

Damian Jagielski<sup>1</sup>, Michał Graczyk<sup>1</sup>, Agnieszka Jagielska<sup>2</sup>, Małgorzata Krajnik<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Zakład Opieki Paliatywnej *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

<sup>2</sup>Oddział Opieki Paliatywnej Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy

# Czy jest miejsce dla zespołu wspierającego opieki paliatywnej w „ostrym” szpitalu?

## Analiza działalności Zespołu Wspierającego Opieki Paliatywnej w Szpitalu Uniwersyteckim w Bydgoszczy w latach 2002–2006

Przedrukowano za zgodą z: *Advances in Palliative Medicine* 2008; 7: 55–60

### Streszczenie

**Wstęp.** W Polsce istnieją tylko dwa szpitalne zespoły wspierające opiekę paliatywną — w Bydgoszczy i w Warszawie — mimo rozwoju tej formy działania na świecie. Celem autorów niniejszego badania było wykazanie potrzeby tworzenia i rozwoju zespołów wspierających przy „ostrych” szpitalach w Polsce.

**Materiał i metody.** Analizowano dokumentację (historii chorób) pacjentów objętych opieką Zespołu Wspierającego Opieki Paliatywnej Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy w latach 2002–2006.

**Wyniki.** Bydgoski Zespół Opieki Paliatywnej w latach 2002–2006 łącznie udzielił 1441 konsultacji, w tym 807 lekarskich i 634 pielęgniarskich. Całkowita liczba badanych to 372 pacjentów. Średnia wieku leczonych kobiet wyniosła 67,27 roku, a mężczyzn — 64,74 roku. Pacjenci zespołu wspierającego przeważnie byli chorzy na nowotwory (78,49%), chociaż wśród osób ze schorzeniami nienowotworowymi (17,20%) stwierdzono coroczną tendencję wzrostową. Głównym powodem zgłoszenia był brak zadowalającego leczenia bólu (54,57%). Pacjenci byli kierowani przede wszystkim przez oddziały chirurgiczne (36,4%). Około 10% chorych objętych opieką zespołu wspierającego zmarło w szpitalu.

**Wnioski.** Na podstawie uzyskanych wyników potwierdzono potrzebę tworzenia zespołów wspierających opiekę paliatywną ze względu na coroczny wzrost prośb o konsultację oraz zwiększanie się liczby chorych. Wykazano, że zespół wspierający odgrywał ważną rolę w zakresie prowadzenia leczenia objawowego, zapewnienia odpowiedniej opieki nad umierającymi w szpitalu, a także edukacji zarówno chorego, rodziny, jak i personelu medycznego.

*Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2008; 2, 4: 177–182

**Słowa kluczowe:** zespół wspierający opieki paliatywnej, „ostry” szpital

**Adres do korespondencji:** mgr Damian Jagielski  
Katedra i Zakład Opieki Paliatywnej *Collegium Medicum* UMK  
ul. M. Skłodowskiej-Curie 9, 85–094 Bydgoszcz  
tel.: (052) 585 34 61  
e-mail: damian.jagielski@cm.umk.pl



*Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2008, 2, 4, 177–182  
Copyright © Via Medica, ISSN 1898–0678

## Wstęp

Zespół wspierający jest jedną z form organizacyjnych opieki paliatywnej. Jest zlokalizowany przy „ostrych” szpitalach i funkcjonuje w ramach danej placówki. Główną rolą zespołu wspierającego opieki paliatywnej jest pomoc personelowi medycznemu różnych oddziałów i klinik w zakresie uśmierzenia bólu oraz innych objawów. Zadania szpitalnego zespołu wspierającego opieki paliatywnej są realizowane poprzez udzielanie porad, konsultacji i wsparcia personelowi medycznemu, a także chorym, ich rodzinom i opiekunom. Lekarz zespołu wspierającego ściśle współpracuje z lekarzem opiekującym się pacjentem na danym oddziale. Oprócz prowadzenia leczenia objawowego zespół wspierający pomaga w zorganizowaniu wsparcia psychosocjalnego i duchowego dla chorego oraz jego bliskich lub udziela takiej pomocy. Uczestniczy także w organizacji dalszej opieki nad chorym po wypisaniu go ze szpitala. Zadanie to realizowane jest zarówno poprzez wskazanie placówki medycznej, przekazanie do danego ośrodka, a także poprzez edukację chorego, rodziny i opiekunów, której celem jest dalsza opieka nad pacjentem w domu. Zespół wspierający pomaga także zdobyć niezbędny sprzęt i zapewnić udogodnienia, które będą bezpośrednio wpływać na poprawę jakości życia chorego oraz jego rodziny czy opiekunów. Inne, bardzo ważne zadania to pomoc w rozwiązywaniu trudnych problemów etycznych końca życia. Poza tym zespoły wspierające są zaangażowane nie tylko w bezpośrednią edukację personelu medycznego szpitala, ale także lekarzy rodzinnych współpracujących z danym szpitalem i działalność wydawniczą skierowaną zarówno do studentów, innych przedstawicieli środowiska medycznego, jak i pacjentów, ich rodzin i lokalnej społeczności.

