



Zachęta Do Konwersacji na Temat Końca Życia

Katolickie Spojrzenie na Rozporządzenia Ostatniej Woli
Katolicka Konferencja Stanu Illinois



Wstęp

Niniejsza broszura zawiera ogólne porady dotyczące stworzenia planu opieki zdrowotnej. Plan ten wyznacza twoim najbliższym pewne powinności w procesie podejmowania decyzji. Będzie służył im pomocą podczas podejmowania decyzji w twoim imieniu, kiedy ty sam nie będziesz w stanie tego zrobić. Broszura ta zawiera również pewne moralne porady pomocne w stworzeniu własnego planu opieki zdrowotnej. Ponadto, broszura ta skupia się nad sposobem doboru właściwych osób, które w twoim imieniu będą podejmowały decyzje, i radzi, co należy zrobić, aby obdarzyć je zaufaniem i pozwolić im na zabieranie głosu w twoim imieniu. Ostatecznie, broszura ta przekazuje ogólne informacje na temat *Rozporządzeń ostatniej woli stanu Illinois* (Illinois Advance Directives). Są to prawomocne dokumenty składające się na twój plan opieki zdrowotnej.

W jaki sposób postąpić z tą broszurą?

Powinieneś wypełnić *Rozporządzenie ostatniej woli* (Advance Directive), kiedy cieszysz się dobrym zdrowiem. Po przeczytaniu niniejszej broszury wypełnij załączone *Pełnomocnictwo stałe dotyczące opieki zdrowotnej* (Durable Power of Attorney for Health Care) i przekaż kopię tego dokumentu członkom twojej rodziny, swojemu adwokatowi i swojemu lekarzowi. Formularze powinny być wypełnione w języku angielskim, aby twoi lekarze i pracownicy instytucji udzielającej ci pomocy medycznej, z której usług będziesz korzystał, rozumieli twoje postanowienia. Tłumaczenie formularza na język polski i hiszpański można znaleźć na naszej stronie internetowej (www.ilcatholic.org, poniżej „Publications”) i korzystać z niego jedynie w celach informacyjnych.

Dlaczego potrzebujemy planów zdrowotnych, szczególnie pod koniec naszego życia?

Współczesna medycyna sprawia, że możliwe jest przedłużenie naszego fizycznego życia. Jednak w niektórych przypadkach to, co jest możliwe z medycznego punktu widzenia, nie jest właściwe moralnie. Wszyscy musimy przemyśleć nasze cele życiowe i porozmawiać o nich ze swoimi lekarzami, księżmi i bliskimi na długo przed tym, zanim taka opieka medyczna będzie nam potrzebna. Ponadto, wszyscy powinniśmy znać katolickie normy moralne dotyczące śmierci i umierania, kiedy przygotowujemy się do przejścia do życia wiecznego u Boga.

Plany zdrowotne są dokumentami prawnymi nazwanymi *Rozporządzeniami ostatniej woli* (Advance Directive). Możesz skorzystać z *Rozporządzenia ostatniej woli*, aby wyrazić swoje życzenie co do kwestii usług medycznych – czy chcesz z nich skorzystać, jak się zestarzejesz lub ulegniesz wypadkowi, czy nie chcesz. *Rozporządzenia ostatniej woli* pozwolą ci też wskazać zaufaną osobę – pełnomocnika, który zadba o realizację twojej woli. Jeżeli masz powyżej 18 lat i jesteś w stanie podejmować decyzje, możesz wypełnić jedno *Rozporządzenie ostatniej woli* lub więcej.

Rozpocznijmy od przekazania niektórych porad o charakterze moralnym. Następnie przyjrzymy się *Rozporządzeniu ostatniej woli stanu Illinois*.

Co katolickie normy radzą w kwestii Rozporządzenia ostatniej woli i opieki zdrowotnej nad tobą?

Katolicki poradnik tłumaczy kluczowe zasady moralne mogące pomóc ci w sformułowaniu twojego planu opieki zdrowotnej. Jego nazwa to *Etyczne i religijne dyrektywy dla podmiotów katolickich świadczących usługi opieki zdrowotnej* (Ethical Religious Directives for Catholic Health Care Services), w skrócie: ERD. Katolickie instytucje udzielające pomocy medycznej, takie jak szpitale, posiadają egzemplarz ERD. Poradnik ten można również znaleźć w Internecie pod adresem: **www.usccb.org/about/doctrine/ethical-and-religious-directives**. W trakcie wypełniania formularza *Rozporządzeń ostatniej woli* weź pod uwagę rady twojego księdza proboszcza.

Poniżej zamieszczamy niektóre z podstawowych zasad:

- Biblia uczy nas, że życie ludzkie jest świętym darem otrzymanym od Boga. Musimy je chronić. Nigdy nie powinniśmy świadomie i bezpośrednio korzystać z procedury, urządzenia czy lekarstwa, używanych do zniszczenia tego daru i powodujących śmierć jakiegokolwiek osoby.
- Jednocześnie musimy pamiętać, że nie jesteśmy zobligowani ani do poddania się wszystkim zabiegom chroniącym życie ani też do ich odrzucenia.
- Jako wierzący w tajemnicę zmartwychwstania wiemy, że nasze doczesne życie nie jest wszystkim, co nas czeka. Jest moralnie dopuszczalne, by nie zgodzić się na interwencję medyczną, która nie oferuje racjonalnych korzyści lub wiąże się z nadmiernym obciążeniem czy wydatkami naszymi, naszej rodziny czy wspólnoty. Śmierć jest początkiem, a nie końcem.
- Każda osoba posiada dwa podstawowe prawa dotyczące opieki zdrowotnej i stosowanych zabiegów: (1) prawo do jasnej i dokładnej informacji o proponowanych etapach leczenia, włączywszy informacje o ryzyku wiążącym się z nimi, o kosztach i o rozwiązaniach alternatywnych; (2) prawo do decydowania o podjęciu leczenia lub odmówienia go w zgodzie z prawem moralnym.



