



# 1 Cuprins

2		
3	Introducere .....	4
4	Scop .....	6
5	Ce este Planificarea în avans a îngrijirii? .....	6
6	Planificarea în avans a îngrijirii și capacitatea mentală .....	7
7	Valorile și principiile Planificării în avans a îngrijirii .....	7
8	Valori .....	7
9	Principiile practicii .....	8
10	De ce este important să aveți conversații privind Planificarea în avans a îngrijirii? ....	8
11	Beneficii ale Planificării în avans în îngrijirii .....	9
12	Când ar trebui să se întâmple Planificarea în avans a îngrijirii? .....	10
13	A avea conversații semnificative privind Planificarea în avans a îngrijirii .....	13
14	Cei „șase T” ai buneii comunicării în conversațiile privind Planificare în avans a	
15	îngrijirii .....	14
16	Împărtășirea conversațiilor privind Planificarea în avans a îngrijirii, a recomandărilor	
17	și deciziilor .....	16
18	Examinarea conversațiilor privind Planificarea în avans a îngrijirii , a recomandărilor	
19	și deciziilor .....	16
20	Cum se utilizează conversațiile privind Planificarea în avans a îngrijirii .....	16
21	Componente ale Planificării în avans în îngrijirii .....	17
22	Componenta personală a Planificării în avans în îngrijirii .....	18
23	„Ceea ce contează pentru mine” - dorințe, sentimente, convingeri și valori .....	18
24	Spiritualitate .....	19
25	Grijă și sprijin pentru persoanele aflate în întreținere .....	19
26	Dorințe legate de funeralii .....	19
27	Conturi online .....	20
28	Componenta legală a Planificării în avans în îngrijirii .....	20
29	Legea privind capacitatea mentală (NI) 2016 .....	20
30	Tipuri de împuterniciri .....	24
31	Împuternicire .....	24
32	Împuternicirea pe termen nelimitat .....	24
33	Împuternicirea de durată .....	25
34	Decizia de a refuza tratamentul, luată în avans (ADRT) .....	26

1	Componenta clinică a Planificării în avans în îngrijirii .....	27
2	Starea de sănătate în declin și urgențe neașteptate .....	27
3	Recomandări clinice pentru resuscitarea cardiopulmonară (CPR) .....	28
4	Decizii în interesul superior .....	29
5	Planul rezumativ recomandat pentru îngrijirea și tratamentul de urgență	
6	(ReSPECT) .....	30
7	Donarea de organe .....	31
8	Donarea corpului pentru știința medicală .....	31
9	Componenta financiară a Planificării în avans în îngrijirii .....	32
10	Întocmirea unui testament .....	32
11	Concluzie .....	34
12	Anexe .....	35
13	Anexa 1 Glosar de termeni .....	35
14	Abrevieri .....	38
15	Appendix 2 Bibliography .....	38

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

# 1 Introducere

2

3 Planificarea în avans a îngrijirii este un termen umbrelă care acoperă planificarea din  
4 plan personal, legal, clinic și financiar. Acesta permite unei persoane să se  
5 gândească la ce este important pentru aceasta și să facă planuri pentru viitor. Este  
6 un proces voluntar și ajută o persoană să-și facă cunoscute dorințele, sentimentele,  
7 credințele și valorile și să facă alegeri care să le reflecte. Planificarea în avans a  
8 îngrijirii este un proces continuu de conversații între o persoană, persoanele  
9 importante pentru aceasta<sup>1</sup> și cele care acordă îngrijire, sprijin sau tratament.  
10 Planificarea în avans a îngrijirii trebuie să fie o parte importantă din viață pentru toți  
11 adulții.

12 Politica privind Planificarea în avans a îngrijirii a fost elaborată pentru membrii  
13 publicului, persoanele importante pentru aceștia și cele care acordă îngrijire, sprijin  
14 sau tratament<sup>2</sup>.

15 Această politică de Planificare în avans a îngrijirii a fost elaborată să susțină o  
16 persoană să aibă un nivel mai crescut de alegere și control asupra deciziilor,  
17 incluzând planurile privind îngrijirea și tratamentul din viitor. Este foarte importantă  
18 dacă persoana nu mai poate să ia decizii relevante pentru sine la orice moment

19 Planificarea în avans a îngrijirii oferă oportunitatea ca adulții care doresc acest lucru  
20 să poată face următoarele:

- 21 • Să se gândească ce contează pentru ei;
- 22 • Apoi să le spună persoanelor care sunt importante pentru ei;
- 23 • Să le discute cu persoanele care acordă îngrijire, sprijin sau tratament;
- 24 • Să le scrie și să le împărtășească;
- 25 • Să reviziteze conversațiile și deciziile, să facă orice schimbări și apoi să le  
26 împărtășească din nou.

27 Planificarea în avans a îngrijirii este importantă pentru toți adulții, aflați în oricare  
28 etapă a vieții. „Realitatea este că într-o zi fiecare dintre noi vom muri, este ceva ce  
29 puțini dintre noi luăm în considerare și chiar și mai puțini dintre noi facem planuri în  
30 acest sens sau discutăm despre acest lucru” (McKenna et al, 2020). Cu toate că, în  
31 mod tradițional, Planificarea în avans a îngrijirii a fost asociată cu îngrijirea la  
32 sfârșitul vieții, aceasta înseamnă mai mult de atât. În plus față de susținerea  
33 deciziilor cu privire la declinul stării de sănătate și urgențele neașteptate,  
34 oportunitatea pe care o oferă de a reflecta și lua în considerare ce este important

---

<sup>1</sup> Persoanele importante pentru persoană: Acestea pot fi reprezentate de familie, cariere sau o persoană care cunoaște persoana, îi pasă de aceasta și are afecțiuni pentru aceasta. Acestea pot fi conectate printr-o relație personală, legală, culturală sau emoțională.

<sup>2</sup> Persoane care acordă îngrijire, sprijin sau tratament, acest termen este utilizat pe tot parcursul politicii și include persoane care lucrează cu comunitatea și sectorul de voluntariat, sectorul independent sau alt personal din domeniul asistenței medicale și sociale care lucrează în cadrul serviciilor reglementate.

1 pentru persoană, poate îmbunătăți calitatea vieții acestora. Poate oferi și confort și  
2 reasigurare persoanelor importante pentru persoană.

3 Această politică oferă un cadru pentru Planificarea în avans a îngrijirii pentru adulți  
4 (cu vârsta de 18 ani și peste) din Irlanda de Nord, centrându-se asupra aspectelor  
5 asistenței medicale și sociale. Politica furnizează o prezentare generală a Planificării  
6 în avans a îngrijirii și a valorilor și principiilor care stau la baza acesteia. Stabilește  
7 de ce este importantă Planificarea în avans a îngrijirii și modul în care poate ajuta  
8 oamenii să facă planuri din timp, realiste și practice pentru viitorul lor.  
9 Încurajează ca aceste planuri să fie făcute în cadrul conversațiilor cu persoanele  
10 care sunt importante pentru ei și/sau cineva care acordă îngrijire, sprijin sau  
11 tratament.

12 Pentru cei importanți pentru persoană, Planificarea în avans a îngrijirii poate furniza  
13 o înțelegere mai clară a dorințelor, sentimentelor, convingerilor și valorilor persoanei,  
14 incluzând orice preferințe și decizii relevante pe care este posibil să le fi luat  
15 persoana.

16 Pentru persoanele care acordă îngrijire, sprijin sau tratament pentru cineva, politica  
17 oferă calitate și sprijin pentru rolul lor în aceste conversații importante, ca parte a  
18 îngrijirii holistice sau a serviciilor pe care le furnizează. Dacă persoana nu mai poate  
19 să ia decizii relevante pentru sine, aceste decizii trebuie să fie luate pe baza a ceea  
20 ce este în interesul superior al persoanei. Atunci când se stabilește care este  
21 interesul superior al persoanei trebuie să se acorde o atenție specială dorințelor,  
22 sentimentelor, convingerilor și valorilor persoanei. Nu trebuie luate decizii pe baza  
23 presupunerilor care se bazează exclusiv pe factori cum sunt vârsta persoanei,  
24 dizabilitatea<sup>3</sup> sau pe opinia subiectivă a profesionistului cu privire la calitatea vieții  
25 persoanei.<sup>4</sup>

26 Chiar și atunci când capacitatea persoanei de a lua o decizie specifică este afectată,  
27 trebuie luate totuși toate măsurile practice pentru a o susține să ia alte decizii.  
28 Atunci când o persoană nu poate lua o anumită decizie, persoana trebuie să fie  
29 sprijinită să fie cât mai implicată posibil în procesul de luare a deciziilor.

30 Politica furnizează o abordare etică și bazată pe drepturi, cu privire la<sup>5</sup> Planificarea  
31 în avans a îngrijirii pentru adulți, în conformitate cu legislația, cele mai bune practici

---

<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) [Anchetă confidențială privind decesele premature ale persoanelor cu dizabilități de învățare]. Bristol: Norah Fry Research Centre [Centrul de cercetare Norah Fry]; 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> Abordarea etică și pe baza drepturilor omului are la bază, de exemplu, Articolele 9, 12, 16, 17 și 25 din Convenția Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html> Sfaturi etice și cadrul de sprijin din Ghidul privind COVID-19 Forumul de etică clinică HSC COVID-19 <https://www.health-ni.gov.uk/sites/default/files/publications/health/COVID-19-Guidance-Ethical-Advice-and-Support%20Framework.pdf>

1 și ghidurile și standardele profesionale. Politica este susținută prin ghiduri, instruire și  
2 educație, și informații publice, pentru a asigura o abordare consecventă a Planificării  
3 în avans a îngrijirii, care este incluzivă și accesibilă. (Documentele de ghidare și  
4 informare în așteptare după consultarea publică).

## 5 **Scop**

6 Scopul prezentei politici și modul în care este pusă în practică vizează următoarele:

- 7 • Planificarea în avans a îngrijirii conversațiile în acest sens să fie normalizate;
- 8 • Toți adulții din Irlanda de Nord să aibă oportunități regulate de a-și exprima  
9 dorințele, sentimentele, convingerile și valorile în asociere cu Planificarea în  
10 avans a îngrijirii și ca;
- 11 • Acestea să fie reflectate în îngrijirea, sprijinul sau tratamentul pe care îl  
12 primesc.

## 13 **Ce este Planificarea în avans a îngrijirii?**

14

15 Planificarea în avans a îngrijirii este un termen umbrelă care acoperă planificarea din  
16 plan personal, legal, clinic și financiar. Acesta permite unei persoane să se  
17 gândească la ce este important pentru aceasta și să facă planuri pentru viitor. Este  
18 un proces voluntar și ajută o persoană să-și facă cunoscute dorințele, sentimentele,  
19 credințele și valorile și să facă alegeri care să le reflecte. Planificarea în avans a  
20 îngrijirii este un proces continuu de conversații între o persoană, persoanele  
21 importante pentru aceasta și cele care acordă îngrijire, sprijin sau tratament.

22 Planificarea în avans a îngrijirii trebuie să fie o parte importantă din viață pentru toți  
23 adulții. Trebuie încurajată de cei care acordă îngrijire, sprijin sau tratament, pentru a  
24 asigura faptul că persoanele au ocazia de a avea conversații la timp, realiste și  
25 practice. Aceste conversații se concentrează asupra a ceea ce contează pentru  
26 persoană și pentru ce ar fi important pentru aceasta să acorde prioritate în viitor, în  
27 cazul în care nu poate lua decizii pentru sine.

28 Dacă persoana dorește să înregistreze aceste conversații și să le împărtășească,  
29 trebuie încurajată să facă acest lucru. Conversațiile pot include, de exemplu,  
30 planificarea în caz de criză mintală, Decizii în avans de refuzare a tratamentului  
31 (ADRT) și opinia persoanei privind resuscitarea cardiopulmonară (CPR).

32

33

## 1 **Planificarea în avans a îngrijirii și capacitatea mentală**

2

3 Planificarea în avans a îngrijirii include referiri la deținerea de către o persoană a  
4 capacității mentale, deci este important să înțelegem ce înseamnă aceasta. Legea  
5 capacității mentale (Irlanda de Nord) 2016 este o Lege care emite prevederi cu  
6 privire la persoanele fără capacitate.

