

Tomasz Grądalski<sup>1, 2</sup>, Krystyna Kochan<sup>2</sup>, Elżbieta Wesołek<sup>2</sup>, Justyna Kleja<sup>1</sup><sup>1</sup> Klinika Leczenia Bólu i Opieki Paliatywnej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie<sup>2</sup> Hospicjum im. św. Łazarza w Krakowie

# Zgoda chorego na leczenie u kresu życia

## Streszczenie

W pracy przedstawiono problem informowania chorych kierowanych do opieki paliatywnej oraz prawno-etyczne argumenty przemawiające za uzyskiwaniem uświadomionej zgody chorego na tę opiekę. Omówiono także aspekty zgody zastępczej oraz przyjmowania chorych niekompetentnych do hospicjów.

*Medycyna Paliatywna w Praktyce 2010; 4, 3: 119–124*

**Słowa kluczowe:** uświadomiona zgoda chorego, opieka paliatywna, opieka hospicyjna

## Wstęp

Komunikowanie się z chorym, mające na celu przekazanie niepomyślnych informacji o nieuleczalnej chorobie, a zwłaszcza spodziewanej krótkiej prognozie życia, pozostaje wciąż jednym z największych wyzwań dla współczesnego lekarza praktyka [1]. Współczesna forma zgody pacjenta zakłada jego uczestnictwo w podejmowaniu decyzji medycznych. Prawidłowo wyrażona zgoda obciąża pacjenta współodpowiedzialnością za leczenie, a zarazem stanowi gwarancję prawidłowego i sprawnego wykonywania profesji medycznej [2]. Ustawa o zawodzie lekarza z 5 grudnia 1996 roku (art. 31. UoZL) nakłada na lekarza obowiązek przystępnego informowania pacjenta o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Jednak w sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne, lekarz może ograniczyć tę informację, jeżeli przemawia za tym dobro chorego. W Kodeksie Etyki Lekarskiej (KEL) także wskazuje się na potrzebę respekto-

wania prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia, a postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze powinno wymagać zgody chorego (art. 13. i 15. KEL). Jednak lekarz może nie informować pacjenta, jeżeli wyraża on takie życzenie (art. 16. KEL). Zgodnie z podstawowymi zasadami etycznymi opisanymi w Deklaracji Barcelońskiej, człowiekowi choremu należy zagwarantować jednocześnie autonomię, godność i integralność osoby, a także ze względu na jego podatność na zranienie chronić, „by mógł bez dyskryminacji realizować swoje człowieczeństwo” [3]. Poprzez wyrażenie zgody pacjent legitymizuje działanie lekarza, zezwalając na ingerencję w sferę jego wolności i nietykalności cielesnej, dlatego działania bez wymaganej zgody są w istocie bezprawne [4]. W praktyce oczekiwania chorych w stosunku do opieki medycznej są tak różnorodne, że nie można przyjąć żadnych założeń bez porozumienia się z chorym. Ze względu na zmienność oczekiwań w miarę postępu choroby niezbędne jest też okresowe weryfikowanie strategii opieki [5]. Głównymi barierami utrudniającymi lekarzowi właściwą komunikację jest nieumiejętność przekazywania nie-

**Autor do korespondencji:** dr n. med. Tomasz Grądalski  
Hospicjum im. św. Łazarza, ul. Fatimska 17, 31–831 Kraków  
tel./faks: (12) 641 46 59  
e-mail: tomgr@wp.pl



Medycyna Paliatywna w Praktyce 2010; 4, 3, 119–124  
Copyright © Via Medica, ISSN 1898–0678

pomyślnych informacji, trudności w prognozowaniu dalszego trwania życia, niekompetencja chorego, naciski opiekunów, a także wątpliwości natury prawnej [6]. Klinicysta, stojąc przed dylematem informowania chorego, kierując się jego dobrem, często informuje jedynie przedstawiciela ustawowego lub osobę upoważnioną przez pacjenta (art. 31. ust. 4 UoZL). Brak spójnego planu, a w konsekwencji docierające do chorego rozbieżne informacje dotyczące planów opieki i celów terapeutycznych skutkują często zwiększonym lękiem oraz niepokojem pacjentów i ich opiekunów. Rośnie także ryzyko stosowania uporczywej terapii, która opóźnia śmierć, pogarsza komfort życia w ostatnim okresie i drastycznie zwiększa koszt opieki medycznej [7]. Szczególnie trudne są sytuacje, w których trzeba dokonać wyboru pomiędzy kontynuacją terapii onkologicznej a jedynie postępowaniem objawowym. Potrzebne jest wtedy współuczestnictwo chorego w podejmowaniu tych decyzji.

