

# Dostępność opieki paliatywnej i hospicyjnej dla mieszkańców domów pomocy społecznej i placówek opieki długoterminowej — zasadność, możliwości i bariery

Availability of palliative and hospice care for patients staying in nursing homes and long-term care facilities — rationale, possibilities and barriers

## Streszczenie

Z powodu starzenia się społeczeństw i wzrostu zachorowalności na choroby przewlekłe, które mogą wiązać się z występowaniem licznych objawów, wzrasta zapotrzebowanie na opiekę paliatywną i hospicyjną. W ostatnich latach obserwowany jest znaczny rozwój takich instytucji, jednak opieka nie jest jednakowo dostępna dla wszystkich potrzebujących. W Polsce, w dążeniach do jak najszerzego dostępu do opieki paliatywnej, jeden z istotnych elementów stanowi możliwość zapewnienia opieki paliatywnej w domach pomocy społecznej i ośrodkach opieki długoterminowej. Zgodnie z aktualną definicją opieki paliatywnej Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*), uzasadnione jest ono zaleceniem wdrażania opieki paliatywnej na wcześniejszych etapach chorób przewlekłych, jak również potrzebą zapewnienia mieszkańcom i podopiecznym wymienionych placówek właściwej opieki w miejscu ich aktualnego pobytu. Aktualnie liczne bariery organizacyjne, prawne i finansowe, jak również braki w zakresie edukacji pracowników dotyczące opieki paliatywnej powodują, iż jej zapewnienie mieszkańcom domów pomocy społecznej i pacjentom jednostek opieki długoterminowej możliwe jest w ograniczonym zakresie. Przeciwdziałanie powyższym trudnościom stanowi jedno z najtrudniejszych wyzwania związanych z dalszym rozwojem i dostępnością opieki paliatywnej w Polsce.

*Medycyna Paliatywna w Praktyce 2016; 10, 3: 112–118*

**Słowa kluczowe:** opieka paliatywna, hospicjum, domy pomocy społecznej, opieka długoterminowa

## Abstract

Due to population ageing, as well as an increased morbidity regarding chronic diseases which may cause numerous symptoms, increased demand for palliative and hospice care can be observed. In spite of a significant development of these branches in recent years, access to care is not equal for all who need it.

Adres do korespondencji: Elżbieta Wesolek

TPCH „Hospicjum im. św. Łazarza”

ul. Fatimska 17, 31-831 Kraków

tel./faks: +48 12 641 46 59

e-mail: ekoala@interia.pl



Medycyna Paliatywna w Praktyce 2016; 10, 3, 112–118

Copyright © Via Medica, ISSN 1898–0678

In Poland, in efforts to guarantee wider access to palliative care, one of the most important elements is a possibility of palliative care delivery within nursing homes and long-term care facilities. According to the current recommendation of the World Health Organization palliative care is applicable early in the course of chronic illnesses, and there is a need for care provision of patients in their current place of residence. Currently, due to numerous organizational, legal and financial barriers as well as insufficient education of the staff regarding palliative care causes that its provision in nursing homes and long-term care facilities is limited. Counteracting the above mentioned barriers is one of the most difficult challenges associated with further development and access to palliative care in Poland.

*Medycyna Paliatywna w Praktyce 2016; 10, 3: 112–118*

**Key words:** Palliative care, hospice, nursing homes, long-term care

## Wstęp

Zapotrzebowanie na opiekę paliatywną i hospicyjną wzrasta z powodu starzenia się społeczeństw i obserwowanego wzrostu zachorowalności na choroby przewlekłe, które mogą powodować występowanie licznych, niekiedy trudnych do leczenia objawów [1, 2]. Według danych „Global Atlas of Palliative Care at the End of Life”, ponad 20 milionów osób na świecie będzie pod koniec życia wymagała opieki paliatywnej. Według danych niemieckich, około 3/4 populacji osób po 80 roku życia może wymagać opieki paliatywnej [3]. Ludzie starsi stanowią rosnącą grupę osób korzystających ze stacjonarnych form opieki. W Polsce na koniec 2014 roku w zakładach pomocy społecznej przebywało aż 46,3 tysięcy mieszkańców po 65 roku życia, natomiast ze stacjonarnych zakładów opieki długoterminowej — łącznie z hospicjami i oddziałami opieki paliatywnej — korzystało prawie 70 tysięcy osób po 65 roku życia i ponad 40 tysięcy osób w wieku 80 lat i więcej (stanowi to odpowiednio: ponad 75 procent i 44 procent wszystkich pacjentów tych zakładów) [4].