7 Primul principiu al Legii privind capacitatea mentală (NI) 2016 este faptul că o  
8 persoană nu trebuie tratată ca neavând capacitate, cu excepția cazului în care se  
9 stabilește că persoana nu are capacitate în legătură cu chestiunea în cauză<sup>6</sup>.

10 Capacitatea mentală este specifică atât cu privire la decizie, cât și în timp.

11 Persoanele pot fi capabile să ia unele decizii la un moment, dar nu și la altul. Chiar și  
12 atunci când persoanei îi lipsește capacitatea mentală pentru o anumită decizie la  
13 momentul respectiv, dorințele, sentimentele, convingerile și valorile sale sunt  
14 centrale, iar persoana trebuie sprijinită în continuare pentru a fi implicată cât mai  
15 mult posibil. Sunt furnizate mai multe detalii la pagina 19.

## 16 **Valorile și principiile Planificării în avans a îngrijirii**

### 17 **Valori:**

18 Planificarea în avans a îngrijirii:

- 19 • Respectă și susține drepturile, demnitatea și cultura persoanei și este  
20 incluzivă pentru toți adulții;
- 21 • Furnizează o abordare etică pentru discutarea acestor aspecte importante și  
22 sensibile.
- 23 • Este accesibilă persoanei într-un mod care îi permite să aibă conversații  
24 semnificative;
- 25 • Este alegerea individuală a unei persoane. Unele persoane ar putea să nu  
26 dorească să se gândească sau să angajeze în conversații privind Planificarea  
27 în avans a îngrijirii - alegerea lor trebuie respectată, oferindu-li-se  
28 oportunitatea de a revizita conversațiile ulterior;
- 29 • Este o experiență personală. Dorințele, sentimentele, convingerile și valorile  
30 fiecărei persoane vor fi individuale pentru persoană și propriile circumstanțe;
- 31 • Este un proces voluntar. Persoana nu trebuie presată să aibă conversații  
32 privind Planificarea în avans a îngrijirii, de către nimeni; persoanele care

---

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

1 acordă îngrijire, sprijin sau tratament, familie sau cineva important pentru  
2 persoană și nici de către vreo organizație<sup>7</sup>.

### 3 **Principiile practicii:**

- 4 • Planificarea în avans a îngrijirii conversațiile trebuie să fie semnificative,  
5 desfășurate cu sensibilitate și compasiune. Acestea necesită timp și trebuie  
6 să aibă loc în ritmul persoanei;
- 7 • Consimțământul reprezintă mai mult decât un formular sau o formalitate.  
8 Consimțământul trebuie abordat la fiecare etapă a procesului de Planificare în  
9 avans a îngrijirii, adică desfășurarea conversației, împărtășirea informațiilor cu  
10 alții, efectuarea unei înregistrări, împărtășirea înregistrării;
- 11 • În cazul în care există înregistrări ale conversațiilor privind Planificarea în  
12 avans a îngrijirii, acestea trebuie să fie accesibile în toate contextele, pentru a  
13 asigura faptul că sunt cunoscute dorințele, sentimentele, convingerile și  
14 valorile persoanei și orice recomandări și/sau deciziile luate;
- 15 • Trebuie respectată confidențialitatea persoanei;
- 16 • Conversațiile privind Planificarea în avans a îngrijirii, orice recomandări și/sau  
17 decizii trebuie revizitate, analizate și dacă este necesar, reîmpărtășite, pentru  
18 a se asigura faptul că rămân la zi, pe măsură ce o persoană își poate  
19 schimba părerea despre unele lucruri;
- 20 • Planificarea în avans a îngrijirii încorporează principiile Legii privind  
21 capacitatea mentală (NI) 2016.

### 23 **De ce este important să aveți conversații privind** 24 **Planificarea în avans a îngrijirii?**

25  
26 Atunci când dorințele, sentimentele, convingerile și valorile unei persoane sunt  
27 cunoscute, poate ajuta la promovarea autonomiei și drepturilor lor și poate reduce  
28 orice stres potențial pentru persoană și pentru cei importanți pentru ea. Ajută, de

---

<sup>7</sup> Pentru informații suplimentare privind protejarea adulților pentru a avea alegeri în cunoștință de cauză, fără constrângere, presiune sau influență necuvenită, vă rugăm să consultați <https://www.health-ni.gov.uk/sites/default/files/publications/dhssps/adult-safeguarding-policy.pdf>



- 1 asemenea, la ghidarea și colectarea de informații pentru cei care acordă îngrijire,  
 2 sprijin sau tratament.
- 3 Numeroase studii de cercetare naționale și internaționale [Anexa 2] privind  
 4 experiența „familiei sau a persoanele care acordă îngrijire”<sup>8</sup> cu privire la Planificarea  
 5 în avans a îngrijirii indică faptul că conversațiile semnificative privind Planificarea în  
 6 avans a îngrijirii sunt benefice pentru un număr de motive:

<b>Beneficii ale Planificării în avans în îngrijirii</b>	
O calitate îmbunătățită a vieții	Atunci când o persoană are ocazia de a reflecta și discuta despre „ce contează pentru ele”, o poate ajuta să facă alegeri acum care sunt în concordanță cu dorințele, sentimentele, convingerile și valorile lor.
Liniște sufletească	Atunci când o persoană are oportunitatea de „a-și pune lucrurile în ordine” sau de a discuta despre orice speranțe sau temeri ar putea avea, o ajută să fie mai mulțumită.
Clarificarea deciziilor	Atunci când o persoană are informațiile de care are nevoie pentru a lua decizii și/sau are ocazia de a spune ce contează pentru ea, atunci persoanele importante pentru ea pot ști ce dorește și nu dorește persoana.
Diminuarea îngrijorărilor persoanei care acordă îngrijire	Atunci când persoanele importante pentru persoană sunt clare cu privire la ceea ce contează pentru persoană, aceasta se poate simți mai încrezătoare în a face cunoscut ce ar dori dacă ajunge să nu poată comunica sau să ia decizii pentru sine.

- 7
- 8 Studiile de cercetare locale din Irlanda de Nord consolidează, de asemenea, nevoia  
 9 unui nivel mai crescut de conștientizare și înțelegere a Planificării în avans a îngrijirii  
 10 și conversații mai deschise, la timp și semnificative cu privire la acest lucru [Anexa  
 11 2].
- 12 Planificarea în avans a îngrijirii este relevantă pentru toți adulții. În mod ideal, este o  
 13 serie de conversații care evoluează în timp. Dacă persoana dorește, cei importanți  
 14 pentru ea trebuie să fie, de asemenea, implicați și să li se aducă la cunoștință  
 15 conversațiile.
- 16 Planificarea în avans a îngrijirii este o parte importantă a oferirii de îngrijire, sprijin  
 17 sau tratament, asigurând faptul că persoanele au oportunitatea de a avea conversații  
 18 realiste și practice despre ceea ce contează pentru ei și că iau în considerare și

<sup>8</sup> „Familia sau persoanele care acordă îngrijirea” este fraza utilizată în studiile de cercetare. Această politică utilizează termenul „persoanele importante pentru persoană”

1 înregistrează dorințele, sentimentele, convingerile și valorile lor, dacă aleg să facă  
2 acest lucru.

3 Toate persoanele care furnizează îngrijire, sprijin sau tratament și care  
4 interacționează cu persoanele în mod regulat are un rol în înțelegerea valorilor și  
5 principiilor Planificării în avans a îngrijirii și a proceselor operaționale care permit să  
6 aibă loc conversații adecvate, iar dacă persoana consimte, acestea să fie  
7 înregistrate și împărtășite. Se va furniza educație și instruire pentru cei care acordă  
8 îngrijire, sprijin sau tratament.

## 9 **Când ar trebui să se întâmple Planificarea în avans a** 10 **îngrijirii?**

11

12 Planificarea în avans a îngrijirii este importantă pentru fiecare adult în orice etapă a  
13 vieții și este relevantă pentru persoanele care au o stare bună de sănătate, precum  
14 și pentru cei care nu se simt deloc bine. În mod ideal, Planificarea în avans a îngrijirii  
15 trebuie să aibă loc cu mult înainte de orice criză sau boală gravă, cum ar fi o criză de  
16 sănătate mintală sau diagnosticarea unei boli fizice grave.

17 Începând de timpuri în viața lor conversațiile, persoana poate simți în mai mare  
18 măsură din punct de vedere emoțional că le poate avea și poate acorda timp să se  
19 gândească și să discute despre ce contează pentru ea. Aceasta poate implica mai  
20 multe stadii, care pot varia de la a nu ști nimic despre Planificarea în avans a  
21 îngrijirii, la a ști, dar nu a nu dori să aibă conversația, până la a simți că se poate  
22 gândi la dorințele, sentimentele, convingerile și valorile sale, iar apoi la a avea  
23 conversații privind Planificarea în avans a îngrijirii.

24 Poate dura o vreme pentru ca unele persoane să se simtă pregătite să aibă aceste  
25 conversații și/sau să le înregistreze. Acest lucru este normal și pot exista mai multe  
26 motive pentru acest lucru; de exemplu, unele persoane se pot teme să își exprime  
27 dorințele sau pot crede că dacă fac acest lucru, persoanele importante pentru ele s-  
28 ar putea supăra. Persoanele pot ezita, de asemenea, să ia în considerare un  
29 moment la care pot ajunge să nu mai poată lua deciziile necesare despre îngrijirea  
30 lor. Este importantă creșterea conștientizării și înțelegerea conversațiilor privind  
31 Planificarea în avans a îngrijirii, pentru a le normaliza. Prin urmare, este important să  
32 fie subliniate beneficiile și să fie sprijinite persoanele pentru a trece de la se gândi la  
33 a avea o conversație privind Planificarea în avans a îngrijirii, la a avea efectiv una.

34 Toate persoanele vor aborda acest lucru în mod diferit, iar ceea ce are nevoie o  
35 persoană poate să fie diferit de ceea ce are nevoie o altă persoană. Propria  
36 experiență a persoanelor privind modul în care-și schimbă comportamentul poate fi  
37 diferită. Poate dura, deoarece modificarea comportamentului este un proces  
38 continuu. Diagrama de mai jos arată modul în care comportamentul unei persoane

- 1 poate trece de la a nu ști despre Planificarea în avans a îngrijirii la a o pune în
- 2 aplicare.



1

2 Pentru persoanele cu afecțiuni grave sau progresive și cei care s-ar putea apropia de sfârșitul vieții, aceste conversații trebuie să  
3 aibă loc cât mai devreme posibil și atunci când persoana este stabilă din punct de vedere medical.

4 Atunci când aceste conversații nu au avut deja loc, acestea pot fi declanșate atunci când:

5 • O persoană indică că este pregătită să aveți aceste conversații;

6 • Parte a evaluării holistice între persoană și cei care acordă îngrijire, sprijin sau tratament;

7 • Persoana a avut timp de ajustare după diagnosticarea unei afecțiuni progresive și se simte pregătită să aibă aceste  
8 conversații;

9 • O persoană a avut o deteriorare semnificativă a sănătății fizice sau a numărului de internări în spital neplanificate;

10 • Este posibil ca o persoană să fi avut o criză de sănătate mintală în timpul căreia i-a fost afectată capacitatea de a lua unele  
11 decizii;

12 • Este probabil ca starea cognitivă a persoanei să se deterioreze;

13 • Este probabil ca capacitatea persoanei de a comunica să se deterioreze;

1 Persoanele își pot exprima dorințele, sentimentele, convingerile și valorile pe o  
2 perioadă de timp, către cei importanți pentru ele sau către cei care acordă îngrijire,  
3 sprijin sau tratament. Conversațiile privind Planificarea în avans a îngrijirii pot avea  
4 loc în orice context, însă trebuie desfășurate, atunci când este posibil, atunci și în  
5 locul în care persoana se simte cel mai confortabil. Oriunde au loc conversațiile,  
6 trebuie depuse toate eforturile pentru a se asigura faptul că este adecvat<sup>9</sup> să se  
7 desfășoare conversații semnificative privind Planificarea în avans a îngrijirii.

## 8 **A avea conversații semnificative privind Planificarea în** 9 **avans a îngrijirii**

10

11 Atunci când persoanele sunt pregătite să aibă conversații privind Planificarea în  
12 avans a îngrijirii, cei care acordă îngrijire, sprijin sau tratament au un rol important.  
13 Este vital să aibă cunoștințele, încrederea și aptitudinile de comunicare necesare  
14 pentru a sprijini acest lucru.