### Zgoda chorych na rozpoczęcie opieki paliatywnej

Z obserwacji klinicznych w Polsce wynika, że znaczna część chorych kwalifikowanych jedynie do postępowania objawowego (opieki paliatywnej) w hospicjach czy na oddziałach medycyny paliatywnej nie jest świadoma prognozy, a nawet zaawansowania choroby. W badaniach nad chorymi w polskiej populacji stwierdza się, że duża część nie posiada odpowiedniej wiedzy na temat stanu zdrowia i przygotowania do przejścia przez terminalną fazę choroby [8]. Ocena pacjentów przyjmowanych na oddział opieki paliatywnej szpitala klinicznego i oddział stacjonarnego hospicjum w grupie 57 kompetentnych chorych w stanie preterminalnym i terminalnym chorób nowotworowych potwierdza te obserwacje. Za uświadomioną zgodę na proponowaną opiekę uznano taką, w której chory otrzymał prawdziwe i zrozumiałe informacje dotyczące dalszego leczenia oraz wyraził świadomą i dobrowolną zgodę na proponowaną opiekę. Założone kryteria spełniło jedynie 25 chorych. Głównym czynnikiem ograniczającym uzyskanie zgody były fałszywe informacje dotyczące stanu zdrowia (u 24 chorych). Większość pacjentów było w stanie zrozumieć przekazane informacje dotyczące nowego miejsca opieki (42 chorych) oraz wyrażali świadomą i dobrowolną zgodę na otrzymane propozycje (54 chorych) [9]. Pomimo różnych oczekiwań pacjentów dotyczących otrzymywanych informacji okłamywanie i wzbudzanie fałszywej nadziei jest przez nich źle odbierane [8].

### Konieczność i sposób komunikowania niepomyślnych informacji

Niedostateczna komunikacja z chorym u schyłku życia skutkuje pojawieniem się nierealistycznych oczekiwań chorego wobec opieki medycznej. Wtedy rośnie u pacjentów potrzeba intensywnego leczenia szpitalnego, a co się z tym wiąże — ryzyko nieproporcjonalnej (uporczywej) terapii. Obniża to z kolei satysfakcję chorego i opiekunów z prowadzonego leczenia — zarówno w czasie choroby, jak i podczas żałoby. U chorych z utrudnioną komunikacją w ostatnim tygodniu życia, nieuczestniczących w podejmowaniu decyzji terapeutycznych, stwierdzono niższą jakość życia i większy o około 50% koszt opieki medycznej [10]. W licznych obserwacjach wskazuje się na powiązanie pomiędzy stopniem uświadomienia chorych dotyczącego ich prognozy a jakością życia i jakością umierania [11]. Brak komunikacji często prowadzi do powstania „zmowy nadziei”, w której bierny pacjent, chcąc uniknąć lęku przed śmiercią, oddaje się w ręce lekarza, który z kolei nie dostrzega w opiece paliatywnej dobrej alternatywy dla agresywnych prób przedłużania życia [12]. Istnieje, niestety, także tendencja zastępowania uświadamiającej rozmowy formularzem zgody podawanym do podpisania, a wykorzystywanym przede wszystkim jako narzędzie ochrony prawnej lekarza [13, 14].

