na  
19 temat tych elementów zostaną udostępnione po zakończeniu konsultacji  
20 społecznych).



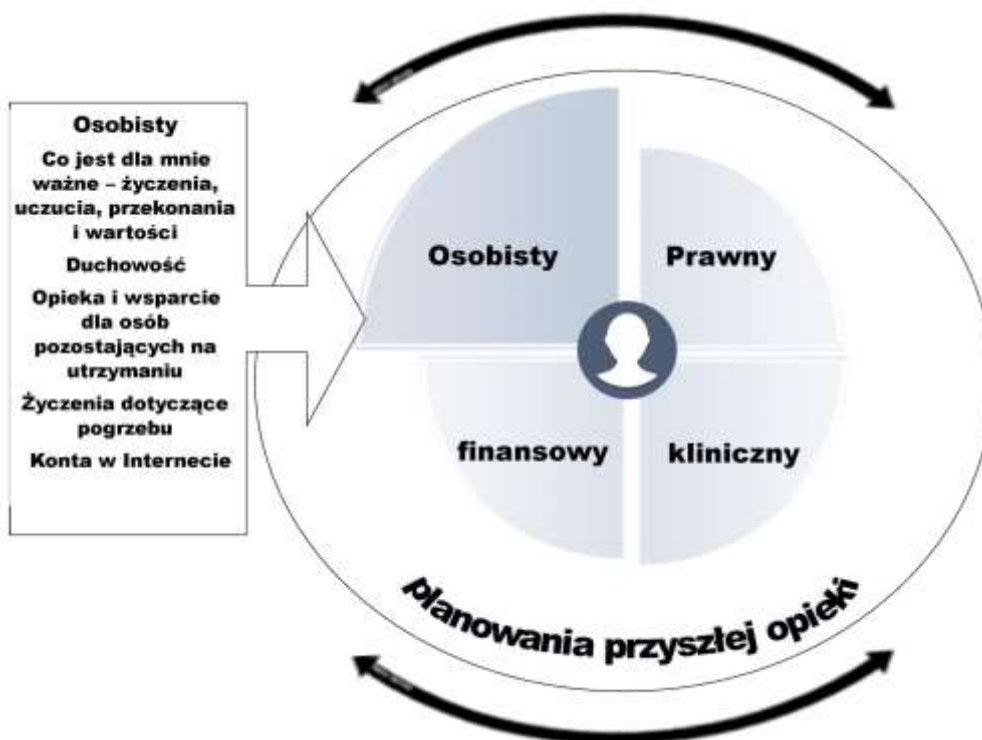
21

22 Te kluczowe obszary zostały omówione w następujących punktach.

<sup>14</sup> Zob. punkt „Najlepszy interes” na str. 30.

# 1 Obszar osobisty planowania przyszłej opieki

2



3

## 4 „Co jest dla mnie ważne” – życzenia, uczucia, przekonania i wartości

5

6 Ta część planowania przyszłej opieki dotyczy bardzo osobistych spraw, które nadają  
7 sens i cel życiu danej osoby. Mogą to być ludzie, miejsca, aspekty duchowe lub inne  
8 rzeczy, które mają znaczenie dla danej osoby.

9 O tym, co jest ważne, można poinformować innych ludzi ustnie lub pisemnie. Mogą  
10 to być konkretne życzenia dotyczące tego, co jest dla niej ważne, gdy jest zdrowa,  
11 a co byłoby dla niej istotne w sytuacji utraty zdolności do podejmowania decyzji  
12 dotyczących własnego życia.

13 Każda osoba ma inne życzenia, uczucia, przekonania i wartości. Na przykład dla  
14 niektórych absolutnym priorytetem jest uśmierzenie bólu, podczas gdy dla innych  
15 najważniejsze będzie przebywanie z ważnymi dla nich osobami mimo konieczności  
16 znoszenia pewnego poziomu bólu.

17 Ważne jest, aby wszyscy ludzie zaangażowani w opiekę nad daną osobą wiedzieli,  
18 co jest dla niej ważne, niezależnie od tego, czy jej życzenia zostały wyrażone na  
19 piśmie, czy nie. Świadomość tego, co jest ważne dla danej osoby, stanowi cenną  
20 wskazówkę i informację dla osób zapewniających opiekę, wsparcie lub leczenie przy  
21 podejmowaniu decyzji w sytuacji, gdy dana osoba nie jest w stanie samodzielnie  
22 o sobie decydować i/lub komunikować swoich życzeń.

## 1 **Duchowość**

2 Rozmowy na temat planowania przyszłej opieki koncentrują się na tym, co jest  
3 ważne dla danej osoby i mogą między innymi dotyczyć duchowych aspektów jej  
4 życia. Duchowość jest tym, co nadaje sens i cel życiu, i opiera się na podstawowych  
5 przekonaniach i wartościach danej osoby. Duchowość może wyrażać się na wiele  
6 różnych sposobów. Niektórzy ludzie mogą wyrażać swoją duchowość poprzez wiarę  
7 i w ramach sformalizowanej religii. Inni mogą uzewnętrzniać ją poprzez muzykę,  
8 sztukę lub naturę. Duchowość kieruje zachowaniem danej osoby i jej stosunkiem do  
9 innych ludzi. Może być źródłem pocieszenia, wsparcia i siły w życiu człowieka.  
10 Duchowość może zyskać na znaczeniu w miarę starzenia się lub w obliczu bardzo  
11 poważnej choroby.

12

## 13 **Opieka i wsparcie dla osób pozostających na utrzymaniu**

14 Dla niektórych priorytetem przy planowaniu przyszłej opieki będzie dopilnowanie,  
15 aby osoby pozostające na ich utrzymaniu miały zapewnioną opiekę i wsparcie. Na  
16 przykład dla wielu opiekunów rozmowy i ustalenia dotyczące zapewnienia  
17 podopiecznym opieki i wsparcia w przyszłości będą ważną częścią planowania  
18 przyszłej opieki nad nimi samymi, a nawet mogą stanowić zachętę do tego.

19 Warto zdać sobie sprawę z tego, jaki spokój ducha mogą przynieść takie rozmowy  
20 i plany.

21 Zresztą nie dotyczy to tylko ludzi, którzy mają kogoś na utrzymaniu. Dla niektórych  
22 osób planowanie przyszłej opieki będzie polegało na uzgodnieniu opieki nad  
23 zwierzętami domowymi, na wypadek, gdyby same nie mogły się tym zajmować.

24

## 25 **Życzenia dotyczące pogrzebu**

26 Myślenie o własnym pogrzebie lub rozmowy na ten temat z ważnymi osobami mogą  
27 budzić silne emocje u niektórych ludzi. Prowadzenie takich rozmów pomaga jednak  
28 poinformować innych o swoich życzeniach i preferencjach oraz zapewnić ich  
29 uszanowanie. Może również pomóc złagodzić wszelkie ewentualne obawy bliskich  
30 poprzez włączenie ich do rozmów i poinformowanie o tym, jakiego rodzaju pogrzebu  
31 życzyłaby sobie dana osoba.

32

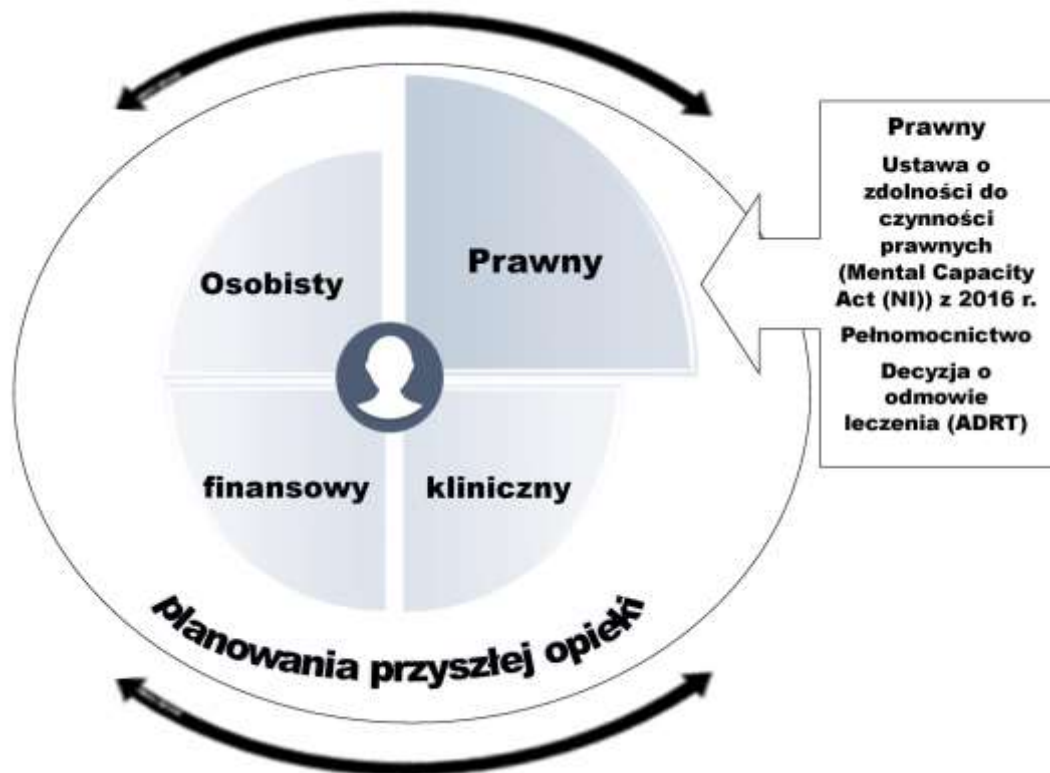
## 33 **Konta w Internecie**

34 Należy zastanowić się, co po śmierci danej osoby stanie się z jej kontami  
35 internetowymi. Konieczne może być zdecydowanie, co dana osoba chciałaby zrobić  
36 ze zdjęciami, filmami, e-mailami, danymi bankowymi i innymi informacjami  
37 przechowywanymi w Internecie, czasami nazywanymi cyfrową spuścizną.