15 Importanța comunicării bune, eficiente, a fost subliniată în mod constant în studiile  
16 de cercetare, precum și prin experiențele personale raportate [Anexa 2]. Aceasta  
17 consolidează necesitatea de a îmbunătăți capacitățile,<sup>10</sup> incluzând cunoștințele,  
18 aptitudinile și înțelegerea Planificării în avans a îngrijirii și în special, aptitudinile de  
19 comunicare<sup>11</sup>.

20

21

22

23

24

25

26

---

<sup>9</sup> Cum ar fi să fie suficient timp, să se utilizeze un spațiu liniștit, care permite confidențialitatea și diminuează  
posibilitatea unor întreruperi sau distrageri neadecvate; furnizarea de materiale adecvate și accesibile, implicarea  
persoanelor adecvate și preferințele de comunicare sau nevoile specifice pe care le-ar putea avea persoana.

<sup>10</sup> Consultați Cadruul capacităților pentru Planificarea în avans a îngrijirii (în curs)

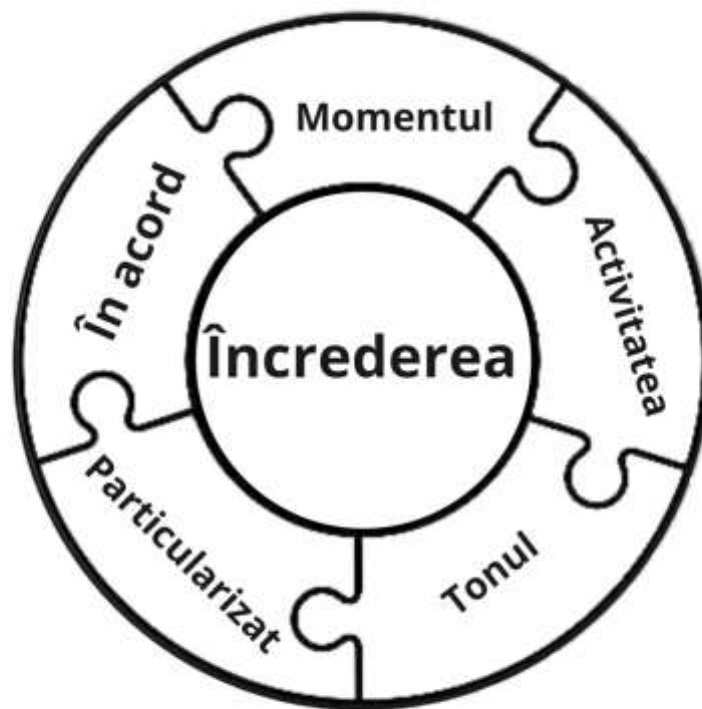
<sup>11</sup> Dacă nivelurile de alfabetizare în domeniul sănătății sunt subdezvoltate, aceasta poate duce la un decalaj de  
comunicare între persoană și cei care acordă îngrijire, sprijin sau tratament atunci când au conversația privind  
planificarea în avans a îngrijirii. [Spre un plan de acțiune pentru alfabetizarea în domeniul sănătății în Irlanda de  
Nord: Un document de investigare al Consiliului Pacienților și Clienților din ianuarie 2021 Informații suplimentare  
privind alfabetizarea în domeniul sănătății - [PCC Health Literacy Scoping Paper FINAL Jan 21 v2 - Patient and  
Client Council Northern Ireland \(hscni.net\)](#)]

1 **Cei „șase T” ai bunei comunicări în conversațiile privind Planificare**  
2 **în avans a îngrijirii**

3

4 Diagrama și tabelul de mai jos oferă un ghid privind modul de comunicare în timpul  
5 conversațiilor privind Planificarea în avans a îngrijirii, indiferent dacă conversația  
6 este inițiată de persoană sau de cei care acordă îngrijire și sprijin sau tratament.  
7 Trebuie reținut că există două părți ale acestor conversații: fie persoana care se  
8 gândește la Planificarea în avans a îngrijirii și dorește să aibă o conversație despre  
9 aceasta, fie persoana care ascultă și/sau facilitează conversația. Aceasta poate fi  
10 cineva important pentru persoană și/sau cineva care acordă îngrijire, sprijin sau  
11 tratament. Reținerea următoarelor aspecte sprijină conversațiile semnificative privind  
12 Planificarea în avans a îngrijirii.

13



14

15

16

17

18

Încrederea	<p>Încrederea este centrală pentru aceste conversații</p> <p>O persoană care se gândește la Planificarea în avans a îngrijirii va dori să aibă o conversație cu cineva care respectă valorile și opiniile sale și este văzută ca fiind de încredere și pe care te poți baza - cineva în care are încredere.</p> <p>Persoana care ascultă și/sau facilitează aceste conversații trebuie să respecte dorințele, sentimentele, convingerile și valorile persoanei în timp ce planifică îngrijirea acesteia și trebuie să sprijine persoana pe tot parcursul conversației.</p>
Momentul	<p>Trebuie să fie atunci când persoana este pregătită să înceapă conversația privind Planificarea în avans a îngrijirii și cât timp persoana dorește să continue conversația(ile).</p> <p>Atunci când persoana care furnizează îngrijire, sprijin sau tratament dorește să înceapă conversația privind Planificarea îngrijirii în avans, aceasta trebuie să verifice dacă acela este un moment bun pentru persoană să aibă conversația.</p>
Activitatea	<p>Dacă unele dintre dorințele, sentimentele, convingerile și valorile persoanei sunt deja cunoscute, trebuie clădit pe acestea.</p> <p>Este important să fiți clar(ă) cu privire la ce doriți să spuneți.</p> <p>Verificați dacă cealaltă persoană a auzit și a înțeles ce ați dori să spuneți.</p>
Tonul	<p>Cum spunem ceva este la fel de important precum cuvintele pe care le utilizăm. Acestea sunt conversații importante și pot fi emoționale și prin urmare trebuie să fiți gentil(ă), elegant(ă) și plin(ă) de compasiune atunci când aveți o conversație privind Planificarea în avans a îngrijirii.</p>
Particularizat	<p>Utilizați formulări clare, accesibile, fără jargon și asigurați-vă că dacă persoana are nevoie de ajutor pentru a comunica, de exemplu interpret, limbajul semnelor sau un dispozitiv care o ajută să comunice, acesta este disponibil.</p>
În acord	<p>Cu modul în care persoana s-ar putea simți despre și în timpul conversației.</p> <p>Cu ritmul celeilalte persoane.</p> <p>Cu înțelegerea celeilalte persoane.</p>

## 1 **Împărtășirea conversațiilor privind Planificarea în avans a** 2 **îngrijirii, a recomandărilor și deciziilor**

3

4 În timpul conversațiilor privind Planificarea în avans a îngrijirii, dorințele,  
5 sentimentele, convingerile și valorile persoanei (inclusiv deciziile ADRT<sup>12</sup> și  
6 recomandările ReSPECT<sup>13</sup>) pot fi înregistrate și împărtășite, dacă își dă  
7 consimțământul pentru acest lucru.

## 8 **Examinarea conversațiilor privind Planificarea în avans a** 9 **îngrijirii , a recomandărilor și deciziilor**

10

11 Deciziile privind Planificarea în avans a îngrijirii nu sunt „bătute în cuie”. Acestea pot  
12 fi revizitate și examinate la un moment ulterior pentru a asigura că dorințele,  
13 recomandările și/sau deciziile luate sunt în continuare relevante pentru  
14 circumstanțele persoanei. Examinarea conversațiilor privind Planificarea în avans a  
15 îngrijirii, a oricăror recomandări și/sau decizii face parte integrantă din Planificarea în  
16 avans a îngrijirii și orice examinare trebuie efectuată în acord cu valorile și principiile  
17 care stau la baza Planificării în avans a îngrijirii.

18 Poate fi inițiată o examinare de către persoana înșși sau de către cineva care  
19 acordă îngrijire, sprijin sau tratament. Momentul și frecvența oricărei examinări va  
20 varia pentru fiecare persoană. Examinarea conversațiilor privind Planificarea în  
21 avans a îngrijirii, orice recomandări și/sau decizii sunt deosebit de importante dacă  
22 există schimbări ale circumstanțelor persoanei sau ale stării sale de sănătate. Este  
23 foarte important ca orice modificări ale conversațiilor privind Planificarea în avans a  
24 îngrijirii, orice recomandări și/sau decizii sunt comunicate și împărtășite cu cei  
25 importanți pentru persoană și/sau cineva care acordă îngrijire, sprijin sau tratament.

## 26 **Cum se utilizează conversațiile privind Planificarea în** 27 **avans a îngrijirii**

28

29 Conversațiile de Planificare în avans a îngrijirii ale unei persoane, orice recomandări  
30 și/sau decizii vor fi utilizate în viitor în cazul în care o persoană ajunge să nu mai  
31 poată lua o anumită decizie pentru sine. Aceasta poate fi din cauză că nu are  
32 capacitatea mentală sau nu poate comunica ce dorințe are.

---

<sup>12</sup> A se vedea secțiunea „Decizii avansate de a refuza tratamentul” pagina 26.

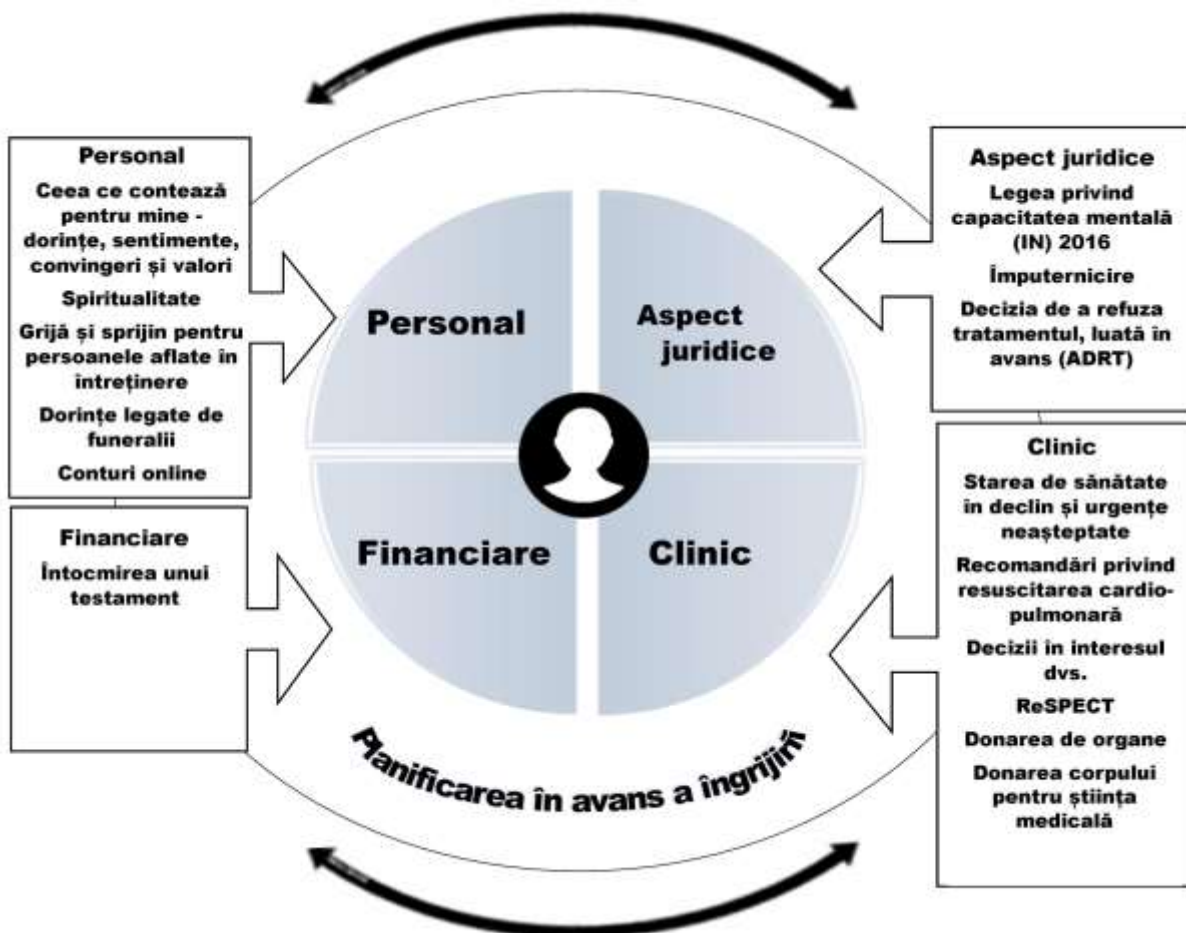
<sup>13</sup> A se vedea secțiunea „Planul rezumativ recomandat pentru îngrijirea și tratamentul de urgență (ReSPECT)” pagina 30.