Informowanie o niepomyślnym przebiegu choroby jest zadaniem lekarza prowadzącego, którego chory powinien obdarzać największym zaufaniem. O zbudowanie zaufania powinien zadbać lekarz. Taka rozmowa nie powinna być jednorazowym aktem, ale przemyślanym działaniem włączonym w proces terapii. Obserwacje kliniczne dowodzą, że wielu pacjentów potrafi i chce otwarcie dyskutować na trudne tematy, na przykład o swoim zdrowiu i rokowaniu, a także z ulgą przyjmuje gotowość osób z otoczenia do podejmowania tych rozmów. Buduje to właściwą relację lekarz–pacjent i zapewnia chorym poczucie bezpieczeństwa [15, 16]. Chorzy, zwłaszcza w podeszłym wieku, oczekują od lekarza informacji związanych z medycznymi aspektami końca życia: rodzaju opieki (niechęć do bycia ciężarem), miejsca sprawowania opieki czy gwarancji nieprzedłużania umierania [17]. Zauważono, że szczerze rozmowy paradoksalnie pozwalają pacjentom zachować nadzieję (pomimo nawarstwiających się problemów i smutku związanego z przemijaniem, mogą oni liczyć na to, że wydarzy się coś pozytywnego, i nie czują się bezradni), natomiast unikanie trudnych tematów przez osoby z ich otoczenia może spotęgować poczucie samotności i od-

rzucenia. Chorzy jednak różnią się preferencjami sposobu komunikowania się, a także potrzebą uczestniczenia w podejmowaniu decyzji (są to również cechy zmienne w czasie). W związku z tym nie można wskazać uniwersalnej metody przekazywania niepomysłnych informacji, która zawsze by się sprawdziła [18, 19]. Poza tym niewerbalnie okazana empatia często jest istotniejsza od przekazu werbalnego. Niektórzy autorzy proponują schematy przekazywania niepomysłnych wiadomości. Na przykład, Faull i Woof [20] proponują, aby: 1) sprawdzić, jak chory rozumie sytuację; 2) zasygnalizować, że prześle niepomysłne informacje, i upewnić się, czy pacjent jest gotowy na ich przyjęcie; 3) z wycuciem przystąpić do udzielania informacji, dając czas na zastanowienie się i zadawanie pytań; 4) wziąć pod uwagę oczekiwania rozmówcy, zapewniając wsparcie. Nawet gdy chory sam nie pyta, nie musi to oznaczać, że nie jest zainteresowany diagnozą czy prognozą. W tych sytuacjach lekarz może zasygnalizować pacjentowi, że dysponuje informacjami, które go dotyczą (stosując „strzał ostrzegawczy”, np. „Wyniki badań są dość niepokojące”); powinien też mieć pewność, że chory jest gotowy na rozmowę. Natomiast gdy pacjent chce rozmawiać, informacje należy dawkować z dużą wrażliwością, obserwując reakcje i udzielając wsparcia. Jeśli pacjent po otrzymaniu „strzału ostrzegawczego” otwarcie stwierdza, że nie jest zainteresowany rozmową, należy to uszanować i ponowić propozycję za jakiś czas. Jeśli chory jest zamknięty w sobie i w ogóle nie podejmuje tematu, nie należy zbyt usilnie go nakłaniać. Ważne jest jednak, by taki pacjent wiedział o życzliwości lekarza i gotowości do podjęcia rozmowy, jeśli poczuje taką potrzebę.

Rodzinę pacjenta z kolei należy przygotowywać na bezpośrednie reakcje związane z konfrontacją chorego z trudnymi wiadomościami (takie jak płacz, złość, przygnębienie, a nawet zamknięcie się w sobie), uspokoić, że są one naturalnym i często przejściowym elementem adaptacji do nowej sytuacji. Wszystkie osoby opiekujące się chorym (personel medyczny, rodzina i wolontariusze) powinny uzgadniać jasne cele, działać wspólnie, konsekwentnie i wspierać się w procesie informowania pacjenta.