Poniżej zamieszczamy dodatkowe kwestie do rozważenia, tak jak zostały one przedstawione przez ERD. Konkretnie punkty ERD zostały umieszczone w nawiasach i zacytowane na końcu tej części broszury.

- **Bierz pod uwagę całą osobę.** Musi zostać uwzględnione dobro całej osoby. (ERD numer 33)
- **Pozwól przygotować się do śmierci.** Osoby znajdujące się w niebezpieczeństwie śmierci, ze względu na podeszły wiek lub terminalnie chore, powinny otrzymać wszelkie informacje konieczne do zrozumienia swojej kondycji zdrowotnej. Powinny one przedyskutować swoje plany z członkami swoich rodzin, jak również z pracownikami służby medycznej, takimi jak np. lekarze czy księża. (ERD numer 55)
- **Racjonalnie – potrzebne: powinny być wykorzystane.** Osoba ma moralny obowiązek stosowania zwyczajnych środków – znanych jako „proporcjonalne środki” – dających uzasadnioną

nadzieję na zachowanie swojego życia. (ERD numer 56)

- **Nieracjonalnie oznaczają: nie muszą być wykorzystane.** Osoba może zrezygnować z nadzwyczajnych, wyraźnie nieskutecznych lub pociągających za sobą nadmierne obciążenia środków chroniących życie – znanych jako środki nieproporcjonalne. Prawdą jest, że te środki nie są w stanie, w racjonalny sposób osiągnąć celu lub wymuszają fizyczne, ekonomiczne czy też emocjonalne obciążenia na pacjencie lub innych osobach. (ERD numer 57)
- **Pożywienie i woda – znane jako odżywianie i nawadnianie – zazwyczaj powinno być zapewniane, jednak czasami jest opcjonalne.** Wspomagane farmakologicznie odżywianie i nawadnianie organizmu stają się moralnie nieobowiązkowe, kiedy z punktu widzenia zdrowego rozsądku, przedłużanie życia nie jest wskazane lub kiedy mogłoby być to ‘nadmierne obciążające pacjenta lub być może bezcelowe w twoim wypadku albo będące przyczyną znacznego fizycznego dyskomfortu, takiego jak nieustępujące wymioty lub nagromadzenie się płynów w organizmie. (ERD numer 58)
- **Eutanazja i samobójstwo medycznie wspomagane nie są dozwolone.** Zamiar bezpośredniego pozbawienia kogoś życia lub działania zmierzające ku temu są zawsze czymś złym. Eutanazja lub samobójstwo medycznie wspomagane nie powinny nigdy być tolerowane ani nie powinno się w jakikolwiek sposób do nich zachęcać. (ERD numer 60)
- **Środki przeciwbólowe.** Pacjenci, jeśli tylko to możliwe, nie powinni odczuwać bólu, tak aby mogli umrzeć komfortowo i z godnością. Skuteczne kontrolowanie każdego rodzaju bólu jest kluczowe w zapewnianiu właściwej opieki umierającym. Pomocne mogą być katolickie hospicja, jak również lekarze i pielęgniarki udzielający opieki paliatywnej. (ERD numer 61)
- **Miejsce śmierci.** W miarę możliwości, powinieneś móc umrzeć w miejscu, w którym sobie życzysz, i powinieneś być otoczony szacunkiem, a także właściwą opieką najbliższych i pracowników profesjonalnej obsługi medycznej, takich jak lekarze pracujący w hospicjach, pielęgniarki i kapelani. (ERD numer 61)

- **Zapewnienie wsparcia i opieki pełnej miłości.** Kiedy śmierć nadchodzi, bliscy powinni okazać osobie umierającej szacunek, miłość i wsparcie. (por. ERD, Wprowadzenie, część V)

Przejdźmy teraz do omówienia formularzy *Rozporządzeń ostatniej woli stanu Illinois*. Poniższe opracowanie możesz wykorzystać, aby przekazać główne katolickie zasady jako swoje decyzje w różnych okolicznościach i sytuacjach.

Rozporządzenia ostatniej woli w stanie Illinois

W stanie Illinois dostępne są cztery rodzaje rozporządzeń ostatniej woli:

1. **Pełnomocnictwo stałe dotyczące opieki zdrowotnej** (*Durable Power of Attorney for Health Care*). W tym dokumencie upoważniasz jakąś osobę (twojego pełnomocnika do podejmowania w twoim imieniu decyzji związanych z opieką zdrowotną. Informacje zawarte w tym dokumencie mogą udzielić twojemu agentowi wskazówek dotyczących twoich decyzji odnośnie do ogólnej opieki zdrowotnej, jak również odnośnie do decyzji o zakończeniu życia, podjętej w twoim imieniu. **Pełnomocnictwo stałe dotyczące opieki zdrowotnej jest preferowane do wykorzystania w Rozporządzeniu ostatniej woli.**
2. **Testament życia** (*Living Will*). *Testament życia* jest pisemną, potwierdzoną przez świadka, deklaracją określającą twoją wolę odnośnie do wycofania procedury opóźniającej zgon w przypadku, gdy będziesz nieodwołalnie umierać, a twoja kondycja zdrowotna zostanie określona jako terminalna. *Testament życia* mówi tylko o niektórych okolicznościach. Nie porusza szerokiej gamy mogących zaistnieć kwestii związanych z opieką zdrowotną.
3. **Dyspozycja dla lekarza stanu Illinois „POLST” dotycząca zabiegów podtrzymujących życie** (*Illinois’ Practitioner Order for Life-Sustaining Treatment „POLST”*). Dokument ten jest medycznym rozporządzeniem, które musi być przestrzegane przez służby ratownicze i inny personel medyczny. Wyraża on twoje preferencje odnośnie do przeprowadzenia pewnych zabiegów medycznych. Zawarta jest w nim twoja wola

dotycząca zabiegów podczas kryzysu zdrowotnego, takiego jak na przykład atak serca. Lekarz lub uprawniony personel służby medycznej musi służyć ci pomocą i być obecny podczas wypełniania przez ciebie tego formularza. Formularz ten jest przeznaczony dla osób poważnie chorych. Nie jest on przeznaczony dla wszystkich.

