

Patrycja Zurzycka, Katarzyna Czyżowicz, Iwona Repka

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński *Collegium Medicum*, Kraków

Instytucja pełnomocnika medycznego a praktyka pielęgniarska – zarys problematyki

The institution of the health care agent vs. nursing practice – an outline of issues

STRESZCZENIE

Podjęcie decyzji dotyczących opieki medycznej nad osobami, które ze względu na swój stan zdrowia nie są w stanie samodzielnie ich podejmować stanowi istotny i złożony problem dla osób udzielających tych świadczeń. Jedną z głównych pojawiających się trudności jest brak znajomości preferencji i wartości istotnych dla pacjenta w obliczu choroby i prowadzonych w związku z nią działań. Jednym z dostępnych rozwiązań tych problemów jest możliwość powoływania przez pacjentów pełnomocników medycznych. Ich zadaniem jest podejmowanie decyzji związanych z procesem terapeutycznym i opiekuńczym w imieniu i zgodnie z przekonaniami reprezentowanego przez nich pacjenta, który nie jest aktualnie zdolny do samodzielnego wyrażenia swojej woli.

Celem pracy było przedstawienie podstawowych zagadnień związanych z funkcjonowaniem instytucji pełnomocnika medycznego.

Problemy Pielęgniarstwa 2018; 26 (1): 64–68

Słowa kluczowe: pełnomocnik medyczny; podejmowanie decyzji medycznych; opieka pielęgniarska

ABSTRACT

Making decisions on the medical care of people who, due to their health condition, are unable to make them by themselves is an important and complex problem for those who provide such services. One of the main emerging difficulties is the ignorance of preferences and values important for the patient in the face of their disease and activities in connection therewith. One of the solutions available to such problems is the possibility that patients appoint their health care agents whose task is making decisions related to the therapeutic and caring process on behalf of and in accordance with the beliefs of the patient they represent and who is currently unable to express their will on their own.

The paper was aimed at presenting the basic issues pertinent to the functioning of the health care agent's institution.

Problemy Pielęgniarstwa 2018; 26 (1): 64–68

Key words: health care agent; medical-decision making; nursing care

Wstęp

Podjęcie decyzji dotyczących opieki medycznej sprawowanej wobec osób, które ze względu na swój stan zdrowia utraciły możliwość komunikowania się i samodzielnego ich podejmowania stanowi złożony problem zarówno dla zespołów terapeutycznych, jak i dla rodzin pacjentów. Utrudnienia te wynikają najczęściej z niedostatecznej znajomości woli i preferencji pacjenta, a także braku jedności, co

do tego, kto powinien mieć decydujący głos w podejmowaniu decyzji.

Jednym z rozwiązań, które sprawiają, że decyzje podejmowane przez zespół terapeutyczny najwierniej odzwierciedlają preferencje i życzenia samego pacjenta jest powołanie przez niego pełnomocnika medycznego. Pełnomocnik medyczny jest ustanawiany przez samego pacjenta (w czasie, kiedy był on zdolny do decydowania i wyrażania swych postanowień), a jego

Adres do korespondencji: dr n. hum., mgr piel. Patrycja Zurzycka, Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytet Jagielloński *Collegium Medicum*, ul. Kopernika 25, 31–501 Kraków tel.: 12 421 40 10, faks: 12 429 48 72, e-mail: patrycja.zurzycka@uj.edu.pl

DOI: 10.5603/PP.2018.0010

rolą jest podejmowanie decyzji w imieniu mocodawcy i zgodnie z jego wolą. Możliwość powołania pełnomocnika medycznego rozszerza autonomię pacjenta, umożliwiając mu określenie, kto będzie decydował o jego opiece i leczeniu, w przypadku gdy sam nie będzie w stanie podjąć takich decyzji [1–3]. Taką formę wyrażania przez pełnomocnika zgody na podejmowane działania medyczne określić można mianem opinii zastępczej opartej na zasadzie autonomii [4].