- 1 Niektóre osoby mogą przekazać swoje życzenia dotyczące serwisów
- 2 społecznościowych lub kont internetowych (np. usunąć lub zachować konto poczty
- 3 elektronicznej lub konta w serwisach społecznościowych).

4

## 5 **Obszar prawny planowania przyszłej opieki**



6

## 7 **Ustawa o zdolności do czynności prawnych (Mental Capacity Act (NI)) z 2016 r.**

8 Planowanie przyszłej opieki zawiera odniesienia do posiadania przez daną osobę  
9 zdolności umysłowej do dokonywania czynności, dlatego ważne jest zrozumienie  
10 tego pojęcia. Podstawowa zasada ustawy o zdolności do czynności prawnych  
11 (Mental Capacity Act (NI)) z 2016 r. mówi, że nie można traktować danej osoby jako  
12 nieposiadającej zdolności umysłowych do podejmowania czynności, dopóki nie  
13 zostanie ustalone, że osoba ta nie posiada zdolności do podejmowania czynności  
14 w odniesieniu do danej sprawy.<sup>15</sup> Dana osoba może być zdolna do podejmowania  
15 pewnych decyzji w jednym czasie, a w innym już nie. Zdolność umysłowa do  
16 podejmowania czynności zależy zarówno od decyzji, jak i od czasu, co oznacza, że:

- 17 • dana osoba powinna mieć w danym momencie odpowiednią zdolność
- 18 umysłową do podjęcia konkretnej decyzji;

<sup>15</sup> [Ustawa o zdolności do czynności prawnych \(Mental Capacity Act \(NI\)\) z 2016 r. \(legislation.gov.uk\)](http://legislation.gov.uk)

- 1 • dana osoba może w danym momencie nie mieć zdolności umysłowej do  
2 podejmowania pewnych określonych decyzji, ale posiadać zdolność  
3 umysłową do podejmowania wielu innych decyzji;
- 4 • nawet jeśli dana osoba nie jest wystarczająco zdolna umysłowo do podjęcia  
5 konkretnej decyzji w danym momencie, jej życzenia, uczucia, przekonania  
6 i wartości są kluczowe i nadal należy ją wspierać, aby w jak największym  
7 stopniu zaangażować ją w proces decyzyjny.

8 Rozmowy dotyczące planowania przyszłej opieki, wszelkie zalecenia i/lub decyzje  
9 zostaną wykorzystane, gdy dana osoba nie będzie w stanie podejmować decyzji  
10 w swojej sprawie. Może zdarzyć się tak, że nawet mimo otrzymanego wsparcia  
11 osoba taka może nie mieć zdolności umysłowej do podjęcia określonej decyzji w  
12 danym momencie.

13 Aby mieć zdolność do podjęcia określonej decyzji, dana osoba musi być w stanie:  
14 zrozumieć, zapamiętać, ocenić, wykorzystać i rozważyć istotne informacje oraz  
15 przekazać swoją decyzję. Z kolei w przypadku, gdy dana osoba nie jest w stanie  
16 podjąć określonej decyzji, wcześniejsze rozmowy w ramach planowania przyszłej  
17 opieki, wszelkie zalecenia i/lub decyzje mogą stanowić wskazówkę dla osób  
18 zapewniających opiekę, wsparcie lub leczenie i w ten sposób umożliwić im  
19 wykonywanie pracy zgodnie z życzeniami, uczuciami, przekonaniem i wartościami  
20 danej osoby dotyczącymi przyszłej opieki nad nią.

21 Ustawa o zdolności do czynności prawnych (Mental Capacity Act (NI)) z 2016 r. jest  
22 aktem prawnym przyjętym przez Zgromadzenie Irlandii Północnej. Ustawa otrzymała  
23 sankcję królewską 9 maja 2016 r.<sup>16</sup> Art. 3 ustawy o zdolności do czynności prawnych  
24 (Mental Capacity Act (NI)) z 2016 r. definiuje pojęcie „brak zdolności do czynności  
25 prawnych” następująco:

26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34

---

<sup>16</sup> Ustawa o zdolności do czynności prawnych (Mental Capacity Act (NI)) z 2016 r. dotyczy każdej osoby powyżej 16. roku życia, jednak zakres niniejszej Polityki dotyczy osób w wieku 18 lat i starszych.

**Artykuł 3 ustawy o zdolności do czynności prawnych (Mental Capacity Act (NI)) z 2016 r.**

„(1) Na potrzeby niniejszej ustawy osoba w wieku 16 lat i starsza nie ma zdolności do czynności prawnych w danej sprawie, jeżeli w danym momencie nie jest w stanie podejmować decyzji za siebie w danej sprawie (w znaczeniu określonym w art. 4) z powodu upośledzenia lub zaburzenia funkcjonowania umysłu lub mózgu.

(2) Nie ma znaczenia:

(a) czy upośledzenie lub zaburzenie ma charakter trwały, czy przejściowy;

(b) jaka jest przyczyna upośledzenia lub zaburzenia.

(3) W szczególności nie ma znaczenia, czy upośledzenie lub zaburzenie jest spowodowane chorobą lub niepełnosprawnością albo okolicznościami innymi niż choroba czy niepełnosprawność”.

1

2 Ustawa precyzuje, że „brak zdolności do czynności prawnych” dotyczy osoby, która  
3 nie jest w stanie samodzielnie podjąć decyzji w określonej sprawie.

4 Uznaje również, że zdolność do podejmowania czynności może zmieniać się  
5 w czasie i może być tymczasowa lub trwała.

6 W ustawie o zdolności do czynności prawnych (Mental Capacity Act (NI)) z 2016 r.  
7 zapisano wiele bardzo ważnych zasad dotyczących zdolności do podejmowania  
8 czynności, które pomagają nie dopuścić do błędnego założenia, że dana osoba nie  
9 ma zdolności umysłowej do takich czynności. Zasady zapisane w ustawie  
10 o zdolności do czynności prawnych (Mental Capacity Act (NI)) z 2016 r.<sup>17</sup>:

11 Zasada 1 – Podstawowa zasada ustawy o zdolności do czynności prawnych (Mental  
12 Capacity Act (NI)) z 2016 r. mówi, że nie można traktować danej osoby jako  
13 nieposiadającej zdolności umysłowych do podejmowania czynności, dopóki nie  
14 zostanie ustalone, że osoba ta nie posiada zdolności do podejmowania czynności  
15 w odniesieniu do danej sprawy.

16 Zasada 2 – To, czy dana osoba jest w stanie podjąć decyzję we własnym imieniu,  
17 można ustalić jedynie poprzez rozważenie wymogów ustawy; nie wolno czynić  
18 żadnych założeń jedynie na podstawie jakiegokolwiek stanu, w jakim znajduje się  
19 dana osoba, lub jakichkolwiek innych cech tej osoby.

20 Zasada 3 – Danej osoby nie wolno traktować jako niezdolnej do samodzielnego  
21 podjęcia decyzji, chyba że udzielono jej bezskutecznie wszelkiej możliwej pomocy  
22 i wsparcia w celu umożliwienia jej podjęcia decyzji.

---

<sup>17</sup> Ustawa o zdolności do czynności prawnych (Mental Capacity Act (NI)) z 2016 r. –  
<https://www.legislation.gov.uk/niu/2016/18/section/1/enacted>

- 1 Zasada 4 – Danej osoby nie wolno traktować jako niezdolnej do podjęcia decyzji
- 2 tylko dlatego, że podejmie nierozważną decyzję.
- 3 Zasada 5 – Wszelkie działania i decyzje muszą być podejmowane w najlepszym
- 4 interesie danej osoby.
- 5 **Aspekty do rozważenia w zakresie zdolności umysłowej do podejmowania**
- 6 **czynności**
- 7 Poniżej wymieniono ważne kwestie, które należy rozważyć w zakresie zdolności
- 8 umysłowej do podejmowania czynności.

