

Wojciech Leppert^{1,2} , Tomasz Grądalski³, Aleksandra Kotlińska-Lemieszek^{2,4}, Izabela Kaptacz^{5,6}, Anna Białoń-Janusz³, Leszek Pawłowski⁷

¹Department of Palliative Medicine, Institute of Medical Sciences, *Collegium Medicum*, University of Zielona Góra

²University Hospital of Heliodor Świącicki, Partner of Poznań University of Medical Sciences

³“St Lazarus Hospice” of the Society of Friends of the Sick In Kraków

⁴Department of Palliative Medicine, Poznań University of Medical Sciences

⁵Department of Palliative Medicine and Care, Medical University of Silesia in Katowice

⁶Hospice Care Association of Częstochowa, Palliative Care Department in Częstochowa

⁷Department of Palliative Medicine, Medical University of Gdańsk

Organizational standards for specialist palliative care for adult patients: Recommendations of the Expert Group of National Consultants in Palliative Medicine and Palliative Care Nursing

Abstract

Introduction: The study aimed to develop organizational standards for specialist palliative care for adult patients (OSSPCAP) in Poland.

Methods: The National Consultants in Palliative Medicine and Palliative Care Nursing appointed an Expert Group consisting of three physicians — independent researchers, two nurses and a lawyer to develop the OSSPCAP. The work was done in three stages. 1. Literature analysis (Scopus and PubMed databases) and legislation on palliative care. 2. Questionnaire development using Google Forms and survey of 120 respondents in two rounds using the Delphi method. 3. Analysis of the results by the Expert Group during remote meetings and determination of the final version of the OSSPCAP.

Results: The response rate in the first round of the survey was 71 (59.17%) and in the second 56 (46.67%). The first round yielded 73 positive responses (at least 70% criterion) to 97 questions; the second round yielded 21 positive responses to 31 questions. For the remaining ten questions, the Expert Group members discussed the results obtained with at least 50% criterion of positive responses. The results of both rounds were analyzed, and the final version of the document was accepted by all members of the Expert Group.

Conclusions: Palliative care was divided into two types (levels): palliative care elements (palliative care approach) and specialist palliative care. In the latter home, inpatient and outpatient care was distinguished with ensuring public funding for all their organizational units by the State, including the integration into the guaranteed benefits. Requirements and procedures for all organizational units of specialist palliative care were depicted. Three specialist inpatient palliative care referral levels were offered taking into account complexity of services for patients, under- and postgraduate education. Principles of qualifying patients for palliative care, the development of research and education in palliative medicine and palliative care nursing were presented.

Palliat Med Pract 2022; 16, 1: 7–26

Key words: organization, palliative care, palliative care nursing, palliative medicine, standards

Address for correspondence:

Wojciech Leppert

University Hospital of Heliodor Świącicki, Partner of Poznań University of Medical Sciences, Osiedle Rusa 55, 61–245 Poznań
tel.: 61 8738 303, e-mail: wojciechleppert@wp.pl



Palliative Medicine in Practice 2022; 16, 1, 7–26

Copyright © Via Medica, ISSN 2545–0425, e-ISSN: 2545–1359

DOI: 10.5603/PMPI.2021.0035

This article is available in open access under Creative Common Attribution-Non-Commercial-No Derivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0) license, allowing to download articles and share them with others as long as they credit the authors and the publisher, but without permission to change them in any way or use them commercially.

A. General

A.1. Objectives of the standards

The ageing of the Polish population, increasing morbidity and improving treatment effectiveness of many chronic diseases, including malignant tumors, result in a significant increase in the number of people with serious conditions causing intense suffering who require palliative care. The objectives of the organizational standards for palliative care for adult patients include:

- Increasing the availability of palliative care for patients and families.
- Improving the quality and ensuring optimal funding of palliative care.
- Improving undergraduate and postgraduate education in palliative medicine and palliative care in the medical professions, educating other professionals and the public about palliative care.
- Research development in palliative medicine and palliative care nursing.
- Determining the direction of palliative care development.