1 Nu-nimeni din Irlanda de Nord nu are autoritatea legală de a consimți pentru orice  
2 îngrijire sau tratament în numele altui adult. În situațiile în care o persoană nu are  
3 capacitatea mentală de a lua o anumită decizie privind tratamentul său la momentul  
4 respectiv și nu are o Decizie în avans de a refuza tratamentul valabilă și aplicabilă,  
5 clinicianul care tratează persoana va lua (o) decizie (decizii) pe baza „interesului  
6 superior”. Prin urmare, vor fi folosite conversațiile privind Planificarea în avans a  
7 îngrijirii, orice recomandări și/sau decizii anterioare pentru a ghida și sta la baza<sup>14</sup>  
8 deciziei aferente „interesului superior”.

## 9 **Componente ale Planificării în avans în îngrijirii**

10 Această secțiune privește cele patru componente ale Planificării în avans în îngrijirii.  
11 Acestea sunt legate de domeniul  
12 Personal, Legal, Clinic și Financiar. Fiecare componentă conține una sau mai multe  
13 elemente, fiecare fiind descrisă în detaliu mai jos. Unele elemente se pot încadra în  
14 mai mult de o componentă. (Informațiile publice privind aceste elemente vor fi  
15 disponibile în urma consultării publice).



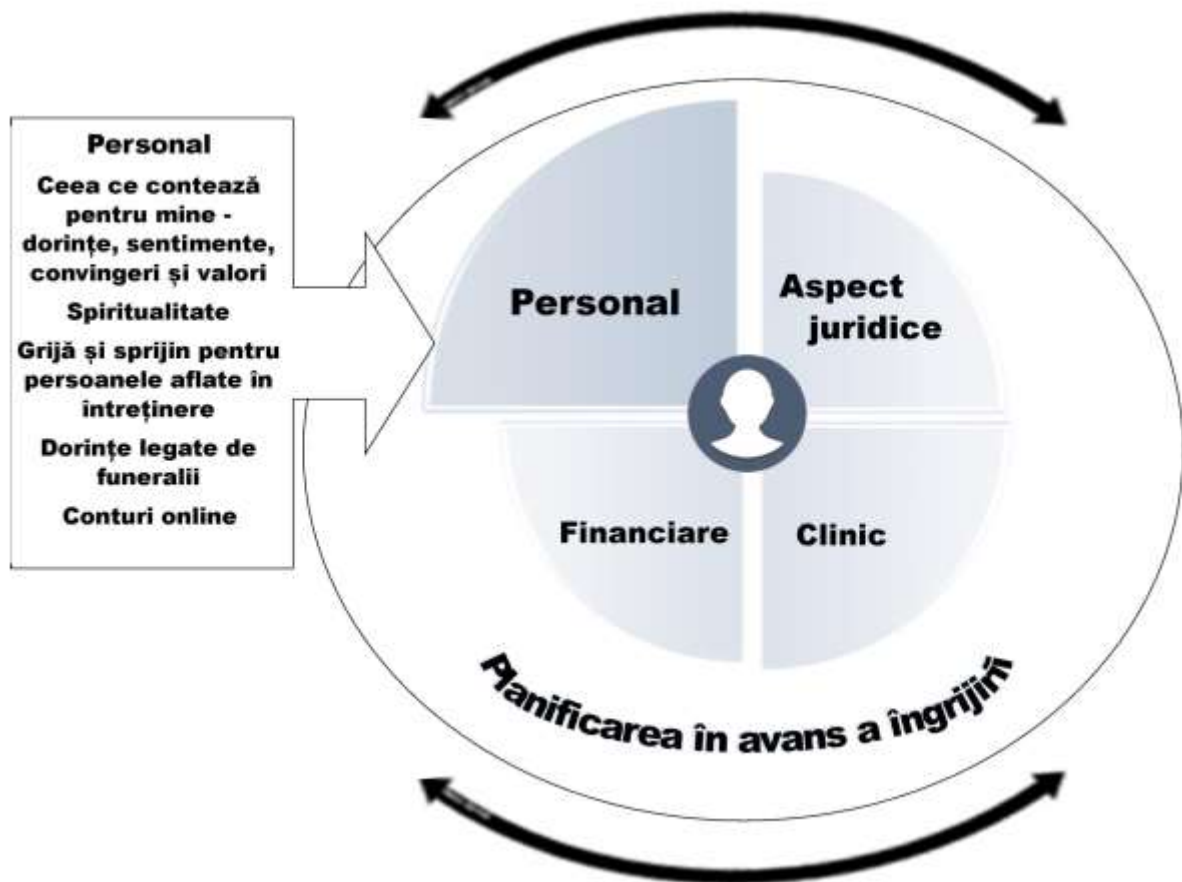
16

17 Aceste componente importante sunt detaliate în secțiunile următoare.

<sup>14</sup> A se vedea secțiunea privind „Interesul superior” pagina 29.

# 1 Componenta personală a Planificării în avans în îngrijirii

2



3

## 4 „Ceea ce contează pentru mine” - dorințe, sentimente, convingeri și valori

5

6 Această parte a Planificării în avans a îngrijirii este despre acele lucruri foarte  
7 personale care oferă sens și scop vieții unei persoane. Poate include persoane,  
8 locuri, spiritualitate sau alte lucruri care contează pentru persoană.

9 O persoană poate spune oamenilor ce contează pentru sine sau poate nota.

10 Acestea pot fi dorințe specifice legat de ceea ce este important pentru ea atunci  
11 când este bine și ce este important pentru ea atunci când numai poate lua decizii  
12 relevante despre viața sa.

13 Dorințele, sentimentele, convingerile și valorile vor diferi în funcție de fiecare  
14 persoană. De exemplu, pentru unele, gestionarea durerii reprezintă o prioritate  
15 absolută, în timp ce pentru altele, tolerarea unui anumit nivel de durere pentru a fi cu  
16 persoanele importante pentru ele reprezintă prioritatea lor.

17 Este important ca orice persoană implicată în îngrijirea persoanei să știe ce  
18 contează pentru ea, indiferent dacă este notat sau nu. A ști ce contează pentru  
19 persoană ajută la ghidarea și informarea celor care acordă îngrijire, sprijin sau

1 tratament pentru a lua decizii atunci când persoana nu poate lua deciziile relevante  
2 și/sau nu poate comunica care îi sunt dorințele.

### 3 **Spiritualitate**

4 Conversațiile despre Planificarea în avans a îngrijirii se concentrează asupra a ceea  
5 ce este important pentru o persoană și pot include ca persoana să discute despre  
6 aspectul spiritual al vieții sale. Spiritualitatea are legătură cu ceea ce oferă sens și  
7 scop vieții și se bazează pe convingerile și valorile de bază ale unei persoane.  
8 Spiritualitatea poate fi exprimată în multe moduri diferite. Unele persoane își pot  
9 exprima spiritualitatea prin credință și în cadrul unei religii formale. Altele și-o pot  
10 exprima prin muzică, artă sau natură. Spiritualitatea oferă informații și ghidează o  
11 persoană cum să se comporte și cum să relaționeze cu alții, și poate oferi confort,  
12 sprijin și putere pe parcursul vieții unei persoane. Spiritualitatea poate deveni și mai  
13 importantă pentru o persoană pe măsură ce înaintează în vârstă sau dacă se  
14 confruntă cu o boală foarte gravă.

15

### 16 **Grijă și sprijin pentru persoanele aflate în întreținere**

17 Pentru unii, o prioritate importantă pentru Planificarea în avans a îngrijirii va fi să  
18 aibă asigurarea că pentru persoanele aflate în întreținere sa vor exista îngrijire și  
19 sprijin. Pentru multe persoane care asigură îngrijirea, de exemplu, a avea  
20 conversații despre îngrijirea și sprijinul viitoare pentru cei de care au grijă și a face  
21 aranjamente în acest sens poate fi o parte importantă a propriei Planificări în avans  
22 a îngrijirii și chiar poate fi factorul declanșator pentru acestea.

23 Este important de recunoscut liniștea sufletească pe care o aduc astfel de  
24 conversații și planuri.

25 Acest lucru nu se aplică numai pentru cei cu persoane aflate în întreținere. Pentru  
26 unele persoane, Planificarea în avans a îngrijirii va include efectuarea de  
27 aranjamente pentru îngrijirea animalelor lor dacă nu mai pot avea ei înșiși grijă de  
28 ele.

29

### 30 **Dorințe legate de funeralii**

31 Pentru unele persoane, a se gândi la propriile funeralii sau a avea conversații despre  
32 acestea cu cei importanți pentru ele poate reprezenta o situație foarte emoțională.  
33 Cu toate acestea, a avea aceste conversații poate asigura faptul că dorințele și  
34 preferințele persoanei sunt cunoscute și reflectate. Acest lucru poate ajuta, de  
35 asemenea, la reducerea oricăror îngrijorări pe care le-ar putea avea cei importanți  
36 pentru persoană, deoarece sunt implicați în conversații și știu ce tip de funeralii ar  
37 dori persoana.

38

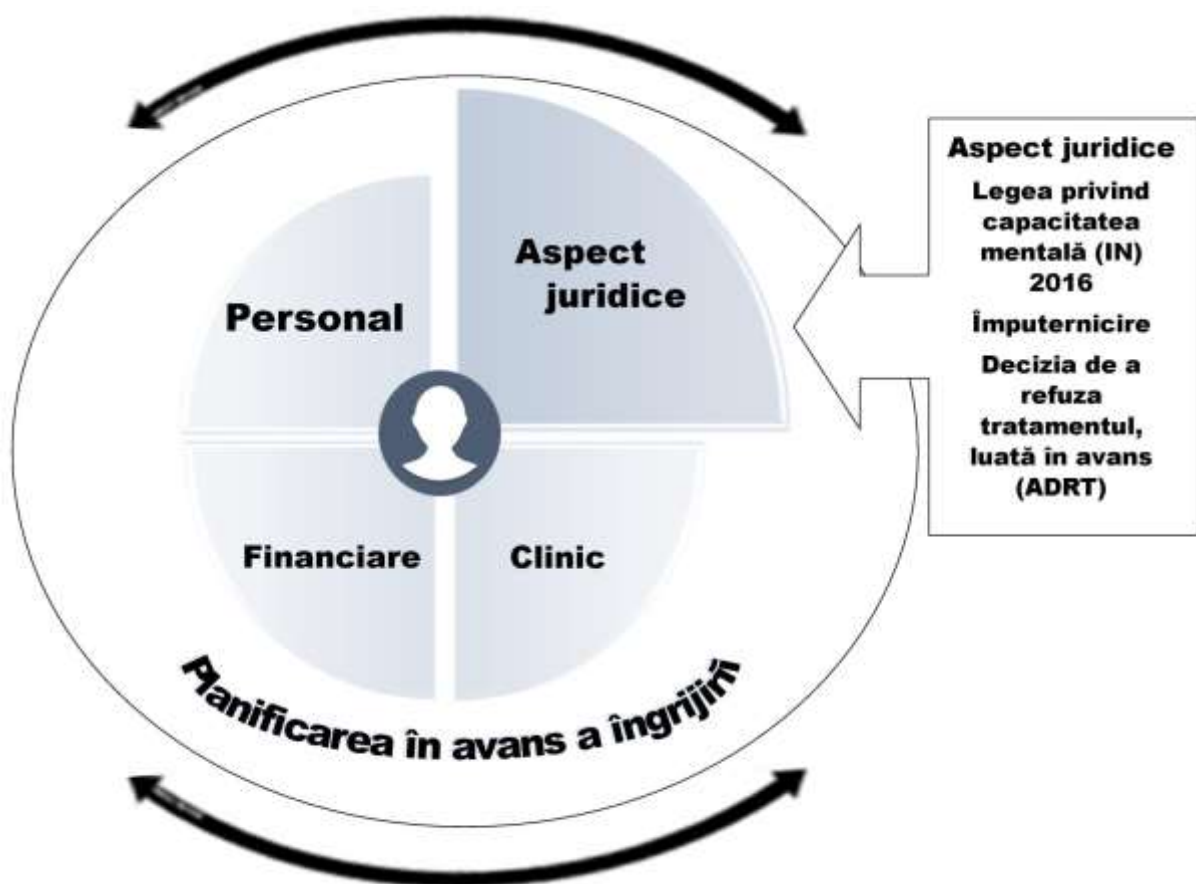
## 1 **Conturi online**

2 Este important să se ia în considerare ce se va întâmpla cu conturile online după ce  
3 persoana decedează. Aceasta poate include ca persoana să decidă ce ar dori să se  
4 întâmple cu fotografiile, clipurile video, e-mailurile, informațiile bancare sau de altă  
5 natură stocate online, ceea ce este cunoscut uneori drept moștenirea digitală a unei  
6 persoane.

