



Wydział Pielęgniarstwa i Opieki nad Pacjentami  
(Department of Nursing and Patient Care Services)  
Program planowania opieki z wyprzedzeniem  
(Advance Care Planning Program)

# **Planowanie opieki wyprzedzeniem (Advance Care Planning, ACP)**

## Kompleksowy przewodnik



Niniejszy przewodnik ma na celu ułatwienie rozpoczęcia planowania opieki z wyprzedzeniem. Zawiera on spostrzeżenia, wskazówki krok po kroku i porady, które pomogą w stworzeniu planu zgodnego z własnymi wartościami, celami i przekonaniami. Zachęcamy do zapisywania swoich przemyśleń na przeznaczonych do tego stronach i podzielenia się nimi z pełnomocnikami, bliskimi i dostawcami usług medycznych.

### **Na planowanie przyszłości nigdy nie jest za wcześnie!**

W ośrodku NYU Langone Health dążymy do zapewnienia wysokiej jakości opieki ukierunkowanej na ludzi. Opieka ta umożliwia pacjentom i ich rodzinom angażowanie się w znaczące rozmowy na temat ich zdrowia. Tym sposobem mogą oni podzielić się z nami informacjami na temat rodzaju opieki zdrowotnej, którego oczekiwaliby w przypadku nieoczekiwanego zdarzenia lub choroby uniemożliwiającej komunikację. Uczestnictwo w tych rozmowach i dokumentowanie ich wyników stanowi pewien proces. Jest on określany mianem planowania opieki z wyprzedzeniem (ACP).

Życie bywa nieprzewidywalne, dlatego ACP ma znaczenie dla każdego. Dotyczy to wszystkich niezależnie od wieku czy bieżącego stanu zdrowia. Opracowaliśmy ten przewodnik, aby ułatwić Ci rozpoczęcie własnego procesu ACP. Zawiera on szczegółowe informacje i dokładne instrukcje, a także porady, które pomogą w stworzeniu planu zgodnego z własnymi wartościami, celami i przekonaniami.

## **Od czego należy zacząć?**

### **Postępuj krok po kroku**

Planowanie opieki z wyprzedzeniem to proces. Nie ma potrzeby zajmowania się wszystkim od razu. Poświęć wystarczająco dużo czasu na przemyślenia, rozmowy i ustalenie najlepszych możliwych rozwiązań.

### **Krok 1**

Rozważ swoje oczekiwania dotyczące przyszłej opieki..... 3

### **Krok 2**

Wybierz pełnomocnika ds. opieki zdrowotnej..... 5

### **Krok 3**

Udokumentuj swoje preferencje dotyczące przyszłej opieki..... 6

### **Krok 4**

Przedstaw swoje życzenia dotyczące przyszłej opieki..... 8

## Krok 1

### Rozważ swoje oczekiwania dotyczące przyszłej opieki

#### Oznacza to refleksję nad następującymi kwestiami:

- Możliwa do zaakceptowania jakość życia
- Rozeznanie w zakresie stanu zdrowia
- Potencjalne komplikacje

#### Zastanów się nad poniższymi pytaniami i stwierdzeniami, rozważając własne oczekiwania:

- Co nadaje mojemu życiu cel i sens?
- Jakie aspekty mojego zdrowia fizycznego i psychicznego są dla mnie najważniejsze?
- Czy kieruję się pewnymi przekonaniami religijnymi, duchowymi, kulturowymi lub tradycyjnymi, które mają wpływ na rodzaj otrzymywanej przeze mnie opieki zdrowotnej?
- Myśląc o przyszłości, chcę uniknąć \_\_\_\_\_.
- Jak wyglądałaby jakość życia, która byłaby dla mnie nie do zaakceptowania?
- Chciał(a)bym być utrzymywany(-a) przy życiu tak długo, jak będę w stanie \_\_\_\_\_.
- W jakich okolicznościach zdecydował(a)bym się zmienić cele leczenia z przedłużenia życia na skupienie się na moim komforcie?