W ostatnich latach obserwowany jest dynamiczny rozwój opieki paliatywnej i hospicyjnej, a także medycyny paliatywnej. Kształtą się nowi specjaliści, tworzone są kolejne jednostki świadczące profesjonalną pomoc, powstają towarzystwa opieki paliatywnej. Rośnie także zainteresowanie społeczeństwa opieką sprawowaną przez hospicja. Świadomość społeczna ulega przemianie dzięki prowadzonym kampaniom

promującym ideę opieki paliatywnej, a także dzięki temu, iż coraz więcej osób — pacjentów oraz ich rodzin — korzystało z tej formy opieki. Zgodnie z danymi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) z 2014 roku, w latach 2006–2011 opieka paliatywna została wprowadzona w 21 nowych krajach [2]. Mimo tego, mieszkańcy 75 krajów (tj. 32% wszystkich krajów na świecie) nie mają dostępu do opieki paliatywnej, a w pozostałych państwach nie jest ona rozwinięta wystarczająco w stosunku do potrzeb. Według danych WHO, Polska na tle innych państw plasuje się wysoko, jeżeli chodzi o poziom rozwoju opieki paliatywnej i etap integracji z systemem opieki zdrowotnej; znajduje się w grupie takich krajów, jak Australia, Kanada, Wielka Brytania, Irlandia czy Niemcy. Jednakże zgodnie z rankingiem The Economist Intelligence Unit, biorącym pod uwagę podobne uwarunkowania, Polska na tle innych krajów w Europie znajduje się na miejscu szesnastym, a w świecie na dwudziestym szóstym [5].

Pomimo tego, że liczba ośrodków sprawujących opiekę paliatywną i hospicyjną w naszym kraju w ostatnich latach istotnie wzrosła (tab. 1), dostęp do opieki paliatywnej nie zawsze jest łatwy dla potrzebujących. W niektórych jednostkach terytorialnych Polski nie funkcjonują specjalistyczne ośrodki, które świadczyłyby opiekę paliatywną czy hospicyjną, domową lub stacjonarną [9]. Również w powiatach, w których działają hospicja domowe i oddziały medycyny paliatywnej, trudny do rozwiązania problem stanowią kolejki pacjentów oczekujących na objęcie opieką.

**Tabela 1. Liczba jednostek opieki paliatywnej w Polsce**

Jednostki opieki paliatywno-hospicyjnej dla dorosłych w Polsce	Hospicjum domowe	Hospicjum stacjonarne/ /oddział stacjonarny	Poradnia medycyny paliatywnej
Rok 2007*	284	132	154
Rok 2016**	419	151	157

\*za: [6, 7]

\*\*na podstawie spisu hospicjów i zakładów opieki paliatywnej, przygotowanego przez Forum Hospicjów Polskich i Ośrodek Hospicjum Domowe w Warszawie, na dzień 1.07.2013 r., z bieżącymi aktualizacjami [8]

W związku z tą sytuacją oraz ciągle wzrastającymi potrzebami coraz większego znaczenia nabiera poszukiwanie sposobów na ułatwienie chorym dostępu do opieki paliatywnej i hospicyjnej.