A.2. Terminology

1. Palliative medicine specialist — a doctor specializing in palliative medicine [1].
2. Palliative medicine specialist in training — a doctor undergoing specialized training in palliative medicine [1].
3. Palliative care nursing specialist — a nurse with a specialist degree in palliative care nursing [2].
4. Nurse in specialist training — a nurse undergoing specialized training in palliative care nursing [2].
5. Palliative care nurse — a nurse who has completed a qualification course in palliative care nursing or a specialist course in primary palliative care [2].
6. Physiotherapist — a person who meets the criteria set out in the Act on Profession of Physiotherapist [3].
7. Psychologist — a person who meets the criteria set out in the Act on Profession of Psychologist and Professional Association of Psychologists [4].

8. Family — individuals who are not part of the palliative care team but are involved in patient care due to family relationships or previously formed relationships including family caregivers [5].
9. PHC — primary health care [6].
10. NRS — numerical rating scale of pain intensity, other symptoms and suffering (0–10): 0 — no pain, no other symptom, no suffering, 10 — most severe pain, most severe intensity of another symptom, most severe suffering [7, 8].
11. ESAS — Edmonton Symptom Assessment System, a questionnaire used to rate symptoms [9].
12. NYHA — New York Heart Association, a heart failure rating scale [10].
13. Medical entity — as defined in the Act on Medical Activity [11].
14. Organizational unit — a part of a medical facility performing a specific medical activity [11].

A.3. Definitions

Palliative care — active, holistic care of individuals across of all ages with serious suffering [12] due to health status¹ and severe illness² [13], and especially of those near the end of life. It aims to improve the quality of life of patients, their families and caregivers [14].

Palliative care:

1. Includes prevention, early identification, comprehensive assessment and management of physical issues including pain and other distressing symptoms, psychological distress, spiritual distress and social needs. Whenever possible, these interventions must be evidence based.
2. Provides support to helps patients live as fully as possible until death by facilitating effective communication, helping them and their families determine goals of care.
3. Is applicable throughout the course of an illness, according to the patient's needs.
4. Is provided in conjunction with disease modifying therapies whenever needed and may positively influence the course of illness.

¹ Suffering related to health status and severe illness — the physical, psychological, social and spiritual suffering of a patient caused by an illness or injury that cannot be relieved without professional medical intervention. Twenty health conditions that most commonly result either in death or in suffering that is severe enough to require a palliative care intervention for people of any age: atherosclerosis, cerebrovascular disease, chronic ischemic heart diseases, congenital malformations, degeneration of the CNS, dementia, diseases of the liver, hemorrhagic fevers, HIV disease, inflammatory disease of the CNS, injury, poisoning, and external causes, leukemia, lung diseases, malignant neoplasms (cancers), musculoskeletal disorders, non-ischemic heart diseases, premature birth and birth trauma, protein-energy malnutrition, renal failure and tuberculosis.

The most common and severe symptoms or types of suffering generated by these health conditions: physical suffering: moderate or severe pain, mild pain, weakness, fatigue, shortness of breath, nausea and vomiting, constipation, diarrhea, dry mouth, itching, wounds and bleeding; psychological suffering: anxiety and worry, depressed mood, delirium or confusion and dementia referring to disorientation, agitation or memory loss [15].

² Severe illness — any acute or chronic illness and/or health condition that carries a high risk of mortality, negatively impacts quality of life and daily function and/or is burdensome in symptoms, treatments, or caregiver stress [15].

5. Intends neither to hasten nor postpone death, affirms life, and recognizes dying as a natural process.
6. Provides support to the family and caregivers during the patient's illness, and in their own bereavement.
7. Is delivered recognizing and respecting the cultural values and beliefs of the patient and the family.
8. Is applicable throughout all health care settings (place of residence and institutions) and in all levels (primary to tertiary).
9. Can be provided by professionals with basic palliative care training.
10. Requires specialist palliative care with a multiprofessional team for referral of complex cases.
11. Allows reducing the cost of treatment for patients [16].