Institucja pełnomocnika medycznego funkcjonuje w wielu systemach opieki medycznej na świecie [5–8], jednakże do tej pory nie były podejmowane próby implementacji tego rozwiązania do warunków polskiego systemu opieki zdrowotnej. Mając na celu stworzenie unormowań dotyczących funkcjonowania instytucji pełnomocnika medycznego w Polsce, w odniesieniu do jego roli określonej w Rekomendacji Rady Europy [9], Polska Grupa Robocza ds. Problemów Etycznych Końca Życia w 2016 roku opublikowała propozycję wprowadzenia instytucji pełnomocnika medycznego w naszym kraju [10, 11].

Pielęgniarki ze względu na specyfikę swej pracy są osobami istotnie zaangażowanymi w opiekę nad pacjentami i pozostają z nimi w bliskich relacjach [12]. Dlatego też ważne jest, by w praktyce zawodowej uwzględnić także zagadnienia etyczne i prawne związane z wyrażaniem zgody na udzielane świadczenia formułowanej przez pełnomocnika medycznego wyznaczonego przez pacjenta. Pielęgniarki często pośredniczą w komunikacji pomiędzy pacjentem i jego przedstawicielami a innymi osobami zaangażowanymi w opiekę, a niekiedy także odgrywa rolę swego rodzaju przewodników dla pacjentów i ich rodzin. Powoduje to konieczność szerszego włączenia tej grupy zawodowej w szeroko rozumiane dyskusje bioetyczne, obejmujące także zagadnienia związane z respektowaniem opinii zastępczej [13–15].

Cel pracy

Celem pracy było przedstawienie podstawowych zagadnień związanych z funkcjonowaniem instytucji pełnomocnika medycznego.

Institucja pełnomocnika medycznego

Pełnomocnik medyczny jest osobą wybraną przez samego pacjenta, której zdaniem jest działanie w jego imieniu w obszarze podejmowania decyzji i udzielania zgody na czynności prowadzone w ramach świadczonej opieki medycznej. Dotyczy to sytuacji, w których sam pacjent ze względu na stan zdrowia, w jakim się znajduje nie może samodzielnie realizować swojej autonomii i prawa do samostanowienia poprzez bieżące podejmowanie i komunikowanie decyzji [1, 2, 5, 10, 16].

Zakres uprawnień, jakie posiada wyznaczony przez pacjenta pełnomocnik pokrywa się z zakresem, jaki

posiadałby sam pacjent, gdyby mógł podejmować i wyrażać samodzielnie swoje postanowienia. Jednakże decyzje i działania pełnomocnika medycznego nie powinny być podejmowane na podstawie jego subiektywnego osądu, lecz winny odwoływać się do wartości, preferencji i wyrażonej uprzednio autonomicznej woli pacjenta. Dlatego też istotne jest, by funkcję pełnomocnika medycznego pełniła osoba bliska pacjentowi i znająca go w stopniu umożliwiającym mu reprezentowanie jego interesów w sposób i w zakresie odzwierciedlającym jego preferencje w najszerszym możliwym stopniu [5, 17–19]. Należy uwzględnić, że konieczność skupiania się na reprezentowaniu interesów pacjenta może prowadzić do sytuacji, w której decyzje podejmowane przez pełnomocnika medycznego, choć zgodne z wolą mocodawcy, będą pozostawały w sprzeczności z wartościami osoby go reprezentującej. Niekiedy także decyzje podejmowane zgodnie z preferencjami pacjenta mogą nie odzwierciedlać tego, czym byłby jego najlepiej pojęty interes w opinii pełnomocnika czy też zespołu terapeutycznego [1, 7, 16, 18, 20].

Stanowisko Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia w sprawie możliwości powołania pełnomocników medycznych

Celem powołanej w 2008 roku Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia było opracowanie wytycznych, co do postępowania w różnych przypadkach związanych z decyzjami medycznymi podejmowanymi wobec osób znajdujących się w schyłkowych etapach życia [10, 11, 21]. Jednym z efektów pracy tego zespołu jest wypracowanie stanowiska wobec wprowadzenia i funkcjonowania instytucji pełnomocnika medycznego w rzeczywistości polskiej opieki medycznej [10, 11].