<p>Dlaczego dana osoba nie jest w stanie podjąć decyzji?</p>	<p>Osoba nie jest w stanie podjąć decyzji, jeśli nie jest w stanie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zrozumieć potrzebnych informacji, które pomogłyby jej w podjęciu decyzji,</li> <li>• zapamiętać tych informacji na czas potrzebny do podjęcia decyzji,</li> <li>• wykorzystać lub rozważyć tych informacji w procesie podejmowania decyzji,</li> <li>• przekazać decyzji – ustnie, językiem migowym lub w jakikolwiek inny sposób.</li> </ul>
<p>Wsparcie osoby w podjęciu decyzji</p>	<p>Dana osoba musi otrzymać wszelką możliwą pomoc i wsparcie, które umożliwią jej podjęcie decyzji. Należy wykonać następujące czynności:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• przekazać danej osobie wszystkie istotne informacje w sposób, który najlepiej odpowiada jej potrzebom (np. pisemnie, ustnie, w języku migowym itp.),</li> <li>• upewnić się, że rozmowa z daną osobą odbywa się w porze lub porach, które jej najbardziej odpowiadają (np. niektóre osoby czują się bardziej sprawne lub lepiej się koncentrują wcześniej rano),</li> <li>• dopilnować, aby otoczenie (środowisko), w którym ma się odbyć rozmowa, w jak największym stopniu odpowiadało danej osobie (np. aby nic nie przeszkadzało w rozmowie, nie było wokół zbyt głośno ani nie było zbyt wielu czynników rozpraszających uwagę),</li> <li>• zapewnić udział osób ważnych dla zainteresowanego lub tych, które mogą pomóc zainteresowanemu w komunikowaniu się.</li> </ul>
<p>Ustalenie braku zdolności umysłowych do podejmowania czynności</p>	<p>Aby ustalić, czy dana osoba nie jest w stanie podjąć decyzji w konkretnej sprawie, osoby oceniające jej stan muszą:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zapewnić przestrzeganie zasad określonych w ustawie o zdolności do czynności prawnych (Mental Capacity Act (NI)) z 2016 r.,</li> <li>• mieć uzasadnione przekonanie, że dana osoba nie jest zdolna do</li> </ul>

	<p>podjęcia tej konkretnej decyzji,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zapewnić przekazanie odpowiednich informacji w sposób przystępny dla danej osoby,</li> <li>• zapewnić wsparcie potrzebne danej osobie, aby umożliwić jej podjęcie decyzji.</li> </ul>
<p>Kto może stwierdzić, czy dana osoba ma zdolność umysłową do podejmowania czynności?</p>	<p>Ustalanie zdolności do podejmowania czynności jest podstawową funkcją każdego pracownika służby zdrowia i opieki społecznej. Od wszystkich pracowników służby zdrowia i opieki społecznej oczekuje się, że będą w stanie przeprowadzać rutynowe oceny zdolności umysłowej.</p> <p>W przypadku poważnych interwencji i decyzji dotyczących leczenia osoba ustalająca zdolność umysłową do czynności prawnych musi posiadać odpowiednie kwalifikacje, które określono w ustawie jak wyszczególniono w ustawie o zdolności do czynności prawnych (Mental Capacity Act (NI)) z 2016 r.<sup>18</sup></p>

1

## 2 Rodzaje pełnomocnictw

3 Istnieją trzy różne rodzaje pełnomocnictw. Wszystkie opisano poniżej. Należy jednak  
4 pamiętać, że w Irlandii Północnej funkcjonują obecnie tylko dwa pierwsze. Zalecamy  
5 skorzystanie z porady prawnej, ponieważ należy dokładnie przemyśleć zakres  
6 uprawnień, jakie dana osoba chce nadać pełnomocnikowi<sup>19</sup>.

## 7 Pełnomocnictwo

8

9 Pełnomocnictwo jest dokumentem prawnym, za pomocą którego dana osoba może  
10 upoważnić kogoś innego do podejmowania czynności lub decyzji w jej imieniu.  
11 Umożliwia ono osobie, która wciąż posiada zdolność umysłową do podejmowania  
12 czynności, zlecenie komuś innemu (zwanemu „pełnomocnikiem”) zajmowanie się jej  
13 majątkiem i finansami. Na przykład w sytuacji, gdy dana osoba utraci fizyczną  
14 zdolność do wykonywania czynności, takich jak wizyta w banku.

15 Pełnomocnictwo wygasa , gdy dana osoba utraci zdolność umysłową do kierowania  
16 własnymi sprawami.

17

<sup>18</sup> [Ustawa o zdolności do czynności prawnych \(Mental Capacity Act \(NI\)\) z 2016 r. \(legislation.gov.uk\)](https://www.legislation.gov.uk)

<sup>19</sup> <https://www.nidirect.gov.uk/articles/managing-your-affairs-and-enduring-power-attorney>  
<https://www.justice-ni.gov.uk/sites/default/files/publications/justice/epa-notes-for-guidance-Aug-2018-updated-Nov-2019.pdf>



1 **Pełnomocnictwo stałe**

2

3 Pełnomocnictwo stałe (Enduring Power of Attorney, EPA) jest aktem prawnym, który  
4 umożliwia danej osobie wyznaczenie innych osób do podejmowania w jej imieniu  
5 decyzji dotyczących jej majątku i spraw finansowych, gdyby utraciłaby ona zdolność  
6 umysłową do dokonywania czynności prawnych.

7 Posiadanie EPA pozwala opracować z wyprzedzeniem plan na wypadek utraty  
8 zdolności umysłowej do podejmowania samodzielnych decyzji dotyczących finansów  
9 lub majątku.

10

11 **Pełnomocnictwo trwałe**

12

13 Część 5 ustawy o zdolności do czynności prawnych (Mental Capacity Act (NI))  
14 z 2016 r. zawiera przepisy dotyczące pełnomocnictwa trwałego (Lasting Power of  
15 Attorney, LPA). Ponieważ jednak nie weszła jeszcze w życie, przepisy części 5  
16 ustawy, które dotyczą pełnomocnictwa trwałego, nie obowiązują jeszcze w Irlandii  
17 Północnej.

18 Pełnomocnictwo trwałe (LPA) jest dokumentem prawnym, który umożliwia danej  
19 osobie wyznaczenie innych osób do podejmowania decyzji w jej imieniu. Może  
20 zostać ono udzielone w odniesieniu do spraw majątkowych i finansowych, a także  
21 w odniesieniu do decyzji związanych ze zdrowiem i opieką społeczną, w tym decyzji  
22 dotyczących leczenia i opieki u schyłku życia. Art. 97 ustawy definiuje  
23 pełnomocnictwo trwałe w następujący sposób:

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

**Część 5 ustawy o zdolności do czynności prawnych (Mental Capacity Act (NI))  
z 2016 r. Art. 97**

97 (1) Trwałe pełnomocnictwo to pełnomocnictwo, na mocy którego osoba udzielająca pełnomocnictwa powierza pełnomocnikowi (lub pełnomocnikom) prawo do podejmowania decyzji (lub w określonych sprawach dotyczących) dotyczących wszystkich lub niektórych spośród poniższych kwestii:

- (a) opieka nad osobą udzielającą pełnomocnictwa, jej leczenie i dobrostan osobisty;
- (b) majątek i sprawy osoby udzielającej pełnomocnictwa;

i które upoważnia pełnomocnika do podejmowania takich decyzji w okolicznościach, w których osoba udzielająca pełnomocnictwa nie ma już zdolności do czynności prawnych.

(2) Trwałe pełnomocnictwo zostaje udzielone się tylko wtedy, gdy:

- (a) dokument pełnomocnictwa, o którym mowa w ust. 1, został sporządzony i zarejestrowany zgodnie z załącznikiem 4;
- (b) w chwili podpisania dokumentu przez osobę udzielającą pełnomocnictwa ma ona ukończone 16 lat i jest zdolna do podpisania go; oraz
- (c) spełnione zostały warunki art. 101 (wymagania dotyczące pełnomocników).

(3) Dokument, który:

- (a) ma na celu ustanowienie trwałego pełnomocnictwa, ale
- (b) nie jest zgodny z niniejszym artykułem, art. 101 lub załącznikiem 4, nie nadaje skutecznie uprawnień.

1

2 Pełnomocnictwo trwałe (LPA) jest sporządzane, gdy dana osoba posiada zdolność  
3 do czynności prawnych i udziela pełnomocnikowi pełnego prawa do podejmowania  
4 decyzji, które zaczną obowiązywać dopiero w momencie, gdy dana osoba utraci  
5 zdolność do czynności prawnych. Decyzja podjęta przez pełnomocnika  
6 umocowanego na mocy LPA jest taka sama, jak decyzja samej danej osoby, gdyby  
7 posiadała ona zdolność umysłową do czynności prawnych.

8 Pełnomocnictwo trwałe (LPA) będzie bardzo istotnym narzędziem w planowaniu  
9 przyszłej opieki, kiedy odpowiednie przepisy ustawy o zdolności do czynności  
10 prawnych (Mental Capacity Act (Northern Ireland)) z 2016 r.<sup>20</sup> wejdą w życie. Dzięki

---

<sup>20</sup> Ustawa o zdolności do czynności prawnych (Mental Capacity Act (NI)) z 2016 r. wprowadza w Irlandii Północnej instytucję pełnomocnictwa trwałego (Lasting Power of Attorney, LPA). Ustawa o zdolności do czynności prawnych (Mental Capacity Act (NI)) z 2016 r. wchodzi w życie etapami. W etapie 1 jej wdrożenia nie uwzględniono pełnomocnictwa trwałego (LPA). Wdrażanie wprawdzie trwa, ale w tej chwili nie ma harmonogramu rozpoczęcia tego etapu, który będzie obejmował wprowadzenie pełnomocnictw trwałych (LPA).

1 temu dana osoba będzie mogła zdecydować, kto będzie podejmował decyzje w jej  
2 imieniu, jeśli kiedykolwiek utraci ona zdolność umysłową do czynności prawnych.

3 Obecnie w Irlandii Północnej nikt nie jest uprawniony do wyrażania zgody na  
4 leczenie w imieniu innej osoby dorosłej. W sytuacjach, w których dana osoba nie  
5 posiada zdolności umysłowej do samodzielnego podjęcia określonej decyzji,  
6 podejmowana jest decyzja leżąca „w jej najlepszym interesie”<sup>21</sup>.

7

8

## 9 **Decyzja o odmowie leczenia**

10

11 Decyzja o odmowie leczenia (Advance Decision to Refuse Treatment, ADRT) to  
12 zestaw instrukcji od danej osoby przeznaczony dla osób prowadzących leczenie  
13 kliniczne. Zapisuje się w nim szczegółowe okoliczności, w których dana osoba nie  
14 życzy sobie danego sposobu leczenia albo chciałaby zaprzestania danego leczenia.