7 Unele persoane pot decide să împărtășească dorințele personale cu privire la  
8 rețelele sociale sau conturile online (de exemplu eliminarea sau menținerea  
9 emailului sau conturilor pe rețelele sociale deschise).

10

## 11 **Componenta legală a Planificării în avans în îngrijirii**



12

## 13 **Legea privind capacitatea mentală (NI) 2016**

14 Planificarea în avans a îngrijirii include referiri la deținerea de către o persoană a  
15 capacității mentale, deci este important să înțelegem ce înseamnă aceasta. Primul  
16 principiu al Legii privind capacitatea mentală (NI) 2016 este faptul că o persoană nu  
17 trebuie tratată ca neavând capacitate, cu excepția cazului în care se stabilește că  
18 persoana nu are capacitate în legătură cu chestiunea în cauză.<sup>15</sup> O persoană poate

<sup>15</sup> [Legea privind capacitatea mentală \(Irlanda de Nord\) 2016 \(legislation.gov.uk\)](http://legislation.gov.uk)

1 fi capabilă să ia unele decizii la un moment, dar nu și la altul. Capacitatea mentală  
2 este specifică atât cu privire la decizie, cât și în timp, aceasta înseamnă:

- 3 • O persoană trebuie să aibă capacitatea mentală relevantă pentru o anumită  
4 decizie la momentul respectiv;
- 5 • Unei persoane îi poate lipsi capacitatea mentală pentru unele decizii specifice  
6 la momentul respectiv, dar își poate păstra capacitatea mentală pentru multe  
7 altele;
- 8 • Chiar și atunci când unei persoane îi lipsește capacitatea mentală relevantă  
9 pentru o anumită decizie la momentul respectiv, dorințele, sentimentele,  
10 convingerile și valorile sale sunt centrale, iar persoana trebuie sprijinită în  
11 continuare pentru a fi implicată cât mai mult posibil.

12 Conversațiile privind Planificarea în avans a îngrijirii, orice recomandări și/sau decizii  
13 vor fi utilizate atunci când persoana nu poate lua decizii pentru sine. Aceasta se  
14 poate întâmpla deoarece, chiar și cu sprijin, persoana nu are capacitatea mentală de  
15 a lua decizia specifică la momentul respectiv.

16 Pentru a avea capacitatea mentală de a putea lua decizia specifică, o persoană  
17 trebuie să poată: înțelege, reține, aprecia, utiliza și cântări informații relevante și să  
18 își poate comunica decizia. Atunci când unei persoane îi lipsește capacitatea pentru  
19 o anumită decizie, conversațiile anterioare privind Planificarea în avans a îngrijirii,  
20 orice recomandări și/sau decizii pot ajuta la ghidarea celor care acordă îngrijire,  
21 sprijin sau tratament, astfel încât, pe cât posibil, acestea să fie oferite în concordanță  
22 cu dorințele, sentimentele, convingerile și valorile persoanei, pentru îngrijirea lor  
23 viitoare.

24 Legea privind capacitatea mentală (NI) 2016 este o lege a Adunării Irlandei de Nord.  
25 Legea a primit Acordul regal la data de 9 mai 2016.<sup>16</sup> Secțiunea 3 a Legii privind  
26 capacitatea mentală (NI) 2016 atribuie următorul înțeles termenului „absența  
27 capacității”;

28

29

30

31

32

33

34

---

<sup>16</sup> Legea privind capacitatea mentală (NI) 2016 se referă la orice persoană peste vârsta de 16 ani, însă sfera de aplicare a acestei politici este pentru cei cu vârsta de 18 ani și peste.

### Secțiunea 3 a Legii privind capacitatea mentală (NI) 2016

„(1) În sensul prezentei Legi, o persoană care are peste 16 ani nu are capacitate în legătură cu o chestiune, dacă la momentul în sine, persoana nu poate lua o decizie pentru sine cu privire la chestiune (în sensul conferit de secțiunea 4) din cauza cauza afectării sau perturbării funcționării minții sau a creierului.

(2) Nu se ține seama:

- (a) dacă afectarea sau perturbarea este permanentă sau temporară;
- (b) care este cauza afectării sau perturbării.

(3) În special, nu se ține seama dacă afectarea sau perturbarea este provocată de o tulburare sau dizabilitate sau în alt mod decât printr-o tulburare sau dizabilitate.”

2

3 Legea specifică faptul că „absența capacității” are legătură cu faptul că persoana nu  
4 poate lua o decizie pentru sine cu privire la o anumită chestiune.

5 Recunoaște, de asemenea, că capacitatea mentală poate fluctua sau poate fi  
6 temporară sau permanentă.

7 Există un număr de principii foarte importante în Legea privind capacitatea mentală  
8 (NI) 2016 cu privire la capacitate care previn să se presupună în mod eronat că o  
9 persoană nu are capacitate mentală. Principiile legale ale Legii privind capacitatea  
10 mentală (NI) 2016 sunt<sup>17</sup>:

11 Principiul 1 - Primul principiu al Legii privind capacitatea mentală (NI) 2016 este  
12 faptul că o persoană nu trebuie tratată ca neavând capacitate, cu excepția cazului în  
13 care se stabilește că persoana nu are capacitate în legătură cu chestiunea în cauză.

14 Principiul 2 - Chestiunea dacă o persoană poate lua o decizie pentru sine poate fi  
15 stabilită numai luând în considerare cerințele legii și nu se pot efectua presupuneri  
16 numai pe baza unei afecțiuni pe care o are persoana sau a altor caracteristici ale  
17 persoanei.

18 Principiul 3 - O persoană nu trebuie tratată ca și cum nu poate lua decizii pentru  
19 sine, cu excepția cazului în care s-au oferit fără succes tot ajutorul și sprijinul  
20 practice pentru a permite persoanei să ia decizia.

21 Principiul 4 - O persoană nu trebuie tratată ca și cum nu poate lua decizii pentru sine  
22 numai pentru că persoana ia o decizie neînțeleaptă.

23 Principiul 5 - Orice măsură întreprinsă sau decizie luată trebuie să fie în interesul  
24 superior al persoanei.

<sup>17</sup> Legea privind capacitatea mentală (NI) 2016 - <https://www.legislation.gov.uk/nia/2016/18/section/1/enacted>

- 1 **Aspecte de luat în considerare privind capacitatea mentală**
- 2 Acestea sunt aspecte importante de luat în considerare cu privire la capacitatea
- 3 mentală

De ce nu poate lua o persoană decizia?	<p>O persoană nu poate lua o decizie dacă nu poate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• înțelege informațiile de care are nevoie, care ar ajuta-o să ia decizia.</li> <li>• reține informațiile pentru perioada necesară pentru a lua decizia.</li> <li>• utilizează informațiile respective pentru a cântări argumentele pro și contra ca parte a procesului de luare a deciziei.</li> <li>• își comunică decizia (fie vorbind, fie utilizând limbajul semnelor, fie prin alte mijloace).</li> </ul>
Sprijinirea unei persoane pentru a lua o decizie	<p>Unei persoane trebuie să i se ofere tot ajutorul și sprijinul practice pentru a îi permite să ia o decizie. Pașii necesari sunt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• furnizarea către persoană a tuturor informațiilor relevante, într-un mod care li se potrivește cel mai bine (de exemplu scris, vorbit, utilizând limbajul semnelor etc.).</li> <li>• asigurarea faptului că conversația cu persoana este la un moment sau momentele cele mai potrivite pentru persoană (de exemplu unele persoane se simt mai capabile sau mai alerte dimineața).</li> <li>• asigurarea faptului că cadrul (mediul) pentru desfășurarea conversației i se potrivește cel mai bine persoanei (de exemplu nu este zgomotos, nu sunt întreruperi sau prea multe distrageri).</li> <li>• asigurarea faptului că sunt implicați cei importanți pentru persoană sau cei care pot sprijini comunicarea.</li> </ul>
Stabilirea situației în care o persoană nu are capacitate	<p>Pentru a stabili dacă o persoană nu are capacitate de a lua o decizie într-o anumite chestiune, cei care evaluează persoana trebuie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• să asigure respectarea principiilor din Legea privind capacitatea mentală (NI) 2016</li> <li>• să considere în mod rezonabil că persoana nu are capacitatea de a lua decizia respectivă.</li> <li>• să fi furnizat informațiile relevante într-un mod care este accesibil pentru persoană.</li> <li>• să fi furnizat sprijinul de care are nevoie persoana pentru a-i permite să ia decizia.</li> </ul>

Cine poate stabili dacă o persoană are capacitate mentală?	<p>Determinarea capacității este o atribuție de bază a oricărui lucrător în domeniul îngrijirii medicale și sociale și se așteaptă ca toți profesioniștii din domeniul îngrijirii medicale și sociale să poată efectua evaluări de rutină ale capacității mentale.</p> <p>Pentru intervenții și decizii de tratament importante, persoana care stabilește capacitatea mentală trebuie să fie calificată în mod adecvat, după cum se detaliază în Legea privind capacitatea mentală (NI) 2016<sup>18</sup>.</p>
--	--

1

## 2 Tipuri de împuterniciri

3 Există trei tipuri diferite de „Împuternicire”, fiecare fiind descrisă aici. Este important  
4 de reținut, însă, că în Irlanda de Nord numai primele două sunt implementate. Se  
5 recomandă solicitarea de asistență juridică, deoarece trebuie luat în considerare cu  
6 atenție nivelul de atribuții pe care o persoană dorește să îl acorde unei persoane  
7 împuternicite<sup>19</sup>.

## 8 Împuternicire

9

10 O împuternicire este un document legal pe care îl poate utiliza persoana pentru a-i  
11 acorda altcuiva autoritatea de a întreprinde acțiuni sau a lua decizii în numele său.  
12 Permite persoanei, cât timp are capacitate mentală, să se ocupe altcineva (numit  
13 împuternicit) de proprietățile și finanțele sale. De exemplu dacă nu este în măsură  
14 din punct de vedere fizic să efectueze activități pentru sine, cum ar fi o vizită la o  
15 bancă.

16 O împuternicire încetează atunci când persoana își pierde capacitatea mentală de a-  
17 și gestiona propriile afaceri.

18

## 19 Împuternicirea pe termen nelimitat

20

21 O Împuternicire pe termen nelimitat (EPA) este un document legal care permite  
22 persoanei să numească alte persoane pentru a lua decizii în numele său, cu privire  
23 la proprietățile și afacerile sale financiare, în cazul în care și-ar pierde capacitatea  
24 mentală.

<sup>18</sup> [Legea privind capacitatea mentală \(Irlanda de Nord\) 2016 \(legislation.gov.uk\)](https://www.nidirect.gov.uk/articles/managing-your-affairs-and-enduring-power-attorney)

<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 Deținerea unei EPA permite unei persoane să planifice în avans pentru cazul în care  
2 își pierde capacitatea mentală de a-și lua propriile decizii cu privire la finanțe sau  
3 proprietăți.

4

## 5 **Împuternicirea de durată**

6

7 Secțiunea 5 a Legii privind capacitatea mentală (NI) 2016 emite prevederi cu privire  
8 la Împuternicirea de durată (LPA). Această Parte a Legii nu a fost încă pusă în  
9 aplicare, prin urmare, prevederile părții 5 a Legii care se referă la Împuternicirea de  
10 durată nu sunt încă în vigoare în Irlanda de Nord.