### Mieszkańcy domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych i zakładów pielęgniarско-opiekuńczych potencjalnymi beneficjentami opieki paliatywnej i hospicyjnej

Od wczesnych lat 80. medycyna paliatywna rozwijała się głównie jako pomoc dla chorych na nowotwory, mimo że liczne i niekiedy trudne do leczenia objawy, które mogą znacznie pogarszać jakość życia pacjentów, występują często także w przebiegu wielu innych chorób przewlekłych. Należą do nich choroby serca, płuc, HIV/AIDS i cukrzyca, które oprócz nowotworów stanowią najczęstsze przyczyny zgonów [2], a także szereg innych schorzeń, takich jak niewydolność nerek, choroby degeneracyjne układu nerwowego, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, zespoły otępienne o różnym podłożu, reumatoidalne zapalenie stawów i inne. Pacjenci z powyższymi rozpoznaniem mają podobne potrzeby do chorych na nowotwory, stąd mogą odnieść istotne korzyści z objęcia opieką paliatywną. Zgodnie z aktualną definicją opieki paliatywnej, sformułowaną przez WHO [10], opiekę należy wdrażać na wcześniejszych etapach rozwoju choroby, często w trakcie prowadzenia leczenia przyczynowego. Udowodniono, iż wcześnie wdrożona opieka paliatywna poprawia jakość życia chorych, zmniejsza ryzyko wystąpienia lub nasilenie objawów depresji, a także wydłuża czas przeżycia pacjentów, w porównaniu do standardowej opieki onkologicznej [11, 12]. Zatem dostęp do opieki paliatywnej powinien być możliwy przynajmniej w formie konsultacji specjalistycznych (poradnie medycyny paliatywnej). Ponadto, opieka paliatywna powinna być wdrażana, kiedy zachodzi taka potrzeba, a nie w zależności od rozpoznania czy etapu rozwoju choroby. Miejsce sprawowania opieki paliatywnej nie powinno być ograniczone do hospicjów domowych i oddziałów medycyny paliatywnej, lecz także obejmować różne jednostki, w których przebywają i leczeni są chorzy [13].

Zagadnienia dotyczące możliwej integracji medycyny paliatywnej z innymi specjalnościami, na przykład kardiologią, nefrologią, są coraz częściej podejmowane w literaturze i praktyce klinicznej [14, 15]. Tak więc, oprócz specjalistycznych jednostek opieki paliatywnej, realizację zasady jak najszerszego dostępu mogą wspierać jednostki innych dziedzin medycyny,

jeżeli wdrożą zasady opieki paliatywnej u leczonych przez siebie chorych.

Jak zasygnalizowano, znaczna część chorych, którzy mogą odnieść korzyść z objęcia opieką paliatywną, przebywa w placówkach zapewniających opiekę osobom niepełnosprawnym, chorym przewlekle i osobom starszym [4], przy czym na całym świecie ośrodki te stają się ostatnim miejscem życia dla coraz większej liczby osób [16]. W Polsce tego typu placówki, zapewniające pomoc w zakresie opieki długoterminowej, geriatricznej i opiece pod koniec życia, to — poza hospicjami — głównie domy pomocy społecznej (DPS), zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO) (ryc. 1).

W związku z ograniczonym dostępem do ośrodków opieki paliatywnej i hospicyjnej uzasadnione jest pytanie o możliwość świadczenia opieki paliatywnej wewnątrz DPS, ZOL i ZPO. Jest to bardzo ważna kwestia, ponieważ wiąże się z możliwością otoczenia adekwatną opieką potrzebujących mieszkańców oraz podopiecznych tych ośrodków w miejscu ich aktualnego pobytu. Wdrażanie i praktykowanie działań w ramach medycyny paliatywnej i hospicyjnej w tego typu placówkach mogłoby istotnie poprawić komfort życia i zwiększyć satysfakcję z opieki. Jeżeli chodzi o opiekę nad osobami pod koniec życia, to bezpośredni dostęp do opieki paliatywnej i hospicyjnej mógłby ograniczyć liczbę chorych umierających przekazywanych do innych ośrodków. Można przypuszczać, iż umierający chorzy bezpieczniej czują się w „swoich” placówkach, a więzi, które wcześniej wywiązały się pomiędzy mieszkańcem/podopiecznym a personelem, mogą istotnie przyczynić się do bardziej spersonalizowanej opieki [20].

