

# Problemy prawne i etyczne w planowaniu i realizacji opieki paliatywnej nad chorym niekompetentnym

## *Legal and ethical problems within palliative care for an incompetent patient*

Krystyna Kochan, Tomasz Grądalski

Hospicjum im. św. Łazarza w Krakowie

### Streszczenie

Planowanie na przyszłość opieki u kresu życia ma na celu umożliwienie opieki medycznej spójnej z oczekiwaniami pacjenta i jego rodziny. W Polsce nie jest ono jednak całościowo i jednoznacznie umocowane w prawie, co stwarza praktyczne problemy ujawniające się w czasie ostatnich tygodni opieki nad chorym. W pracy nakreślono zasadnicze wyzwania w opiece paliatywnej i hospicyjnej związane z wyrażaniem zgody na leczenie oraz informowanie o stanie zdrowia i leczeniu, a także respektowaniem oświadczeń woli uczestników tego procesu. Prawnie wiążąca możliwość wyrażania swojej woli na przyszłość może poprawić jakość i satysfakcję z opieki medycznej u schyłku życia osoby chorej i jego rodziny.

**Słowa kluczowe:** planowanie opieki końca życia, oświadczenia woli.

### Abstract

The aim of an advance care planning is to realize health care corresponding to the patient's wishes. It has not been well established in Polish law yet, thus leading to some practical problems in palliative care within the last weeks of life. The main challenges concerned with patient's informed consent, informing health care proxies or respecting the living wills are presented. The possibility of expressing one's advance directives which are consistent with the law may enhance satisfaction of better quality end-of-life care.

**Key words:** advance care planning, advance directives.

Adres do korespondencji:

dr med. Tomasz Grądalski, Hospicjum im. św. Łazarza w Krakowie, ul. Fatimska 17,  
31-831 Kraków, e-mail: tomgr@mp.pl

### WSTĘP

Umiejętne komunikowanie się z pacjentem i jego bliskimi leży u podstaw opieki medycznej niezależnie od jej specjalności. W opiece paliatywnej i hospicyjnej rzetelne rozpoznanie wielowymiarowych potrzeb chorego oraz jego otoczenia jest nie tylko punktem wyjścia wszelkich działań poprawiających jakość życia, lecz także niezbędnym czynnikiem umożliwiającym właściwe monitorowanie przebiegu opieki, nie tylko medycznej. Niestety, znaczna część chorych w ostatnich dniach życia nie jest zdolna do samostanowienia (nie jest w stanie zrozumieć znaczenia podawanych informacji i konsekwencji danego jej wyboru), co stanowi barierę w realizacji opieki zgodnej z ich oczekiwaniami. Dlatego też w wielu krajach planowanie na przyszłość (*pro futuro*) opieki u kresu życia (*advance care planning* – ACP)

zajmuje ważne miejsce w systemie opieki medycznej nad pacjentem w podeszłym wieku i w zaawansowanym stadium choroby. Opieka u kresu życia obejmuje proces komunikacyjno-decyzyjny chorego zdolnego do wyrażenia swej woli na wypadek utraty tej zdolności. Głównym celem planowania jest ułatwienie opieki medycznej u kresu życia spójnej przede wszystkim z oczekiwaniami pacjenta. Początki ACP sięgają końca lat 60. XX w., kiedy to w Stanach Zjednoczonych intensywny rozwój nauki i techniki medycznej dotyczący stanów zagrożenia życia spowodował trudności w rozróżnianiu działań mających na celu ratowanie życia od tych, które wydłużały proces umierania [1]. Początkowo tworzono formularze do wypełniania przez pacjenta (także z pomocą lekarza), później opracowano także kompleksowe programy ułatwiające lekarzom podejmowanie trudnych rozmów dotyczących resuscytacji,