Zespoły wspierające opieki paliatywnej mają długą, dobrą tradycję w wielu krajach Ameryki Północnej i Europy. Za tworzeniem takich zespołów w ramach „ostrych” szpitali przemawiają dane epidemiologiczne, medyczne i ekonomiczne. Ta forma opieki paliatywnej jest najbardziej rozbudowana w krajach rozwiniętych gospodarczo, w których zdecydowana większość chorych umiera nadal w szpitalach, a nie we własnych domach.

Pierwszy w świecie zespół wspierający opieki paliatywnej powstał w 1974 roku w *St. Luke's Hospital* w Nowym Jorku — wówczas 730-łóżkowym szpitalu współpracującym z *Columbia University School of Medicine*.

W Europie pierwszy zespół wspierający opieki paliatywnej powstał w 1977 roku w *St. Thomas*

*Hospital* w Londynie. Jego utworzenie zapoczątkowało gwałtowny rozwój tej formy opieki paliatywnej w Wielkiej Brytanii; w 1995 roku działało tam już 216 zespołów wspierających [1]. W 1989 roku powstał zespół wspierający opieki paliatywnej we Francji, który zapoczątkował tworzenie tzw. ruchomych zespołów opieki paliatywnej. Ich praca nie tylko ograniczała się do działalności na terenie szpitala, ale również obejmowała świadczenie poradnictwa udzielanego telefonicznie, przede wszystkim okolicznym lekarzom rodzinnym [2].

Również w Kanadzie bardzo dobrze rozwinięto sieć zespołów wspierających opieki paliatywnej w szpitalach. Pierwszy tego typu zespół powstał w 1982 roku w *Henderson General Hospital* w Hamilton, w Ontario [1].

Finansowanie działalności zespołów wspierających opieki paliatywnej w „ostrych” szpitalach na świecie zależy przede wszystkim od finansowania innych form opieki paliatywnej w danym kraju, na przykład w Stanach Zjednoczonych — z ubezpieczenia zdrowotnego, a w Kanadzie — z budżetu szpitala [3].

Każdy z wyżej wymienionych zespołów wspierających zatrudnia nie tylko lekarzy i pielęgniarki, ale także: pracowników socjalnych, kapelanów, psychologów, pracownika administracji, jak również korzysta ze wsparcia wolontariuszy [1].

Na dynamiczny rozwój i upowszechnianie się zespołów wspierających opieki paliatywnej w krajach zachodnich, oprócz przesłanek ekonomicznych, wpływa nowe rozumienie i podejście do opieki paliatywnej. Zgodnie z jej nową definicją według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) [4] ma ona nie tylko łagodzić cierpienie, ale i mu zapobiegać. Ten ostatni aspekt przejawia się właśnie w działalności zespołu wspierającego, który dociera do pacjentów często na wcześniejszych etapach choroby, na przykład w okresie ustalania diagnozy [5–7]. Jednocześnie na potrzebę tworzenia i rozwoju zespołów wspierających opieki paliatywnej wskazuje konieczność zapewnienia godnych warunków osobom umierającym w „ostrych” szpitalach, również na oddziałach intensywnej opieki medycznej [8–10].