### Czy opieka paliatywna jest możliwa w zakładach opieki długoterminowej?

Aktualnie w Polsce możliwość koegzystencji opieki paliatywnej z opieką długoterminową jest problematyczną kwestią. Jak wspomniano wcześniej, zakres różnych form opieki medycznej, na przykład geriatricznej, długoterminowej oraz paliatywnej, w rzeczywistości wzajemnie przenika się. Mimo tego, dotychczasowe działania Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) utrwały w polskiej opiece zdrowotnej rozdzielność ich definicji. Instytucje ZOL i ZPO to jednostki, których celem funkcjonowania jest uzupełnianie opieki szpitalnej, przy czym z punktu widzenia formalnego brak możliwości wdrożenia opieki paliatywnej u chorych przebywających w ZOL i ZPO, którzy takiej opieki wymagają, z powodu zakazu podwójnego finansowania świadczeń w ramach NFZ. Jednakże warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu pielęgnacyjnych

**DOMY POMOCY SPOŁECZNEJ (DPS)**

- DLA KOGO: dla osób wymagających całodobowej opieki z powodu wieku, niepełnosprawności lub ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia (przy braku możliwości zapewnienia tej opieki w domu)
  - TYPY:
    - dla osób w podeszłym wieku
    - dla osób przewlekle somatycznie chorych
    - dla osób przewlekle psychicznie chorych
    - dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie
    - dla osób niepełnosprawnych fizycznie
    - inne
  - ŹRÓDŁO FINANSOWANIA: środki samorządowe plus środki pobierane od mieszkańców lub wyłącznie środki pobierane od mieszkańców
- W 2013 r. w Polsce funkcjonowało 580 domów prowadzonych przez samorządy terytorialne (źródło: [17]).**

**ODZIAŁY STACJONARNE OPIEKI PALIATYWNEJ**

- DLA KOGO: dla osób wymagających całonocnej opieki w warunkach stacjonarnych, ze względu na chorobę przewlekłą bez szansy na wyleczenie oraz narastające dolegliwości (również celem odciążenia rodziny)
  - TYPY:
    - **hospicja stacjonarne**
    - **oddziały medycyny paliatywnej**
  - ŹRÓDŁO FINANSOWANIA: środki z Narodowego Funduszu Zdrowia i/lub środki własne
- Na początku 2016 r. w Polsce funkcjonowało 151 stacjonarnych ośrodków opieki hospicyjno-paliatywnej (źródło: [8]).**

**JEDNOSTKI STACJONARNEJ OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ**

- DLA KOGO: dla osób przewlekle chorych o niskiej sprawności, niewymagających leczenia szpitalnego (celem zwiększenia sprawności i samodzielności)
  - TYPY:
    - **zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL)**
    - **zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO)**
 profile
    - ogólny
    - psychiatryczny
    - dla chorych w stanie wegetatywnym
    - inne
  - ŹRÓDŁO FINANSOWANIA: środki z Narodowego Funduszu Zdrowia plus środki pobierane od pacjentów lub wyłącznie środki pobierane od pacjentów
- W 2014 roku funkcjonowały w Polsce łącznie 543 zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze (źródło: [19]).**

**Rycina 1.** Możliwości opieki stacjonarnej w Polsce dla osób chorujących przewlekle, starszych i umierających (opracowano na podstawie [4, 8, 17–19])

i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej określają również wymagania odnośnie personelu medycznego [21]. Skład zespołu, który tworzą lekarze, pielęgniarki, rehabilitanci, psychologowie, terapeuci zajęciowi i dietetycy, jest podobny do zespołu interdyscyplinarnego opieki paliatywnej, który może prowadzić ocenę i monitorować leczenie objawów, jak również zaspokajać indywidualne potrzeby podopiecznych.

Pomimo iż praca jednostek opieki długoterminowej zasadniczo ukierunkowana jest na inne cele (zwiększenie sprawności i samodzielności pacjenta), personel może poszerzać wiedzę i umiejętności z zakresu opieki paliatywnej (na przykład poprzez uczestnictwo w kursach doskonalących), a także wdrażać opiekę paliatywną, kiedy zaistnieje taka potrzeba. Do pomocy w opiece można również włączyć wolontariuszy.