## Uwarunkowania etyczno-prawne

Wiedza pacjenta o jego sytuacji zdrowotnej (rozpoznanie nieuleczalnej choroby, a zwłaszcza nadchodzącej śmierci) powinna stanowić dla lekarza i chorego naturalny punkt wyjścia do dyskusji dotyczącej możliwości dalszego leczenia. W czasie gdy maleje faktyczna możliwość wydłużenia życia cho-

remu, działania poprawiające jego komfort w ostatnim okresie życia powinny odgrywać coraz większą rolę. Zmiana głównych celów w opiece medycznej nie może się jednak odbywać bez udziału chorego. Niezbywalne konstytucyjne prawo pacjenta do samostanowienia powoduje, że nie może on zwolnić lekarza z obowiązku uzyskania zgody chorego na zmianę priorytetów w terapii. Przed wydaniem skierowania do opieki paliatywnej należy poinformować pacjenta, że będzie on zobowiązany podpisać świadomą zgodę na objęcie opieką hospicyjną i jest to warunek przyjęcia do tej opieki. Chory powinien być świadomy, do jakiej jednostki jest kierowany, szczególnie gdy chodzi o hospicjum stacjonarne. Okłamywanie go, że jedzie do sanatorium lub do innego szpitala jest niedopuszczalne, gdyż nie ma takiej możliwości, aby ukryć przed chorym, że znajduje się w hospicjum [21]. Do niezbędnych warunków świadomego udziału chorego w tym procesie informowania i udzielania zgody należą:

1. **kompetencja** (zdolność do samostanowienia) — gdy chory jest w stanie zrozumieć znaczenie podanych informacji i konsekwencje wybranego postępowania. Powinien on mieć także zachowane zdolności poznawcze, tym większe, im bardziej złożoną i ryzykowną decyzję trzeba podjąć. Jeżeli lekarz uznaje chorego za niekompetentnego, powinien to udokumentować [np. określając zdolności poznawcze w skalach *Mini Mental State Exam*, *Cognitive Assessment Scale* (CAS) czy *Bedside Confusion Scale* (BCS)] oraz podjąć rozmowę o planowanym postępowaniu z opiekunem chorego (w kolejności: opiekunem ustawowym, opiekunem prawnym i opiekunem faktycznym);
  2. przekazanie choremu w taktowny sposób planu postępowania i wszystkich informacji niezbędnych do podjęcia konkretnej decyzji;
  3. dobrowolność decyzji, polegająca na braku jakiegokolwiek przymusu — zewnętrznego (np. naciski ze strony opiekunów, personelu medycznego) lub wewnętrznego (m.in. obecność niekontrolowanego bólu). Jeżeli u kompetentnego pacjenta istnieje jakikolwiek przymus, to przed uzyskaniem dobrowolnej zgody należy spróbować go usunąć. Na przykład, u chorego kierowanego do hospicjum z nieopanowanym bólem właściwe byłoby doraźnie opanowanie bólu przed uzyskaniem zgody na objęcie opieką hospicyjną.
- Gdy od chorego oczekuje się decyzji, która może skutkować podjęciem przez lekarza czynności podwyższonego ryzyka, konieczne jest wykluczenie występowania u chorego zespołu splątaniowego i pisemne potwierdzenie w dokumentacji zachowa-

nych zdolności poznawczych. Do takich decyzji należą, na przykład, zgoda na rozpoczęcie opieki hospicyjnej (jeżeli istnieje równorzędna medyczna alternatywa dla tej opieki), zgoda na hospitalizację, zabiegi inwazyjne (np. punkcja jamy otrzewnowej, opłucnowej, założenie nefrostomii) czy kontrolowaną sedację paliatywną.

Ważność zgody kompetentnego chorego zależy także od jego **zdolności do czynności prawnych**. Zdolności do czynności prawnych nie ma osoba przed ukończeniem 13 lat lub całkowicie ubezwłasnowolniona. W pierwszym przypadku zgodę na czynność leczniczą wyraża rodzic (przedstawiciel ustawowy), ustanowiony przez sąd opiekuńczy opiekun prawny lub (gdy nie ma możliwości skontaktowania się z opiekunem ustawowym) opiekun faktyczny, a gdy nie ma kontaktu z przedstawicielem ustawowym, prawnym lub faktycznym lekarz (o ile jest taka możliwość po konsultacji z innym lekarzem) może udzielić jedynie świadczenia zdrowotnego, które nie jest zabiegiem operacyjnym i nie jest obciążone podwyższonym ryzykiem — wyjątkiem od tej zasady jest stan zagrażający życiu (art. 33 ust. 1–3 UoZL). Odnawia to w dokumentacji medycznej i stara się niezwłocznie powiadomić opiekuna (art. 34 ust. 7 UoZL). W wypadku osób całkowicie ubezwłasnowolnionych zgodę na podjęcie czynności leczniczych wyraża wskazany przez sąd opiekuńczy opiekun prawny lub (w zakresie przeprowadzenia badania lekarskiego) opiekun faktyczny. Opiekun prawny jest zobowiązany okazać dokument prawomocnego orzeczenia sądu, na którego podstawie lekarz może być pewien, że rozmawia z właściwą osobą. Całkowicie ubezwłasnowolniona, ale kompetentna osoba powinna również mieć możliwość uczestniczenia w podejmowaniu decyzji w zakresie leczenia.