15 ADRT nie może służyć do odmowy podstawowej opieki, która może być potrzebna  
16 danej osobie dla zachowania komfortu. Dotyczy to ciepła, schronienia, pożywienia,  
17 doustnego podawania płynów. Dokument ADRT nie może służyć do:

- 18 • żądania określonego rodzaju leczenia;
- 19 • żądania czynności nielegalnych, np. pomocy w dokonaniu samobójstwa;
- 20 • wyznaczenia innej osoby do podejmowania decyzji;
- 21 • odmowy leczenia w związku chorobą psychiczną, jeśli leczenie jest zgodne  
22 z rozporządzeniem o zdrowiu psychicznym (Mental Health (NI) Order)  
23 z 1986 r.<sup>22</sup>

24

25 W Irlandii Północnej decyzja ADRT jest dokumentem posiadającym moc prawną  
26 (jego stosowanie podlega prawu powszechnemu, a nie ustawie), jeżeli jest ważna  
27 i dotyczy określonej sytuacji. Oznacza to, że osoby zapewniające opiekę, wsparcie  
28 lub leczenie zobowiązane są do postępowania zgodnie z decyzją ADRT, jeżeli  
29 wiedzą o jej istnieniu.

---

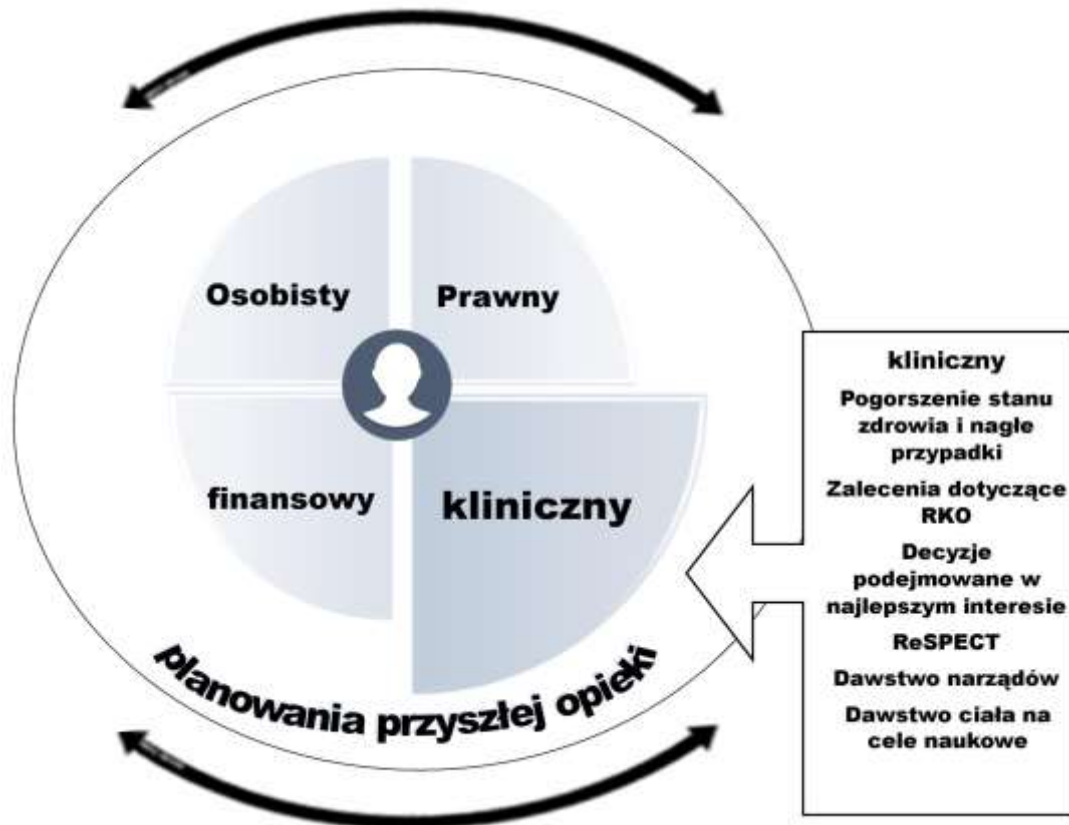
<sup>21</sup> Zob. punkt „Najlepszy interes” na str. 30.

<sup>22</sup> Kiedy ustawa o zdolności do czynności prawnych (Mental Capacity Act (NI)) z 2016 r. wejdzie w pełni w życie, będzie stanowiła podstawę prawną do sporządzania decyzji o odmowie leczenia (ADRT). Znajdzie się w niej zapis, że w przypadku istnienia ważnej decyzji ADRT nie może ona zostać unieważniona decyzją wydaną na mocy ustawy. Zasada będzie dotyczyła także leczenia psychiatrycznego.

1 Decyzja ADRT jest rejestrowana, gdy dana osoba jest w stanie samodzielnie  
2 podejmować decyzje i komunikować je. Dokument ten będzie stosowany wyłącznie  
3 wtedy, gdy dana osoba straci zdolność umysłową do podejmowania określonych  
4 decyzji lub nie będzie w stanie przekazać swoich życzeń.

5 Osoby zapewniające opiekę, wsparcie lub leczenie powinny postępować zgodnie  
6 z Regionalnymi ramami operacyjnymi planowania przyszłej opieki (zostaną one  
7 opracowane wraz ze sporządzeniem Polityki).

## 8 **Obszar kliniczny planowania przyszłej opieki**



9

## 10 **Pogorszenie stanu zdrowia i nagłe przypadki**

11

12 W ciągu całego życia człowieka stan jego zdrowia może stopniowo pogarszać się  
13 z czasem. W innych przypadkach na stan zdrowia danej osoby może nagle wpłynąć  
14 nieoczekiwana sytuacja kryzysowa, taka jak wypadek, zawał serca lub załamanie  
15 zdrowia psychicznego. Dlatego naprawdę ważne jest, aby każdy miał świadomość,  
16 że takie sytuacje mogą się zdarzyć, i opracować plan na taką ewentualność.

17 Planowanie przyszłej opieki może obejmować rozmowy, zalecenia i/lub decyzje  
18 dotyczące życzeń danej osoby na temat przyszłej opieki w przypadku  
19 pogarszającego się stanu zdrowia i/lub sytuacji nagłych. Rozmowy te pomagają we  
20 wspólnym zrozumieniu, co jest ważne dla danej osoby, i stanowią wskazówkę do  
21 zaleceń klinicznych i/lub decyzji na temat realistycznych scenariuszy przyszłej opieki

1 i leczenia w miarę pogarszania się stanu zdrowia danej osoby, i/lub konkretnych  
2 metod leczenia, takich jak resuscytacja, wentylacja lub sztuczne żywienie /  
3 nawadnianie.

4

5

## 6 **Zalecenia kliniczne dotyczące resuscytacji krążeniowo-oddechowej (RKO)**

7

8 Planowanie przyszłej opieki może obejmować rozmowy, zalecenia i/lub decyzje  
9 dotyczące resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Jest to ważne, ponieważ w  
10 wypadkach nagłych może dojść do zatrzymania akcji serca. Zatrzymanie akcji serca  
11 to sytuacja, w której serce przestaje pompować krew do organizmu, a osoba traci  
12 przytomność i przestaje normalnie oddychać.

13 Interwencje takie jak resuscytacja krążeniowo-oddechowa (RKO) mają na celu  
14 doprowadzenie do wznowienia pracy serca. Resuscytacja wymaga silnego ucisku na  
15 klatkę piersiową, co często oznacza, że osoby ważne dla nieprzytomnego nie mogą  
16 być przy nim obecne lub jeśli są obecne, obserwowanie przebiegu akcji ratunkowej  
17 może być dla nich bardzo przykre.

18 Przychodzi jednak czas, kiedy próba wznowienia pracy serca nie powiedzie się lub  
19 kiedy ryzyko związane z resuscytacją przewyższa korzyści. W takim wypadku  
20 wskazania medyczne wyraźnie mówią, że stan zdrowia lub kondycja danej osoby  
21 pogorszy się lub można oczekiwać, że pogorszy się do stopnia, w którym  
22 resuscytacja krążeniowo-oddechowa nie będzie właściwą interwencją, ponieważ  
23 zakłóca normalny proces umierania, w którym serce jest ostatnim narządem, który  
24 się zatrzymuje.

25 Dana osoba lub osoby dla niej ważne nie mogą nalegać na zastosowanie  
26 określonego leczenia, jeśli lekarz prowadzący uzna to za niewłaściwe – dotyczy to  
27 również RKO. Wiedza o tym, co jest ważne dla danej osoby, pomaga osobom  
28 prowadzącym leczenie kliniczne w formułowaniu i dokumentowaniu konkretnych  
29 zaleceń klinicznych, w tym także, czy RKO byłaby właściwą interwencją w przypadku  
30 zatrzymania akcji serca. Kluczowym zagadnieniem nie jest opinia osoby  
31 podejmującej decyzję o jakości życia pacjenta po przeprowadzeniu RKO, ale  
32 obiektywna ocena tego, co leży w jego najlepszym interesie. Należy bowiem wziąć  
33 pod uwagę wszystkie istotne czynniki, a zwłaszcza życzenia, uczucia, przekonania  
34 i wartości danej osoby dotyczące tego, co byłoby dla niej akceptowalnym poziomem  
35 powrotu do zdrowia.

36

37

## 1 Decyzje podejmowane w najlepszym interesie

2

3 Jeżeli dana osoba nie posiada zdolności umysłowej do podjęcia określonej decyzji  
4 dotyczącej jej leczenia w danym momencie, a jednocześnie nie posiada ważnej  
5 i obowiązującej decyzji o odmowie leczenia (Advance Decision to Refuse Treatment,  
6 ADRT), wówczas lekarz prowadzący leczenie danej osoby podejmie decyzję leżącą  
7 w jej „najlepiej pojętym interesie”. Planowanie przyszłej opieki pozwala danej osobie  
8 przedstawić swoje życzenia, uczucia, przekonania i wartości, co pomoże  
9 w kierowaniu działaniami i informowaniu osób podejmujących decyzje leżące w jej  
10 „najlepszym interesie”.