## Dostęp do opieki paliatywnej i hospicyjnej w domach pomocy społecznej

Ponieważ funkcjonowanie DPS finansowane jest ze środków samorządowych, a nie NFZ, w placówkach tych opieka paliatywna może być świadczona w sposób sformalizowany, na przykład przez zespół hospicjum domowego. Na tym polu istnieją jednak inne trudności. Mieszkaniec, który wymaga specjalistycznej opieki paliatywnej, nie zawsze zostaje zakwalifikowany ze względu na fakt, iż NFZ zawęża dostęp do opieki paliatywnej do ograniczonej liczby chorób, wśród których brak wielu schorzeń powszechnie występujących u mieszkańców DPS, takich jak zespoły o tępej czy niewydolność serca [22].

Jeżeli chodzi o trudności związane z zapewnieniem opieki paliatywnej przez personel DPS, główny problem stanowi prawdopodobnie niedostatecznie rozwinięty model pracy zespołowej. W wielu DPS przepływ informacji wśród personelu, dotyczących sytuacji mieszkańców, jest niepełny lub nie odbywa się na bieżąco. Dokumenty mieszkańców nie są przechowywane w jednym miejscu, na przykład osobno prowadzona jest dokumentacja pielęgniarska, pracownika socjalnego i opiekunów medycznych. Dostęp do pomocy pielęgniarskiej jest utrudniony, a opieka lekarska ma charakter doraźny. Z kolei opieka pielęgniarska świadczona jest najczęściej przez firmy zewnętrzne i nie zawsze jest kontynuowana przez całą dobę. Trzon opieki stanowią opiekunowie medyczni, co stanowi poważny problem w związku z regulacjami prawnymi. Opiekunowie nie mają przeszkolenia w zakresie farmakoterapii i nie są uprawnieni do wykonywania szeregu procedur medycznych związanych ze stosowaniem leków, stąd — pomimo troskliwego i profesjonalnego podejścia — nie zawsze mogą reagować w sposób właściwy na rzeczywiste potrzeby chorych [23].

## Podejście do kwestii końca życia

W analizie problemów związanych z możliwością wprowadzania opieki paliatywnej nad osobami umierającymi w ośrodkach opieki długoterminowej i w DPS nasuwa się kwestia rozumienia i akceptacji naturalnej śmierci. Należy zauważyć, iż chorzy przebywający w hospicjum i w oddziałach opieki paliatywnej stanowią najczęściej grupę pacjentów w daleko zaawansowanym okresie choroby. Dla pracowników tych jednostek fakt, iż pacjent w niedługim czasie od przyjęcia do placówki odejdzie, jest zazwyczaj akceptowany. Wszelkie działania ukierunkowane są najczęściej na towarzyszenie umierającemu, a śmierć zwykle przyjmowana jest ze spokojem.

Chociaż umieranie i śmierć także są obecne w ZOL, ZPO i w innych placówkach opieki długoterminowej, jak również w DPS, sytuacja zwykle wygląda inaczej. Śmierć nie zawsze jest spodziewana i nie zawsze występuje dążenie do poznania woli mieszkańców dotyczących sytuacji ostatecznych. Istnieje też przeważnie większy problem z akceptacją śmierci. Brak odpowiedniej wiedzy wśród członków personelu, jak również strach przed śmiercią i uleganie naciskom rodziny, która często działa pod wpływem niewiedzy i niepokoju, powodują, iż część mieszkańców wysyłana jest do szpitala w ostatnich dniach czy godzinach życia. Lekarze niechętnie decydują o niepodjęciu resuscytacji krążeniowo-oddechowej z wyprzedzeniem. Natomiast w chwili ustania czynności życiowych decyzja o zaniechaniu resuscytacji krążeniowo-oddechowej, która jest trudna nawet dla doświadczonych lekarzy, często przerasta personel obecny przy umieraniu, a pracownicy mogą odczuwać strach przed popełnieniem błędu. Niewątpliwie, personel tych placówek może w większym stopniu niż pracownicy hospicjum czy szpitali być obciążony kwestiami dotyczącymi rozpoznania okresu umierania i podejmowaniem decyzji.