W Polsce działają obecnie dwa zespoły wspierające opieki paliatywnej — pierwszy w Szpitalu Uniwersyteckim im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy, drugi — przy Centrum Onkologii Instytutu Marii Curie-Skłodowskiej w Warszawie.

Główną przeszkodą w rozwoju tej formy opieki paliatywnej w Polsce jest brak zakontraktowania świadczonych usług zespołu wspierającego opieki paliatywnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Kosz-

ty pracy zespołu ponosi „ostry” szpital, na terenie którego działa dany zespół. Mimo przygotowania wielu projektów i innych prac mających na celu przedstawienie zasadności rozwoju tej formy opieki paliatywnej w Polsce poprzez włączenie jej do pakietu refundowanych świadczeń i procedur, nie znajdują one odzwierciedlenia w kolejno ogłaszanych konkursach ofert przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W związku z powyższą sytuacją zakończył już swoją działalność zespół wspierający opieki paliatywnej działający w latach 1992–2005 w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 2 im. H. Świącickiego w Poznaniu.

Bydgoski Zespół Wspierający Opieki Paliatywnej (BZWOP) rozpoczął swoją działalność we wrześniu 2002 roku. W początkowym okresie zatrudniano tylko pielęgniarkę. W kwietniu 2003 roku zatrudniono lekarzy specjalistów medycyny paliatywnej. Obecnie w BZWOP pracuje 4 lekarzy, którzy swoje obowiązki konsultacyjne w ramach BZWOP łączą z pracą na Oddziale Opieki Paliatywnej i w Poradni Medycyny Paliatywnej Szpitala Uniwersyteckiego. Od sierpnia 2007 roku zespół utracił etat pielęgniarski. Działalność BZWOP jest całkowicie finansowana z wewnętrznych środków Szpitala Uniwersyteckiego.

Celem przedstawionego badania była analiza działalności BZWOP w latach 2002–2006 i wykazanie na tym przykładzie potrzeby tworzenia tej formy organizacyjnej opieki paliatywnej działającej w „ostrym” szpitalu.

## Materiał i metody

Analizę przeprowadzono na podstawie dokumentacji pacjentów objętych opieką BZWOP w latach 2002–2006. Dane dotyczące działalności BZWOP w latach 2002–2004 uzyskano na podstawie 100 historii chorób. Pozostałe 103 były niepełne, stąd poza danymi dotyczącymi ogólnej liczby pacjentów oraz liczby udzielonych konsultacji nie ujęto ich w szczegółowej charakterystyce z tego okresu. W latach 2005 i 2006 tego typu braków odnotowano znacznie mniej, dlatego przeanalizowano bez wyjątku całą dokumentację wszystkich pacjentów. Z historii chorób uzyskano dane dotyczące: wieku, płci, statusu zawodowego, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, osoby opiekującej się pod kątem stopnia pokrewieństwa, rozpoznania klinicznego, dotychczasowego leczenia, przyczyny zgłoszenia, liczby wizyt BZWOP, postępowania Zespołu Wspierającego Opieki Paliatywnej, miejsca zgłoszenia i miejsca skierowania pacjenta.

## Wyniki

W latach 2002–2006 BZWOP udzielił łącznie 1441 konsultacji, z czego 807 lekarskich i 634 pielęgniarskich. W tym okresie BZWOP objął swoją opieką 475 chorych (z tego 103 chorych leczonych w latach 2002–2004 nie ujęto w dalszej analizie ze względu na znaczne braki w dokumentacji). Wyniki uzyskane z analizy dokumentacji przedstawiono w tabelach 1 i 2.

Dokonując analizy ze względu na płeć badanych, stwierdzono, że łącznie w latach 2002–2006 leczono 175 kobiet i 197 mężczyzn. Średnia wieku w latach 2002–2004 wyniosła 63,8 roku [odchylenie standardowe (SD, *standard deviation*)  $\pm 14,5$ ], w roku 2005 — 69,23 roku (SD  $\pm 14,16$ ), natomiast w roku 2006 — 64,36 roku (SD  $\pm 15,2$ ). Większość stanowili pacjenci powyżej 65. roku życia, a tylko w 3 przypadkach opieka BZWOP dotyczyła dzieci.