4. **Deklaracja dotycząca leczenia zdrowia psychicznego** (*Declaration for Mental Health Treatment*). To dodatkowe rozporządzenie ostatniej woli jest przeznaczone dla osób, które pragną poinformować o swoim wyborze lub preferencjach dotyczących leczenia zdrowia psychicznego. Dokument ten zezwoli upoważnionej przez ciebie osobie na podejmowanie ograniczonych decyzji odnośnie do twojego zdrowia psychicznego. Będzie to dotyczyło również decydowania w przypadku krótkoterminowych przyjęć do instytucji opieki zdrowia psychicznego (do 17 dni).

Dlaczego Pełnomocnictwo stałe dotyczące opieki zdrowotnej (Durable Power of Attorney for Health Care) jest ważne?

- Pozwala ci na wyznaczenie zaufanej osoby (pełnomocnika), aby reprezentowała ona twoją wolę, kiedy sam nie będziesz w stanie tego zrobić. W wielu przypadkach tą osobą jest współmałżonek, dorosłe dziecko, brat lub siostra. Osobą tą może również być przyjaciel.
- Pomaga w zapewnieniu cię, że otrzymasz jedynie te usługi medyczne, których potrzebujesz, a niepożądane przez Ciebie czynności medyczne, nie będą wykonane.
- Służy jako poradnik dla tych, którzy w twoim imieniu będą musieli zmierzyć się z podejmowaniem trudnych decyzji. Upewnia ich również w przekonaniu, że pomagają oni w wypełnieniu twojej woli i zaspokojeniu twoich potrzeb.
- Może być zgodnym z nauką katolicką, moralnym przewodnikiem podczas twojego wyboru opieki medycznej na moment końca twojego życia.

Kto może być dobrym pełnomocnikiem?

- Twoim pełnomocnikiem powinien zostać ktoś, kto chce i jest w stanie zrozumieć racjonalne medyczne propozycje i potrafi podjąć decyzje w twoim imieniu w taki sposób, jak zrobiłbyś to ty sam, gdybyś mógł.
- Twoim pełnomocnikiem powinien zostać ktoś, o kim wiesz, że będzie działał racjonalnie, z dobrą wolą i dla twojego dobra.
- Twoim pełnomocnikiem powinien być ktoś, kto dobrze cię zna – ktoś, kto wie, co jest najważniejsze dla ciebie; czy ważne jest dla ciebie uniknięcie bólu i cierpienia; czy wolałbyś spędzić ostatnie dni i tygodnie swego życia w domu, czy w instytucji medycznej w zależności od pozwalających na to okoliczności.
- Twój pełnomocnik powinien wyrazić zgodę na uszanowanie twojej woli wyrażonej przez siebie w *Pełnomocnictwie stałym dotyczącym opieki zdrowotnej*. Twój pełnomocnik powinien szanować twoje preferencje i rozsądne prośby, a także być gotowy do ich obrony.
- Twój pełnomocnik powinien być świadomy, że jego/jej decyzje podejmowane w twoim imieniu odzwierciedlają twoje oczekiwania dotyczące właściwych medycznych decyzji.
- Idealnie byłoby, gdyby twój pełnomocnik mieszkał niedaleko ciebie i był dostępny dla ciebie, twego lekarza i osób tworzących twoją grupę opieki medycznej.
- Twój pełnomocnik musi wyrazić wolę zaangażowania w twój proces leczenia. Może to oznaczać bycie na miejscu, gdybyś przebywał w szpitalu. W wypadku, gdyby poważna choroba postępowała, twój pełnomocnik powinien w miarę możliwości być dostępny, aby spotkać się z tobą, z twoim lekarzem, aby przedyskutować różne opcje leczenia.

Skąd mój pełnomocnik będzie wiedział, co ma robić?

W procesie podejmowania decyzji powinny zostać zachowane trzy etapy:

1. Jeżeli jasno, w wyraźny sposób wypowiedziałeś swoją wolę



w *Rozporządzeniu ostatniej woli* i przedstawiłeś ją swemu agentowi, twój pełnomocnik powinien wypełnić twoją wolę wówczas, gdy jest ona zgodna z zobowiązaniami prawnymi, katolickimi zasadami moralnymi, rozsądną opieką zdrowotną i jego/jej własnym sumieniem.

2. Jeżeli nie wyraziłeś jednoznacznie swojej woli odnośnie do decyzji dotyczących jakiejś konkretnej sytuacji, wówczas twój pełnomocnik powinien spróbować „postawić się na twoim miejscu” i podejmować rozsądne decyzje tak, jak ty byś to zrobił sam, w trakcie dialogu z twoim lekarzem.
3. W przypadku, gdy twoje życzenia nie zostały poznane, twój pełnomocnik powinien działać w twoim, „jak najlepiej pojętym interesie”. To, co może być „jak najlepiej pojętym interesem” jednej osoby, może nie być „jak najlepiej pojętym interesem” innej osoby. Dlatego właśnie ważne jest, abyś przedstawił swoje preferencje w *Rozporządzeniu ostatniej woli*.

Co się stanie, jeżeli nie wybiorę pełnomocnika w Rozporządzeniu ostatniej woli?

Jeżeli nikt nie będzie wskazany, jako twój pełnomocnik, to twój lekarz, pielęgniarki i inni pracownicy służby zdrowia poproszą sąd o wyznaczenie opiekuna prawnego, członka rodziny lub bliskiego przyjaciela do podejmowania decyzji w twoim imieniu. Aktem pełnomocnictwa w zakresie opieki zdrowotnej dotyczącej surogatu stanu Illinois (The Illinois Health Care Surrogate Act) zostanie wyznaczona osoba lub grupa osób – jak na przykład wszystkie twoje dzieci – którzy będą się wypowiadać w twoim imieniu.