## Eliminowanie barier

Możliwość zapewnienia opieki paliatywnej na podstawowym poziomie chorym przebywającym w placówkach opiekuńczych i pomocowych innych niż hospicja i specjalistyczne oddziały może przynieść wiele korzyści, zarówno chorym, jak i systemowi opieki zdrowotnej. Wobec opisanych wyżej trudności w praktycznym zastosowaniu takiego podejścia należy zastanowić się, jakie działania mogłyby sprzyjać ich pokonywaniu. Oczywiście jest, że wszystkich rozwiązań systemowych, prawnych czy finansowych często nie można w krótkim czasie usprawnić. Ponadto, wiele dylematów może nie doczekać się jednoznacznego rozstrzygnięcia. Niemniej, odpowiednia polityka na poziomie ogólnokrajowym odgrywa istotną rolę, gdyż bez niej niemożliwe są działania na niższych szczeblach [2].

Istnieje potrzeba propagowania rzetelnej wiedzy o celach i założeniach opieki paliatywnej, która jest młoda dziedziną w systemach opieki zdrowotnej. Ważnym celem jest aktywność edukacyjna ukierunkowana na zwiększenie kompetencji personelu placówek medycznych i opiekuńczych, co pozwala pracownikom na lepsze rozumienie potrzeb podopiecznych i bardziej efektywne wykorzystanie dostępnych możliwości [15, 24]. Zapoznanie z zasadami planowania opieki z wyprzedzeniem (ACP, *advanced care planning*), a także z wytycznymi decyzji przy końcu życia

może skutkować — w sytuacji obcowania ze śmiercią — większą akceptacją i zmniejszeniem poczucia bezradności [25–27]. Przykładem takiej aktywności są prowadzone w niektórych krajach specjalne programy szkoleniowe, które głównie dotyczą leczenia i monitorowania objawów, jak również rozpoznawania procesu umierania [28, 29].

W ostatnim czasie w Polsce i w pięciu innych krajach europejskich (Belgia, Finlandia, Norwegia, Wielka Brytania i Włochy) wdrożono nowatorski program edukacyjny dla personelu placówek opiekuńczych, będący elementem większego programu badawczego PACE (*Comparing the effectiveness of Palliative Care for Elderly people in long-term care facilities in Europe*), prowadzonego między innymi w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego [30, 31], którego wstępne wyniki zostaną przedstawione w 2017 roku. Personel placówek opieki długoterminowej i DPS może uczestniczyć także w innych szkoleniach poszerzających wiedzę i umiejętności z zakresu medycyny i opieki paliatywnej.

## Podsumowanie

W artykule przedstawiono argumenty przemawiające za korzyściami wynikającymi z zapewnienia opieki paliatywnej w DPS i w ośrodkach opieki długoterminowej, co zwiększyłoby dostępność opieki dla chorych. Poszukiwanie sposobów rozwiązywania trudności w dostępie do opieki stanowi jedno z najtrudniejszych wyzwań związanych z rozwojem opieki paliatywnej w Polsce.

W aktualnej sytuacji, gdy koncepcja systemu opieki zdrowotnej nie jest przejrzysta, a środki finansowe, które można przeznaczyć na zdrowie i opiekę społeczną, są bardzo ograniczone, należy wykorzystać wszelkie możliwe płaszczyzny współpracy miejskich i gminnych ośrodków pomocy społecznej, jednostek opieki paliatywnej, ośrodków geriatry i opieki długoterminowej. Tam natomiast, gdzie współpraca ta jest utrudniona, zawsze możliwe jest wzbudzenie wrażliwości na potrzeby drugiego człowieka. W takim rozumieniu ideę opieki paliatywnej i hospicyjnej można realizować w każdych warunkach.

## Podziękowania

Serdecznie dziękuję Pani dr hab. n. med. K. Szczerbińskiej, Pani dr J. Stokłosej, Panu dr. n. med. T. Grądałskiemu, Pani mgr K. Kochan i Pani mgr A. Białoń-Janusz za możliwość konsultacji wybranych zagadnień.