Z zebranych danych dotyczących miejsca zamieszkania wynika, że zdecydowanie przeważali pacjenci mieszkający w Bydgoszczy (224), następnie na wsiach (66), w miastach poniżej 50 tysięcy mieszkańców (49) lub w miastach powyżej 50 tysięcy mieszkańców (33). Większość, bo aż 194 pacjentów znajdujących się pod opieką BZWOP w latach 2002–2006, było zamężnych/żonatych, 51 — wdowców/wdów, 26 — stanu wolnego, a w 101 historiach chorób brakowało danych na temat stanu cywilnego. Najczęstszą przyczyną zgłoszenia do BZWOP był źle leczony ból (203) oraz potrzeba zorganizowania dalszej opieki dla chorego (30) (tab. 1).

Na podstawie dokumentacji medycznej dokonano analizy rozpoznań klinicznych u chorych leczonych przez BZWOP w latach 2002–2006. Najczęściej, bo u 102 chorych, występowały nowotwory w obrębie przewodu pokarmowego, u 22 — nowotwory płuc, a u 15 — nowotwory narządu rodowego. U 20 pacjentów stwierdzono rozsiałą chorobę nowotworową, a u 8 nie określono „punktu wyjścia” choroby nowotworowej. Najczęstszym poprzedzającym zgłoszenie do BZWOP leczeniem onkologicznym był zabieg operacyjny, a kierującymi chorego do zespołu wspierającego byli lekarze pracujący w klinikach chirurgicznych (tab. 1).

Spośród osób ze schorzeniami nienowotworowymi najliczniejszą grupę (13) stanowili chorzy na stwardnienie boczne zanikowe (SLA, *sclerosis lateralis amiotrofica*).

Kolejnymi danymi, które poddano analizie, były informacje dotyczące dalszej opieki po zakończeniu procedur przez BZWOP. Najwięcej chorych wypisano do domu (176). Niestety, brakowało bardziej

Tabela 1. Charakterystyka pacjentów objętych opieką sumarycznie w latach 2002–2006

Średnia wieku pacjentów (lata)	Kobiety 67,27	Mężczyźni 64,74						
Przedziały wiekowe leczonych	Do 18. rż.	19–35 lat	36–50 lat	51–65 lat	> 65. rż.			
n	3	9	43	111	206			
Status zawodowy	Uczniowie	Pracujący	Renciści	Emeryci	Bezrobotni	Brak danych		
n	4	77	118	148	5	20		
Opiekun	Żona/mąż	Inny członek rodziny	Osoba obca	Brak opieki	Brak danych			
n	177	147	3	4	41			
Płeć badanych	Kobiety	Mężczyźni						
n	175	197						
Rozpoznanie kliniczne	Choroba nowotworowa	Choroba nienowotworowa	Brak danych					
n	292	64	16					
Przyczyny zgłoszenia	Ból	Duszność	Nudności	Wymioty	Wskazania pielęgnacyjne	Wskazania socjalne		
n	203	16	9	10	21	30		
Poprzedzające leczenie onkologiczne	Chirurgiczne	Radio-terapia	Chemio-terapia	Brak danych				
n	100	23	32	100				
Jednostki kierujące SU	Kliniki chirurgiczne	Kliniki chorób wewnętrznych	Neurologia	Laryngologia	Geriatrya	Urologia	Ortopedia	Medycyna ratunkowa
n	130	70	42	34	46	17	9	9

SU — Szpital Uniwersytecki

Tabela 2. Profil pracy Bydgoskiego Zespołu Wspierającego Opieki Paliatywnej w latach 2002–2006

	2002–2004	2005	2006
<b>Chorzy bez nowotworów</b>	12 (12%)	14 (13,6%)	38 (22,4%)
<b>Przyczyny zgłoszenia</b>			
Ból	55 (55%)	59 (45,38%)	89 (52,66%)
Inne objawy	19 (19%)	12 (9,23%)	43 (25,44%)
Wskazania pielęgnacyjne	6 (6%)	1 (0,77%)	14 (8,28%)
Wskazania socjalne	20 (20%)	7 (5,38%)	3 (1,77%)
<b>Wdrożone postępowanie</b>			
Leczenie objawowe bólu	51 (51%)	56 (43,08%)	85 (50,29%)
Pozostałe leczenie objawowe	4 (4%)	6 (4,61%)	40 (23,67%)
Leczenie odleżyn	0 (0%)	1 (0,77%)	11 (6,51%)
Organizacja dalszej opieki	27 (27%)	34 (26,15%)	53 (31,36%)
Konsultacja onkologiczna	3 (3%)	1 (0,77%)	7 (4,14%)
<b>Zgony w szpitalu</b>	10 (10%)	7 (5,38%)	18 (10,65%)