Hospice care — holistic care provided by multiprofessional teams that focuses on patients near the end of life for whom causal and disease-modifying treatment options have been exhausted, which emphasizes the spiritual dimension of the patient's life [17].

Supportive care — provides quality of life improvement for patients diagnosed with a serious or life-threatening illness. The goal of supportive care is to prevent or treat symptoms of illness, treatment-induced side effects and support for psychological, social and spiritual problems related to illness or treatment as early as possible [18]. Palliative care can be described as supportive care to seek greater acceptance of the concept and reduce negative associations among patients and families [19].

Palliative medicine — a branch of medicine that deals with the investigation, diagnosis and treatment of patients with serious illness, with the primary aim of improving their quality of life. Palliative medicine is a medical specialty focused on holistic care, symptomatic treatment and addressing the needs of patients and families, including during bereavement, and research [20].

Palliative care nursing — a branch of nursing that deals with the assessment of nursing needs and problems, including planning and provision of care, independent provision of preventive, diagnostic, therapeutic and rehabilitative services within a defined range, carrying out medical orders, health education and health promotion in patients with acute and chronic diseases with potentially life-limiting conditions, aiming at the alleviation of suffering and the provision of an optimal quality of life for patients and their families and research [21].

Palliative care in Poland originated from hospice care, which was initially provided on a voluntary basis. Based on the noble principles of the hospice movement, palliative care of the highest quality should

be provided to patients and families within palliative care elements (palliative care approach) and specialist palliative care.

A.4. Basic requirements for palliative care

- Ensuring access to palliative care elements (palliative care approach) and specialist palliative care for all patients and their families requiring palliative care.
- Ensuring continuity of palliative care, a place of care of patient choice, advance care planning and staff education [22, 23].
- Implementing into clinical practice an early palliative care integrated with other medical and nursing disciplines, especially those whose staff frequently care for patients requiring palliative care [24].
- Ensuring public funding for palliative care by the State and including the integration into the guaranteed benefits of all specialist palliative care services of home palliative care (home palliative care team), inpatient palliative care (palliative medicine unit, out of hospital palliative medicine unit and hospital palliative care supportive team) and outpatient palliative care (palliative medicine outpatient clinic and palliative day care center) [25].

A.5. Introduction

Poland holds 7th position in terms of the development of specialized palliative care in Europe [26], although the results of an audit carried out by the Supreme Audit Office have revealed numerous problems of medical entities providing services in this field and a lack of adequate access of patients to this kind of care [27]. Access to specialist palliative care for non-cancer patients is significantly limited by the list of illness that qualifies patients for specialist palliative care, limited mainly to cancer and few other diseases, without taking into account the clinical status of patients, especially physical and psychological symptoms, spiritual and social problems. There is a lack of financing from the State of hospital palliative care supportive teams (approximately 50% of all deaths are in hospitals) [28]. A significant problem is the fact that almost all guaranteed services (especially inpatient and outpatient services) of specialist palliative care have been undervalued, and the number of man-days contracted by the National Health Fund (Narodowy Fundusz Zdrowia) with specialist home palliative care units has been limited [29,30]. Other obstacles such as an uneven distribution and, in many regions, an insufficient number of inpatient beds, as well as the lack of the staff, especially physicians and nurses, increase considerable difficulties in providing adequate access to specialist palliative care, especially for patients with non-malignant diseases [31].

Annually specialist palliative care is provided to 90–95,000 patients among which 90% are cancer patients [32]. Taking into account the number of deaths (418,000 in 2019 and 485,000 in 2020), apart from cancer patients, annually approximately 120,000 patients with other chronic diseases require palliative care [26]. Depending on the methodology, palliative care is applicable to 40–80% of all patients who pass away, therefore these calculations may be underestimated [33]. By 2040 the current number of patients requiring palliative care will increase by approximately 30–40%, mainly due to aging of the society and an increased number of deaths due to cancer and other chronic diseases [34]. The current Regulation of the Minister of Health on Guaranteed Palliative and Hospice Care Services has been in force since 2013 and, despite amendments in 2018 and 2020, does not contain many essential elements necessary for an adequate organization and development of palliative care in Poland [25]. Despite attempts, no organizational standards for specialist palliative care for adult patients (OSSPCAP) have been developed in Poland so far [35]. The study aimed to develop OSSPCAP.