W wyniku podjętych rozważań uzgodniono, że każda pełnoletnia osoba, która posiada pełną zdolność do czynności prawnych (nie została ubezwłasnowolniona) powinna mieć prawo do wyznaczenia pełnomocnika medycznego reprezentującego jej interesy, w przypadku gdy straci ona możliwość podejmowania decyzji we własnym imieniu lub postanowi się zrzec należnego mu prawa do informacji. Osoby małoletnie powyżej 16. roku życia również powinny mieć możliwość powołania przedstawiciela medycznego, jednakże może on podejmować decyzje dopiero w momencie osiągnięcia pełnoletniości przez osobę go powołującą (do tego czasu decyduje przedstawiciel ustawowy).

Pełnomocnikiem może zostać dowolna wyznaczona przez pacjenta osoba dorosła. Istotne, by dobrze знаła ona pacjenta, ułatwi to podejmowanie decyzji zgodnie z wartościami i przekonaniem istotnymi dla mocodawcy. Powołanie jednej osoby

do pełnienia funkcji pełnomocnika medycznego eliminuje potencjalne ryzyko konfliktów w zakresie podejmowania decyzji (braku jedności wielu pełnomocników). Z drugiej zaś strony, ustanowienie pełnomocnictwa medycznego dla jednej osoby może rodzić problemy w realizacji jej funkcji (np. ze względu na brak jej dostępności, utratę zdolności do podejmowania świadomych decyzji czy zrzeczenie się pełnienia funkcji pełnomocnika). W związku z tymi potencjalnymi problemami, rekomendowane jest wskazanie pełnomocników substytucyjnych, którzy przejmą funkcję pełnomocnika głównego (powołanego jako pierwszego), w przypadku gdy ten nie będzie mógł (lub nie będzie chciał) wypełniać swej funkcji.

Osoba wskazana przez pacjenta, jako pełnomocnik, musi wyrazić zgodę na pełnienie tej funkcji. Zgoda ta powinna mieć formę pisemną lub ustną potwierdzoną podpisami dwojga świadków (nie mogą nimi być osoby, które bezpośrednio sprawują opiekę medyczną nad pacjentem, nie może nim być też sam pacjent). Takie same zasady udzielania zgody dotyczą również wspomnianych powyżej pełnomocników substytucyjnych. Ustanowienie pełnomocnictwa również powinno mieć formę pisemną, potwierdzoną przez dwoje świadków (nie mogą nimi być przedstawiciele zespołu terapeutycznego sprawującego opiekę nad pacjentem, sam pacjent, osoby nieposiadające czynności prawnych oraz osoby niepotrafiące pisać i czytać), na dokumencie musi być oznaczona data jego sporządzenia. Pełnomocnictwa wyrażane ustnie muszą być spisane przez jednego ze świadków. Przy sporządzaniu tego dokumentu możliwa jest jego adaptacja do potrzeb i możliwości pacjenta (np. druk komputerowy, druk Braille'a). Zarówno pacjent, jak i każdy pełnomocnik muszą posiadać oryginalny egzemplarz pełnomocnictwa oraz poświadczenia zgody na pełnienie tej funkcji. Aby pełnomocnictwo mogło obowiązywać, konieczne jest jego przedstawienie lekarzowi prowadzącemu, który załącza kopie pełnomocnictwa i zgody pełnomocnika do dokumentacji medycznej pacjenta. Wskazane jest także tworzenie systemowych rozwiązań umożliwiających pacjentowi lub pełnomocnikowi samodzielną rejestrację pełnomocnictwa w danych medycznych pacjenta (wraz z załączeniem elektronicznych kopii pełnomocnictwa i zgody pełnomocnika) [10, 11].