szczegółowych informacji dotyczących dalszej opieki nad tymi osobami, na przykład, czy chorzy ci zostali objęci domową opieką hospicyjną. Do stacjonarnej opieki paliatywnej skierowano 103 pacjentów. W latach 2002–2006 zmarło 35 chorych (co stanowi 9,41%) objętych opieką BZWOP. Siedemnastu

chorych wyłączono z dalszej opieki paliatywnej, 10 osób przekazano do opieki długoterminowej, 11 pacjentów skierowano do innego szpitala, natomiast 4 — na inny oddział bądź do innej kliniki Szpitala Uniwersyteckiego. W 16 historiach choroby brakowało informacji na ten temat.

## Dyskusja

W przeprowadzonej analizie działalności BZWOP w latach 2002–2006 wykazano, że z każdym rokiem zwiększało się zapotrzebowanie na usługi świadczone w „ostrym” szpitalu w ramach tej formy opieki paliatywnej. Zdecydowaną większość, bo ponad 78,5% pacjentów BZWOP, stanowiły osoby chore na schorzenia onkologiczne. Przystępując do badań, spodziewano się podobnego wyniku, jednak zaskoczeniem była aż taka przewaga w stosunku do liczby pacjentów z chorobami nienowotworowymi, tym bardziej że w Bydgoszczy funkcjonuje Centrum Onkologii, w którym leczy się właśnie osoby ze schorzeniami onkologicznymi. Natomiast Szpital Uniwersytecki, w ramach którego funkcjonuje zespół wspierający opieki paliatywnej, nie ma w swojej strukturze żadnego oddziału onkologicznego dla dorosłych. Być może fakt, że tylko 17,2% grupy stanowili chorzy bez nowotworów, wiąże się z małą wiedzą na temat dostępności opieki paliatywnej, również dla takich pacjentów. Jednocześnie zwraca uwagę tendencja w kierunku wzrostu liczby chorych na schorzenia nienowotworowe kierowanych do BZWOP. Być może jest to efekt informacji, jakie przekazują pracownicy BZWOP podczas swojej codziennej pracy personelowi szpitala, a także włączenia zajęć praktycznych w ramach zespołu wspierającego dla studentów medycyny do programu ich nauczania [11–13].

W badaniach wykazano także, że najwięcej, bo 102 pacjentów, chorowało na nowotwory przewodu pokarmowego, podczas gdy tylko 22 na nowotwory płuc, a jeszcze mniej (15) — na nowotwory ginekologiczne. Profil badanych chorych nie odzwierciedla więc danych epidemiologicznych dotyczących występowania nowotworów w polskiej populacji. Najprawdopodobniej wynika to ze specyfiki funkcjonowania Szpitala Uniwersyteckiego, na terenie którego nie istnieje oddział ginekologiczny, natomiast chorzy z dolegliwościami układu oddechowego trafiają do Szpitala Chorób Płuc w Bydgoszczy.

Najczęstszą formą leczenia onkologicznego poprzedzającego zgłoszenie chorego do BZWOP był zabieg operacyjny [14]. Wiązało się to z innym profilem problemów niż w Centrach Onkologii, w których jest więcej pacjentów w trakcie i po radioterapii oraz chemioterapii, cierpiących nie tylko z powodu postępującej choroby, ale i powikłań leczenia. Wszystko to wskazuje na konieczność otwartości zespołów wspierających, które powinny umieć rozpoznać specyfikę potrzeb danego szpitala, na bazie którego istnieją [15, 16].