A.6. Methods

The National Consultant in Palliative Medicine and the National Consultant in Palliative Care Nursing, in consultation with the Plenipotentiary of the Ministry of Health for Palliative Care, appointed an Expert Group to develop OSSPCAP. The team consisted of three physicians — independent researchers, two nurses and a lawyer. The work was done in three stages:

1. Analysis of literature and legal acts on palliative care in Poland.

The literature review was performed using the Scopus and PubMed search criteria. The phrase Palliative care standards was used to search the Scopus database. It was found in 106 articles, of which 21 were selected [36–56]. As few manuscripts met this criterion, the PubMed database search criteria were extended to include two phrases in the article title and abstract: Palliative care standards — the phrase was found in 23 articles, of which three [57–59] were selected, and Palliative care guidelines — the phrase was used in 79 articles, of which six [60–65] were selected with content on palliative care standards or describing the methodology for developing standards. Manuscripts on pediatric palliative care and those without the content on palliative care organizational standards were excluded.

The analysis of legal acts was carried out by determining the laws and regulations that apply to the organization of palliative care, including the rules of operation of medical entities, palliative and hospice

care services and individual members of the specialist palliative care team.

2. Questionnaire development using Google Forms and the Delphi method [66, 67].

The members of the Expert Group prepared the questionnaire through electronic document exchange (35 versions) during 15 remote meetings. To prepare the questionnaire, nine expert consultants listed in the acknowledgements were consulted. The questionnaire was then evaluated by 120 invited respondents who expressed their level of acceptance of each solution using a five-point scale: strongly agree, slightly agree, neither agree nor disagree, slightly disagree, strongly disagree. A combined score of at least 70% of strongly agree and slightly agree responses was the condition of acceptance. The questionnaire also contained questions with different choice options and a space for comments on answers.

The 120 invited respondents included doctors, nurses, physiotherapists, pharmacists, psychologists, social workers, clergy, volunteers and volunteer coordinators, including all Provincial Consultants in Palliative Medicine and all Provincial Consultants in Palliative Care Nursing, representatives of scientific societies, non-governmental organizations and managers of medical entities providing palliative care.

The respondents provided answers to the questionnaire in two rounds. In the first round, the respondents answered 97 questions, with 24 questions failing to achieve the required level of acceptance. Subsequently, after reviewing the first-round results, members of the Expert Group developed a second questionnaire consisting of 31 questions on topics that failed to obtain the required acceptance during the first round, supplemented with additional seven questions on specific diagnoses. The questionnaire was sent to all respondents invited to participate in the first round.

3. Analysis of the results of the two survey rounds by the members of the Expert Group during five remote meetings and determination of the final version of the OSSPCAP.

As this study does not concern patients and is not considered a medical experiment, ethical approval is not required. A filling in questionnaires by participants was deemed an agreement to take part in the study, which was voluntary and anonymous.

A.7. Results

In the first round, there were 71 (response rate 59.17%) respondents and 56 (response rate 46.67%) respondents in the second round. In the latter for questions 14–18, 39 responses (response rate 32.5%) were obtained and for question 19 and

26, 55 responses (response rate 45.83%) were received. The required 70% positive response rate was achieved for 73 out of 97 questions in the first round. Of the 31 questions in the second round, ten questions failed to achieve the required 70% positive response rate.