Wyznaczona przez sąd osoba do podejmowania decyzji w twoim imieniu może nie być tym, kogo sam chciałbyś wybrać i może nie być świadoma twojej woli odnośnie do opieki zdrowotnej. Jeżeli wybrana zostanie grupa osób, jak na przykład twoje dorosłe dzieci, może się zdarzyć, że nie będą one zgodne między sobą, co do podjęcia decyzji. Stąd ważne jest, abyś korzystając z *Pełnomocnictwa stałego dotyczącego opieki zdrowotnej (Durable Power of Attorney for Health Care)* wybrał na pełnomocnika osobę, którą sam chcesz.

Co powinienem zrobić, kiedy jestem sam?

Czasami się zdarza, że nie mamy osoby, której moglibyśmy zaufać jako naszemu agentowi, lub że pełnomocnik albo surogat nie jest dostępny, a nasz opiekun prawnym nie został jeszcze wyznaczony. Wówczas szczególnie ważne jest porozmawianie ze swoim lekarzem i innymi dostępnymi pracownikami opieki medycznej. Wspólnie możecie stworzyć pisemne porady dotyczące tego, co chciałbyś, aby zostało zrobione, i czego nie chciałbyś, by robiono. Dzięki temu, jeżeli kiedykolwiek będziesz w stanie krytycznym i nie będziesz mógł wyrazić swoich życzeń, a kolejna osoba podejmująca decyzje w twoim imieniu nie będzie dostępna, znane będzie twoje stanowisko w tych kwestiach. Dokument ten powinien zostać dołączony do twojego rejestru medycznego.

Gdzie mogę zdobyć formularz Pełnomocnictwa stałego dotyczącego opieki zdrowotnej?

Formularze *Pełnomocnictwa stałego dotyczący opieki zdrowotnej stanu Illinois (Illinois Power of Attorney for Health Care)* z *Proponowanymi instrukcjami opcjonalnymi (Suggested Optional Instructions)* są dołączone

do niniejszej broszury. Te zaproponowane instrukcje odzwierciedlają etyczne wskazówki wyrażone powyżej. Zgodnie z życzeniem, możesz użyć tego formularza lub poprosić, aby twój adwokat dołączył *Sugerowane instrukcje opcjonalne (Suggested Optional Instructions)* do jakiegokolwiek pełnomocnictwa związanego z opieką zdrowotną, przygotowanego w twoim imieniu. Przekaż kopię tego dokumentu członkom rodziny, swojemu adwokatowi lub swojemu lekarzowi. Formularz *Pełnomocnictwa dotyczącego opieki zdrowotnej stanu Illinois (Illinois Power of Attorney for Health Care)* z Sugerowanymi instrukcjami opcjonalnymi możesz również znaleźć na naszej stronie internetowej www.ilcatholic.org. Wejdź na „Multimedia”, a następnie na „Publications”.

Dodatkowo, wszystkie cztery rodzaje pełnomocnictw opieki zdrowotnej stanu Illinois są również dostępne na stronie internetowej Departamentu Zdrowia Publicznego Stanu Illinois (Illinois Department of Public Health) pod adresem: www.dph.illinois.gov.

Słownik Terminów Użytych w Broszurze

- Pacjent:** Osoba, która wypełnia *Pełnomocnictwa dotyczące opieki zdrowotnej* – najlepiej *Pełnomocnictwo stałe dotyczące opieki zdrowotnej (Durable Power of Attorney for Health Care)*. W formularzu pacjent nazywany jest mocodawcą.
- Pełnomocnik:** Osoba wyznaczona przez ciebie w twoim *Starym pełnomocnictwie dotyczącym opieki zdrowotnej*, podejmująca w twoim imieniu decyzje odnośnie do opieki zdrowotnej.
- Surogat:** Osoba wyznaczona, zgodnie z obowiązującą Ustawą w zakresie opieki zdrowotnej dotyczącej surogatu stanu Illinois, do podejmowania decyzji związanych z opieką zdrowotną w twoim imieniu, kiedy ty sam nie jesteś zdolny dokonywać takich wyborów i nie wyznaczylesz swojego pełnomocnika w *Starym pełnomocnictwie dotyczącym opieki zdrowotnej*.
- Opiekun Prawny:** Osoba wyznaczona przez sąd stanowy do podejmowania decyzji dotyczących opieki zdrowotnej w twoim imieniu, w przypadku, kiedy ty sam nie będziesz zdolny do podejmowania takich decyzji.



Cytowane w Niniejszej Broszurze Fragmenty ERD

ERD, numer 33: „Dobro całej osoby musi być brane pod uwagę, kiedy podejmowane są decyzje o interwencjach terapeutycznych lub stosowaniu rozwiązań technologicznych. Procedury terapeutyczne, które mogą spowodować szkodę lub niechciane efekty uboczne, mogą być usprawiedliwione jedynie wówczas, gdy dzięki nim pacjent uzyska proporcjonalne dobro”.

ERD, numer 55: „Osoby znajdujące się w śmiertelnym zagrożeniu powinny otrzymać wszelkie informacje konieczne do zrozumienia swojej kondycji. Powinny również mieć możliwość przedyskutowania swojego stanu zdrowia z członkami rodziny i z podmiotami świadczącymi im usługi medyczne. Ponadto, powinno zaproponować się im wgląd w stosowne informacje medyczne, aby przedstawić im warianty, dostępne i moralnie słuszne możliwości wyborów. Powinno zapewnić się im wsparcie duchowe, jak również możliwość przystąpienia do sakramentów w celu dobrego przygotowania się do śmierci”.

ERD, numer 56: „Osoba ma moralny obowiązek stosowania zwyczajnych i proporcjonalnych środków do zachowania swojego życia. Proporcjonalnymi środkami są te, które w opinii pacjenta dają uzasadnioną nadzieję uzyskania dobra i nie pociągają za sobą nadmiernego obciążenia lub nie wymuszają nadmiernych wydatków na rodzinie czy wspólnocie pacjenta”.

ERD, numer 57: „Osoba może zrezygnować z nadzwyczajnych lub nieproporcjonalnych środków chroniących życie. Środkami nieproporcjonalnymi są te, które w opinii pacjenta nie dają uzasadnionej nadziei uzyskania dobra, pociągają za sobą nadmierne obciążenia lub wymuszają nadmierne wydatki na rodzinie czy wspólnocie pacjenta”.