11 O LPA este un document legal care permite persoanei să numească alte persoane  
12 pentru a lua decizii în numele său. Poate fi întocmită pentru proprietăți și afaceri  
13 financiare și poate fi întocmită și pentru decizii privind îngrijirea medicală și socială,  
14 incluzând decizii privind tratamentul și îngrijirea la sfârșitul vieții. Secțiunea 97  
15 definește Împuternicirea de durată după cum urmează:

16

17

18

### **Partea 5 a Legii privind capacitatea mentală (NI) 2016: SECȚIUNEA 97**

97. (1) O împuternicire de durată este o împuternicire prin care mandantul acordă împuternicitului (sau împuterniciților) autoritatea de a lua decizii despre (sau în chestiuni specifice care privesc) toate sau oricare dintre următoarele:

- (a) îngrijirea, tratamentul și starea de bine personală ale mandantului;
- (b) proprietatea și afacerile mandantului;

și care include autoritatea de a lua astfel de decizii în circumstanțe în care mandantul nu mai are capacitate.

(2) O Împuternicire de durată este întocmită numai dacă:

- (a) dacă se întocmește și se înregistrează un document care oferă autoritatea de tipul menționat la subsecțiunea (1) în conformitate cu Anexa 4;
- (b) la momentul la care mandantul întocmește documentul, mandantul are 16 ani sau peste și are capacitatea de a-l semna, și
- (c) se respectă secțiunea 101 (cerințe care privesc împuterniciții).

(3) Un document care:

- (a) are scopul de a emite o împuternicire de durată, dar
- (b) nu respectă această secțiune, secțiunea 101 sau Anexa 4, nu conferă nicio autoritate.

1

2 O LPA se întocmește atunci când o persoană are capacitate și conferă  
3 împuternicitului putere completă de decizie, care intră în vigoare numai la momentul  
4 la care persoana nu are capacitate mentală. O decizie luată de un împuternicit cu  
5 LPA este la fel ca cea luată de persoană când are capacitate mentală.

6 O LPA va fi va fi un instrument foarte puternic în Planificarea în avans a îngrijirii,  
7 atunci când vor intra în vigoare prevederile relevante ale Legii privind capacitatea  
8 mentală (NI) 2016<sup>20</sup>. Va asigura faptul că o persoană poate alege cine va lua decizii  
9 în numele său, în cazul în care ajunge să nu mai aibă capacitate mentală.

10 În prezent nimeni nu poate consimți la tratament în numele unui alt adult în Irlanda  
11 de Nord. În situațiile în care o persoană nu are capacitatea mentală de a lua o  
12 anumită decizie pentru sine, se ia o decizie „în interesul superior”<sup>21</sup>.

13

#### 14 **Decizia de a refuza tratamentul, luată în avans (ADRT)**

15

16 O ADRT este un set de instrucțiuni de la o persoană către cei care administrează  
17 tratament clinic. Stabilește circumstanțele specifice în care persoana nu ar dori  
18 anumite tratamente sau ar dori ca un anumit tratament să fie oprit.

19 O ADRT nu poate fi utilizată pentru a refuza orice îngrijire de bază de care ar putea  
20 avea nevoie persoana pentru a se simți confortabil. Aceasta include căldură,  
21 adăpost, alimente și lichide administrate pe cale orală. O ADRT nu poate fi utilizată  
22 pentru:

- 23 • a cere un anumit tratament medical;
- 24 • a cere ceva ce este ilegal, de exemplu sinuciderea asistată;
- 25 • a numi pe altcineva să ia decizii;
- 26 • a refuza tratament pentru o afecțiune de sănătate mintală dacă tratamentul  
27 este în conformitate cu ordinul privind sănătatea mintală (NI) 1986.<sup>22</sup>

28

---

<sup>20</sup> Legea privind capacitatea mentală (NI) 2016 introduce rolul unei Împuterniciri de durată (LPA) în Irlanda de Nord. Legea privind capacitatea mentală (NI) 2016 a intrat în vigoare aici în faze de implementare. LPA nu a fost inclusă în faza 1. Implementarea este în curs, dar în prezent nu există niciun grafic de timp pentru începerea fazei respective, care va include intrarea în vigoare a LPA.

<sup>21</sup> A se vedea secțiunea privind „Interesul superior” pagina 29.

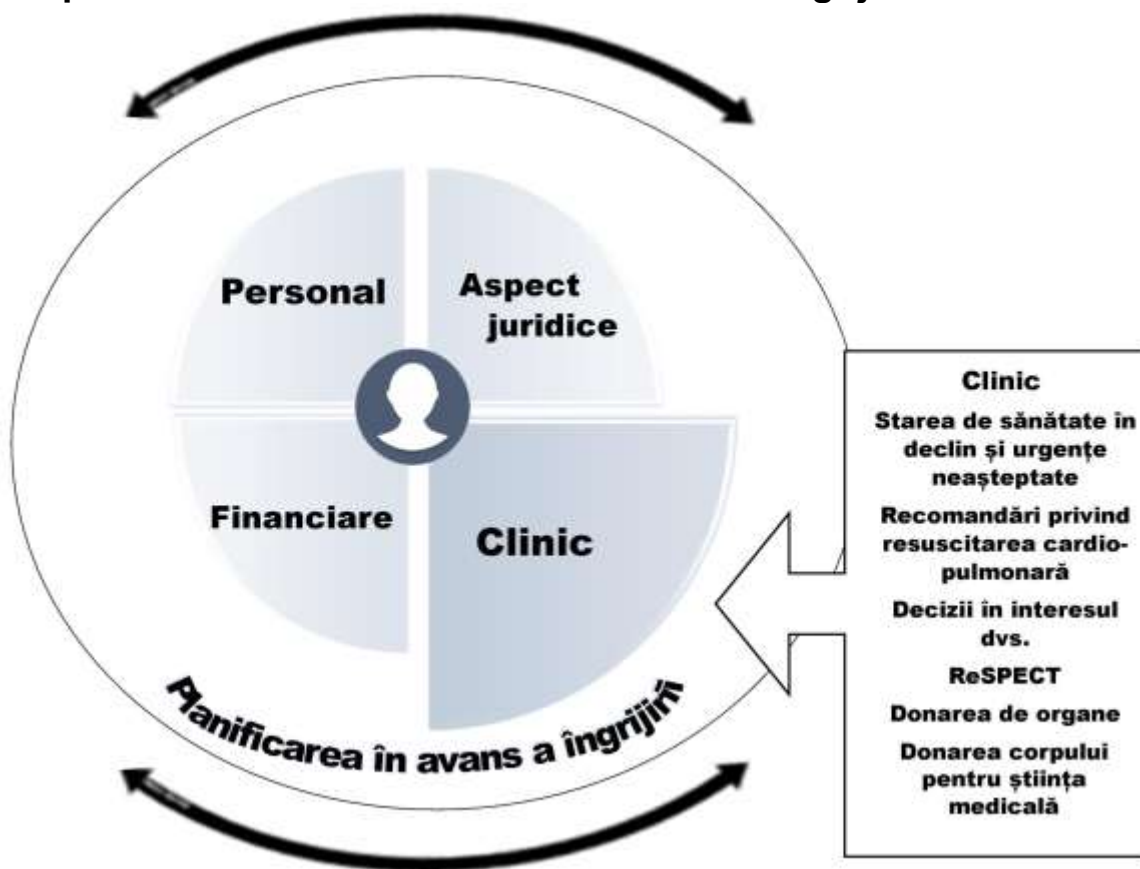
<sup>22</sup> Atunci când Legea privind capacitatea mentală (Irlanda de Nord) 2016 intră în totalitate în vigoare, va furniza un fundament legal pentru ADRT. Se va reține că dacă există o ADRT valabilă, nu poate fi anulată de o decizie în temeiul Legii. Aceasta va include tratamentul pentru sănătatea mintală.

1 În Irlanda de Nord, o ADRT creează obligații juridice (guverdate de dreptul comun în  
2 locul unei legi) dacă este valabilă și aplicabilă situației particulare. Aceasta înseamnă  
3 că cei care acordă îngrijire, sprijin sau tratament trebuie să respecte o ADRT, cu  
4 condiția să știe despre aceasta.

5 O ADRT este înregistrată atunci când o persoană poate lua propriile decizii și le  
6 poate comunica. Va fi urmată numai atunci când o persoană își pierde capacitatea  
7 mentală de a lua anumite decizii sau nu poate comunica ce doriște are.

8 Cei care acordă îngrijire, sprijin sau tratament trebuie să urmeze Cadrul operațional  
9 Regional privind Planificarea în avans a îngrijirii în concordanță cu elaborarea  
10 Politicii).

### 11 Componenta clinică a Planificării în avans în îngrijirii



12

### 13 Starea de sănătate în declin și urgențe neașteptate

14

15 Pe parcursul vieții unei persoane, starea sa de sănătate poate începe să aibă un  
16 declin treptat pe o perioadă de timp. La alte momente, starea sa de sănătate poate fi  
17 afectată brusc de o situație de urgență neașteptată, cum ar fi un accident, un atac de  
18 cord sau o criză de sănătate mintală. Prin urmare, este foarte important ca toate  
19 persoanele să se gândească și să planifice pentru faptul că pot apărea astfel de  
20 situații.

1 Planificarea în avans a îngrijirii poate include conversații, recomandări și/sau decizii  
2 cu privire la dorințele unei persoane pentru îngrijire în viitor, în cazul declinului stării  
3 de sănătate și/sau al urgențelor neașteptate. Aceste conversații ajută la furnizarea  
4 unei înțelegeri împărtășite a ceea ce contează pentru persoană și pentru a se  
5 cunoaște informații care să stea la baza recomandărilor clinice și/sau a deciziile  
6 despre ceea ce este realist din punct de vedere al îngrijirii și tratamentului lor în  
7 viitor, pe măsura declinului stării de sănătate și/sau al tratamentelor specifice, cum  
8 ar fi resuscitarea, ventilația și nutriția/hidratarea artificială.

9

10

### 11 **Recomandări clinice pentru resuscitarea cardiopulmonară (CPR)**

12

13 Planificarea în avans a îngrijirii poate implica conversații, recomandări și/sau decizii  
14 privind resuscitarea cardiopulmonară. Este important, deoarece o situație de  
15 urgență neașteptată poate include un stop cardiac. Un stop cardiac are loc atunci  
16 când inima a încetat să pompeze sânge în corp, iar persoana nu mai răspunde și nu  
17 mai respiră normal.

18 O intervenție cum este resuscitarea cardiopulmonară (CPR) vizează repornirea  
19 inimii. Necesită aplicarea unei presiuni mari pe pieptul persoanei, care adesea  
20 înseamnă că cei importanți pentru persoană nu pot fi prezenți sau, dacă sunt  
21 prezenți, pot simți că acest lucru este foarte stresant de privat.

22 Vine un moment pentru oricine, însă, în care încercarea de a reporni inima fie nu ar  
23 avea succes, fie riscurile de CPR depășesc beneficiile. În acest caz, există indicații  
24 medicale clare că sănătatea sau afecțiunea unei persoane este sau se așteaptă să  
25 aibă un declin până la punctul în care CPR nu mai reprezintă o intervenție adecvată,  
26 deoarece interferează cu procesul normal de moarte, în care inima este ultimul  
27 organ care se oprește.

28 O persoană sau cei importanți pentru persoană nu pot insista asupra unor  
29 tratamente specifice care să fie administrate, dacă se consideră neadecvat de către  
30 medicul curant, aceasta incluzând CPR. Cunoscând ce contează pentru o persoană  
31 ajută la informarea celor care furnizează tratament clinic, pentru a face și înregistra  
32 recomandări clinice specifice, inclusiv dacă CPR ar reprezenta o intervenție  
33 adecvată în cazul unui stop cardiac. Un aspect cheie nu este reprezentat de opinia  
34 decidentului cu privire la calitatea vieții după CPR, ci evaluarea obiectivă a ceea ce  
35 este în interesul superior al pacientului. Acest lucru trebuie să țină seama de toți  
36 factorii relevanți, în special dorințele, sentimentele, convingerile și valorile persoanei,  
37 cu privire la ceea ce ar fi un nivel acceptabil de recuperare pentru aceasta.