Najczęstszą przyczyną zgłoszeń była potrzeba leczenia objawowego, a zwłaszcza bólu (ponad po-

łowa wszystkich zgłoszeń do BZWOP). Podobnych obserwacji dokonał zespół wspierający w *King’s College Hospital* w Londynie, chociaż wskazują one na jeszcze większy odsetek (74%) zgłoszeń w celu wprowadzenia leczenia przeciwbólowego [3].

U żadnego pacjenta nie zaznaczono pomocy psychologicznej jako głównego problemu będącego przyczyną prosby o objęcie opieką zespołu. Najprawdopodobniej wiąże się to z niedostrzeganiem tych potrzeb przez zgłaszających konsultację lekarzy. Zaskakuje też tendencja spadkowa w zakresie zapotrzebowania na udzielenie pomocy socjalnej; w latach 2002–2004 u 20 zgłaszanych do opieki badanych, w 2005 roku u 7 osób, a w 2006 roku tylko u 3 wskazania socjalne były powodem zgłoszenia do objęcia opieką BZWOP. Tę tendencję można by tłumaczyć coraz lepszymi wynikami osiąganymi przez pracowników socjalnych szpitala, gdyby nie fakt, że drugim co do częstości (po leczeniu objawowym) wdrożonym postępowaniem przez BZWOP była pomoc w organizowaniu dalszej opieki po wypisaniu chorego. Zespół wspierający powinien więc albo zatrudniać własnego pracownika socjalnego, albo zapewnić sobie ścisłą współpracę z takim pracownikiem. W dostępnej literaturze brakuje sprecyzowanych procedur wykonywanych przez pracownika socjalnego w zespole wspierającym opieki paliatywnej. Określono je tylko wobec pracownika socjalnego działającego w ramach poradni opieki paliatywnej, na oddziale stacjonarnym opieki paliatywnej, na oddziale dziennym i w hospicjum domowym.

Najczęściej wdrażanym postępowaniem było leczenie objawowe, w tym przede wszystkim łagodzenie bólu (192). Konieczność zastępowania właściwego leczenia bólu jako główny powód zgłoszenia się do zespołu wspierającego świadczy o niewystarczających umiejętnościach w tym zakresie lekarzy pracujących na oddziałach „ostrych”. Szybkie wdrożenie fachowego leczenia bólu znacząco wpływa na jakość życia pacjenta, pozwala uniknąć niepotrzebnego cierpienia, a często także skrócić czas hospitalizacji [3].

Około 10% chorych, którzy zgłosili się do BZWOP, zmarło w czasie pobytu w szpitalu. Personel starał się o stworzenie warunków jak najbardziej zbliżonych do domowych, zapewniał intymność, spokój i ciszę, a swoje czynności ograniczał do niezbędnych, wykonywał je w sposób fachowy, stwarzając jednocześnie choremu poczucie bezpieczeństwa. Umożliwiano zatem czuwanie rodziny przy umierającym, unikając przy tym izolacji chorego, która często wynika z błędnego postrzegania warunków, jakie należy zapewnić umierającemu w szpitalu. Działania personelu obejmowały wdrożenie leczenia ob-

jawowego i pielęgnacji, zorganizowanie miejsca, edukację personelu danego oddziału lub kliniki, edukację rodziny, zadbanie o spełnienie życzeń chorego, o jego opiekę duchową [17, 18].

Sporadycznie lekarze BZWOP byli proszeni przez lekarzy z innych oddziałów o pomoc w podjęciu decyzji dotyczącej zaprzestania lub niewłaściwego sposobu leczenia, który był uważany za niecelowy w danej sytuacji. W Polsce jak dotąd bardzo rzadko rozmawia się na temat problemu uporczywej terapii, a „ostre” szpitale nastawione są na procedury ratowania i podtrzymywania życia za wszelką cenę. Specjaliści medycyny paliatywnej pracujący w zespole wsparcie opieki paliatywnej mogliby pomóc w powstaniu interdyscyplinarnych komisji etycznych, które zajmowałyby się takimi problemami.