## Piśmiennictwo

1. Główny Urząd Statystyczny. Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata: 2014–2050 [pobrano: 19.04.2016]. Dostępne na: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/sytuacja-demograficzna-osob-starszych-i-konsekwencje-starzenia-sie-ludnoscipolski-w-swietle-prognozy-na-lata-2014-2050,18,1.html>.
2. World Health Organization. Global Atlas of palliative Care at the End of Life. London: Worldwide hospice palliative care alliance; 2014.
3. Scholten N., Günther A.L., Pfaff H., Karbach U. The size of the population potentially in need of palliative care in Germany – an estimation based on death registration data. *BMC Palliative Care* 2016; 15: 29.
4. Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy GUS. Ludność w wielu 60 lat i więcej (struktura według płci i wieku, trwania życia, umieralność, prognoza [pobrano 30.03.2016]. Dostępne na: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc-w-wieku-60-struktura-demograficzna-i-zdrowie,24,1.html>.
5. Economist Intelligence Unit. The 2015 Quality of Death Index. Ranking palliative care across the world. Londyn, Nowy Jork, Hongkong, Genewa: The Economist Newspaper 2015. [cytowano 14.06.2016]. Dostępne na: <https://www.eiuperspectives.economist.com/healthcare/2015-quality-death-index>.
6. Buss T., Lichodziejewska-Niemierko M. Opieka paliatywna w Polsce — od idei do praktyki (także lekarza rodzinnego). *Forum Med Rodz.* 2008; 2: 2775–2855.
7. Sprawozdanie Konsultanta Krajowego z dziedziny medycyny paliatywnej za rok 2007. Za: T. Buss, M. Lichodziejewska-Niemierko. Opieka paliatywna w Polsce — od idei do praktyki (także lekarza rodzinnego). *Forum Med. Rodz.* 2008; 2: 2785–2795.
8. Forum Hospicjów Polskich. Spis Hospicjów i Zakładów Opieki Paliatywnej publicznych i niepublicznych, przygotowany na dzień 1.07.2013 z bieżącymi aktualizacjami. Warszawa: Ośrodek Hospicjum Domowe Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zgromadzenia Księży Marianów [pobrano 9.02.2016]. Dostępne na: <http://www.hospicjum-domowe.waw.pl/adresy>.
9. Kurczewska U., Jasińska M., Orszulak-Michalak D. Opieka paliatywna w Polsce — wybrane zagadnienia. Część I. Założenia, organizacja i funkcjonowanie opieki paliatywnej. *Opieka farmaceutyczna* 2010; 66: 935–1005.
10. World Health Organization. Genewa: World Health Organization. c2016 [aktualizacja 12.06.2016, cytowano 12.06.2016]. Dostępne na: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
11. Dahlin C. Early palliative care in lung cancer: improving quality of life and increasing survival. *Int. J. Palliat. Nurs.* 2010; 16: 420S–423S.
12. Temel J.S., Greer J.A., Muzihansky A. i wsp. Early palliative care in patients with metastatic non-small cell lung cancer. *N Engl J Med.* 2010; 363: 733–742.
13. Gulland A. French parliament passes law to allow sedation at end of life. *BMJ* 2016; 352: 576S.
14. Lichodziejewska-Niemierko M. Integracja opieki paliatywnej z innymi specjalnościami medycznymi – opinie nefrologów. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2008; 2: 131S–136S. Przedruk z: Lichodziejewska-Niemierko M. Integration of palliative care with other medical specialties – opinions of nephrologists. *Advances in Palliative Medicine* 2008; 7: 137S–142S.