#### Warto również rozważyć rozmowę z dostawcą usług medycznych dotyczącą następujących kwestii:

- Obecny stan zdrowia
- Wszelkie potencjalne komplikacje związane z chorobą
- Decyzje, które będą musiały zostać podjęte przez Ciebie lub członków Twojej rodziny w przyszłości

#### Refleksja nad własnymi wartościami i przekonaniami:

Jeśli Twój pełnomocnik ds. opieki zdrowotnej (definicja na stronie 3) i bliscy będą wiedzieć, co jest dla Ciebie najważniejsze, będą w stanie podejmować decyzje dotyczące opieki zdrowotnej w Twoim imieniu. Decyzje te będą odzwierciedlać to, kim jesteś i na czym Ci zależy. Odpowiedzi na poniższe pytania pomogą Tobie i Twoim bliskim lepiej zrozumieć, co naprawdę ma dla Ciebie znaczenie:

Jakie są Twoje doświadczenia z poważnymi chorobami? Czy przypominasz sobie członka rodziny lub przyjaciela, który zapadł na poważną chorobę lub doznał obrażeń (na przykład w wypadku samochodowym)? Co udało Ci się wynieść z tego doświadczenia?

---

---

---

---

Co oznacza dla Ciebie „dobre życie”? Jaki dzień uznał(a)byś za udany? Z kim byś porozmawiał(a)?  
Co byś zrobił(a)?

---

---

---

---

Jakimi przekonaniami kulturowymi, religijnymi, duchowymi lub osobistymi (jeśli takie posiadasz) kierujesz się przy wyborze odpowiedniej opieki? Jakiej opieki sobie nie życzysz?

---

---

---

---

**Pomyśl o następującej sytuacji:**

Nagłe zdarzenie (takie jak wypadek samochodowy, choroba lub powikłanie istniejącego stanu zdrowia) uniemożliwia Ci komunikowanie się z otoczeniem. Otrzymujesz wszelką niezbędną opiekę, aby pozostać przy życiu. Lekarze oceniają, że istnieje niewielka szansa na to, że kiedykolwiek odzyskasz zdolność rozpoznawania, kim jesteś i z kim przebywasz. Czy chciał(a)byś **kontynuować** leczenie, które pozwoli utrzymać Cię przy życiu? A może chciał(a)byś **zaprześcić** leczenia, które pozwoli utrzymać Cię przy życiu?

W obu przypadkach zadamy o Twój komfort.

Zapisz wszelkie dodatkowe wytyczne skierowane do swojego pełnomocnika ds. opieki zdrowotnej i zespołu opiekuńczego:

---

---

---

---

## Krok 2

### Wybierz pełnomocnika ds. opieki zdrowotnej

Pełnomocnik ds. opieki zdrowotnej to osoba dorosła wyznaczona do podejmowania decyzji w Twoim imieniu w przypadku, jeśli utracisz zdolność do samodzielnego podejmowania decyzji. **Odpowiedni**

**pełnomocnik ds. opieki zdrowotnej to osoba:**

- której ufasz i która dobrze Cię zna;
- która jest w stanie podejmować decyzje w sytuacjach kryzysowych;
- która będzie podejmować odpowiednie decyzje w Twoim imieniu, nawet jeśli się z nimi nie zgadza;
- z którą można z łatwością skontaktować telefonicznie;
- która zgadza się przyjąć tę rolę.

**Zastanów się nad poniższymi pytaniami i stwierdzeniami, rozważając własne oczekiwania:**

- Czy znam kogoś, kto mógłby odgrywać tę rolę?
- Czy jestem gotowy(-a), aby poprosić tę osobę o podjęcie się tej roli?

**Należy również wziąć pod uwagę następujące kwestie:**

- Wiele osób wybiera dwoje pełnomocników: głównego i zastępczego
- Taka osoba nie musi mieszkać w pobliżu

***Ważna uwaga:***

W przypadku utraty zdolności do samodzielnego podejmowania decyzji dotyczących opieki medycznej i braku wytycznych udzielonych z wyprzedzeniem nastąpi wybór zastępczego organu decyzyjnego zgodnie z listą zastępczą określoną przepisami ustawy o rodzinnych decyzjach dotyczących opieki zdrowotnej (Family Health Care Decisions Act), jeśli taka lista jest dostępna. W przypadku braku opiekuna wyznaczonego przez sąd wykaz zastępców przedstawia się następująco:

- małżonek (jeśli nie pozostaje w separacji) lub partner domowy
- dorosłe dziecko
- rodzic
- dorosłe rodzeństwo
- bliski przyjaciel

### Notes

---

---

---

---

## Krok 3

### Udokumentuj swoje preferencje dotyczące przyszłej opieki

**Dokumenty dotyczące planowania opieki z wyprzedzeniem dzielą się na dwie kategorie:**

- wytyczne udzielone z wyprzedzeniem – wyrażają one Twoje preferencje w zakresie opieki medycznej, jeśli nie będziesz w stanie samodzielnie ich zakomunikować
- zlecenia medyczne – podpisuje je dostawca usług medycznych i dotyczą one ograniczonej liczby krytycznych decyzji zdrowotnych

Zapoznaj się z poniższymi opisami, aby dowiedzieć się, które z dokumentów odpowiadają Twojej sytuacji.