ERD, numer 58: „Z zasady istnieje obowiązek zapewnienia pacjentowi pożywienia i wody, włączywszy odżywianie wspomagane farmakologicznie i nawadnianie organizmu dla tych, którzy nie mogą przyjmować pokarmu doustnie. Ten obowiązek istnieje również względem pacjentów będących w chronicznych i przypuszczalnie nieodwracalnych stanach (np.: przy utrzymującym się stanie wegetatywnym), co do których słusznie można spodziewać się, że będą żyć jeszcze przez jakiś czas, jeśli zostanie im zapewniona taka opieka. Odżywianie farmakologiczne i nawadnianie organizmu stają się moralnie nieobligatoryjne, kiedy racjonalnie nie jest spodziewane przedłużenie życia pacjenta lub kiedy przedłużanie go byłoby 'nadmiernie obciążające pacjenta lub spowodowałoby znaczny fizyczny dyskomfort, na przykład skutkowałoby komplikacjami w używaniu stosowanych środków'. Dla przykładu, kiedy pacjent zbliża się coraz bardziej do nieuchronnej śmierci z powodu pogarszającego się, krytycznego stanu zdrowia pewne czynności związane z zapewnianiem odżywiania i nawadniania organizmu mogą stać się nadmiernie obciążające i dlatego są obowiązkowe w świetle ich ograniczonej zdolności przedłużenia życia lub zapewnienia komfortu”.

ERD, numer 60: „Eutanazja jest działaniem lub zaniedbaniem, które może samo z siebie lub w zgodzie z czyjąś wolą spowodować śmierć w celu złagodzenia cierpienia. (...) Umierający pacjenci, którzy proszą o eutanazję powinni otrzymać pełną miłości opiekę, psychiczne i duchowe wsparcie i stosowne znieczulenie bólu i innych objawów choroby tak, aby mogli żyć z godnością, aż do czasu naturalnej śmierci”.

ERD, numer 61: „Pacjenci, jeśli tylko to możliwe, nie powinni odczuwać bólu, tak aby mogli umrzeć komfortowo i z godnością, w miejscu, w którym życzą sobie umrzeć. Ponieważ osoba ma prawo przygotowania się do swojej śmierci, przy zachowaniu pełnej świadomości, ona lub on nie powinni być, bez istotnego powodu pozbawiani świadomości. Lekarstwa łagodzące lub hamujące cierpienia mogą być podawane umierającej osobie, jeśli nawet taka terapia może pośrednio skrócić jej życie, a tak długo, póki nie ma zamiaru przyśpieszenia śmierci”.

ERD, Wprowadzenie, część V: „Kiedy ktoś staje w obliczu śmierci, osoby najbliższe powinny pomóc w zapewnieniu jej/jemu wspólnoty szacunku, miłości i wsparcia. Najtrudniejszym do przyjęcia jest sam proces umierania, a szczególnie uzależnienie od innych, poczucie bezradności i ból, tak często towarzyszący chorobom terminalnym. Jednym z głównych powodów podawania leków, podczas sprawowania opieki nad osobą umierającą, jest uśmierzanie jej bólu i niesienie ulgi cierpieniom, które ten ból powoduje. Efektywne zarządzanie bólem, we wszystkich jego formach, jest niezmiernie ważne podczas właściwej opieki nad umierającymi”.

Uwaga: Celem tej broszury jest przekazanie ogólnych informacji na temat katolickiego nauczania i procesu podejmowania decyzji zgodnej z prawem stanu Illinois. Informacje zawarte w tej broszurze nie powinny być traktowane, jako porady prawne. W celu uzyskania profesjonalnej porady prawnej prosimy o skonsultowanie się ze swoim prawnikiem. Jeśli masz pytania dotyczące medycznych aspektów opcji wyborów związanych z twoim leczeniem, takich jak: nadmierne obciążenia, długość opieki lub inne pytania, prosimy o skontaktowanie się ze swoim lekarzem. Jeśli masz pytania dotyczące moralnych kwestii, prosimy o skontaktowanie się ze swoim proboszczem.

Formularz znajdujący się w tej broszurze został tu umieszczony w języku angielskim. Zalecamy, aby wypełnić go w języku angielskim. Zapewni to, że wasze życzenia będą uszanowane przez waszego lekarza, rodzinę i przyjaciół. Tłumaczenie formularza na język polski znajduje się na stronie internetowej: www.ilcatholic.org (pod „Publications”) i ma wyłącznie charakter informacyjny.

„Nawet najstabsi, najbardziej bezbronni,
chorzy, starzy, nienarodzeni i ubodzy są
ARCYDZIEŁAMI BOŻEGO STWORZENIA,
uczynionymi na Jego własny obraz,
przeznaczonymi do życia wiecznego,
i zasługującymi na najwyższą cześć
i szacunek”.

Papież Franciszek

ILLINOIS STATUTORY SHORT FORM POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE

Notice to the Individual Signing the Illinois Power of Attorney for Health Care

No one can predict when a serious illness or accident might occur. When it does, you may need someone else to speak or make health care decisions for you. If you plan now, you can increase the chances that the medical treatment you get will be the treatment you want.

In Illinois, you can choose someone to be your “health care agent.” Your agent is the person you trust to make health care decisions for you if you are unable or do not want to make them yourself. These decisions should be based on your personal values and wishes. It is important to put your choice of agent in writing. The written form is often called an “advance directive.” You may use this form or another form, as long as it meets the legal requirements of Illinois. There are many written and online resources to guide you and your loved ones in having a conversation about these issues. You may find it helpful to look at these resources while thinking about and discussing your advance directive.

What are the things I want my health care agent to know?