## Wnioski

Analiza działania BZWOP w latach 2002–2006 wskazuje na potrzebę tworzenia szpitalnych zespołów wspierających opiekę paliatywną. Świadczy o tym stały wzrost próśb o konsultację oraz zwiększenie się liczby chorych objętych opieką paliatywną przez zespół, znaczący odsetek osób umierających w „ostrych” szpitalach, którym trzeba zapewnić godne warunki pod koniec życia, oraz potrzeba edukowania chorego, rodziny i personelu medycznego. Wskaźnikiem zapotrzebowania na konsultacje specjalistów medycyny paliatywnej w „ostrym” szpitalu jest najwyższy odsetek zgłoszeń z powodu braku właściwego leczenia bólu. Na potrzebę tworzenia zespołów wskazuje także aspekt ekonomiczny, ponieważ właściwe leczenie objawowe oraz pomoc w organizowaniu dalszej opieki nad chorym skracają często pozbawiony sensu pobyt chorego w szpitalu.

## Piśmiennictwo

1. O'Neill W.M., O'Connor P., Latimer E.J. Hospital palliative care services: three models in three countries. *J. Pain Symptom. Manage.* 1992; 7: 406–413.
2. Lassauniere J.M. A mobile palliative care team. *Eur. J. Pall. Care* 1994; 1: 130–131.
3. Adamczyk A., Krajnik M. Zespół wspierający opieki paliatywnej działający w „ostrym” szpitalu. *Magazyn Medyczny — Medycyna Paliatywna* 2004; 12: 54–57.
4. World Health Organization 2002 ([www.who.int/cancer/palliative/en/](http://www.who.int/cancer/palliative/en/)).
5. Eilershaw J.E. Assessing the effectiveness of a hospital palliative care team. *Pall. Med.* 1995; 9: 145–152.
6. Higginson I. Clinical and organizational audit in palliative care. W: Doyle D., Hanks G.W.C., MacDonald N. red. *Oxford textbook of palliative medicine*. Wyd. 2. Oxford Medical Publications, Oxford University Press 1998; 67–80.
7. Cummings I. The Interdisciplinary team. W: Doyle D., Hanks G.W.C., MacDonald N. red. *Oxford textbook of palliative medicine*. Wyd. 2. Oxford Medical Publications, Oxford University Press 1998; 19–28.
8. Doyle D. The provision of palliative care. W: Doyle D., Hanks G.W.C., MacDonald N. red. *Oxford textbook of palliative medicine*. Wyd. 2. Medical Publications, Oxford University Press 1998; 41–51.
9. Clinch J.J., Dudgeon D., Schipper H. Quality of life assessment in palliative care. W: Doyle D., Hanks G.W.C., MacDonald N. red. *Oxford textbook of palliative medicine*. Wyd. 2. Oxford Medical Publications, Oxford University Press 1998; 83–93.
10. Corr C.A. Death in modern society. W: Doyle D., Hanks G.W.C., MacDonald N. red. *Oxford textbook of palliative medicine*. Wyd. 2. Oxford Medical Publications, Oxford University Press 1998; 31–39.
11. Scott J.J.F. Palliative medicine education. W: Doyle D., Hanks G.W.C., MacDonald N. red. *Oxford textbook of palliative medicine*. Wyd. 2. Oxford Medical Publications, Oxford University Press 1998; 1169–1196.
12. Jodrell N. Nurse education. W: Doyle D., Hanks G.W.C., MacDonald N. red. *Oxford textbook of palliative medicine*. Wyd. 2. Oxford Medical Publications, Oxford University Press 1998; 1203–1207.
13. Wallwork L. Palliative care in non-malignant disease: a pragmatic response. *International Journal of Palliative Nursing* 2000; 6: 186–191.
14. McQuillan R., Forbes K. The provision of palliative care service in a teaching hospital and subsequent evaluation of that service. *Palliative Medicine* 1996; 10: 231–239.
15. Ruszniewski M., Zivkovic L. Difficulties faced by hospital palliative care teams. *European Journal Palliative Care* 1999; 6: 11–14.
16. Brazil K., Thomas D. The role of volunteers in a hospital-based palliative care service. *Journal of Palliative Care* 1995; 11: 40–42.
17. Dunne K., Sullivan K. Family experiences of palliative care in the acute hospital setting. *International Journal of Palliative Nursing* 2000; 6: 170–178.
18. Foulkes M. Hospital referrals of the terminally ill for hospice care. *European Journal of Palliative Care* 1996; 3: 65–67.