## Wytyczne udzielone z wyprzedzeniem

### Formularz pełnomocnictwa ds. opieki zdrowotnej

Formularz pełnomocnictwa ds. opieki zdrowotnej obowiązujący w stanie Nowy Jork umożliwia wyznaczenie jednego lub dwojga pełnomocników do spraw opieki zdrowotnej. Osoby te będą podejmować decyzje dotyczące opieki zdrowotnej, jeśli Ty nie będziesz w stanie tego robić. Pełnomocnik ds. opieki zdrowotnej powinien mieć ukończone 18 lat. Formularz może być poświadczony przez dowolną osobę dorosłą inną niż wyznaczeni pełnomocnicy ds. opieki zdrowotnej.

**Health Care Proxy**

(1) I, \_\_\_\_\_  
hereby appoint \_\_\_\_\_  
(name, home address and telephone number)

as my health care agent to make any and all health care decisions for me, except to the extent that I state otherwise. This proxy shall take effect only when and if I become unable to make my own health care decisions.

(2) **Optional: Alternate Agent**  
If the person I appoint is unable, unwilling or unavailable to act as my health care agent, I hereby appoint \_\_\_\_\_  
(name, home address and telephone number)

as my health care agent to make any and all health care decisions for me, except to the extent that I state otherwise.

(3) Unless I revoke it or state an expiration date or circumstances under which it will expire, this proxy shall remain in effect indefinitely. **Optional:** If you want the proxy to expire, state the date or conditions here. This proxy shall expire (specify date or conditions): \_\_\_\_\_

(4) **Optional:** I direct my health care agent to make health care decisions according to my wishes and limitations, as he or she knows or as stated below. **If you want to limit your agent's authority to make health care decisions for you or to give specific instructions, you may state your wishes or limitations here. I direct my health care agent to make health care decisions in accordance with the following limitations and/or instructions (attach additional pages as necessary):** \_\_\_\_\_

In order for your agent to make health care decisions for you about artificial nutrition and hydration (food, water and other products by feeding tube and intravenous lines), your agent must reasonably know your wishes. You can either tell your agent what your wishes are or include them in this section. See instructions for sample language that you could use if you choose to include your wishes on this form, including your wishes about artificial nutrition and hydration.

(5) **Your Identification (please print)**  
Your Name \_\_\_\_\_  
Your Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Your Address \_\_\_\_\_

(6) **Optional: Organ and/or Tissue Donation**  
I hereby make an anatomical gift, to be effective upon my death, of:  
(check any that apply)  
☐ Any needed organs and/or tissues  
☐ The following organs and/or tissues: \_\_\_\_\_  
☐ Limitations: \_\_\_\_\_  
If you do not state your wishes or instructions about organ and/or tissue donation on this form, it will not be taken to mean that you do not wish to make a donation or present a person, who is otherwise authorized by law, to consent to a donation on your behalf.  
Your Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

(7) **Statement by Witnesses (Witnesses must be 18 years of age or older and cannot be the health care agent or alternate.)**  
I declare that the person who signed this document is personally known to me and appears to be of sound mind and acting of his or her own free will. He or she signed (or asked another to sign for him or her) this document in my presence.  
Date \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Name of Witness 1 \_\_\_\_\_ Name of Witness 2 \_\_\_\_\_  
(print) (print)  
Signature \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_  
Address \_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_

**NEW YORK HEALTH**

1400 7/07

### Testament życia

Testament życia jest pisemnym oświadczeniem dotyczącym preferencji w zakresie opieki zdrowotnej. Będzie on obowiązywać w przypadku utraty przez pacjenta zdolności do samodzielnego podejmowania decyzji w przyszłości. W stanie Nowy Jork nie obowiązuje żaden standardowy formularz testamentu życia. Władze stanowe uznają każdy testament, który stanowi jasny i przekonujący dowód wyrażenia woli pacjenta.