Within this group, five questions offered a choice of a number of proposed staffing standards (the percentage of respondents who have chosen a particular standard is given in brackets). Standard of physiotherapist employment in a home palliative care team — full-time equivalent for: 60 patients (51.3%), 30 patients (28.2%), 50 patients (15.4%), 40 patients (5.1%). In the inpatient unit, doctors without any specialization and without any specialization started can be employed for an unlimited period (50.9%), for up to 12 months (43.6%), for up to 6 months (5.5%). Of the total working time of nurses in the inpatient unit, at least 25% (37.5%), 50% (33.9%), 30% (21.4%), 10% (7.1%) is provided by palliative care nursing specialists. The staffing standard for physiotherapists in the inpatient unit should be full-time equivalent for 30 beds (48.2%), for 20 beds (35.7%), for 40 beds (16.1%). The staffing standard for psychologists in the inpatient unit should be full-time equivalent for 40 beds (57.1%), for 30 beds (35.7%), for 35 beds (7.1%).

Three questions concerned diagnoses G36 and G37 (accepted by 62.5% respondents), I89.0 and I97.2 (60.7%) and N18.5 (53.6%). One question concerned the change of the name of the organizational unit from "Stationary hospice/stationary palliative care center" to "Out of hospital palliative medicine unit", retaining the existing department code 2184 (50%) and one question referred to selecting the recommended population (150,000) for one palliative day care center (55.4%). Detailed results are demonstrated in a Supplementary Material.

A.8. Discussion

The conducted survey concerned the development of OSSPCAP in Poland due to the lack of such a document and numerous problems of medical entities providing services in this field and the lack of proper access to palliative care for patients [27]. Most of the solutions proposed by the Expert Group were accepted by the invited respondents. The first round yielded 73 positive responses to 97 questions; the second round yielded 21 positive responses to 31 questions, both meeting the acceptance criterion of at least 70%. The Expert Group members analyzed the results of both rounds. For the ten questions for which it was impossible to obtain 70% acceptance among the respondents during the second round, decisions

were made on the ground of obtaining approval of at least half of respondents. Regarding to a question of the total working time of nurses in the inpatient unit that is provided by palliative care nursing specialists, a norm of at least 30% has been chosen, taking into account the sum (92.8%) of most respondents choices: at least 25% (37.5%), 50% (33.9%), and 30% (21.4%).

Based on the results, proposed solutions for the organization of specialist palliative care for adult patients are presented. Two types (levels) of palliative care are distinguished: palliative care elements (palliative care approach) and specialist palliative care. Within the specialist palliative care sector, home, inpatient and outpatient palliative care are distinguished and all organizational units have been described with respect to the range and requirements of services provided, organization, staffing standards, medical equipment, and procedures performed. Three referral levels within the specialist inpatient palliative care have been distinguished, following the three referral levels of hospitals in Poland (district, provincial and clinical) taking into account comprehensiveness (operation of organizational units of inpatient, home and outpatient care within one medical entity) and a conjunction with the undergraduate and postgraduate education in palliative medicine.

Principles of qualifying patients for palliative care are presented based on a comprehensive assessment of their clinical condition, taking physical, psychological, social and spiritual dimensions into account. The development of science and education is addressed by integration of undergraduate and postgraduate education with service provision to patients and introducing the possibility of establishing research institutes for palliative medicine and palliative care nursing, which can be integrated into specialist palliative care units. The document is complemented by appendices with a list of diseases that qualify adult patients for specialist palliative care, a list of names and abbreviations of specialist palliative care units and department codes, the ESAS questionnaire, the NRS recommended for assessment of spiritual dimension of patients and a list of procedures.

Enlargement of a catalogue of diagnoses for qualifying patients, in authors' opinion, will improve the access to specialist palliative care of a large group of patients with non-malignant diseases, which has been very limited. The requirement for specific diagnoses for the consultation of patients in the outpatient palliative medicine clinics and by hospital palliative care supportive teams has been completely waived, which can significantly increase access of patients with different diagnoses to specialist palliative care and contribute to earlier referrals of patients, thus implementing the

concept of early palliative care integrated with other medical fields [15, 68, 69]. This is supported by a criterion of qualifying patients for specialist palliative care based on at least moderate intensity of physical and psychological symptoms, spiritual and social problems of patients and the possibility of including patients not requiring complex interventions in specialist palliative care in elements of palliative care (palliative care approach) of other health care units.