wspomagania żywienia i leczenia w okresie zaawansowanej choroby (np. *Physician Orders for Life-Sustaining Treatment* – POLST) [2]. Poza określeniem rodzaju preferowanej terapii i pielęgnacji u schyłku życia, ACP obejmuje także wybór pełnomocnika, który będzie podejmował decyzje dotyczące opieki na wypadek utraty takiej zdolności przez pacjenta. Realizowanie programu ACP pozwala w większym stopniu spełnić oczekiwania chorego w zakresie rodzaju czy miejsca sprawowania opieki, a także zmniejszyć ryzyko terapii daremnej. Planowanie zwiększa także szanse wczesnego wdrożenia opieki paliatywnej i hospicyjnej poprawiającej jakość życia i istotnie ograniczającej koszty opieki medycznej [3]. W Polsce ACP nie jest jednak praktycznie całościowo i jednoznacznie usankcjonowane w prawie, co stwarza realne problemy ujawniające się w czasie ostatnich tygodni opieki nad chorym i ma negatywny wpływ na chorego, jego relacje z rodziną, jak również przebieg żałoby. W niniejszej pracy omówiono najważniejsze z tych problemów.

#### KTO POWINIEN MÓC UZYSKIWAĆ INFORMACJE O CHORYM?

Osobą uprawnioną do uzyskiwania informacji medycznych jest chory lub jego przedstawiciel ustawowy [4] oraz wyłącznie osoba wskazana przez chorego [5]. Źródłem umocowania przedstawiciela ustawowego jest ustawa (rodzice) lub orzeczenie właściwego sądu (opiekun osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie, kurator osoby ubezwłasnowolnionej częściowo lub osoby niepełnosprawnej). Podmiotem uprawnionym do informacji może zostać np. wyłącznie osoba spoza kręgu rodziny. Skutkiem takiej decyzji chorego jest wyłączenie z grona osób uprawnionych członków rodziny – nie mogą oni uzyskać wtedy informacji o stanie zdrowia. Jeżeli pacjent jest nieprzytomny, niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji lub nie ukończył 16 lat, lekarz udziela informacji osobie bliskiej [6], tzn. małżonkowi, krewnemu lub powinowatemu do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawicielowi ustawowemu, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu lub osobie wskazanej przez chorego, gdy był osobą jeszcze zdolną do podejmowania decyzji [7]. Za osobę pozostającą we wspólnym pożyciu można uznać osobę, która mieszka z chorym i prowadzi wspólne gospodarstwo domowe, pomiędzy nimi powstała określona więź psychiczna i stworzyli trwały związek osób [8]. Poznanie oczekiwań dotyczących opieki medycznej przez bliskich wymaga uzyskania od lekarza przynajmniej podstawowych informacji o stanie zdrowia: w zakresie rozpoznania, prognozy czy prawdopodobnych problemów terapeutycznych. Prawo polskie ogranicza jednak krąg osób

upoważnionych do informowania o stanie zdrowia pacjenta niezdolnego do wyrażenia swojej woli do jego bliskich, nie wszystkie osoby z rodziny (poza rodzicami dzieci poniżej 18. roku życia) mają prawo do informacji bez stosownego upoważnienia ze strony chorego [9]. Tymczasem członkowie rodziny chorego, rozumianej jako osoby wspólnie zamieszkujące, związane pokrewieństwem lub powinowactwem [10], często są błędnie przeświadczeni o posiadaniu prawa do uzyskiwania od lekarza informacji o stanie zdrowia i prowadzonym leczeniu. Jeżeli pojęcie rodziny rozszerzy się także na osoby niespokrewnione niebędące profesjonalistami, które na podstawie wcześniejszych relacji uczuciowych są zaangażowane w opiekę nad chorym (zgodnie z rekomendacjami Unii Europejskiej [11]) i które są również podmiotem opieki paliatywnej w obszarze wsparcia emocjonalnego i informacyjnego, to prawo do informacji wydaje się jeszcze bardziej ograniczone.