11 Nikt nie jest uprawniony do wyrażania zgody na opiekę medyczną lub leczenie  
12 w imieniu innej osoby dorosłej, ale osoby ważne dla danej osoby powinny zostać  
13 włączone w dyskusję o „najlepszym interesie”, czyli o tym, czego mogła chcieć dana  
14 osoba. Nawet jeśli dana osoba nie jest wystarczająco zdolna umysłowo do podjęcia  
15 konkretnej decyzji w danym momencie, jej życzenia, uczucia, przekonania i wartości  
16 mają kluczowe znaczenie. Osoba ta musi znaleźć się w centrum procesu  
17 decyzyjnego i otrzymać wsparcie, aby w miarę możliwości mogła uczestniczyć  
18 w procesie decyzyjnym.<sup>23</sup>

19 Lekarz opiekujący się daną osobą powinien opierać swoją decyzję dotyczącą  
20 najlepiej pojętego interesu pacjenta<sup>24</sup> na swoim doświadczeniu i zrozumieniu sytuacji  
21 danej osoby oraz na wcześniejszych rozmowach z pacjentem na temat planowania  
22 przyszłej opieki. Decyzji nie można podejmować na podstawie założeń opartych  
23 wyłącznie na takich czynnikach, jak wiek, niepełnosprawność<sup>25</sup> danej osoby czy też  
24 subiektywny pogląd specjalisty na jakość jej życia<sup>26</sup>.

25 W razie braku informacji sugerujących istnienie planu przyszłej opieki, decyzji ADRT  
26 lub zaleceń klinicznych dotyczących opieki i leczenia w przypadku sytuacji nagłej,  
27 w tym zatrzymania akcji serca, lekarz prowadzący leczenie danej osoby podejmie  
28 decyzję leżącą w „najlepszym interesie” pacjenta.

29

---

<sup>23</sup> [Deklaracja jakości nr 4: Podejmowanie decyzji w najlepszym interesie | Podejmowanie decyzji a zdolność do czynności prawnych | Standardy jakości | NICE](#)

<sup>24</sup> Po pełnym wdrożeniu art. 7 ustawy o zdolności do czynności prawnych (Mental Capacity Act (NI)) z 2016 r.  
<https://www.legislation.gov.uk/niu/2016/18/section/7/enacted>

<sup>25</sup> Heslop P., Blair P., Fleming P., Hoghton M., Marriott A., Russ L., Confidential Inquiry into premature deaths of people with learning disabilities (CIPOLD). Bristol: Norah Fry Research Centre; 2013.

<sup>26</sup> Decyzje dotyczące resuscytacji krążeniowo-oddechowej z 2016 r.  
<https://www.resus.org.uk/sites/default/files/2020-05/20160123%20Decisions%20Relating%20to%20CPR%20-%202016.pdf>

## 1 **Zalecany skrócony plan opieki i leczenia w nagłych wypadkach (ReSPECT)**

2

3 Najlepiej byłoby, gdyby planowanie przyszłej opieki odbyło się na długo przed  
4 wystąpieniem pogorszenia się stanu zdrowia danej osoby, kryzysu lub nagłego  
5 wypadku. Może się jednak zdarzyć, że nie doszło do rozmów na temat planowania  
6 przyszłej opieki, a osoby zapewniające opiekę, wsparcie lub leczenie będą musiały  
7 przeprowadzić te rozmowy w okolicznościach takich jak nagłe pogorszenie stanu  
8 zdrowia lub nagły przypadek.

9 Bez względu na to, kiedy przeprowadzone zostaną te rozmowy, powinny one  
10 poruszać tematy ważne dla danej osoby i dokumentować je, a także konkretne  
11 zalecenia kliniczne dotyczące realistycznego i odpowiedniego dla takiej osoby  
12 leczenia i opieki.

13 Rozmowy i zalecenia dotyczące przyszłej opieki i leczenia zostaną  
14 udokumentowane na formularzu ReSPECT.

15 ReSPECT to skrót od „Recommended Summary Plan for Emergency Care and  
16 Treatment” (Zalecany skrócony plan opieki i leczenia w nagłych wypadkach).  
17 Formularz ReSPECT zawiera informacje, które będą stanowiły cenną wskazówkę  
18 i informację dla osób zapewniających opiekę, wsparcie lub leczenie w chwili, gdy  
19 dana osoba nie będzie w stanie przedstawić swoich życzeń lub nie będzie miała  
20 zdolności umysłowej umożliwiającej podjęcie określonej decyzji, np. po nagłym  
21 wypadku w przyszłości.

22 Formularz ReSPECT zawiera zalecenia i/lub decyzje dotyczące określonych  
23 interwencji, które mogą być pożądane lub klinicznie właściwe (albo nie).

24 Formularz ReSPECT zostanie podpisany przez klinicystę udzielającego zaleceń  
25 klinicznych, ale będzie przechowywany przez daną osobę zainteresowaną.  
26 Formularz ReSPECT nie jest dokumentem wiążącym z mocy prawa. Formularz  
27 ReSPECT zawiera:

- 28 • informacje o tym, co jest ważne dla danej osoby w odniesieniu do opieki  
29 i leczenia, np. życzenia, uczucia, przekonania i wartości;
- 30 • dotychczasowe dokumenty dotyczące planowania opieki, np. jeżeli dana  
31 osoba podjęła decyzję o odmowie leczenia (Advance Decision to Refuse  
32 Treatment, ADRT);
- 33 • zalecenia kliniczne dotyczące opieki i leczenia w nagłych wypadkach, np.  
34 zalecenia dotyczące resuscytacji;
- 35 • odnotowanie zdolności umysłowej do udziału w formułowanych zaleceniach.

1 Podobnie jak w przypadku każdego innego aspektu planowania przyszłej opieki  
2 informacje zapisane na formularzu ReSPECT powinny być poddawane przeglądowi  
3 i odpowiednio aktualizowane.

4 Formularz ReSPECT będzie regionalnym formularzem służącym do rejestrowania  
5 wszystkich zaleceń dotyczących opieki i leczenia w nagłych wypadkach. Formularz  
6 ReSPECT będzie można stosować we wszystkich placówkach leczniczych  
7 i opiekuńczych. Ponieważ formularz ReSPECT zawiera zalecenia dotyczące RKO,  
8 formularze dotyczące niepodejmowania resuscytacji krążeniowo-oddechowej (Do  
9 not attempt cardiopulmonary resuscitation, DNACPR) zostaną wycofane z użycia.

10 Osoby zapewniające opiekę, wsparcie lub leczenie powinny postępować zgodnie  
11 z odpowiednimi regionalnymi dokumentami operacyjnymi, które zostały opracowane  
12 pomocniczo do niniejszej Polityki.

13

#### 14 **Dawstwo narządów**

15

16 Dana osoba może wyrazić zgodę na oddanie swoich organów i tkanek do  
17 transplantacji. Istnieją dwa różne rodzaje dawstwa narządów. Jednym z nich jest  
18 sytuacja, w której dana osoba oddaje narząd jako „żywy dawca” – na przykład może  
19 chcieć zostać dawcą nerki. Drugi to sytuacja, w której dana osoba zmarła, a jej  
20 organy i tkanki zostają przekazane do transplantacji.

21 Dana osoba może zaznaczyć w Rejestrze dawców organów NHS, czy chce oddać  
22 swoje organy i tkanki po śmierci.<sup>27</sup> Wiele osób nie zdaje sobie sprawy, że do  
23 pobrania narządów do przeszczepu konieczna jest zgoda bliskich. Znajomość  
24 życzeń danej osoby w odniesieniu do dawstwa narządów pomaga jej bliskim w tym  
25 trudnym czasie.

26

#### 27 **Dawstwo ciała na cele naukowe**

28

29 Dana osoba może chcieć oddać swoje ciało na potrzeby nauk medycznych. Ważne  
30 jest, aby dana osoba pomówiła o tym z ważnymi dla niej osobami, a także z osobami  
31 zapewniającymi jej opiekę, wsparcie lub leczenie. Istnieje określona procedura<sup>28</sup>,  
32 której należy dochować. Wymaga ona między innymi zachowania kopii kompletnie  
33 wypełnionego formularza zgody.