Pełnomocnictwo zaczyna obowiązywać w momencie utraty przez pacjenta kompetencji decyzyjnych (zarówno w sposób trwały, jak i przejściowy), których oceny (tzw. oceny stanu rozeznania) powinien dokonać lekarz opiekujący się pacjentem na podstawie przesłanek medycznych. Drugą sytuacją, w której pełnomocnictwo zaczyna być obowiązujące, są przypadki, w których pacjent zrzeka się prawa do informacji i wskazuje jednocześnie pełnomocnika medycznego,

jako osobę władną do podejmowania decyzji. Czas trwania pełnomocnictwa uzależniony jest od woli samego pacjenta, dopuszczalne są zarówno formy bezterminowe, jak i zawierające ograniczenia w czasie jego ważności [10, 11].

Odwołanie pełnomocnictwa przez mocodawcę jest możliwe w dowolnym momencie jego trwania, również pełnomocnik medyczny może w dowolnej chwili zrezygnować z pełnienia powierzonej mu funkcji. Forma odwołania czy rezygnacji może być dowolna, jednakże istotne, by odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej pacjenta. W przypadkach, gdy pełnomocnik medyczny podejmuje działania, które są sprzeczne z interesami pacjenta lub nie podejmuje ich w ogóle, lekarz ma obowiązek zawiadomić sąd, który może odwołać pełnomocnika, a w jego miejsce ustanowić kuratora medycznego. Pełnomocnik medyczny podejmuje decyzje w zakresie, w jakim byłby uprawniony do ich podjęcia sam pacjent. Tym samym, analogicznie jak w przypadku woli wyrażanej autonomicznie przez pacjenta, personel nie ma obowiązku podejmowania działań, których pełnomocnik się domaga, a które są sprzeczne ze wskazaniami medycznymi. Natomiast personel ma obowiązek respektowania sprzeciwu wyrażonego przez pełnomocnika wobec proponowanych działań medycznych [10, 11].

Powołany pełnomocnik medyczny nie może podejmować decyzji w zakresie, który został uregulowany przez pacjenta w postaci sporządzonego oświadczenia woli *pro futuro* (tzw. *advance directives*, testament życia). Autonomia pacjenta wyrażona *pro futuro* jest stawiana wyżej niż decyzje pełnomocnika medycznego. Jednak należy pamiętać, że kwestia funkcjonowania testamentów życia w polskim systemie opieki zdrowotnej nie została uregulowana w sposób jednoznaczny [8, 10].

Podstawy funkcjonowania instytucji pełnomocnika medycznego w Polsce

Jedną z Rekomendacji Rady Europy [9] zobowiązuje państwa członkowskie do wprowadzenia rozwiązań pozwalających na realizację autonomii pacjenta *pro futuro* w postaci stałych pełnomocnictw i oświadczeń woli. W świetle tych rekomendacji pełnomocnik powinien przejąć kompetencje decyzyjne pacjenta w momencie, kiedy straci on faktyczną zdolność do podejmowania (i komunikowania) swoich decyzji. Pełnomocnik jest zobowiązany do działania zgodnie z życzeniami osoby, którą reprezentuje.

Decyzje podejmowane przez pełnomocnika nie są ograniczone wyłącznie do kwestii związanych z podejmowaną opieką medyczną, lecz dotyczą wszystkich istotnych dla pacjenta kwestii. Wskazane jest, aby pełnomocnictwo zostało wyrażone w formie pisemnej, powinno ono zawierać opis wszystkich ob-

szarów, w których pełnomocnik zyskuje uprawnienia do podejmowania decyzji w imieniu swojego mocodawcy. Rekomendacja dopuszcza ustanowienie kilku pełnomocników, którzy mogą podejmować decyzje wspólnie, ale także działać w określonych przez osobę ich powołującą obszarach (np. pełnomocnik medyczny, pełnomocnik podejmujący decyzje w obszarze majątkowym itp.) [9].