Po pierwsze lekarz opieki paliatywnej, gdy obecnie niekompetentny pacjent nie wyznaczył wcześniej osoby upoważnionej do informacji medycznych, staje przed dylematem, w jaki sposób rozmawiać o chorym np. z jego bratem lub siostrą (nie są osobami bliskimi, więc nie są upoważnione) [12]. Bardzo często to właśnie rodzeństwo sprawuje nad chorym opiekę w domu. Posiadanie przez nich wiedzy na temat rozpoznania, zaawansowania choroby, rokowania czy aktualnego stanu zdrowia ma kluczowe znaczenie w procesie sprawowania przez nich opieki, podawania leków, pielęgnacji, rozwijania umiejętności reagowania na pojawienie się nowych objawów lub narastania już wcześniej istniejących. Po drugie lekarz opiekujący się pacjentem niezdolnym do podejmowania decyzji ma obowiązek respektować jego wolę wyrażoną wcześniej w tym zakresie. W praktyce można się spotkać z sytuacjami, gdy informacji o niekompetentnym chorym oczekuje członek jego bliskiej rodziny, niestety nieujęty (a więc wyłączony z możliwości informowania) w złożonym wcześniej oświadczeniu pacjenta. Powstaje więc dylemat polegający na wyborze między postępowaniem niezgodnym z normami prawnymi (informowanie osób niewskazanych przez chorego), ale moralnie uzasadnionym, przygotowującym rodzinę na śmierć chorego, a działaniem zgodnym z prawem, lecz wykluczającym osoby najbliższe z procesu przygotowania do śmierci chorego, co z czysto ludzkiego punktu widzenia wydaje się nie do przyjęcia [13].

#### JAKI POWINIEN BYĆ ZAKRES UDZIELANYCH INFORMACJI O CHORYM?

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty przewiduje obowiązek przekazania choremu pełnego zakresu informacji: o stanie zdrowia, rozpo-

znaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu [14]. W przepisie tym ustawodawca wyraźnie wskazuje, jaki powinien być zakres udzielanych informacji.

O prawie do informacji przekazywanych przez lekarza innym osobom decyduje chory lub jego przedstawiciel ustawowy [15]. Ustawodawca nie odwołuje się tu do zakresu informacji, co nie pozwala lekarzowi na dowolność w jego określeniu. Podobnie, gdy stan chorego nie pozwala na wskazanie osób upoważnionych do informowania, osobą uprawnioną do uzyskiwania informacji jest osoba bliska, także w zakresie niezdefiniowanym ustawowo, a więc również niepełnym, co oznacza możliwość udzielania informacji o stanie zdrowia tylko w ograniczonym, ogólnym zakresie [16]. Różnice w zakresie przekazywanych informacji są niezrozumiałe dla członków rodziny chorego niekompetentnego, oczekujących danych pozwalających na dokonanie oceny realnego zagrożenia życia chorego, przyjęcia zasad postępowania u kresu życia oraz koncentracji na potrzebach chorego.

Ograniczony zakres informacji skutkuje zatem ograniczeniem możliwości aktywnego i świadomego współdziałania bliskich z personelem zespołu interdyscyplinarnego.

#### CZY DOBROWOLNIE POWIADAMIAĆ NIEUPOWAŻNIONYCH BLISKICH O POGARSZAJĄCYM SIĘ STANIE ZDROWIA CHOREGO?

Podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (w tym także hospicjum) jest obowiązany w razie pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta, powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci, niezwłocznie zawiadomić wskazaną przez pacjenta osobę lub instytucję (np. dom pomocy społecznej, którego chory jest pensjonariuszem), lub przedstawiciela ustawowego [17].