## Zlecenia medyczne

### Formularz MOLST

W stanie Nowy Jork preferowanym formularzem zlecenia medycznego jest formularz zlecenia medycznego dotyczącego leczenia podtrzymującego życie (Medical Order for Life-Sustaining Treatment (MOLST)). Formularz ten musi zostać podpisany przez lekarza lub pielęgniarkę dyplomowaną w zakresie zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej (nurse practitioner (NP)). Formularze te są uznawane przez wszystkich pracowników ochrony zdrowia w stanie Nowy Jork, w tym techników ratownictwa medycznego (emergency medical service technicians (EMT)) w dowolnych okolicznościach.

Formularz MOLST dotyczy woli zapewnienia leczenia podtrzymującego życie. Formularz nie jest przeznaczony dla wszystkich. Jest on przeznaczony dla osób, które mieszkają w placówce opieki długoterminowej lub korzystają z usług opieki długoterminowej w domu. Formularz jest również przeznaczony dla osób, które prawdopodobnie umrą w ciągu najbliższego roku.

Jeśli uważasz, że formularz MOLST może być dla Ciebie odpowiedni, porozmawiaj ze swoim lekarzem lub pielęgniarką dyplomowaną w zakresie zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej.

### Notes

---

---

---

---

## Krok 4

### Przedstaw swoje życzenia dotyczące przyszłej opieki

Rozmowa na temat przyszłych oczekiwań dotyczących opieki z bliskimi może okazać się trudna. Niemniej przekazanie swoich życzeń najbliższym jest bardzo ważne.

#### Poniżej znajduje się kilka wskazówek, które mogą to ułatwić:

- Porozmawiaj z wyznaczonymi pełnomocnikami ds. opieki zdrowotnej o sposobie podejmowania decyzji w Twoim imieniu.
- Porozmawiaj z innymi przyjaciółmi lub rodziną, którzy Twoim zdaniem powinni znać Twoje oczekiwania.
- Przekaż swoje decyzje dostawcom usług medycznych.
- Przekaż kopie swoich wcześniejszych wytycznych i formularzy zleceń medycznych swoim agentom opieki zdrowotnej i dostawcom usług medycznych. Warto również przekazać kopie innym przyjaciołom lub członkom rodziny, którzy Twoim zdaniem powinni je posiadać.

#### Dalsze kroki

- Porozmawiaj ze swoimi pełnomocnikami ds. opieki zdrowotnej.
- Spotkaj się z doradcą ds. planowania opieki z wyprzedzeniem.
- Wypełnij formularz pełnomocnictwa ds. opieki zdrowotnej.
- Przekaż kopie formularza pełnomocnictwa do spraw opieki zdrowotnej swoim pełnomocnikom do spraw opieki zdrowotnej i pracownikom ochrony zdrowia.
- Porozmawiaj z resztą rodziny i bliskimi. Powiadom ich o tym, kto jest Twoim pełnomocnikiem ds. opieki zdrowotnej i jakie są Twoje preferencje.
- Jeśli cierpisz na poważną chorobę, porozmawiaj z lekarzem na temat wypełnienia formularza MOLST.
- Zachowaj kopię swoich wytycznych udzielonych z wyprzedzeniem i formularza MOLST (jeśli je posiadasz) pod ręką, aby inni mogli je łatwo znaleźć.
- Zabierz ze sobą egzemplarz swoich wytycznych udzielonych z wyprzedzeniem i formularza MOLST, jeśli udajesz się do szpitala lub domu opieki. Poproś również o umieszczenie tych dokumentów w dokumentacji medycznej.
- Przeglądaj regularnie swój formularz pełnomocnictwa ds. opieki zdrowotnej i MOLST (jeśli go posiadasz).

Pytania? Skontaktuj się z ośrodkiem NYU Langone Health w sprawie programu planowania opieki z wyprzedzeniem pod adresem [advancecareplanning@nyulangone.org](mailto:advancecareplanning@nyulangone.org) lub pod numerem **212-263-0416**.



## Planowanie opieki z wyprzedzeniem, wytyczne udzielone z wyprzedzeniem, zlecenia medyczne

### Najczęściej zadawane pytania

Udział w planowaniu opieki z wyprzedzeniem może się wiązać z wieloma pytaniami. Poniżej znajdują się odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania.