15. Sobański P. Czy chory z zaawansowaną niewydolnością serca zasługuje na opiekę paliatywną? *Med. Pal. Prakt.* 2008; 2: 104S–107S.
16. Monroe T.B., Carter M.A. Hospice care in US nursing homes: benefits and barriers. *Eur. J. Palliative Care* 2010; 17: 144S–149S.
17. Grabusińska Z. Domy pomocy społecznej w Polsce. Starega-Piasek J. (red.). Warszawa: Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich; 2013 [pobrano 6.04.2016]. Dostępne na: [https://irss.pl/wp-content/uploads/2013/12/domy\\_pomocy\\_spo%C5%82ecznej\\_w\\_polsce.pdf](https://irss.pl/wp-content/uploads/2013/12/domy_pomocy_spo%C5%82ecznej_w_polsce.pdf).
18. Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum im. św. Łazarza”. Opieka długoterminowa oraz paliatywna i hospicyjna. Informator. Kraków: TPCH „Hospicjum im. św. Łazarza”; 2009.
19. Główny Urząd Statystyczny. Warszawa: GUS; c1995–2016 [cytowano 19.04.2016]. Ciekawostki; [1 paragraf]. Dostępne na: <http://swaid.stat.gov.pl/SitePages/DBW/ZdrowieOchronaZdrowia.aspx>
20. National Institute of Aging. Bethesda: U.S. Department of Health Service [pobrano 05.2016]. Finding Care at the End of Life; [około 5 stron]. Dostępne na: <https://www.nia.nih.gov/health/publication/end-life-helping-comfort-and-care/finding-care-end-life>.
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach świadczeń opieki długoterminowej, na podstawie art. 31d Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).
22. Załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. (poz. 1347).
23. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych. Uchwała Nr 136/VI/2013 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 4 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia katalogu czynności wykonywanych przez opiekuna medycznego u osoby chorej i niesamodzielnej na zlecenie i pod nadzorem pielęgniarki. Środa Wielkopolska: Portal Pielęgniarek i Położnych; 2014 [cytowano 16.03.2016]. Dostępne na: <http://www.pielęgniarki.info.pl/article/view/id/4656>.
24. Van Riesenbeck I., Boerner K., Baroah A., Burack O.R. Preparedness for Resident Death in Long-Term Care: The Experience of Front-Line Staff. *J. Pain and Symptom Manage.* 2014; 47: 9S–16S.
25. Vandervoort A., Houttekier D., Van den Block L. i wsp. Advance Care Planning and Physicians Orders in Nursing Home Residents With Dementia: A Nationwide Retrospective Study Among Professional Caregivers and Relatives. *J. Pain and Symptom Manage.* 2014; 47: 245S–256S.
26. Monsieurs K., Nolan J.P., Bossaert L.L. i wsp. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 1. Executive summary. *Resuscitation.* 2015 paź [pobrano: 2.04.2016]; 95: 1–80. Dostępne na: [http://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(15\)00350-0/pdf](http://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(15)00350-0/pdf).
27. Monsieurs K., Nolan J., Andres J. i wsp. Podsumowanie kluczowych zmian w Wytycznych resuscytacji 2015 ERC. Kraków: Polska Rada resuscytacji [pobrano 23.03.2016]. Dostępne na: <http://www.prc.krakow.pl/wyt2015/Podsumowanie.pdf>.
28. Ashton S., McClelland B., Roe B., Mazhindu D., Gandy R. An end-of-life care initiative for people with dementia. *Eur. J. Palliative Care* 2009; 16: 240S–243S.
29. O’Hara T. Nurses’ views on using the Liverpool Care Pathway in an acute hospital setting. *Int. J. Palliative Nursing* 2001; 17: 239S–244S.
30. Van den Block L., Smets T., van Dop N. i wsp. Comparing Palliative Care in Care Homes Across Europe (PACE): Protocol of a Cross-sectional Study of Deceased Residents in 6 EU Countries. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* [Internet]. 2016 [pobrano 2.06.2016]; 17: 566.e1-566.e7. Dostępne na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27161314>.
31. Strona internetowa projektu PACE — wersja polska. Kraków: Projekt finansowany z 7. Programu Ramowego Unii Europejskiej FP7-HEALTH-2013-INNOVATION-1 (umowa grantowa nr 603111). Praca naukowa finansowana ze środków finansowych na naukę w latach 2014–2019 przyznanych na realizację projektu międzynarodowego współfinansowanego (decyzja Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego NR3202/7. PR/2014/2 z dnia 25 listopada 2014 r.). c2016 [cytowano 4.06.2016]. Znaczenie projektu; [1 strona]. Dostępne na: [http://www.epi.cm-uj.krakow.pl/eupace\\_pl/](http://www.epi.cm-uj.krakow.pl/eupace_pl/).