Ustawodawca nie wskazał jednak osób, które nabywają te uprawnienia z chwilą niezdolności pacjenta do wskazania kogokolwiek. Zatem przy braku opiekuna prawnego wyznaczonego przez sąd, jak również braku osoby wskazanej przez pacjenta powstaje wątpliwość, czy podmiot leczniczy jest uprawniony do dobrowolnego informowania np. współmałżonka, rodzica pełnoletniego pacjenta, rodzeństwa czy konkubenta. Osoba bliska chorego niezdolnego do samostanowienia z jednej strony pytając o stan zdrowia, może uzyskać ogólne informacje, z drugiej strony jednak nie może liczyć na powiadomienie z inicjatywy samego podmiotu lecz-

niczego o zbliżającej się śmierci. Wydaje się, że powinnością moralną zgodną z filozofią opieki paliatywnej, także wobec braku przepisu zabraniającego, będzie jednak dobrowolne informowanie bliskich.

#### JAK DALECE POWINNO SIĘ RESPEKTOWAĆ CIĄGŁOŚĆ UPOWAŻNIENIA DO UDZIELANIA INFORMACJI?

Istnieją wątpliwości co do możliwości uwzględnienia oświadczenia pacjenta uprawniającego inne osoby do uzyskania informacji medycznej zamieszczonego wcześniej w dokumentacji medycznej innego podmiotu leczniczego. Czy istnieje prawna możliwość wykorzystania takiego oświadczenia w sytuacji, gdy pacjent nie jest już zdolny do samostanowienia w tym zakresie, a osoba wcześniej wskazana przez chorego dysponuje potwierdzoną za zgodność kopią tego dokumentu? Z jednej strony można sądzić, że pacjent mógł chcieć ograniczyć prawo do informacji na dalszych etapach diagnozowania czy leczenia (w tym także u kresu życia) wcześniej wskazanej osobie. Z drugiej strony ustawa regulująca prawa pacjenta nie ogranicza upoważnienia osoby do informacji i dostępu do dokumentacji medycznej jedynie do placówki, w której pacjent aktualnie przebywa [18]. Także orzecznictwo w tym względzie wskazuje, że „złożone wcześniej oświadczenie należy respektować w innych placówkach udzielających świadczenia zdrowotnego [tu jednak pojawia się ograniczenie] związanego z tą chorobą” [19]. Zatem na podmiocie leczniczym (lekarzu) ciąży obowiązek sprawdzenia zakresu udzielonego upoważnienia oraz konieczność uznania oświadczenia pacjenta przy braku ograniczeń wynikających z jego treści.

#### JAK DALECE PEŁNOMOCNICTWO NOTARIALNE ZABEZPIECZA OCZEKIWANIA CHOREGO CO DO OSOBY MOGĄCEJ ZA NIEGO PODEJMOWAĆ DECYZJE DOTYCZĄCE LECZENIA?

Pełnomocnictwo notarialne jest dokumentem sporządzanym przez notariusza, którego treść stanowi oświadczenie woli mocodawcy (pacjenta) i które upoważnia osobę pełnomocnika jedynie do czynności prawnych w określonym zakresie, w imieniu pacjenta [20]. Wydawałoby się, że pełnomocnictwo notarialne (coraz częściej spotykane także w opiece hospicyjnej) powinno stanowić wystarczające zabezpieczenie dla pacjenta na przyszłość w zakresie leczenia czy otrzymywania informacji o stanie jego zdrowia. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty nie wymienia jednak pełnomocnika jako

podmiotu uprawnionego do wyrażenia zgody na czynności medyczne – w polskim systemie prawa medycznego taki rodzaj pełnomocnictwa nie występuje [21]. Dlatego w praktyce lekarz nie jest związany prawem medycznym do respektowania treści zawartej w pełnomocnictwie, co jest powodem nieporozumień w relacjach z osobą umocowaną. Jest to również przyczyna głębokiego rozczarowania, ponieważ osoba wskazana w pełnomocnictwie nie może się wywiązać ze zobowiązania, które nałożył na nią pacjent. Tymczasem prawo nie wyklucza wprost, by tego rodzaju oświadczenia (zwłaszcza potwierdzone notarialnie) były składane przez pełnomocnika [22], a przepisy kodeksu cywilnego wskazują, że umocowanie do działania w cudzym imieniu powinno się opierać także na oświadczeniu reprezentowanego (pełnomocnictwie) [23].