This study has taken into account needs of patients and families, the current state of development and organization of specialist palliative care, including education and research development of palliative medicine and palliative care nursing. All organizational units of specialist palliative care services were integrated into the guaranteed benefits of public funding provided by the State. Clinical services were connected with undergraduate and postgraduate education and with science — academic institutions (universities, research institutes and reference levels of specialist inpatient palliative medicine units). Norms and recommendations regarding formation of organizational units of specialist palliative care were submitted. A possibility of employing additional workers and introduction of psychologists consultations to patients, family members, bereaved persons, and staff members were proposed. A physiotherapist was added to the team of outpatient palliative medicine clinic. For a unification of naming of specialist palliative care organizational units several new names were proposed. It was decided to use the terms palliative care, palliative medicine and palliative care nursing, emphasizing the importance of the specialization of doctors and nurses, respectively [42]. The authors believe that the terms hospice care and supportive care can be used interchangeably with palliative care and emphasize that noble hospice care assumptions should form the basis for developing palliative care, palliative medicine and palliative care nursing [70].

Adopting the OSSPCAP will increase the importance of specialization in palliative medicine as a prerequisite for the position of medical manager of inpatient, outpatient and, in part, home specialist palliative care units. In the latter case, due to the currently limited number of palliative medicine specialists actively working in the field, which may be insufficient to fill the position in all home care teams realistically, a requirement has been made for the medical manager to be at least during specialist training in palliative medicine (depending on the type of the specialist training in palliative medicine, either after obtaining the title of specialist in another field or the modular training after completing the training in the basic module). Such a solution may encourage doctors to specialize in palliative medicine

because the currently applicable Ministry of Health Palliative Care Regulation for the position of medical manager in specialist palliative care units only necessitates a basic 40-hour course in palliative care, without any limitation on time since the training [25].

During the discussion, individual members of the Expert Group differed in their recognition of the order of priority given to providing palliative care in the last days of patients' lives vs delivering palliative care to patients during this period and earlier stages of illness, and in the adoption of a new name for stationary hospice: out of hospital palliative medicine unit. The latter is a reflection of the different opinions expressed by the respondents: 50% approved of the proposed change, nearly 40% expressed the opposite view, and over 10% had no opinion. In addition, other criteria for referral levels of specialist inpatient palliative care were considered, among others, based on differences in staffing requirements and availability of patients for different diagnostic and therapeutic procedures. However, due to current staffing problems, especially regarding medical and nursing staff, the different diagnostic capacities of inpatient and out of hospital palliative medicine units, as well as the local contexts, it is decided that the introduction of such solutions could be challenging at the current stage of specialist inpatient palliative care development. The authors believe that, at a later stage of specialist inpatient palliative care development, such considerations should be taken into account.

Limitations of the survey include the moderate proportion of invited respondents who answered the questions and who may not be fully representative of the staff working in specialist palliative care units. Also, no empirical evaluation was carried out to check the impact of the proposed changes on clinical practice. The requirements for rooms in most specialist palliative care units were also not considered due to significant differences in existing units and separate legal regulations in this respect. Another limitation is the fact that for 24 questions in the first round and for 10 questions of the second round 70% criterion of positive answers has not been achieved and these questions have been discussed by members of Expert Group until a consensus was reached to accept the final version of the document adopted.

This is the first study to develop a comprehensive OSSPCAP in Poland despite these limitations. The study included a diverse group of respondents in terms of their professions — members of specialist palliative care teams. According to the members of the Expert Group, the proposed solutions will provide broader access to palliative care, especially specialist palliative care, also for patients with diseases other than cancer. Moreover, qualifying patients based on

a comprehensive clinical assessment, the intensity of physical and psychological symptoms and spiritual and social disorders should contribute to earlier and more valid patients qualification and significantly improve the quality of palliative care.