38

## 1 Decizii în interesul superior

2

3 Atunci când o persoană nu are capacitatea mentală de a lua o anumită decizie  
4 privind tratamentul său la momentul respectiv și nu are o ARDT valabilă și aplicabilă,  
5 clinicianul care tratează persoana va lua (o) decizie (decizii) pe baza „interesului  
6 superior”. Planificarea în avans a îngrijirii asigură faptul că o persoană își poate face  
7 cunoscute dorințele, sentimentele și valorile și, făcând acest lucru va ajuta la  
8 ghidarea și informarea celor care iau decizii „în interesul superior”.

9 Nimeni nu are autoritatea legală de a consimți pentru orice îngrijire sau tratament în  
10 numele altui adult, dar cei importanți pentru persoană trebuie incluși în aceste  
11 discuții despre „interesul superior” cu privire la ce ar fi dorit persoana. Chiar și atunci  
12 când unei persoane îi lipsește capacitatea mentală relevantă pentru o anumită  
13 decizie la momentul respectiv, dorințele, sentimentele, convingerile și valorile sale  
14 sunt centrale. Persoana trebuie să se afle în centrul procesului de luare a deciziei și  
15 sprijinită pentru a fi implicată în cea mai mare măsură posibilă în procesul de luare a  
16 deciziei.<sup>23</sup>

17 Clinicianul care tratează persoana trebuie să-și bazeze decizia în interesul superior<sup>24</sup>  
18 pe experiența sa și înțelegerea circumstanțelor persoanei și să fie informați de  
19 conversațiile anterioare ale persoanei cu privire la Planificarea în avans a îngrijirii.  
20 Nu trebuie luate decizii pe baza presupunerilor care se bazează exclusiv pe factori  
21 cum sunt vârsta persoanei, dizabilitatea<sup>25</sup> sau pe opinia subiectivă a profesionistului  
22 cu privire la calitatea vieții persoanei.<sup>26</sup>

23 Atunci când nu există dovezi privind Planificarea în avans a îngrijirii, ADRT sau  
24 recomandările clinice pentru îngrijire și tratament în cazul în care unei urgențe  
25 neașteptate, incluzând stopul cardiac, clinicianul care tratează persoana va lua o  
26 decizie în „interesul superior”.

27

28

---

<sup>23</sup> [Declaratia privind calitatea 4: Luarea deciziilor în interesul superior | Luarea deciziilor și capacitatea mentală | Standarde de calitate | NICE](#)

<sup>24</sup> La implementarea completă, Secțiunea 7 a Legii privind capacitatea mentală (NI) 2016  
<https://www.legislation.gov.uk/ni/2016/18/section/7/enacted>

<sup>25</sup> Heslop P, Blair P, Fleming P, Houghton M, Marriott A, Russ L. Confidential Inquiry into premature deaths of people with learning disabilities (CIPOLD) [Anchetă confidențială privind decesele premature ale persoanelor cu dizabilități de învățare]. Bristol: Norah Fry Research Centre [Centrul de cercetare Norah Fry]; 2013

<sup>26</sup> Decizii privind resuscitarea cardiopulmonară 2016 <https://www.resus.org.uk/sites/default/files/2020-05/20160123%20Decisions%20Relating%20to%20CPR%20-%202016.pdf>

## 1 **Planul rezumativ recomandat pentru îngrijirea și tratamentul de urgență** 2 **(ReSPECT)**

3

4 În mod ideal, Planificarea în avans a îngrijirii trebuie să aibă loc cu mult înainte de  
5 declinul sănătății unei persoane sau orice criză sau urgență. Pot exista, însă, cazuri  
6 în care conversațiile privind Planificarea în avans a îngrijirii nu au loc și cei care  
7 acordă îngrijire, sprijin sau tratament vor trebui să introducă aceste conversații în  
8 circumstanțe cum ar fi declinul brusc al stării de sănătate sau în cazul unei urgențe  
9 neașteptate.

10 Indiferent când au loc aceste conversații, acestea trebuie să includă discutarea  
11 despre ceea ce contează pentru o persoană și înregistrarea acestor lucruri și  
12 recomandări clinice despre ceea ce este realist și tratamentul și îngrijirea adecvate  
13 pentru persoana respectivă.

14 Conversații și recomandări pentru îngrijirea și tratamentul viitoare vor fi înregistrate  
15 pe un formular ReSPECT.

16 ReSPECT înseamnă „Planul rezumativ recomandat pentru îngrijirea și tratamentul  
17 de urgență.” Formularul ReSPECT stabilește informații care vor ajuta la ghidarea și  
18 informarea celor care acordă îngrijire, sprijin sau tratament pentru a lua decizii la  
19 momentul la care persoana nu poate comunica care îi sunt dorințele sau nu are  
20 capacitatea mentală de a lua decizia specifică respectivă, cum ar fi în cazul unei  
21 urgențe viitoare neașteptate.

22 Formularul ReSPECT include recomandări și/sau decizii despre intervențiile  
23 specifice care pot sau pot să nu fie dorite sau adecvate din punct de vedere clinic.

24 Formularul ReSPECT va fi semnat de clinicianul care oferă recomandări clinice, dar  
25 va fi păstrat de persoana respectivă. Formularul ReSPECT nu este un document  
26 care să creeze obligații juridice. Formularul ReSPECT include:

- 27 • Ceea ce contează pentru persoană în ceea ce privește îngrijirea și  
28 tratamentul, de exemplu dorințe, sentimente, convingeri și valori;
- 29 • Documentele existente de planificare a îngrijirii, de exemplu dacă persoana  
30 are o Decizie de a refuza tratamentul, luată în avans (ADRT);
- 31 • Recomandări clinice pentru îngrijire și tratament de urgență, de exemplu  
32 Recomandări privind resuscitarea;
- 33 • Înregistrarea capacității mentale pentru implicare în recomandările efectuate;

34 La fel ca în cazul oricărui alt aspect ale Planificării în avans a îngrijirii, informațiile  
35 înregistrate pe formularul ReSPECT trebuie reexamineate constant și actualizate,  
36 după caz.

1 Formularul ReSPECT va reprezenta formularul regional pentru înregistrarea tuturor  
2 recomandărilor despre îngrijirea și tratamentul de urgență. Formularul ReSPECT va  
3 fi transferabil în toate contextele de îngrijire. Întrucât Formularul ReSPECT include  
4 recomandările CPR, nu se vor mai utiliza formularele care privesc absența  
5 tentativelor de resuscitare cardiopulmonară (DNACPR).

6 Cei care acordă îngrijire, sprijin sau tratament trebuie să urmeze documentele  
7 operaționale regionale relevante care au fost elaborate pentru a sprijini această  
8 politică.

9

## 10 **Donarea de organe**

11

12 O persoană poate alege să doneze organele și țesuturile pentru transplant. Există  
13 două tipuri diferite de donare de organe. Unul este atunci când persoana donează  
14 un organ ca „donator viu”, de exemplu cineva poate dori să fie donator de rinichi. Al  
15 doilea este în cazul în care cineva a murit și sunt donate organele și țesuturile sale.

16 O persoană poate înregistra dacă dorește sau nu să doneze organele și țesuturile  
17 după deces, în Registrul NHS al donatorilor de organe.<sup>27</sup> Multe persoane nu  
18 realizează că este necesar sprijinul celor importanți pentru ele pentru ca donarea de  
19 organe să meargă mai departe. Cunoașterea dorințelor unei persoane în asociere cu  
20 donarea de organe îi ajută pe cei importanți pentru ea la acest moment dificil.

21

## 22 **Donarea corpului pentru știința medicală**

23

24 O persoană poate dori să își doneze corpul științei medicale. Este important ca  
25 persoana să discute cu persoanele importante pentru aceasta și cele care acordă  
26 îngrijire, sprijin sau tratament. Există un proces corect<sup>28</sup> care trebuie urmat; acesta  
27 va include păstrarea unei copii a formularului de consimțământ completat în  
28 totalitate.

29

30

31

---

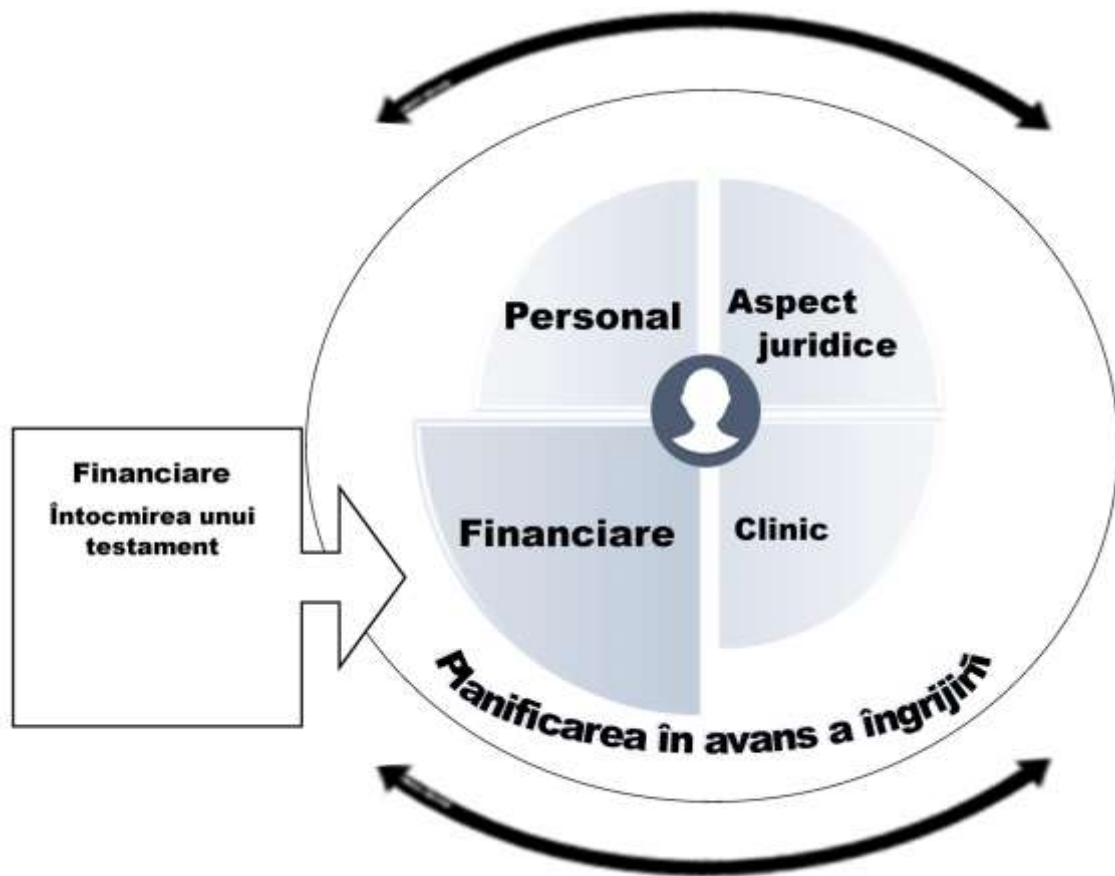
<sup>27</sup> Registrul donatorilor de organe <https://www.organdonation.nhs.uk/register-your-decision/>

<sup>28</sup> Sunt disponibile broșuri de informare care includ Formulare de consimțământ, de la Biroul de anatomie al Universității Queens.

Dacă doriți să primiți o broșură de informare care include un formular de consimțământ, vă rugăm să trimiteți un email la Biroul de anatomie [anatomy@qub.ac.uk](mailto:anatomy@qub.ac.uk) sau să sunați la 028 90 972131. Personalul va fi încântat să discute orice întrebări pe care le-ați putea avea.

# 1 Componenta financiară a Planificării în avans în îngrijirii

2



3

4

5

6

## 7 Întocmirea unui testament

8

9 Întocmirea unui testament oferă unei persoane ocazia de a asigura faptul că  
10 dorințele sale sunt urmate după ce decedează. Ajută să asigure faptul că o persoană  
11 poate lăsa orice lucruri care îi aparțin sau instrucțiuni celor importanți pentru ea.

12 Un testament este un document legal care oferă instrucțiuni clare care pot include:

- 13 • Îngrijirea copiilor sau a persoanelor aflate în întreținere;
- 14 • Afaceri financiare - bani, proprietăți și active.