Pełnomocnictwo notarialne przyjmowane jest za bardziej wiarygodne, jednak w praktyce pojęcie pełnomocnictwa rozumiane jest zamiennie z pojęciem upoważnienia, które występuje w ustawie o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta [24]. Źródłem praw jest – najogólniej ujmując – natura rzeczy, a nie ustawy. Prawo medyczne ma więc jedynie gwarantować prawa pacjentowi, a nie mu je przyznawać [25]. Pacjentowi przysługuje naturalne prawo do wolności, w tym też umocowania drugiej osoby do działania w jego imieniu, które niestety często zderza się z nieprzejrzystymi regulacjami prawa medycznego, nakładającego na personel medyczny przeróżne obowiązki.

#### W JAKIM STOPNIU POWINNO SIĘ RESPEKTOWAĆ OCZEKIWANIA CHOREGO DOTYCZĄCE CZYNNOŚCI MEDYCZNYCH WYRAŻONE W OŚWIADCZENIU WOLI?

Oświadczenie woli to każde zachowanie się osoby, które ujawnia jej oficjalne stanowisko w jakiejś sprawie. Natomiast oświadczenie pacjenta *pro futuro* odnosi się do sposobu postępowania lekarza, jakiego życzyłby sobie pacjent na wypadek utraty przytomności [26]. Doświadczenie uczy, że nie zawsze wśród bliskich pacjenta istnieje zgodność co do postępowania medycznego, którego życzyłby sobie pacjent niezdolny do samostanowienia. W opiece paliatywnej można spotkać dokumenty noszące nazwę „oświadczenie woli” (także potwierdzone notarialnie), w których pacjent deklaruje swe oczekiwania w sprawach medycznych na wypadek utraty możliwości wyrażenia swej woli w przyszłości. Treść tych oświadczeń pozwala je nazwać oświadczeniami *pro futuro*. Możliwość składania oświadczeń woli wynika z prawa cywilnego [27], a Sąd Najwyższy już dawno przychylił się do zasadności ich uznawania, wyrażanych na wypadek utraty przytomności,

dotyczących postępowania lekarza w sytuacjach leczniczych, o ile zostały złożone w sposób wyraźny i jednoznaczny [28]. Jednakże w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty nie ma zapisu odnoszącego się do oświadczeń *pro futuro*.

W aktualnym stanie prawnym oświadczenia *pro futuro* nie są skutecznie umocowane. Istnieje rozbieżność opinii powodująca dyskusje i spory. Brak regulacji w prawie medycznym oświadczeń *pro futuro* budzi u lekarzy uzasadnione wątpliwości co do możliwości respektowania treści takich dokumentów z uwagi na bezpieczeństwo prawne. Stąd pilna potrzeba uregulowań w prawie medycznym także i w tym zakresie.