The selection of your agent should be considered carefully, as your agent will have the ultimate decision making authority once this document goes into effect, in most instances after you are no longer able to make your own decisions. While the goal is for your agent to make decisions in keeping with your preferences and in the majority of circumstances that is what happens, please know that the law does allow your agent to make decisions to direct or refuse health care interventions or withdraw treatment. Your agent will need to think about conversations you have had, your personality, and how you handled important health care issues in the past. Therefore, it is important to talk with your agent and your family about such things as:

- (i) What is most important to you in your life?
- (ii) How important is it to you to avoid pain and suffering?
- (iii) If you had to choose, is it more important to you to live as long as possible, or to avoid prolonged suffering or disability?
- (iv) Would you rather be at home or in a hospital for the last days or weeks of your life?
- (v) Do you have religious, spiritual, or cultural beliefs that you want your agent and others to consider?
- (vi) Do you wish to make a significant contribution to medical science after your death through organ or whole body donation?

- (vii) Do you have an existing advanced directive, such as a living will, that contains your specific wishes about health care that is only delaying your death?

If you have another advance directive, make sure to discuss with your agent the directive and the treatment decisions contained within that outline your preferences. Make sure that your agent agrees to honor the wishes expressed in your advance directive.

What kind of decisions can my agent make?

If there is ever a period of time when your physician determines that you cannot make your own health care decisions, or if you do not want to make your own decisions, some of the decisions your agent could make are to:

- (i) talk with physicians and other health care providers about your condition;
- (ii) see medical records and approve who else can see them;
- (iii) give permission for medical tests, medicines, surgery, or other treatments;
- (iv) choose where you receive care and which physicians and others provide it;
- (v) decide to accept, withdraw, or decline treatments designed to keep you alive if you are near death or not likely to recover. You may choose to include guidelines and/or restrictions to your agent's authority;
- (vi) agree or decline to donate your organs or your whole body if you have not already made this decision yourself. This could include donation for transplant, research, and/or education. You should let your agent know whether you are registered as a donor in the First Person Consent registry maintained by the Illinois Secretary of State or whether you have agreed to donate your whole body for medical research and/or education;
- (vii) decide what to do with your remains after you have died, if you have not already made plans;
- (viii) talk with your other loved ones to help come to a decision (but your designated agent will have the final say over your other loved ones).

Your agent is not automatically responsible for your health care expenses.

Whom should I choose to be my health care agent?

You can pick a family member, but you do not have to. Your agent will have the responsibility to make medical treatment decisions, even if other people close to

you might urge a different decision. The selection of your agent should be done carefully, as he or she will have ultimate decision-making authority for your treatment decisions once you are no longer able to voice your preferences. Choose a family member, friend, or other person who:

- (i) is at least 18 years old;
- (ii) knows you well;
- (iii) you trust to do what is best for you and is willing to carry out your wishes, even if he or she may not agree with your wishes;
- (iv) would be comfortable talking with and questioning your physicians and other health care providers;
- (v) would not be too upset to carry out your wishes if you became very sick; and
- (vi) can be there for you when you need it and is willing to accept this important role.

What if my agent is not available or is unwilling to make decisions for me?

If the person who is your first choice is unable to carry out this role, then the second agent you chose will make the decisions; if your second agent is not available, then the third agent you chose will make the decisions. The second and third agents are called your successor agents and they function as back-up agents to your first choice agent and may act only one at a time and in the order you list them.

What will happen if I do not choose a health care agent?

If you become unable to make your own health care decisions and have not named an agent in writing, your physician and other health care providers will ask a family member, friend, or guardian to make decisions for you. In Illinois, a law directs which of these individuals will be consulted. In that law, each of these individuals is called a “surrogate.” There are reasons why you may want to name an agent rather than rely on a surrogate:

- (i) The person or people listed by this law may not be who you would want to make decisions for you;
- (ii) Some family members or friends might not be able or willing to make decisions as you would want them to;
- (iii) Family members and friends may disagree with one another about the best decisions;
- (iv) Under some circumstances, a surrogate may not be able to make the same kinds of decisions that an agent can make.

What if there is no one available whom I trust to be my agent?

In this situation, it is especially important to talk to your physician and other health care providers and create written guidance about what you want or do not want, in case you are ever critically ill and cannot express your own wishes. You can complete a living will. You can also write your wishes down and/or discuss them with your physician or other health care provider and ask him or her to write it down in your chart. You might also want to use written or online resources to guide you through this process.

What do I do with this form once I complete it?

Follow these instructions after you have completed the form:

- (i) Sign the form in front of a witness. See the form for a list of who can and cannot witness it;
- (ii) Ask the witness to sign it, too;
- (iii) There is no need to have the form notarized;
- (iv) Give a copy to your agent and to each of your successor agents;
- (v) Give another copy to your physician;
- (vi) Take a copy with you when you go to the hospital;
- (vii) Show it to your family and friends and others who care for you.

What if I change my mind?

You may change your mind at any time. If you do, tell someone who is at least 18 years old that you have changed your mind, and/or destroy your document and any copies. If you wish, fill out a new form and make sure everyone you gave the old form to has a copy of the new one, including, but not limited to, your agents and your physicians.

What if I do not want to use this form?

In the event you do not want to use the Illinois statutory form provided here, any document you complete must be executed by you, designate an agent who is over 18 years of age and not prohibited from serving as your agent, and state the agent's powers, but it need not be witnessed or conform in any other respect to the statutory health care power.

If you have questions about the use of any form, you may want to consult your physician, other health care provider, and/or an attorney.

_____ (Principal's initials)

MY POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE

THIS POWER OF ATTORNEY REVOKES ALL MY PREVIOUS POWERS OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE. *(You must sign this form and a witness must also sign it before it is valid.)*

My name (print your full name): _____

My address: _____

MY HEALTH CARE AGENT: I WANT THE FOLLOWING PERSON TO BE MY HEALTH CARE AGENT (An agent is your personal representative under state and federal law):

Agent name: _____

Agent address: _____

Agent phone number: _____

____ (Please check box if applicable) If a guardian of my person is to be appointed, I nominate the agent acting under this power of attorney as guardian.

MY SUCCESSOR HEALTH CARE AGENT(S) (optional): If the agent I selected is unable or does not want to make health care decisions for me, then I request the person(s) I name below to be my successor health care agent(s). Only one person at a time can serve as my agent (add another page if you want to add more successor agent names).