Państwa członkowskie, poza wprowadzeniem wymienionych powyżej unormowań, zobowiązane są także do ochrony osób ustanawiających pełnomocników przed możliwymi nadużyciami z ich strony. Ochrona ta przewiduje konieczność między innymi ustalenia, czy istotnie zaistniała faktyczna niezdolność mocodawcy do samostanowienia, a także reguluje kwestie związane z ustanawianiem i rejestracją pełnomocnictw, a także określa termin, w którym pełnomocnictwo zaczyna obowiązywać oraz ustala warunki jego obowiązywania [9].

Obowiązujące w Polsce unormowania nie zawierają obecnie przepisów regulujących funkcjonowanie pełnomocników medycznych w rozumieniu wspomnianej powyżej Rekomendacji [9]. Stworzenie unormowań prawnych, które określałyby zasady funkcjonowania pełnomocników medycznych byłoby szczególnie przydatne w obliczu konieczności podejmowania decyzji, związanych z leczeniem i opieką, wobec pacjentów niezdolnych do ich samodzielnego podjęcia i nieposiadających przedstawiciela ustawowego [10]. Wobec takiej grupy chorych, w świetle obowiązujących przepisów, konieczne jest zwracanie się z prośbą o wydanie zezwolenia na podejmowane działania do sądu (nie dotyczy to sytuacji nagłych, związanych z ratowaniem życia) [22]. Jednak w praktyce rzadko stosowane jest odwołanie się do decyzji sądu, zaś o wiele częściej o wyrażenie zgody w imieniu niekompetentnego pacjenta proszona jest jego rodzina [16, 23].

Druga grupa pacjentów, za których decyzje podejmować mógłby pełnomocnik medyczny, to osoby, które zrzekają się prawa do informacji o swoim stanie zdrowia i tym samym nie mają podstaw do podjęcia zgody świadomej na proponowane im działania medyczne. Wobec tego grona pacjentów decyzji nie podejmuje sąd, albowiem nie wykazują oni niezdolności do podjęcia decyzji, nie może jej podjąć także osoba upoważniona do otrzymywania informacji (o ile pacjent ją wyznaczył) [10].

Unormowania odnoszące się do wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej w zakresie uzyskiwania zgody pacjenta odnoszą się głównie do spoczywającego na niej obowiązku udzielenia mu informacji. Odnosi się do niego artykuł 16 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, według którego pielęgniarki i położne są zobowiązane: informować

pacjenta o jego prawach zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz udzielić pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie wskazanej przez pacjenta informacji o stanie zdrowia pacjenta, w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej lub opieki podczas ciąży oraz prowadzenia porodu i położu [24]. Również Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta przyznaje pacjentowi prawo do uzyskania od pielęgniarki informacji dotyczących jego pielęgnacji i podejmowanych działań pielęgniarских [25].

Także unormowania etyczne dotyczące praktykowania zawodu pielęgniarki odnoszą się do jej obowiązku udzielania informacji. W świetle kodeksu etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej pielęgniarka pełniąc funkcję zawodową zobowiązana jest do udzielania pacjentowi rzetelnej i zrozumiałej informacji dotyczącej procesu pielęgnowania [26]. Zaś Kodeks etyki ICN dla pielęgniarek zawiera zapis mówiący o tym, że pielęgniarka zapewnia, że osoba jest odpowiednio poinformowana o swojej sytuacji, dzięki czemu ma podstawy do wyrażenia zgody na opiekę i właściwe leczenie [27].

Do konieczności uzyskania przez pielęgniarkę zgody na wykonywane świadczenia odnosi się jedynie fragment kodeksu etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej. Uzyskanie zgody pacjenta zostało w nim uznane za jedną z zasad wynikających z praw pacjenta. Pielęgniarka jest zobowiązana do realizowania świadczeń pielęgniarских za zgodą pacjenta, o ile jest on zdolny do jej wyrażenia. W przypadku odmowy udzielania zgody obowiązkiem pielęgniarki jest udzielenie informacji o możliwych do wystąpienia skutkach odmowy oraz próba przekonania pacjenta, aby zmienił swoje zdanie [26].