#### JAK WYSTARCZAJĄCO ZABEZPIECZYĆ NA PRZYSZŁOŚĆ POTRZEBY DUCHOWE I RELIGIJNE CHOREGO?

Sfera duchowa stanowi istotny wymiar egzystencji pacjenta jako osoby. Niestety, w odróżnieniu od potrzeb fizycznych, potrzeby społeczne i duchowe chorych u schyłku życia są w znacznym stopniu niezaspokojone, co obniża jakość życia [29]. Każdemu człowiekowi przysługuje prawo do wolności sumienia i religii [30], w tym prawo do opieki duszpasterskiej [31]. Kontynuacja opieki paliatywnej nad chorym niekompetentnym w tym względzie stanowi często poważne wyzwanie dla zespołu interdyscyplinarnego. Przykładowo, z punktu widzenia prawa kanonicznego udzielenie sakramentu namaszczenia chorych u kresu życia jest dopuszczalne nie tylko w sytuacji prośby chorego, lecz także w przypadku istnienia prawdopodobieństwa oczekiwania jego przyjęcia przez osobę niekompetentną [32]. Nie znając rzeczywistych potrzeb pacjenta w tym zakresie, nie można próbować ich zabezpieczyć, szczególnie przy niezdecydowaniu lub sprzecznych stanowiskach osób bliskich co do wcześniejszych oczekiwań chorego. Dodatkową trudnością jest fakt, że polskie prawo, zapewniając kontynuację opieki duszpasterskiej zgodnie z wyznaniem, nie odnosi się do ciągłości informacji na ten temat w kolejnych placówkach opieki zdrowotnej. Rozwiązaniem przynajmniej części problemów w tym zakresie byłoby np. prawne usankcjonowanie oświadczeń woli chorego lub duchownego udzielającego sakramentów we wcześniejszej placówce opieki medycznej.

#### PLANOWANIE OPIEKI PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ NA PRZYSZŁOŚĆ

Celem opieki paliatywnej jest poprawa jakości życia chorych będących najczęściej w schyłkowym okresie życia, dzięki interdyscyplinarnemu właści-

wemu rozpoznaniu i skutecznej realizacji wielowymiarowych potrzeb w sferach fizycznej, psychicznej, społecznej i duchowej. W ostatnich tygodniach, a zwłaszcza w ostatnich dniach życia, pacjenci często tracą zdolność do samostanowienia, stając się osobami niekompetentnymi, co utrudnia, a czasem wręcz uniemożliwia realizację zasadniczych celów opieki paliatywnej [33]. Dlatego tak ważne jest ustawowe uznanie w polskim systemie oświadczeń woli *pro futuro*, co w obliczu zbliżającego się kresu życia pozwoli na respektowanie nie tylko wybranej przez pacjenta terapii (w tym rezygnacji z leczenia daremnego), lecz także spełnienie oczekiwań w zakresie rodzaju pielęgnacji, wyboru miejsca opieki, wsparcia społeczno-duchowego, zachowań religijnych czy też sposobu pochówku. Umożliwienie choremu wyborowi umocowanej prawnie osoby pełnomocnika na wypadek utraty świadomości może zaowocować wcześniejszym rozpoczęciem opieki paliatywnej i hospicyjnej, na którą to pełnomocnik wyrazi zgodę, a tym samym stworzy szanse pełniejszej realizacji idei tej opieki [34]. Osoby bliskie choremu także będą mogły odnieść korzyści z planowania na przyszłość: zmniejszy się ciężar odpowiedzialności, zmaleje ryzyko konfliktów w sytuacji rozbieżnych oczekiwań, stworzy świadomość spełnienia woli chorego, obniżając ryzyko patologicznego osierocenia. W końcu także zespół opieki paliatywnej będzie mógł być lepiej zabezpieczony prawnie przed konfliktami z bliskimi, dzieląc ciężar odpowiedzialności za podejmowane decyzje w zakresie leczenia, pielęgnacji oraz innych potrzeb umierającego człowieka.

## WNIOSKI

Niejednoznaczność legislacyjna istotnie utrudnia sprawowanie opieki medycznej nad niekompetentnym chorym u kresu życia, zgodnej z jego preferencjami. Kontrastuje to z oczekiwaniami społecznymi związanymi z prawną możliwością wyrażania swej woli na przyszłość. Stworzenie podstaw prawnych do rozwoju spójnego systemu gwarantującego możliwość spełnienia tych oczekiwań może poprawić jakość i satysfakcję z opieki paliatywnej [35].

*Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.*

## PIŚMIENNICTWO

- Sabatino CP. The evolution of health care advance planning law and policy. *Milbank Q* 2010; 88: 211-239.
- Bomba PA, Kemp M, Black JS. POLST: An improvement over traditional advance directives. *Cleve Clin J Med* 2012; 79: 457-464.
- Yoo JW, Nakagawa S, Kim S. Relationships among advance directives, principal diagnoses, and discharge outcomes in critically ill older adults. *Palliat Support Care* 2013; 11: 315-322.
- Art. 31 ust. 1 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 464 z późn. zm.).
- Art. 32 ust. 1 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 464 z późn. zm.).
- Art. 31 ust. 6 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 464 z późn. zm.).
- Art. 3 ust. 1 pkt 2 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2012 r. poz. 159 z późn. zm.).
- Postanowienie Sądu Najwyższego – Izba Karna z dnia 7 lipca 2004 r. (Sygn. akt II KK 176/04).
- Art. 31 ust. 6 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 464 z późn. zm.).
- Art. 6 pkt 14 Ustawy o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 163 z późn. zm.).
- Wytyczne (Rekomendacje) Rec (2003) 24 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich Unii Europejskiej dotyczące organizacji opieki paliatywnej: 68
- Drozdowska U, Wojtal W. Zgoda i informowanie pacjenta. *Biblioteka Esculapa*, Warszawa 2010; 19.
- Kubiak R. Prawne aspekty podejmowania decyzji za pacjenta w opiece paliatywnej. *Medycyna Praktyczna* 2012; 9: 121-126.
- Art. 31 ust. 1 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 464 z późn. zm.).
- Art. 31 ust. 2 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 464 z późn. zm.).
- Art. 31 ust. 6 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 464 z późn. zm.).
- Art. 28 ust. 1 pkt 1 Ustawy o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 618 z późn. zm.).
- Art. 9 ust. 3; art. 26 ust. 1; art. 26 ust. 2 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2012 r. poz. 159 z późn. zm.).
- Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 17 września 2013 r. (Sygn. akt II OSK 1539/13).
- Art. 98-109 Kodeksu cywilnego (t.j. Dz. U. z 2014 r. poz. 121 z późn. zm.).
- Opinia prawna Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie (niepublikowana).
- Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 13 maja 2015 r. (Sygn. akt III CZP 19/15 SN).
- Art. 96 Kodeksu cywilnego (t.j. Dz. U. z 2014 r. poz. 121 z późn. zm.).
- Art. 26 ust. 1 i ust. 2 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2012 r. poz. 159 z późn. zm.).
- Truszyński Z. Pełnomocnictwa i spadkobranie z perspektywy chorych terminalnie. Materiały z konferencji: Opieka paliatywna i hospicyjna – medycyna, humanizm, wolontariat. Kraków, 9 czerwca 2015 r.
- Syska M. Medyczne oświadczenia pro futuro na tle porównawczym. *Wolters Kluwer Polska SA*, Warszawa 2013; 33.
- Art. 60 Kodeksu cywilnego (t.j. Dz. U. z dnia 2014 r. poz. 121 z późn. zm.).
- Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 27 października 2005 r. (Sygn. akt II CK 155/05, niepubl.).
- Ventura AD, Burney S, Brooker J i wsp. Home-based palliative care: a systematic literature review of the self-reported unmet needs of patients and carers. *Palliat Med* 2014; 28: 391-402.
- Art. 53 ust. 1 i ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 1997 r. Nr 78 poz. 483 z późn. zm.).
- Art. 36 i art. 37 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2012 r. poz. 159 z późn. zm.).
- Kanon 1006 Kodeksu Prawa Kanonicznego.
- Grądalski T, Kochan K. Chory z zaawansowaną niewydolnością serca skierowany do opieki paliatywnej. „Pięć życzeń” – sposób wyrażenia woli dotyczącej przyszłego leczenia. *Medycyna Praktyczna* 2012; 9: 98-103.
- Grądalski T, Kochan K, Wesolek E i wsp. Zgoda chorego na leczenie u kresu życia. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2010; 4: 119-124.
- Grądalski T, Wesolek E, Kleja J. Terminal Cancer Patients' Informed Consent for Palliative Care Admission and Their Quality of Life. *J Palliat Med* 2012; 15: 847.