15

16



## 1 **De ce este importantă întocmirea unui testament**

2

3 Deținerea unui testament simplifică procesul de gestionare a afacerilor unei  
4 persoane după ce aceasta decedează:

- 5 • O persoană poate decide cum sunt împărțite activele sale.
- 6 • Un cuplu necăsătorit se poate asigura că partenera/partenerul este asigurat.
- 7 • Dacă o persoană este divorțată, poate decide dacă va lăsa ceva fostului/fostei  
8 partener/partenere.
- 9 • O persoană poate obține mai multe informații privind Impozitul pe succesiune.

10

## 11 **Elaborarea testamentului dvs.**

12

13 Deși este posibil să scrieți singur(ă) un testament, este recomandat să apelați la un  
14 avocat deoarece sunt diferite formalități legale pe care trebuie să le respectați pentru  
15 a vă asigura că testamentul este valabil. Dacă o persoană nu are un testament,  
16 legea dispune cine ce primește.

17 Un executor este persoana care ar îndeplinește dorințele din testamentul unei  
18 persoane. O persoană poate stabili un executor numindu-l în testament. Instanțele  
19 pot numi apoi alte persoane pentru a fi responsabile pentru îndeplinirea acestei  
20 sarcini.

21 Odată ce o persoană și-a întocmit testamentul, este important să îl păstreze într-un  
22 loc sigur și să spună executorului, unui prieten apropiat sau unei rude unde este. În  
23 cazul în care testamentul este întocmit de un avocat, acesta va păstra în mod  
24 normal originalul și va trimite o copie persoanei. O persoană poate cere originalul  
25 dacă dorește să îl păstreze.

26

27

## 28 **Actualizarea testamentului dvs.**

29

30 O persoană trebuie să-și reexamineze testamentul, în special după orice modificare  
31 majoră în viața sa, cum ar fi separarea, căsătoria sau divorțul, nașterea unui copil  
32 sau mutarea în altă casă.

1 O persoană poate face modificări adăugând o notă la testamentul existent sau  
2 întocmind un testament nou<sup>29</sup>.

### 3 **Concluzie**

4

5 Planificarea în avans a îngrijirii conține un număr de componente, în cadrul cărora  
6 există un număr de elemente. O persoană poate alege să se gândească sau să  
7 planifice unele dintre elemente, dar nu altele și la diferite momente din viața sa.  
8 Aceasta reflectă principiile personale și voluntare ale Planificării în avans a îngrijirii și  
9 necesitatea de a furniza oportunități ca o persoană să aibă conversații privind  
10 Planificarea în avans a îngrijirii și să reexamineze aceste conversații și/sau orice  
11 înregistrare care poate fi documentată.

12 Planificarea în avans a îngrijirii permite unei persoane să se gândească la ceea ce  
13 contează pentru ea. Acest lucru poate îmbunătăți calitatea vieții persoanei și permite  
14 ca dorințele, sentimentele, convingerile și valorile sale să stea la baza îngrijirii,  
15 sprijinului sau tratamentului primite dacă nu mai poate lua decizii pentru sine.

16 „Planificarea în avans a îngrijirii, probabil cea mai importantă conversație pe care o  
17 veți avea vreodată în viața dvs.” (citat al unei părți interesate din cadrul angajării,  
18 februarie 2021).

19

20

21

22

23

24

25

26

---

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

# 1 **Anexe**

## 2 **Anexa 1 Glosar de termeni**

3

4 • **Planificarea în avans a îngrijirii:** Planificarea în avans a îngrijirii este un termen  
5 umbrelă care acoperă planificarea din plan personal, legal, clinic și financiar. Acesta  
6 permite unei persoane să se gândească la ce este important pentru aceasta și să  
7 facă planuri pentru viitor. Este un proces voluntar și ajută o persoană să-și facă  
8 cunoscute dorințele, sentimentele, credințele și valorile și să facă alegeri care să le  
9 reflecte. Planificarea în avans a îngrijirii este un proces continuu de conversații între  
10 o persoană, persoanele importante pentru aceasta și cele care acordă îngrijire,  
11 sprijin sau tratament. Planificarea în avans a îngrijirii trebuie să fie o parte importantă  
12 din viață pentru toți adulții.

13 • **Decizia de a refuza tratamentul, luată în avans (ADRT)** În Irlanda de Nord, o  
14 ADRT creează obligații juridice (guverdate de dreptul comun în locul unei legi) dacă  
15 este valabilă și aplicabilă situației particulare.

16 • **Modificarea comportamentală:** Modificarea comportamentală se poate referi la  
17 orice transformare sau modificare a comportamentului uman.

18 • **Interesul superior:** Atunci când o persoană nu are capacitatea mentală de a lua o  
19 anumită decizie privind tratamentul său la momentul respectiv și nu are o Decizie în  
20 avans de a refuza tratamentul valabilă și aplicabilă, clinicianul care tratează  
21 persoana va lua (o) decizie (decizii) pe baza „interesului superior”, cu privire la  
22 îngrijire și tratament.

23 • **Stop cardiac:** Un stop cardiac are loc atunci când inima a încetat să pompeze  
24 sânge în corp, iar persoana nu mai răspunde și nu mai respiră normal.

25 • **Resuscitare cardiopulmonară:** o procedură medicală care implică compresia  
26 pieptului și respirație artificială, efectuată pentru a menține circulația sângelui și  
27 oxigenarea la o persoană care a suferit un stop cardiac.

28 • **Îngrijire, sprijin sau tratament:** Persoane care acordă îngrijire, sprijin sau  
29 tratament, acest termen este utilizat pe tot parcursul politicii și include persoane care  
30 lucrează cu comunitatea și sectorul de voluntariat, sectorul independent sau alt

- 1 personal din domeniul asistenței medicale și sociale care lucrează în cadrul  
2 serviciilor reglementate.
- 3 • **Consimțământ:** Consimțământul reprezintă mai mult decât un formular sau o  
4 formalitate. Pentru ca consimțământul să fie valabil, acesta trebuie să fie voluntar și  
5 în cunoștință de cauză, iar persoana care își dă consimțământul trebuie să aibă  
6 capacitatea de a lua decizia.
- 7 • **Sfârșitul vieții:** O perioadă în care starea persoanei se deteriorează în mod activ  
8 până la punctul la care este de așteptat decesul.
- 9 • **Îngrijire la sfârșitul vieții:** Este o abordare care îmbunătățește calitatea vieții  
10 pacienților care trăiesc cu o boală care pune viața în pericol și a familiilor lor.  
11 Îngrijirea include evaluarea și tratamentul durerii și pentru alte nevoie fizice,  
12 psihosociale și spirituale.
- 13 • **Împuternicirea pe termen nelimitat:** Un document legal care permite persoanei  
14 să numească alte persoane pentru a lua decizii în numele său, cu privire la  
15 proprietățile și afacerile sale financiare, în cazul în care și-ar pierde capacitatea  
16 mentală.
- 17 • **Ghid:** Recomandări pe bază de dovezi privind tratamentul și îngrijirea cele mai  
18 eficiente și eficiente din punct de vedere al costurilor pentru persoanele cu anumite  
19 boli și afecțiuni și recomandări pentru populații și persoane, cu privire la intervențiile  
20 care pot ajuta la prevenirea bolii sau îmbunătățirea stării de sănătate. Autoritățile de  
21 reglementare includ Consiliul Medical General (General Medical Council, GMC),  
22 Consiliul Asistentelor Medicale și al Moașelor (Nursing Midwifery Council, NMC),  
23 Consiliul Profesiilor din domeniul Sănătății și Îngrijirii (Health & Care Professions  
24 Council, HSPC) și Consiliul Farmaceutic General (General Pharmaceutical Council,  
25 GPhc), Consiliului Asistenței Sociale din Irlanda de Nord (Northern Ireland Social  
26 Care Council, NISCC), iar acestea emit „linii directoare”/„ghiduri” privind modul în  
27 care trebuie atinse standardele profesionale.
- 28 • **Evaluare holistică:** Evaluare cuprinzătoare care abordează nevoile sociale,  
29 psihologice, emoționale, fizice și spirituale ale persoanei.
- 30 • **Îngrijire holistică:** Furnizarea de îngrijire către o persoană pe baza înțelegerii  
31 nevoilor lor sociale, psihologice, emoționale, fizice și spirituale.

- 1 • **Împuternicire de durată (LPA):** a se vedea secțiunea 97 a Legii privind  
2 capacitatea mentală (NI) 2016, Este un document legal care permite persoanei să  
3 numească alte persoane pentru a lua decizii în numele său.<sup>30</sup>
- 4 • **Legea privind capacitatea mentală (Irlanda de Nord) 2016:** Legislație care,  
5 atunci când va intra pe deplin în vigoare, va fuziona legislația privind capacitatea  
6 mentală cu cea privind sănătatea mintală.
- 7 • **Institutul Național pentru Excelență în Sănătate și Îngrijire (National Institute  
8 for Health and Care Excellence, NICE)** O organizație care furnizează o evaluare  
9 robustă și independentă a celor mai bune dovezi disponibile, pentru a face  
10 recomandări pentru sistemul de îngrijire medicală și socială.
- 11 • **Donarea de organe:** Donarea de organe este o practică întreagă de extragere a  
12 unui organ uman de la o persoană în viață sau decedată.
- 13 • **Îngrijirea paliativă:** Îngrijirea activă, holistică, a persoanelor cu boală progresivă  
14 avansată. Abordarea terapeutică a durerii și al altor simptome și furnizarea de sprijin  
15 psihosocial, social și spiritual este de importanță capitală. Obiectivul îngrijirii paliative  
16 este de a obține cea mai bună calitate a vieții pentru persoane și cei importanți  
17 pentru persoană. Multe aspecte ale îngrijirii paliative se aplică și mai devreme pe  
18 parcursul bolii, împreună cu alte tratamente.
- 19 • **Afecțiune progresivă:** O boală sau o afecțiune medicală care se agravează în  
20 timp, ducând la un declin general al stării de sănătate sau al funcționării.
- 21 • **Împuternicire:** Este un document legal pe care îl poate utiliza persoana pentru a-i  
22 acorda altcuiva autoritatea de a întreprinde acțiuni sau a lua decizii în numele său.
- 23 • **ReSPECT:** Este un element al componentei clinice a Planificării în avans a îngrijirii  
24 care permite recomandări personalizate pentru ca îngrijirea și tratamentul în caz de  
25 urgență să fie documentate.
- 26 • **Boală gravă:** O afecțiune medicală care are un risc crescut de mortalitate și care  
27 afectează funcționarea zilnică a persoanei sau calitatea vieții.

---

<sup>30</sup> Legea privind capacitatea mentală (NI) 2016 introduce rolul unei Împuterniciri de durată (LPA) în Irlanda de Nord. Legea privind capacitatea mentală (NI) 2016 a intrat în vigoare aici în faze de implementare. LPA nu a fost inclusă în faza 1. Implementarea este în curs, dar în prezent nu există niciun grafic de timp pentru începerea fazei respective, care va include intrarea în vigoare a LPA.

1 • **Spiritualitate:** Spiritualitatea are legătură cu ceea ce oferă sens și scop vieții și se  
2 bazează pe convingerile și valorile de bază ale unei persoane.

3 • **Persoanele importante pentru persoană:** Acestea pot fi reprezentate de familie,  
4 cariere sau o persoană care cunoaște persoana, îi pasă de aceasta și are afecțiuni  
5 pentru aceasta. Acestea pot fi conectate printr-o relație personală, legală, culturală  
6 sau emoțională.

7

## 8 **Abrevieri**

- 9 • **ADRT** - Decizia de a refuza tratamentul, luată în avans
- 10 • **CPR** - Resuscitare cardiopulmonară
- 11 • **DNACPR** - Nu se va încerca resuscitarea cardiopulmonară
- 12 • **EPA** - Împuternicire pe termen nelimitat
- 13 • **LPA** - Împuternicire de durată
- 14 • **MCA** - Legea privind capacitatea mentală (Irlanda de Nord) 2016
- 15 • **NI** - Irlanda de Nord
- 16 • **NICE** - National Institute for Health and Care Excellence [Institutul Național  
17 pentru Excelență în Sănătate și Îngrijire]
- 18 • **ReSPECT** - Planul rezumativ recomandat pentru îngrijirea și tratamentul de  
19 urgență

20

## 21 **Appendix 2 Bibliography**

22

### 23 **Journal**

24 Abba, K., Llyod-Williams, M. & Horton, S. (2019). Discussing end of life wishes – the  
25 impact of community interventions? *BMC Palliative Care*. **18** pp18-26 DOI:  
26 <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0407-8>

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

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