Podsumowanie

Poszanowanie autonomii pacjenta i respektowanie jego woli stanowi, według założeń współczesnej etyki medycznej, podstawę podejmowanych wobec niego działań opiekuńczych i terapeutycznych. Jedną z form wyrażania, szeroko pojętej, autonomii jest możliwość powołania przez pacjenta pełnomocnika medycznego, który będzie decydował w jego imieniu o opiece i leczeniu, w przypadku gdy on sam nie będzie w stanie podjąć i wyrazić takich decyzji.

Istotnym elementem sprawowania całościowej opieki nad pacjentem jest opieka pielęgniarska. W trakcie jej realizacji pielęgniarki zobowiązane są do udzielania informacji o prowadzonych przez nich działaniach oraz uzyskiwania zgody pacjenta na podejmowane wobec niego aktywności opiekuńcze oraz związane z realizacją procesu terapeutycznego. Informacje udzielane są zarówno samemu pacjentowi-

wi, jako podmiotowi opieki, jak i jego bliskim bądź osobom przez niego wskazanym lub przedstawicielom ustawowym.

W związku z funkcjonującymi unormowaniami dotyczącymi informowania i uzyskiwania zgody na realizację świadczeń pielęgniarskich pielęgniarki powinny podejmować dyskusje związane z respektowaniem decyzji wydawanych przez pełnomocnika medycznego. Konieczna jest dogłębna interpretacja zapisów omawianego powyżej Stanowiska Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia w sprawie możliwości powołania pełnomocników medycznych z perspektywy świadczenia opieki pielęgniarskiej oraz aktualnie funkcjonujących unormowań etycznych i prawnych dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarki.

Pożądane byłoby, aby środowiska zawodowe pielęgniarek (samorząd zawodowy a także inne stowarzyszenia zrzeszające pielęgniarki), wydały stanowisko w sprawie tworzonej instytucji pełnomocnika medycznego w Polsce, a także funkcjonowania innych form oświadczeń woli *pro futuro* sporządzanych przez pacjentów w kontekście sprawowania opieki pielęgniarskiej.