Ograniczoną zdolność do czynności prawnych mają małoletni, którzy ukończyli 13 lat, oraz osoby ubezwłasnowolnione częściowo (art. 15 k.c.), dla których ustanawia się kuratelę w celu pomocy do prowadzenia jej spraw. W drugim wypadku zgodę na leczenie powinien wyrazić przedstawiciel ustawowy (w zależności od zakresu kompetencji nadanych przez sąd opiekuńczy) oraz (w zakresie zgody na przeprowadzenie badania) również osoba z ograniczoną zdolnością do czynności prawnych. Chory po ukończeniu 16 lat wraz z opiekunem ustawowym uczestniczy w podejmowaniu decyzji dotyczących podjęcia czynności leczniczych.

Pełną zdolność do czynności prawnych uzyskuje się z chwilą osiągnięcia pełnoletniości, a więc po ukończeniu 18. roku życia (art. 11 k.c.). Wyjątkiem jest sytuacja, gdy kobieta, która ukończyła 16 lat,

zawiera związek małżeński i staje się osobą pełnoletnią (pełnej zdolności do czynności prawnych nie traci także w razie unieważnienia małżeństwa) (art. 10. § 2. k.c.).

Istnieją przynajmniej 3 odrębne okoliczności przyjęcia niekompetentnego chorego do opieki hospicyjnej. Tylko w pierwszej sytuacji, gdy chory kierowany jest z powodu trudnych do opanowania dolegliwości, można bezsprzecznie przyjąć, że wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej i mimo braku kompetencji powinien być pilnie otoczony opieką hospicyjną bez zgody sądu (możliwie po konsultacji z drugim lekarzem), aby uniknąć sytuacji powodującej wystąpienie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu lub rozstroju zdrowia (art. 33 UoZL). W 2 pozostałych sytuacjach konieczna jest uprzednia **zgoda sądu opiekuńczego**:

1. gdy przyjęcie może się wiązać z podwyższonym ryzykiem dla chorego (np. istnieje możliwość wyboru pomiędzy onkologicznym leczeniem paliatywnym lub postępowaniem wyłącznie objawowym — opieką paliatywną);
2. gdy do hospicjum jest kierowany chory potrzebujący jedynie pielęgnacji, a zatem nie wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej (analogicznie do kierowania do domu opieki społecznej czy zakładu opiekuńczo-leczniczego).

Jeżeli w czasie opieki hospicyjnej lekarz uzna chorego za niekompetentnego (niezdolnego do samostanowienia), nie może on udzielić świadczenia zdrowotnego o podwyższonym ryzyku bez zgody sądu opiekuńczego. Wyjątkiem jest jedynie sytuacja, w której zwłoka wykonania takiego świadczenia grozi utratą życia, ciężkim uszkodzeniem ciała bądź ciężkim rozstrojem zdrowia (art. 34 ust. 7 UoZL).

Zgoda sądu konieczna jest także w następujących sytuacjach:

1. kiedy pacjent jest niezdolny do wyrażenia zgody i nie ma przedstawiciela ustawowego (lub kontakt z nim jest niemożliwy);
2. gdy istnieje rozbieżność pomiędzy zgodą pacjenta dysponującego dostatecznym rozeznaniem a jego opiekunem prawnym;
3. kiedy lekarz jest przeświadczony, że uprawniony do wyrażenia zgody opiekun, odmawiając zgody, działa ze szkodą dla pacjenta;
4. w sytuacji rozbieżności w decyzji rodziców mających zachowaną pełną władzę rodzicielską.