#### **Czy mój pełnomocnik ds. opieki zdrowotnej powinien mieszkać blisko mnie?**

Nie, ale powinna być to osoba, z którą łatwo się skontaktować telefonicznie.

#### **Jaki jest zakres obowiązków mojego pełnomocnika ds. opieki zdrowotnej?**

Twój pełnomocnik będzie wypowiadał się w Twoim imieniu, jeśli stracisz do tego zdolność. Jego zadaniem będzie podejmowanie decyzji medycznych, które podjąłbyś/podjęłabyś samodzielnie, gdybyś był(a) w stanie.

#### **Kto może być świadkiem udzielenia pełnomocnictwa do spraw opieki zdrowotnej?**

Każdy, kto ukończył 18 lat, z wyjątkiem już wyznaczonych pełnomocników.

#### **Jestem zdrowy(-a). Czy konieczne jest sporządzenie wytycznych z wyprzedzeniem?**

Tak. Wytyczne udzielone z wyprzedzeniem mają znaczenie dla wszystkich osób dorosłych. Dokumentują one określone preferencje w zakresie opieki zdrowotnej na wypadek nieoczekiwanej choroby lub nagłego zdarzenia, w wyniku którego nie będziemy w stanie samodzielnie podejmować decyzji.

#### **Czy potrzebuję prawnika i notariusza, aby udzielić wytycznych z wyprzedzeniem?**

W stanie Nowy Jork formularze muszą być podpisane przez pacjenta i dwoje świadków w wieku powyżej 18 lat, którzy nie są wyznaczonymi pełnomocnikami. Udział notariusza nie jest wymagany.

#### **Czy mogę sformalizować moją wolę dotyczącą dawstwa narządów?**

Tak. W stanie Nowy Jork każda osoba w wieku 18 lat lub starsza posiadająca zdolność do podejmowania decyzji może zostać dawcą dowolnej lub wszystkich części swojego ciała po śmierci. Osoba taka może przekazać narządy dowolnemu szpitalowi, chirurgowi, lekarzowi, akredytowanej szkole medycznej, placówce zajmującej się przechowywaniem narządów, konkretnej osobie lub organizacji zajmującej się dawstwem narządów i tkanek.

Wolę bycia dawcą narządów można wyrazić w następujący sposób:

- Wskaż taką wolę w formularzu pełnomocnictwa ds. opieki zdrowotnej
- Wskaż taką wolę w testamencie życia
- Zarejestruj się w rejestrze dawców narządów i tkanek stanu Nowy Jork (New York State Organ and Tissue Donor Registry)
- Zarejestruj się w Wydziale Pojazdów Silnikowych stanu Nowy Jork (New York State Department of Motor Vehicles)
- Zarejestruj się w Komisji Wyborczej (Board of Elections)
- Rejestracja nastąpi automatycznie po zaznaczeniu pola dawcy narządów na prawie jazdy. Rejestracja nastąpi również automatycznie po zaznaczeniu pola dawcy narządów na formularzu wniosku o wydanie lub odnowienie karty identyfikacyjnej dla osób niebędących kierowcami.

### **Co jeśli nie jestem mieszkańcem stanu Nowy Jork?**

Każdy stan określa własne przepisy dotyczące wymagań w zakresie wytycznych udzielonych z wyprzedzeniem. Stany mogą wzajemnie honorować swoje dokumenty, jednak nie stanowi to żadnej gwarancji. Zaleca się przygotowanie wytycznych w stanie, w którym mieszkasz i pracujesz. Wskazane jest również udzielenie wytycznych w każdym stanie, w którym spędzasz dużo czasu.

### **Jeśli mój pełnomocnik ds. opieki zdrowotnej zna moją wolę, czy naprawdę potrzebuję również formularza MOLST?**

Jeśli masz wolę ograniczenia leczenia podtrzymującego życie, to tak. Wszelkie ograniczenia dotyczące leczenia (na przykład DNR – „nie podejmować próby resuscytacji”) należy udokumentować na formularzu MOLST. Ma to na celu zagwarantowanie, że Twoja wola będzie respektowana poza szpitalem.