Piśmiennictwo

- Luck T, Rodriguez FS, Wiese B, et al. AgeCoDe & AgeQualiDe study group. Advance directives and power of attorney for health care in the oldest-old — results of the AgeQualiDe study. *BMC Geriatr.* 2017; 17(1): 85, doi: [10.1186/s12877-017-0482-8](https://doi.org/10.1186/s12877-017-0482-8), indexed in Pubmed: 28407800.
- Hickman RL, Pinto MD. Advance directives lessen the decisional burden of surrogate decision-making for the chronically critically ill. *J Clin Nurs.* 2014; 23(5-6): 756–765, doi: [10.1111/jocn.12427](https://doi.org/10.1111/jocn.12427), indexed in Pubmed: 24330417.
- Talbreza S, Widera E. Advance directives: navigating conflicts between expressed wishes and best interests. *Am Fam Physician.* 2015; 91(7): 480–484, indexed in Pubmed: 25884748.
- Szewczyk K. Bioetyka. *Medycyna na granicach życia.* WN PWN, Warszawa 2009: 125–126.
- Bomba P. Supporting the patient voice: building the foundation of shared decision-making. *Generations.* 2017; 41(1): 21–30.
- Brown BA. The history of advance directives. A literature review. *J Gerontol Nurs.* 2003; 29(9): 4–14, indexed in Pubmed: 14528744.
- Detering KM, Hancock AD, Reade MC, et al. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ.* 2010; 340: c1345, indexed in Pubmed: 20332506.
- Szeroczyńska M. *Eutanazja magane samobójstwo na świecie.* Wyd. Universitas, Kraków 2004: 299–317.
- Council of Europe. Principles concerning continuing powers of attorney and advance directives for incapacity. Recommendation CM/Rec 11 adopted by the Committee of Ministers of the Council of Europe on 09 December 2009 and explanatory memorandum. Council of Europe Publishing, Strasbourg 2011. <https://rm.coe.int/168070965f> [data pobrania: 20. (10.12.2017)].
- Szeroczyńska M, Czarkowski M, Krajnik M, et al. Instytucja pełnomocnika medycznego w Polsce – stanowisko Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia. *Med Prakt.* 2016; 5: 102–112.
- Szeroczyńska M, Czarkowski M, Krajnik M, et al. Institution of the health care agent in Polish legislation: position of the Polish Working Group on End-of-Life Ethics. *Pol Arch Med Wewn.* 2016; 126(5): 313–320, doi: [10.20452/pamw.3405](https://doi.org/10.20452/pamw.3405), indexed in Pubmed: 27149104.
- Grace P, Milliken A. Educating Nurses for Ethical Practice in Contemporary Health Care Environments. *Hastings Cent Rep.* 2016; 46 Suppl 1: S13–S17, doi: [10.1002/hast.625](https://doi.org/10.1002/hast.625), indexed in Pubmed: 27649912.
- Ulrich C. Nurses at the table. *Hastings Center Report.* 2016; 46(1): 2–4.
- Shannon SE. The Nurse as the Patient's Advocate: A Contrarian View. *Hastings Cent Rep.* 2016; 46 Suppl 1: S43–S47, doi: [10.1002/hast.632](https://doi.org/10.1002/hast.632), indexed in Pubmed: 27649920.
- Rushton CH. Creating a Culture of Ethical Practice in Health Care Delivery Systems. *Hastings Cent Rep.* 2016; 46 Suppl 1: S28–S31, doi: [10.1002/hast.628](https://doi.org/10.1002/hast.628), indexed in Pubmed: 27649916.
- Wendler D. The theory and practice of surrogate decision-making. *Hastings Cent Rep.* 2017; 47(1): 29–31.
- McMahan RD, Knight SJ, Fried TR, et al. Advance care planning beyond advance directives: perspectives from patients and surrogates. *J Pain Symptom Manage.* 2013; 46(3): 355–365, doi: [10.1016/j.jpainsymman.2012.09.006](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.09.006), indexed in Pubmed: 23200188.
- Vig EK, Taylor JS, Starks H, et al. Beyond substituted judgment: How surrogates navigate end-of-life decision-making. *J Am Geriatr Soc.* 2006; 54(11): 1688–1693, doi: [10.1111/j.1532-5415.2006.00911.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.00911.x), indexed in Pubmed: 17087695.
- Boerner K, Carr D, Moorman S. Family relationships and advance care planning: do supportive and critical relations encourage or hinder planning? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2013; 68(2): 246–256, doi: [10.1093/geronb/gbs161](https://doi.org/10.1093/geronb/gbs161), indexed in Pubmed: 23286929.
- Vig EK, Taylor JS, O'Hare AM. Considering a family systems approach to surrogate decision-making. *Fam Syst Health.* 2017; 35(1): 85–87, doi: [10.1037/fsh0000255](https://doi.org/10.1037/fsh0000255), indexed in Pubmed: 28333517.
- Bołoz W, Krajnik M, et al. Definicja uporczywej terapii. *Konsensus Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia. Med Paliat Prakt.* 2008; 2(3): 77.
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. *Dz.U.* 1997 Nr 28 poz. 152 z późniejszymi zmianami.
- Grzejszczak R, Szeroczyńska M. Praktyka wyrażania zgody zastępczej za pacjentów faktycznie niekompetentnych: raport z badań. *Człowiek — Niepełnosprawność — Społeczeństwo.* 2012; 4: 87–108.
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. *Dz.U.* 2011 nr 174 poz. 1039 z późniejszymi zmianami.
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. *Dz.U.* 2009 nr 52 poz. 417 z późniejszymi zmianami.
- Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej. Warszawa 2003.
- The ICN Code of Ethics for Nurses revised 2012. http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf. (15.01.2018).