W art. 156 k.r.o. sugeruje się także zwracanie się do sądu opiekuńczego we „wszelkich ważniejszych sprawach”.

Lekarz w swoim działaniu nie może się opierać na **zgodzie wyrażonej przez opiekunów** w sytuacji, gdy chory z pełną zdolnością do czynności praw-

nych jest kompetentny. Nie może on także zmuszać chorego do wyznaczenia osób uprawnionych do udzielania informacji medycznych (o stanie zdrowia, diagnostyce, leczeniu i jego konsekwencji, rokowaniu). W przypadku chorych kompetentnych i mających zachowaną zdolność do czynności prawnych udziela się informacji wyłącznie tej osobie/osobom, które wyznaczył pacjent (konieczne jest potwierdzenie w dokumentacji medycznej). To chory decyduje, komu i w jakim zakresie ujawnić informacje medyczne. Gdy pacjent nie wyznaczył takiej osoby lub jest niekompetentny, a rokowania wskazują na możliwość wystąpienia zgonu, lekarz powinien poinformować o stanie zdrowia osobę najbliższą (osoba najbliższa — małżonek, rodzice, dzieci, rodzeństwo, powinowaci w tej samej linii lub stopniu, dzieci adoptowane oraz ich małżonkowie, a także konkubent lub konkubina — art. 15. k.k.), a w przypadku jej braku — opiekuna faktycznego (opiekun faktyczny — osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą pieczę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo swój stan psychiczny pieczy takiej wymaga — art. 31 ust. 8. UoZL). Gdy kompetentny pacjent nie wyraził zgody na informowanie konkretnych osób, lekarz nie może udzielać im informacji medycznych. W przypadku pacjentów z ograniczonymi zdolnościami do czynności prawnych (nieletni i ubezwłasnowolnieni) lub ich pozbawionych lekarz udziela informacji medycznych opiekunom prawnym, przedstawicielom ustawowym małoletnich, bez względu na wiek (w przypadku ich braku lub nieobecności — faktycznemu opiekunowi małoletniego, tj. < 16 lat).

## Podsumowanie

Chory niekwalifikujący się do radykalnego leczenia przyczynowego powinien mieć możliwość wyboru pomiędzy dalszą walką z chorobą nowotworową, pomimo niepewnych szans powodzenia i rosnącego ryzyka wystąpienia powikłań, a opieką paliatywną, w której jakość życia staje się nadrzędnym celem. Świadomego wyboru chory może dokonać jedynie na podstawie rozpoznania, rokowania i konsekwencji danego sposobu postępowania. Szczególnym wyzwaniem stojącym obecnie przed lekarzami opieki paliatywnej jest problem stosowania terapii, która może się stać uporczywą w schyłkowej fazie życia lub w okresie umierania. Nawet gdy skutkuje ona pogorszeniem jakości życia, o ile tylko spełnia oczekiwania chorego i gdy zapewniona jest opieka paliatywna, może być uzasadniona etycznie [22]. W tych sytuacjach konieczne jest zwrócenie szczególnej uwagi na uzyskanie świadomej zgody na takie postępowanie.

Uświadomiona zgoda na postępowanie medyczne w opiece paliatywnej często łączy się z dylematami medycznymi, etycznymi i prawnymi — nie do końca jasno rozwiązanymi przez obowiązujący system prawny. Powszechne w praktyce przyjmowanie do opieki paliatywnej chorych niekompetentnych, wymagających jedynie pielęgnacji, bez zgody sądu opiekuńczego, często jest dyktowane potrzebą pilnego objęcia opieką pielęgnacyjną chorych ze względu na ich krótką prognozę dalszego życia. Zasadniczą barierą przed zmianą zasad przyjmowania chorych niekompetentnych pozostaje zbyt długi czas (do kilku miesięcy) rozpatrywania wniosków przez sądy. Wciąż nierozwiązana jest również kwestia, czy świadoma zgoda pacjentów na rozpoczęcie opieki hospicyjnej jednoznacznie wpływa na lepszą jakość życia chorych w czasie jej trwania.