<sup>27</sup> Rejestr dawców narządów <https://www.organdonation.nhs.uk/register-your-decision/>

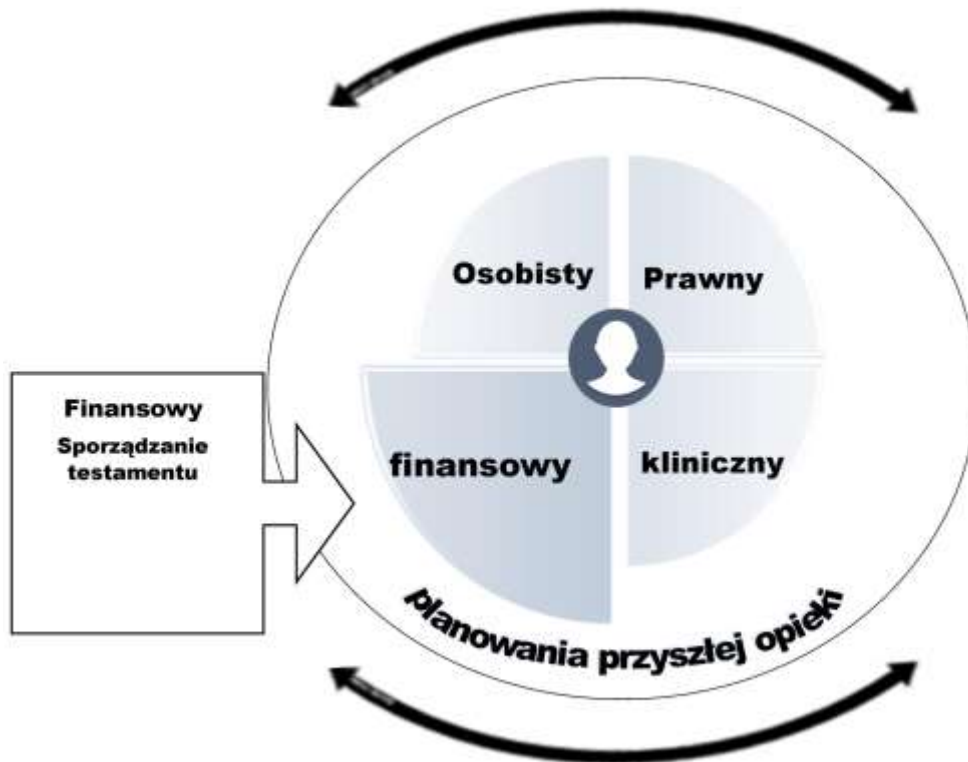
<sup>28</sup> Broszury informacyjne, w tym formularz zgody, są dostępne w Biurze Anatomii (Anatomy Office) Queens University.

Jeśli chcesz otrzymać broszurę informacyjną zawierającą formularz zgody, prosimy o kontakt z Biurem Anatomii pod adresem: [anatomy@qub.ac.uk](mailto:anatomy@qub.ac.uk) lub telefonicznie pod numerem: 028 90 972131. Personel z przyjemnością udzieli odpowiedzi na wszelkie ewentualne pytania.



# 1 Obszar finansowy planowania przyszłej opieki

2



3

4

## 5 Sporządzenie testamentu

6

7 Sporządzenie testamentu pozwala zadbać o to, aby życzenia danej osoby zostały  
8 spełnione po jej śmierci. Dzięki testamentowi dana osoba może przekazać swoje  
9 rzeczy lub instrukcje osobom dla niej ważnym.

10 Testament jest dokumentem prawnym zawierającym jasne instrukcje, które mogą  
11 dotyczyć:

- 12 • opieki nad dziećmi lub osobami pozostającymi na utrzymaniu;
- 13 • spraw finansowych – pieniędzy, majątku i rzeczy.

14

15

## 16 Dlaczego sporządzenie testamentu jest ważne

17

18 Posiadanie testamentu upraszcza proces zarządzania sprawami danej osoby po jej  
19 śmierci:

- 1 • dana osoba może zdecydować, w jaki sposób jej majątek zostanie  
2 podzielony,
- 3 • osoba pozostająca w związku niesformalizowanym może zadbać zapewnienie  
4 utrzymania swojemu partnerowi/swojej partnerce,
- 5 • osoba rozwiedziona może zdecydować, czy chce coś zostawić byłemu  
6 partnerowi/byłej partnerce,
- 7 • dana osoba może uzyskać więcej informacji na temat podatku od spadków.

8

## 9 **Przygotowanie testamentu**

10

11 Chociaż można sporządzić testament samodzielnie, warto jest skorzystać z usług  
12 adwokata, należy wziąć pod uwagę szereg różnych formalności prawnych. Jeśli  
13 dana osoba nie sporządziła testamentu, wówczas podział masy spadkowej odbywa  
14 się według przepisów prawa.

15 Wykonawcą testamentu jest osoba, która realizuje życzenia zawarte w testamencie  
16 zmarłego. Dana osoba może wyznaczyć wykonawcę poprzez wskazanie go  
17 w swoim testamencie. Również sądy mogą wyznaczyć inne osoby, które będą  
18 odpowiedzialne za wykonanie tego zadania.

19 Sporządzony testament należy złożyć w bezpiecznym miejscu i poinformować  
20 wykonawcę testamentu, bliskiego przyjaciela lub krewnego, gdzie on się znajduje.  
21 Jeśli testament sporządza adwokat, zwykle zachowuje oryginał u siebie, a osobie  
22 zainteresowanej wysyła kopię. Osoba ta może jednak poprosić o oryginał, jeśli chce  
23 go zatrzymać u siebie.

24

25

## 26 **Aktualizacja testamentu**

27

28 Dana osoba powinna dokonać przeglądu swojego testamentu, zwłaszcza po każdej  
29 większej zmianie w swoim życiu, takiej jak separacja, małżeństwo lub rozwód,  
30 urodzenie dziecka czy przeprowadzka.

31 Dana osoba może wprowadzić zmiany poprzez dodanie adnotacji do istniejącego  
32 testamentu lub poprzez sporządzenie nowego testamentu<sup>29</sup>.

33

---

<sup>29</sup> <https://www.nidirect.gov.uk/articles/making-will>

## 1 Podsumowanie

2

3 Planowanie przyszłej opieki składa się z szeregu obszarów, na które składa się wiele  
4 elementów. Na różnych etapach swojego życia dana osoba może zastanowić się  
5 nad niektórymi elementami i zaplanować je, zaś inne odłożyć na później. Ten  
6 sposób postępowania odzwierciedla indywidualne i dobrowolne zasady planowania  
7 przyszłej opieki oraz potrzebę zapewnienia danej osobie możliwości odbycia  
8 rozmowy na ten temat, a także dokonywania przeglądu tych rozmów i/lub wszelkich  
9 ewentualnie sporządzonych dokumentów.

10 Planowanie przyszłej opieki pozwala człowiekowi zastanowić się nad tym, co jest dla  
11 niego ważne. Może poprawić jego jakość życia i sprawić, że jego życzenia, uczucia,  
12 przekonania i wartości będą miały wpływ na opiekę, wsparcie i leczenie zapewniane  
13 mu, gdy nie będzie w stanie samodzielnie podejmować decyzji.

14 „Planowanie przyszłej opieki – prawdopodobnie najważniejsza rozmowa w życiu”  
15 (cytat z wypowiedzi interesariusza, luty 2021 r.).

16

## 17 Załączniki

### 18 Załącznik 1 Glosariusz pojęć

19

20 • **Planowanie przyszłej opieki:** Planowanie przyszłej opieki jest pojęciem zbiorczym  
21 obejmującym planowanie spraw osobistych, prawnych, klinicznych i finansowych.  
22 Pozwala zainteresowanej osobie zastanowić się nad tym, co jest dla niej ważne,  
23 i zaplanować swoją przyszłość. Jest procesem dobrowolnym, który pomaga osobie  
24 zainteresowanej wyrazić swoje życzenia, uczucia, przekonania i wartości oraz  
25 dokonać wyborów, które je odzwierciedlają. Planowanie przyszłej opieki to ciągły  
26 proces rozmów pomiędzy osobą zainteresowaną, osobami dla niej ważnymi oraz  
27 osobami zapewniającymi jej opiekę, wsparcie lub leczenie. Planowanie przyszłej  
28 opieki powinno być ważnym elementem życia wszystkich osób dorosłych.

29 • **Decyzja o odmowie leczenia (ADRT):** W Irlandii Północnej decyzja ADRT jest  
30 dokumentem posiadającym moc prawną (jego stosowanie podlega prawu  
31 powszechnemu, a nie ustawie), jeżeli jest ważna i dotyczy określonej sytuacji.

32 • **Zmiana zachowania:** Zmiana zachowania może dotyczyć każdej przemiany lub  
33 modyfikacji ludzkiego zachowania.

- 1 • **Najlepszy interes:** Jeżeli dana osoba nie posiada zdolności umysłowej do  
2 podjęcia określonej decyzji dotyczącej jej leczenia w danym momencie,  
3 a jednocześnie nie posiada ważnej i obowiązującej decyzji o odmowie leczenia  
4 (Advance Decision to Refuse Treatment, ADRT), wówczas lekarz prowadzący  
5 leczenie danej osoby podejmie decyzję leżącą w jej „najlepiej pojętym interesie”  
6 dotyczącą opieki i leczenia.
- 7 • **Zatrzymanie akcji serca:** Zatrzymanie akcji serca to sytuacja, w której serce  
8 przestaje pompować krew do organizmu, a osoba traci przytomność i przestaje  
9 normalnie oddychać.
- 10 • **Resuscytacja krążeniowo-oddechowa:** zabieg medyczny polegający na  
11 uciskaniu klatki piersiowej i prowadzeniu sztucznego oddychania, wykonywany  
12 w celu utrzymania krążenia i natlenowania krwi u osoby, u której doszło do  
13 zatrzymania akcji serca.
- 14 • **Opieka, wsparcie lub leczenie:** Osoby zapewniające opiekę, wsparcie lub  
15 leczenie – pojęcie to zastosowano w całej Polityce; obejmuje ono osoby pracujące  
16 w sektorze organizacji społecznych, wolontariackich i niezależnych oraz innych  
17 pracowników służby zdrowia i opieki społecznej pracujących w instytucjach  
18 publicznych.
- 19 • **Zgoda:** Zgoda to nie tylko druczek czy formalność. Aby zgoda była ważna, musi  
20 być udzielona dobrowolnie i świadomie, a osoba wyrażająca zgodę musi mieć  
21 zdolność do podjęcia decyzji.
- 22 • **Schyłek życia:** Okres, w którym stan danej osoby ulega aktywnemu pogorszeniu  
23 do punktu, w którym spodziewana jest śmierć.
- 24 • **Opieka u schyłku życia:** Jest to podejście, które poprawia jakość życia pacjentów  
25 żyjących ze śmiertelną chorobą i ich rodzin. Opieka obejmuje ocenę i leczenie bólu  
26 oraz zaspokajanie innych potrzeb – fizycznych, psychospołecznych i duchowych.
- 27 • **Pełnomocnictwo stałe:** Dokument prawny, który umożliwia danej osobie  
28 wyznaczenie innych osób do podejmowania w jej imieniu decyzji dotyczących jej  
29 majątku i spraw finansowych, gdyby utraciłaby ona zdolność umysłową do  
30 dokonywania czynności prawnych.