Successor Agent #1 name: _____

Successor Agent #1 address: _____

Successor Agent #1 phone number: _____

Successor Agent #2 name: _____

Successor Agent #2 address: _____

Successor Agent #2 phone number: _____

MY AGENT’S DECISION-MAKING AUTHORITY: MY AGENT CAN MAKE HEALTH CARE DECISIONS FOR ME, INCLUDING:

- (i) Deciding to accept, withdraw or decline treatment for any physical or mental condition of mine, including life-and-death decisions;
- (ii) Agreeing to admit me to or discharge me from any hospital, home, or other institution, including a mental health facility;
- (iii) Having complete access to my medical and mental health records, and sharing them with others as needed, including after I die;
- (iv) Carrying out the plans I have already made, or, if I have not done so, making decisions about my body or remains, including organ, tissue or whole body donation, autopsy, cremation, and burial.

The above grant of power is intended to be as broad as possible so that my agent will have the authority to make any decision I could make to obtain or terminate any type of health care, including withdrawal of nutrition and hydration and other life-sustaining measures.

I AUTHORIZE MY AGENT TO *(please place your initials on any one line below)*:

_____ Make decisions for me only when I cannot make them for myself. The physician(s) taking care of me will determine when I lack this ability. (If no box is initialed, then the box above shall be implemented.)

OR

_____ Make decisions for me only when I cannot make them for myself. The physician(s) taking care of me will determine when I lack this ability. Starting now, for the purpose of assisting me with my health care plans and decisions, my agent shall have complete access to my medical and mental health records, the authority to share them with others as needed, and the complete ability to communicate with my personal physician(s) and other health care providers, including the ability to require an opinion of my physician as to whether I lack the ability to make decisions for myself.

OR

_____ Make decisions for me starting now and continuing after I am no longer able to make them for myself. While I am still able to make my own decisions, I can still do so if I want to.

MY LIFE-SUSTAINING TREATMENT: The subject of life-sustaining treatment is of particular importance. Life-sustaining treatments may include tube feedings or fluids through a tube, breathing machines, and CPR. In general, in making decisions concerning life-sustaining treatment, your agent is instructed to consider the relief of suffering, the quality as well as the possible extension of your life, and your previously expressed wishes. Your agent will weigh the burdens versus benefits of proposed treatments in making decisions on your behalf.

Additional statements concerning the withholding or removal of life-sustaining treatment are described below. These can serve as a guide for your agent when making decisions for you. Ask your physician or health care provider if you have any questions about these statements.

SELECT ONLY ONE STATEMENT BELOW THAT BEST EXPRESSES YOUR WISHES (optional):

_____ *(This statement is based on the teachings and traditions of the Catholic Church and is suggested as an alternative to the two statements below.)* In general, I want means to sustain my life, including treatments which are not excessively burdensome or ineffective; however, I do not want treatment if the burdens associated with it outweigh the expected benefits or if the treatment would be ineffective. I want my agent to consider the relief of suffering and the burdens associated with treatment(s) when considering starting, withdrawing and/or withholding any type of treatment.

OR

_____ The quality of my life is more important than the length of my life. If I am unconscious and my attending physician believes, in accordance with reasonable medical standards, that I will not wake up or recover my ability to think, communicate with my family and friends, and experience my surroundings, I do not want treatments to prolong my life or delay my death, but I do want treatment or care to make me comfortable and to relieve me of pain.

OR

_____ Staying alive is more important to me, no matter how sick I am, how much I am suffering, the cost of the procedures, or how unlikely my chances for recovery are. I want my life to be prolonged to the greatest extent possible in accordance with reasonable medical standards.

SPECIFIC LIMITATIONS TO MY AGENT’S DECISION-MAKING AUTHORITY: The above grant of power is intended to be as broad as possible so that your agent will have the authority to make any decision you could make to obtain or terminate any type of health care. If you wish to limit the scope of your agent’s powers or prescribe special rules or limit the power to authorize autopsy or dispose of remains, you may do so specifically in this form.

(The following are optional statements based on the teachings and traditions of the Catholic Church. Under the law, you may include any one or more of the following statements in your power of attorney for health care by placing your initials on the line appearing before the statement(s). Statements that are not initialed will not be effective.)

- A. _____ **Fidelity to Catholic Teaching.** I intend the instructions in this form to be consistent with the teachings of the Roman Catholic Church.

- B. _____ **Statement of Faith.** I believe that my life is a precious gift from God and that earthly life is only a beginning. I believe that I have ultimately been created for eternal life, that death is not the ultimate end, but a transition to a new life. Therefore, I wish to face death with the confidence of faith.

- C. _____ **Allow Preparation for Death.** If I am in danger of death, I wish to be provided with whatever information is necessary to help me understand my condition and to discuss my condition with family members and care providers. I wish that I, and my Agent acting on my behalf, be offered the appropriate medical information that would make it possible to address the morally legitimate choices that are available. I wish to be provided the spiritual support as well as the opportunity to receive the sacraments in order to prepare well for death.

- D. _____ **Euthanasia and Assisted Suicide.** I reject any action or omission which, of itself and by intention, causes death in order to alleviate suffering, commonly referred to as “euthanasia.” I do not wish to be encouraged to take my own life or to be provided with the means necessary to bring about my own death through “assisted suicide.” Foregoing means of preserving life that are too burdensome to me, or insufficiently beneficial for sustaining my life, is not the same as euthanasia or assisted suicide.

- E. _____ **Nutrition and/or Hydration.** In general, because nutrition and/or hydration are necessary for survival, they should be provided to me. There are certain circumstances, however, in which nutrition and/or hydration

may not be ethically obligatory and may be withheld or withdrawn. I wish to always be offered food and water by mouth if I am able to orally ingest and assimilate them. Nutrition and/or hydration should be offered if I am in a chronic and presumably irreversible condition which would make me unable to take food orally, but in which I would be reasonably expected to survive if provided with basic care (e.g. in the rare case that I am in a “persistent vegetative state” and not actively dying).