As far as further research is concerned, it appears reasonable to evaluate the document after its implementation and the collection of data regarding its usefulness in everyday clinical practice and, if necessary, make the necessary corrections in organizational issues or criteria of qualifying patients for specialist palliative care. Further analysis of experts and discussions in the community of palliative care and representatives of other fields can contribute to developing additional recommendations with new solutions on the organization and development of specialist palliative care.

A.9. Conclusions

The conclusions are presented in the form of division into types (levels) of palliative care, organization of specialist palliative care, principles of qualifying patients for palliative care, science and education issues and appendices.

B. Types (levels) of palliative care

B.1. Palliative care elements (palliative care approach) — the basic principles of palliative care applied to patients in all medical entities other than specialist palliative care, which include symptom management, communicating appropriately with patients and families, setting treatment and care goals together with patients and families and making clinical decisions in accordance with patient preferences and palliative care principles [21].

Palliative care elements are available and used by staff in all health care units (except specialist palliative care), especially primary and specialist care and long-term care facilities. All doctors, nurses and other health care professionals have basic knowledge and skills in palliative care and are able to put them into clinical practice based on undergraduate and post-graduate education [16].

B.2. Specialist palliative care — is provided to patients with complex needs for symptom management, psychological, social and spiritual support by multiprofessional specialist palliative care teams with an interdisciplinary way of working [45].

B.2.1 Specialist palliative care team — consists of doctors, including specialists in palliative medicine, nurses, including specialists in palliative care nursing, physiotherapists and psychologists [16].

Members of specialist palliative care teams are required to be familiar with the clinical management of patients' multidimensional problems and meet the complex physical, psychological, social and spiritual needs of patients and their families [45].

B.2.1.1. Pharmacists, auxiliary nurses, dieticians, social workers, clergy, occupational therapists, medical assistants, volunteers and volunteer coordinators may be part of or work with the specialist palliative care team [71–74].

C. Organization of specialist palliative care

Specialist palliative care is provided in the following settings:

C.1. Home

C.2. Inpatient

C.3. Outpatient

C.1. Specialist home palliative care

Specialist palliative care provided in the home setting is the primary and preferred type of palliative care.

It is recommended that measures be taken so that patients who qualify for palliative care can be treated at home [75].

C.1.1. Home palliative care team

The home palliative care team (HPCT) provides specialist palliative care to patients who require continuous treatment at home.

C.1.1.1. Scope of services provided by HPCT

- Services of doctors, nurses, physiotherapists, and psychologists.
- Diagnostic tests ordered by HPCT doctors or nurses.
- Prevention and treatment of pain and other symptoms.
- Psychological care, social support for patients and families.
- Spiritual support for patients.
- Psychological and social support for bereaved persons.
- Free medical equipment rentals.
- HPCT staff can provide specialist advice and consultation to PHC doctors and nurses on symptom management, psychosocial and spiritual support [76].
- If necessary, HPCT staff refer patients to specialist inpatient or outpatient palliative care or other health care units [77].

- Psychological support and prevention of burn out syndrome of the staff.

C.1.1.2. Requirements regarding services

- 24/7 access to doctors, which means availability by phone and willingness to make emergency home visits.
- Doctor visits as needed by the patient, not less than two visits in 30 days.
- 24/7 access to nurses, which means availability by phone and willingness to make emergency home visits.
- Nurse visits as needed by the patient, not less than two visits in 7 days.
- Physiotherapist and psychologist visits as needed by the patient.

C.1.1.3. Organizational requirements

- It is recommended that cities under 100,000 have at least one HPCT in the district with scope of operation covering the area of a single district or, in the case of a location close to a border, the area of adjacent districts.
- It is recommended that cities over 100,000 have at least one HPCT per 100,000 inhabitants (neighborhood), coverage include the area of one or more neighborhoods.