- 1 • **Wskazówki:** Oparte na dowodach naukowych zalecenia dotyczące najbardziej  
2 skutecznego i ekonomicznego leczenia i opieki nad osobami z określonymi  
3 chorobami i schorzeniami oraz zalecenia dla populacji i poszczególnych osób  
4 dotyczące interwencji, które mogą pomóc w zapobieganiu chorobom lub poprawie  
5 stanu zdrowia. Profesjonalnymi organami regulacyjnymi są m.in. General Medical  
6 Council (GMC), Nursing Midwifery Council (NMC), Health & Care Professions  
7 Council (HSPC) i General Pharmaceutical Council (GPhc), Northern Ireland Social  
8 Care Council (NISCC), które opracowują „wytyczne”/„wskazówki” regulacyjne  
9 dotyczące realizacji standardów zawodowych.
- 10 • **Ocena holistyczna:** Kompleksowa ocena, która uwzględnia społeczne,  
11 psychologiczne, emocjonalne, fizyczne i duchowe potrzeby danej osoby.
- 12 • **Opieka holistyczna:** Zapewnienie opieki osobie na podstawie zrozumienia jej  
13 potrzeb społecznych, psychologicznych, emocjonalnych, fizycznych i duchowych.
- 14 • **Pełnomocnictwo trwałe (Lasting Power of Attorney, LPA):** zob. art. 97 ustawy  
15 o zdolności do czynności prawnych (Mental Capacity Act (NI)) z 2016 r. – jest  
16 dokumentem prawnym, który umożliwia danej osobie wyznaczenie innych osób do  
17 podejmowania decyzji w jej imieniu<sup>30</sup>.
- 18 • **Ustawa o zdolności do czynności prawnych (Mental Capacity Act (NI)) z 2016**  
19 **r.:** Ustawa, która po pełnym wejściu w życie połączy przepisy dotyczące zdolności  
20 do czynności prawnych i zdrowia psychicznego.
- 21 • **National Institute for Health and Care Excellence (NICE):** Organizacja, która  
22 zapewnia dokładną i niezależną ocenę najlepszych dostępnych danych naukowych  
23 w celu sformułowania zaleceń dla systemu opieki zdrowotnej i społecznej.
- 24 • **Dawstwo narządów:** Dawstwo narządów to cała praktyka pobierania narządów od  
25 żywej lub zmarłej osoby.
- 26 • **Opieka paliatywna:** Aktywna, holistyczna opieka nad osobami z zaawansowaną,  
27 postępującą chorobą. W ramach tego rodzaju opieki najważniejsze jest opanowanie  
28 bólu i innych objawów oraz zapewnienie wsparcia psychologicznego, społecznego

---

<sup>30</sup> Ustawa o zdolności do czynności prawnych (Mental Capacity Act (NI)) z 2016 r. wprowadza w Irlandii Północnej instytucję pełnomocnictwa trwałego (Lasting Power of Attorney, LPA). Ustawa o zdolności do czynności prawnych (Mental Capacity Act (NI)) z 2016 r. wchodzi w życie etapami. W etapie 1 jej wdrożenia nie uwzględniono pełnomocnictwa trwałego (LPA). Wdrażanie wprawdzie trwa, ale w tej chwili nie ma harmonogramu rozpoczęcia tego etapu, który będzie obejmował wprowadzenie pełnomocnictw trwałych (LPA).

- 1 i duchowego. Celem opieki paliatywnej jest osiągnięcie jak najlepszej jakości życia  
2 danej osoby i jej bliskich. Wiele aspektów opieki paliatywnej można zastosować  
3 także we wcześniejszym okresie choroby w połączeniu z innymi metodami leczenia.
- 4 • **Choroba postępująca:** Choroba lub stan, który ulega pogorszeniu z czasem,  
5 powodując ogólne pogorszenie zdrowia lub sprawności.
  - 6 • **Pełnomocnictwo:** Dokument prawny, za pomocą którego dana osoba może  
7 upoważnić kogoś innego do podejmowania czynności lub decyzji w jej imieniu.
  - 8 • **ReSPECT:** Jest elementem obszaru klinicznego planowania przyszłej opieki,  
9 umożliwiającym udokumentowanie spersonalizowanych zaleceń dotyczących opieki  
10 i leczenia w wypadkach nagłych.
  - 11 • **Poważna choroba:** Schorzenie, z którym wiąże się wysokie ryzyko zgonu i które  
12 negatywnie wpływa na codzienne funkcjonowanie lub jakość życia danej osoby.
  - 13 • **Duchowość:** Duchowość jest tym, co nadaje sens i cel życiu, i opiera się na  
14 podstawowych przekonaniach i wartościach danej osoby.
  - 15 • **Osoby ważne dla zainteresowanego:** Mogą to być członkowie rodziny,  
16 opiekunowie lub ktoś, kto zna zainteresowanego, troszczy się o niego i darzy go  
17 uczuciem. Zainteresowanego z tą osobą mogą łączyć relacje osobiste, prawne,  
18 kulturowe lub emocjonalne.

19

## 20 **Appendix 2 Bibliography**

21

### 22 **Journal**

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

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

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

29 Beck E-R, McIlpatrick S, Hasson F, Leavey G. (2017) Health care professionals'  
30 perspectives of advance care planning for people with dementia living in long-term  
31 care settings: A narrative review of the literature. *Dementia*. 2017;**16**(4):486-512.  
32 doi:10.1177/1471301215604997

- 1 Beck ER, McIlpatrick S, Hasson F, Leavey G. (2017) Nursing home manager's  
2 knowledge, attitudes and beliefs about advance care planning for people with  
3 dementia in long-term care settings: a cross-sectional survey. *J Clin Nurs*. 2017  
4 Sep;**26**(17-18):2633-2645. doi: 10.1111/jocn.13690. Epub 2017 Feb 9. PMID:  
5 27995678.
- 6 Biondo, P.D., King, S., Minhas, B. et al. (2019). How to increase public participation  
7 in advance care planning: findings from a World Café to elicit community group  
8 perspectives. *BMC Public Health*. **19** 679 DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7034-4>  
9
- 10 Brazil K, Carter G, Cardwell C, et al. (2017) Effectiveness of advance care planning  
11 with family carers in dementia nursing homes: A paired cluster randomized  
12 controlled trial. *Palliative Medicine*. 2018;**32**(3):603-612.  
13 doi:[10.1177/0269216317722413](https://doi.org/10.1177/0269216317722413)
- 14 Brazil, K., Carter, G., Galway, K. et al. (2015). General practitioners' perceptions on  
15 advance care planning for patients living with dementia. *BMC Palliat Care* **14**, 14  
16 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0019-x>
- 17 Canacott, L. & Moghaddam, N. (2019). Is the Wellness Recovery Action Plan  
18 (WRAP) efficacious for improving personal and clinical recovery outcomes? A  
19 systematic review and meta-analysis. *Psychiatric Rehabilitation Journal* **42**(4)  
20 pp372-381 DOI: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fprj0000368>
- 21 Carr K, Hasson F, McIlpatrick S, Downing J. Factors associated with health  
22 professionals decision to initiate paediatric advance care planning: A systematic  
23 integrative review. *Palliat Med*. 2021 Mar;**35**(3):503-528. doi:  
24 10.1177/0269216320983197. Epub 2020 Dec 29. PMID: 33372582; PMCID:  
25 PMC7975890.
- 26 Demirkapu, H., Van den Block, L., De Maesschalck, S., De Vleminck, A., Colak, Z. &  
27 Devroey, D. (2021). Advance Care Planning Among Older Adults of Turkish Origin in  
28 Belgium: Exploratory Interview Study. *Journal of Pain and Symptom Management*.  
29 **62**(2) pp252 – 259 doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.12.017>
- 30 Detering, K. M., Buck, K., Ruseckaite, R., et al. (2019). Prevalence and correlates of  
31 advance care directives among older Australians accessing health and residential  
32 aged care services: multicentre audit study *BMJ Open*. **9** pp1-9 DOI:  
33 <https://bmjopen.bmj.com/content/9/1/e025255.abstract>
- 34 Somal, K., & Foley, T. (2021). A Literature Review of Possible Barriers and  
35 Knowledge Gaps of General Practitioners in Implementing Advance Care Planning in  
36 Ireland: Experience from Other Countries. *International Journal of Medical Students*,  
37 **9**(2), 145–156. <https://doi.org/10.5195/ijms.2021.567>