Medically-assisted nutrition and/or hydration is not ethically obligatory in these conditions: ¹

- (i) If the provision of nutrition and/or hydration cannot reasonably be expected to prolong my life.
- (ii) If I judge, or, if I am not decisional, my Agent judges, based on demonstrable evidence, that certain means to provide nutrition and/or hydration would be “excessively burdensome” for me. An intervention may be considered “excessively burdensome” when, in my judgment or the judgment of my Agent acting on my behalf, it is “too painful, too harmful, too psychologically repugnant to me, too restrictive of my mental abilities, too limiting to my freedom or preferred activities (as may be the case if I would require being restrained physically or chemically to prevent me from pulling out a feeding tube), or too costly.”
 - a. I ask to be fed by mouth to the extent possible before resorting to medically-assisted nutrition and/or hydration or before discontinuing the oral provision of nutrition and/or hydration if I am also receiving medically-assisted nutrition and/or hydration.
 - b. If I may benefit nutritionally from medically assisted nutrition and/or hydration, but can also take food by mouth, it may be acceptable to opt for feeding by mouth, even if receiving nutrition and/or hydration by mouth carries with it certain risks or provides less nutritional value, provided that I or my Agent judges that the benefits of eating by mouth (e.g. the

¹ Cf. USCCB, *Ethical and Religious Directives for Catholic Healthcare Services*, 5th Edition (2009): Introduction to Part V: Issues in Care for the Seriously Ill and Dying, and no. 58.

enjoyment of eating, the interpersonal dimension) are worth the risks involved, and informed consent is provided.

- c. If I am not decisional but still object to the decisions of my Agent, attention should be given to my desires and willingness to attempt eating (e.g. nutrition and/or hydration shall not be withheld from a non-decisional person who has dementia but who is able and agreeable to eating with encouragement, even if the decision-maker requests denying nutrition and/or hydration.)
 - (iii) If the provision of nutrition and/or hydration would cause me significant physical discomfort, for example resulting from complications in use of the means employed (e.g. aspiration pneumonia, infection).
 - (iv) If I am drawing close to inevitable death from an underlying progressive and fatal condition and providing nutrition and/or hydration would offer only a very limited ability to prolong life or provide comfort.

- F. _____ **Pain Relief.** I wish to be kept as free from pain as possible so that I may die comfortably and with dignity, and in the place where I wish to die. Medicines capable of alleviating or suppressing pain may be given to me, even if this therapy may indirectly shorten my life, so long as the intent is not to hasten or cause my death. If I am experiencing suffering that cannot be alleviated, I ask that competent Catholic spiritual counsel be provided to me to help me appreciate the Christian understanding of redemptive suffering.

- G. _____ **Consciousness.** Because a person has the right to prepare for his or her death while fully conscious, I do not want to be deprived of consciousness without a compelling reason.

- H. _____ **Pregnancy.** If this document is applied at any time when I am pregnant, defined as beginning at fertilization, I direct my health care agent and my physician to also recognize my unborn child as a human patient under their care. Notwithstanding any other provision of this form, no one shall authorize or perform a direct abortion on me (that is, a directly intended termination of pregnancy before viability or the directly intended destruction of a viable fetus.)

I. _____ **Gamete Extraction.** My Agent shall have no power to consent to or direct the medically assisted extraction of my gametes (sperm or eggs) for the purposes of artificial reproduction or for the production of embryos to be used in research.

J. _____ **Access to Sacraments.** Under no circumstances shall I be denied access to the Catholic sacraments where and when they are commonly available. Under no circumstances shall I be denied access to Catholic clergy and other competent Catholic spiritual counsel, including clergy and counsel of my own choosing.

K. _____ **Disclosure of Medical Records.** I consent and direct that, and I direct my agent to consent and direct that, the contents of my medical records be disclosed by my health care providers to the following third parties, upon request of the respective third party (e.g., if there are other family members you would like to be able to review your medical records along with your health care agent or successor health care agent):

L. _____ **Visitation.** I consent to and direct that, and I direct my agent to consent and direct that, the following individuals be given reasonable access to visit me (e.g., family members or friends you want to be allowed to visit you):

M. _____ **Catholic Burial.** I would like my loved ones to pray for me after I have departed from this life and ask for the grace of a Catholic funeral Mass. My remains shall be interred in keeping with the teachings and traditions of the Catholic Church. *(If you initial this statement M, you may also initial one of the following optional statements.)*

(i) _____ I do not wish for my remains to be cremated.

OR

(ii) _____ I wish for my remains to be cremated. If I am cremated, my remains must be placed in a vessel that respects the sacred nature of the remains and, once burial rites have been held and

the cremation has occurred, my remains must be brought to the cemetery for final disposition where their presence witnesses to my faith in the resurrection of the body.

N. _____ **Desire for Unity.** I am grateful to my Agent for being willing to make decisions on my behalf. I desire that my family and loved ones remain as united as possible, and that my Agent's decisions be respected and supported.

(If you wish to include further limitations or special rules, you may do so below.)

My Signature: _____

Today's Date: _____

WITNESS: HAVE YOUR WITNESS AGREE TO WHAT IS WRITTEN BELOW, AND THEN COMPLETE THE SIGNATURE PORTION:

I am at least 18 years old. (*Initial one of the options below*):

_____ I saw the principal sign this document, OR

_____ the principal told me that the signature or mark on the principal signature line is his or hers.

I am not the agent or successor agent(s) named in this document. I am not related to the principal, the agent, or the successor agent(s) by blood, marriage, or adoption. I am not the principal's physician, advanced practice nurse, dentist, podiatric physician, optometrist, psychologist, or a relative of one of those individuals. I am not an owner or operator (or the relative of an owner or operator) of the health care facility where the principal is a patient or resident.

Witness signature: _____

Witness printed name: _____

Witness address: _____

Today's date: _____



Catholic Conference
of Illinois

Chicago Office:
65 E. Wacker Dr., Suite 1620
Chicago, IL 60601
Phone: (312) 368-1066
Fax: (312) 368-1090

Springfield Office:
108 E. Cook St.
Springfield, IL 62704
Phone: (217) 528-9200
Fax: (217) 528-7214

www.ilcatholic.org
Fall 2016