### **Co należy zrobić ze wcześniejszymi wytycznymi po ich udzieleniu?**

Bardzo ważne jest, aby w nagłych wypadkach mieć dostęp do wytycznych udzielonych z wyprzedzeniem. Z tego względu następujące osoby i miejsca powinny zachować ich kopię:

- Każdy z wyznaczonych pełnomocników ds. opieki zdrowotnej
- Dostawcy usług medycznych
- Szpitale, w których najprawdopodobniej będzie się odbywało leczenie
- Bezpieczne i łatwo dostępne miejsce w domu, w którym najbliżsi będą mogli ją znaleźć

### **Czy wytyczne udzielone z wyprzedzeniem tracą ważność?**

Chociaż wcześniejsze wytyczne nie wygasają (o ile nie wyznaczono terminu ich wygaśnięcia), zaleca się ich ponowne przeanalizowanie za każdym razem, gdy wydarzy się jedno z pięciu następujących wydarzeń:

- Śmierć bliskiej osoby
- Rozwód lub separacja
- Dekada lub inne przełomowe urodziny
- Rozpoznanie poważnej choroby lub urazu
- Pogorszenie się stanu zdrowia

### **Czy mogę anulować formularz pełnomocnictwa ds. opieki zdrowotnej?**

Pełnomocnictwo można zmienić lub anulować w dowolnym momencie.

### **Czy mogę wyznaczyć osobę odpowiedzialną za dysponowanie moimi szczątkami?**

Tak. Możesz wyznaczyć pełnomocnika, wypełniając formularz

[wyznaczenia pełnomocnika do kontroli dysponowania szczątkami.](#)

### **Czym jest CPR?**

CPR oznacza resuscytację krążeniowo-oddechową. Stosuje się ją w przypadku zatrzymania akcji serca lub oddechu. CPR może obejmować jedną z poniższych czynności lub wszystkie z nich:

- Uciskanie klatki piersiowej
- Defibrylacja
- Intubacja
- Podanie leków przywracających akcję serca

### **Czym jest DNR?**

DNR to angielski skrótowiec od słów **Do Not Resuscitate (nie podejmować próby resuscytacji)**.

Zlecenie DNR składa osoba, która nie życzy sobie próby resuscytacji w przypadku zatrzymania akcji serca lub oddechu.

### **Dlaczego ktoś mógłby zdecydować się na DNR?**

Są to decyzje osobiste. Niektórzy ludzie uważają, że prawdopodobieństwo powrotu do akceptowalnej jakości życia po CPR jest zbyt niskie, aby było to warte zachodu. Jest to ważny aspekt, który należy omówić ze dostawcą usług medycznych.

### **Co to jest intubacja?**

Intubacja to procedura, która może być stosowana u pacjentów z niewydolnością oddechową i stanowi również część CPR. Przez usta do dróg oddechowych wprowadza się elastyczną rurkę z tworzywa sztucznego. Rurka utrzymuje drożność dróg oddechowych, dzięki czemu powietrze może docierać do płuc. Rurka jest podłączona do respiratora.

### **W jaki sposób mogę anulować DNR?**

Zlecenie DNR można anulować w dowolnym momencie i w dowolny sposób. W tym celu zaleca się rozmowę ze dostawcą usług medycznych.

### **Co to jest opieka paliatywna?**

Opieka paliatywna to specjalistyczna opieka przeznaczona dla osób cierpiących na poważne choroby. Polega ona na podejściu, w ramach którego poszczególne dyscypliny koncentrują się na zwalczaniu bólu i objawów. Celem jest osiągnięcie jak najwyższej jakości życia.

### **Co to jest opieka hospicyjna?**

Opieka hospicyjna jest skierowana do pacjentów, których przewidywany czas życia wynosi 6 miesięcy lub mniej. Koncentruje się na zapewnieniu pacjentowi komfortu i radzeniu sobie ze wszelkimi rodzajami cierpienia. Obejmuje ona łagodzenie bólu i innych objawów fizycznych oraz cierpienia emocjonalnego lub egzystencjalnego. Opiekę hospicyjną można świadczyć w różnych warunkach:

- w domu
- w domach opieki
- domach seniora
- w ośrodkach hospicyjnych



**Treść została zaczerpnięta z przewodnika „Your Conversation Starter Guide”**

The Conversation Project ([theconversationproject.org](https://theconversationproject.org)): Inicjatywa Instytutu Doskonalenia Opieki Zdrowotnej (Institute for Healthcare Improvement, IHI; [ihi.org](https://ihi.org))

Na licencji Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License,

<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>