- 1 Dixon, J. and Knapp, M. (2019). Delivering advance care planning support at scale:  
2 a qualitative interview study in twelve international healthcare organisations. *Journal*  
3 *of Long-term Care.*, pp127-142.
- 4 Dunphy, E., Conlon, S. C., O'Brien, S. A., Loughrey, E., & O'Shea, B. J. (2016). End-  
5 of-life planning with frail patients attending general practice: an exploratory  
6 prospective cross-sectional study. *British Journal of General Practice.* **66**(650):  
7 pp661-666. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp16X686557>
- 8 Ernecoff, N.C., Keane, C.R. & Albert, S. M. (2016). Health behavior change in  
9 advance care planning: an agent-based model. *BMC Public Health.* **16** 193 DOI:  
10 <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2872-9>
- 11 Gilissen, J., Hunt, L., Van den Block, L., Van Der Steen, J., Tahir, P. and Ritchie, C.  
12 (2021). Earlier initiation of palliative care in the disease trajectory of people living  
13 with dementia: a scoping review protocol. *BMJ Open.* **11**(6)
- 14 Graham-Wisener, L., Nelson, A., Byrne, A., Islam, I., Harrison, C., Geddis, J., &  
15 Berry, E. (2021). Upstreaming advance care planning: application of health behavior  
16 change theory to understand barriers and facilitators to talking about death and dying  
17 in the community. <https://doi.org/10.31234/osf.io/pm7ny>
- 18 Harding, A., Preston, N., Doherty, J. et al. (2021). Developing and evaluating online  
19 COVID-centric advance care planning training and information resources for nursing  
20 staff and family members in nursing homes: the necessary discussions study  
21 protocol. *BMC Geriatr* **21**, 456. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02398-1>
- 22 Hill LM, McIlpatrick S, Taylor B, Dixon L, Fitzsimons D. (2019) Implantable  
23 cardioverter defibrillator (ICD) functionality: patient and family information for  
24 advanced decision-making. *BMJ Support Palliat Care.* 2019 Nov 26;bmjspcare-  
25 2019-001835. doi: 10.1136/bmjspcare-2019-001835. Epub ahead of print. PMID:  
26 31771959.
- 27 J Stevens, P Pype, K Eecloo, L Deliens, K Pardon, A D Vleminck. (2021). Facilitating  
28 advance care planning in the general practice setting for patients with a chronic, life-  
29 limiting illness: protocol for a phase-III cluster-randomized controlled trial and  
30 process evaluation of the ACP-GP intervention. *BMC Palliative Care.* **20**(19)
- 31 Kelly, B. D. (2014). An end to psychiatric detention? Implications of the United  
32 Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *The British Journal of*  
33 *Psychiatry.* **204** (3) pp174–175 DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.135475>
- 34 Kelly, B. D. (2015). Best Interests, mental Capacity legislation and the UN  
35 convention on the Rights of Persons with Disabilities. *BJPsych Advances.* **21**  
36 pp188-195 DOI: <https://doi.org/10.1192/apt.bp.114.012922>
- 37 Litzelman, D. K., Cottingham A. H., Griffin, W. Inui, T. S. & Ivy, S. S. (2016).  
38 Enhancing the prospects for palliative care at the end of life: A statewide educational



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

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

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

19

## 20 **Book**

- 21 Gregson P, Nolte L, Todd J, Detering KM. 2020. *Advance care planning education*  
22 *capability framework: implementation guide*. Advance Care Planning Australia,  
23 Austin Health, Melbourne.
- 24 Leonard, R., Noonan, K., Horfall, D., Psychogios, H., Kelly, M., Rosenberg, J.,  
25 Rumbold, B., Grindrod A., Read, N. & Rahn, A. (2020). *Death Literacy Index: A*  
26 *Report on its Development and Implementation*. Sydney: Western Sydney  
27 University. DOI: <https://doi.org/10.26183/5eb8d3adb20b0>
- 28 Macmillan Cancer Support & The Public Health Agency Northern Ireland (2016) *Your*  
29 *Life, Your Choices: Plan Ahead*. Northern Ireland.

## 30 **Report**

- 31 Byrne, O & Baker, S. Ireach & All Ireland Institute of Hospice and Palliative Care  
32 (2020) *Palliative Care Research Study All Island (ROI & NI Combined)*.
- 33 Byrne, O & Baker, S. Ireach & All Ireland Institute of Hospice and Palliative Care  
34 (2020) *Palliative Care Research Study NI*.

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

- 1 National Institute for Health and Care Excellence. (2016) Community engagement:  
2 improving health and wellbeing and reducing health inequalities.
- 3 NHS Benchmarking Network. National Audit of Care at the End of Life: Second  
4 round of audit report. Northern Ireland (2020).
- 5 Patient Client Council (2020) Exploring the experiences and perspectives of clinically  
6 extremely vulnerable people during COVID-19 shielding. Final Report.
- 7 Patient Client Council (2021) Towards an action plan for health literacy in Northern  
8 Ireland.
- 9 **Online**
- 10 Acts of the Northern Ireland Assembly, Mental Capacity Act (Northern Ireland) 2016  
11 available at: <https://www.legislation.gov.uk/nia/2016/18/contents> [accessed  
12 December 2020].
- 13 All Ireland Institute of Hospice and Palliative Care: Palliative Care Research Study NI  
14 (July 2020) Version 1.2. [https://thepalliativehub.com/wp-  
15 content/uploads/2020/10/Palliative-Care-Study-NI-July-2020-V1.2.pdf](https://thepalliativehub.com/wp-content/uploads/2020/10/Palliative-Care-Study-NI-July-2020-V1.2.pdf) [accessed  
16 December 2020].
- 17 An evidence-based blog article by Dr Nicola Cornally, University College Cork,  
18 PCRN member: [Advance Care Planning as a Medium for Providing Care Aligned to  
19 Peoples Wishes](#) [accessed November 2021]
- 20 Arkless, C., Goodwin, J. & Muir, S. (2016). Advance Care Planning Training Manual:  
21 Understanding Advance Care Planning  
22 [https://www.hqsc.govt.nz/assets/ACP/PR/ACP\\_Training\\_Manual\\_V1.2.pdf](https://www.hqsc.govt.nz/assets/ACP/PR/ACP_Training_Manual_V1.2.pdf)  
23 [accessed December 2020].
- 24 Booth, R. 'Do not resuscitate' orders caused potentially avoidable deaths, regulator  
25 finds. The Guardian. 3 December 2020.  
26 [https://www.theguardian.com/society/2020/dec/03/do-not-resuscitate-orders-caused-  
27 potentially-avoidable-deaths-regulator-finds](https://www.theguardian.com/society/2020/dec/03/do-not-resuscitate-orders-caused-<br/>27 potentially-avoidable-deaths-regulator-finds) [accessed December 2020].
- 28 Decision making and mental capacity. National Institute for Health and Care  
29 Excellence. 11 August 2020.  
30 [https://www.nice.org.uk/guidance/qs194/chapter/Quality-statement-4-Best-interests-  
31 decision-making](https://www.nice.org.uk/guidance/qs194/chapter/Quality-statement-4-Best-interests-<br/>31 decision-making) [accessed December 2020].
- 32 Enduring Power of Attorney – an explanatory note. Northern Ireland Courts and  
33 Tribunals Service July 2018. [epa-notes-for-guidance-Aug-2018-updated-Nov-  
34 2019.pdf \(justice-ni.gov.uk\)](https://www.justice-ni.gov.uk/epa-notes-for-guidance-Aug-2018-updated-Nov-<br/>34 2019.pdf) [accessed December 2020].
- 35 Gregson P, Nolte L, Todd J, Detering KM. 2020. Education Capability Framework:  
36 2020 Implementation Guide. Advance Care Planning Australia. Austin Health,  
37 Melbourne. [45](https://www.advancecareplanning.org.au/docs/default-source/acpa-</a></p></div><div data-bbox=)

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

### 35 **Online Videos**



- 1 June 2020, “Advance Care Planning – Issues Raised by the Covid19 Pandemic”,
- 2 webinar by John Lombard, University of Limerick, PCRN member
- 3 <https://youtu.be/TyadgPsPITI>
  
- 4 Sept 2020, “Advance care planning. An awareness raising session for district
- 5 nursing”, webinar by Niall Gallagher, Specialist Social Work:
- 6 <https://youtu.be/DbfsdftNmqg>
  
- 7 April 2020 – Project ECHO AIIHPC: Intellectual Disability Services, “Advance Care
- 8 Planning & Anticipatory Prescribing during a Crisis”, webinar:
- 9 [https://youtu.be/YbPt\\_D5sLxE](https://youtu.be/YbPt_D5sLxE) [speakers include: Professor Mary McCarron, Dr.
- 10 Regina McQuillan, Dr. Jean Lane, Dr. John O'Brien, Professor Sean Kennelly, Dr.
- 11 Cathy Payne].
  
- 12 July 2016, “Advance Care Planning in Dementia”, webinar by Dr Karen Harrison
- 13 Denning, Dementia UK: <https://youtu.be/7TAKLBaABIY>
  
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20

## 1 **Skróty**

- 2 • **ADRT** (Advance Decision to Refuse Treatment) – decyzja o odmowie  
3 leczenia
- 4 • **RKO** – resuscytacja krążeniowo-oddechowa
- 5 • **DNACPR** (Do not attempt cardiopulmonary resuscitation) – Nie podejmować  
6 resuscytacji krążeniowo-oddechowej
- 7 • **EPA** (Enduring Power of Attorney) – Pełnomocnictwo stałe
- 8 • **LPA** (Lasting Power of Attorney) – Pełnomocnictwo trwałe
- 9 • **MCA** (Mental Capacity Act (Northern Ireland) 2016) – Ustawa o zdolności do  
10 czynności prawnych (Irlandia Północna) z 2016 r.
- 11 • **NI** (Northern Ireland) – Irlandia Północna
- 12 • **NICE** (National Institute for Health and Care Excellence) – Krajowy Instytut  
13 Zdrowia i Doskonałości Opieki
- 14 • **ReSPECT** (Recommended Summary Plan for Emergency Care and  
15 Treatment) – Zalecany skrócony plan opieki i leczenia w nagłych wypadkach
- 16