## Piśmiennictwo

1. Schmidt Rio-Valle J., Garcia Caro M.P., Prados Pena D. Bad news for the patient and the family? The worst part of being a health care professional. *J. Palliat. Care* 2009; 25: 191–196.
2. Drozdowska U., Wojtal W. Zgoda i informowanie pacjenta. Biblioteka Esculapa, Warszawa 2010: 15–16.
3. Biesaga T. Etos medyczny a kontrakt handlowy. *Medycyna Praktyczna* 2010; 5: 128–132.
4. Ignaczewski J. Zgoda pacjenta na leczenie. *Twoje zdrowie* — Agencja Reklamowo-Wydawnicza, Warszawa 2003: 5–18.
5. Lee S., Hung C., Lee J. Attaining good end-of-life care in intensive care units in Taiwan — the dilemma and the strategy. *Int. J. Gerontol.* 2009; 3: 26–30.
6. Workman S. A communication model for encouraging optimal care at the end of life for hospitalized patients. *Q. J. Med.* 2007; 100: 791–797.
7. Manisty C., Waxman J., Higginson I.J. Doctors should not discuss resuscitation with terminally ill patients. *BMJ* 2003; 327: 614–615.
8. Mess E., Kopytek B., Lisowska A. Potrzeba informowania chorego w stanie terminalnym. *Onkol. Pol.* 2007; 10: 185–189.
9. Grądalski T., Wesolek E., Kleja W. Uświadomiona zgoda na objęcie opieką paliatywną w onkologii. II Konferencja Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej, Wisła 2008, (plakat).
10. Zhang B., Wright A., Huskamp H. Health care costs in the last week of life. *Arch. Intern. Med.* 2009; 169: 480–488.
11. Ray A., Block S., Friedlander R. i wsp. Peaceful awareness in patients with advanced cancer. *J. Palliat. Med.* 2006; 9: 1359.
12. De Haes H., Koedoot N. Patient centered decision making in palliative cancer treatment: a world of paradoxes. *Patient Education and Counseling* 2003; 50: 43–49.
13. Krizowa E., Simek J. Theory and practice of informed consent in Czech republic. *J. Med. Ethics* 2007; 33: 273–277.
14. Plu I., Moutel G., Poursell-Francois I. i wsp. Ethical issues arising from the requirement to provide written information in palliative care. *Palliat. Med.* 2007; 21: 55–57.
15. Kleja J., Filipczak-Bryniarska I., Wordliczek J. Communication in palliative care. *Adv. Palliat. Med.* 2009; 8: 147–151.

16. Hancock K., Clayton J.M., Parker S.M. i wsp. Truth-telling in discussing prognosis in advanced illnesses: a systematic review. *Palliat. Med.* 2007; 21: 507–517.
17. Lloyd-Williams M., Kennedy V., Sixsmith A., Sixsmith J. The End of Life: a Qualitative Study of the Perceptions of People Over the Age of 80 on Issues Surrounding Death and Dying. *J. Pain Symptom Manage.* 2007; 43: 60–66.
18. Ammann R.A., Baumgartner L.A. Bad news in oncology: which are the right words? *Support Care Cancer* 2005; 13: 275–276.
19. Rodin G., Mackay J.A., Zimmermann C. i wsp. Clinician–patient communication. *Support Care Cancer* 2009; 17: 627–644.
20. Faulk C., Woof R. *Palliative Care. An Oxford Core.* Oxford University Press, Oxford 2002: 23–24.
21. Buss T., Lichodziejewska-Niemierko M. Opieka paliatywna w Polsce — od idei do praktyki (również lekarza rodzinnego). *Forum Medycyny Rodzinnej* 2008; 3: 277—285.
22. Łuczak J. Problemy etyczne opieki nad ciężko chorym u kresu życia. W: Szczeklik A. *Choroby wewnętrzne — Stan wiedzy na 2010.* Medycyna Praktyczna, Kraków 2010: 2347–2348.