C.1.1.4. Requirements and standards regarding staff

- A medical manager of the HPCT is a palliative medicine specialist or a doctor undergoing specialized training in palliative medicine after obtaining the title of specialist in another field or the modular training after completing the training in the basic module.
- A nurse coordinator is a palliative care nursing specialist.
- The team includes doctors, nurses, physiotherapists and psychologists and other staff.
- Doctors: Full-time equivalent per 30 patients.
- Nurses: Full-time equivalent per 12 patients.
- Of the total working time of all nurses employed at HPCT, 50% is provided by nurses who have completed a palliative care qualification course or have a specialization in palliative care nursing or are undergoing it.
- Of the total working time of all nurses employed at HPCT, 90% is provided by nurses who have completed at least a specialist course in palliative care.
- Physiotherapist: Full-time equivalent per 60 patients.
- Psychologist: Full-time equivalent per 60 patients; the consultation involves the patient, the patient's

family member, the bereaved person and the staff member separately.

- It is possible to employ one or more or all of the staff indicated below: pharmacist, dietician, medical assistant, social worker, clergy and volunteer coordinator — in total full-time equivalent per 15 patients.

C.1.1.5. Requirements regarding medical equipment

- Oxygen concentrators, inhalers, infusion pumps, pulse oximeters and suction machines — at least one piece of each listed equipment per ten patients.

C.1.1.6. Procedures performed by the home palliative care team (Appendix 5)

C.2. Specialist inpatient palliative care

Specialist inpatient palliative care is provided to patients who, due to symptoms, psychosocial and spiritual problems, cannot be treated and receive necessary support in home and outpatient settings.

C.2.1. Palliative medicine unit and out of hospital palliative medicine unit

The palliative medicine unit (PMU) and the out of hospital palliative medicine unit (OHPMU) provide specialist inpatient palliative care. The PMU operates within the hospital, while the OHPMU operates as part of out of hospital care.

Patients are admitted to PMU and OHPMU for a period depending on the individual needs of patients and families until the patients are discharged or for the rest of their lives [78, 79].

C.2.1.1. Scope of services provided in PMU and OHPMU

- Services of doctors, nurses, physiotherapists and psychologists.
- Diagnostic tests ordered by doctors.
- Prevention and treatment of pain and other symptoms.
- Psychological care, social support for patients and families.
- Spiritual support for patients.
- Psychological and social support for bereaved persons.
- Respite care for families of patients.
- Medical devices necessary for the performance of services in the unit.
- Psychological support and prevention of burn out syndrome of the staff.

C.2.1.2. Requirements regarding services

- Access to a doctor 24 hours a day, seven days a week.
- Access to nurse 24 hours a day, seven days a week.

C.2.1.3. Organizational requirements

- The PMU and OHPMU are separate departments within the hospital and outside the hospital, respectively, with no less than eight beds.
- The newly created PMU and OHPMU are separate departments with no less than 15 beds.
- It is recommended that medical entity operating PMU and OPMU have, or co-operate with, one or more of the following organizational units to provide continuity of specialist palliative care: a hospital palliative care supportive team, a home palliative care team, a palliative medicine outpatient clinic, and a palliative day care center.
- It is recommended that PMUs be established in clinical hospitals, oncology hospitals and provincial hospitals, taking into account local circumstances.
- It is recommended that at least one PMU or OHPMU be established within a single district.
- A standard of 130 beds in specialist palliative care inpatient units (PMU and OHPMU) per 1,000,000 population is recommended.

C.2.1.4. Requirements and standards regarding staff

- A medical manager of the PMU is a palliative medicine specialist.
- The positions of medical manager, medical director and deputy medical director of the OHPMU is a palliative medicine specialist.
- The work of nurses is supervised by a palliative care nursing specialist.
- The team includes doctors, nurses, auxiliary nurses, physiotherapists, psychologists and other staff.
- Doctors: Full-time equivalent per 10 beds.
- Nurses: 8 full-time equivalents per 10 beds: a palliative care nursing specialist or a nurse undergoing specialist training or a nurse with at least a specialist course in the basics of palliative care.
- Services provided by palliative care nursing specialists account for at least 30% of the total hours worked by all nurses employed in PMU and OHPMU.
- In PMU and OHPMU, nurses without specialization in palliative care nursing or without a completed qualification or specialist course in palliative care nursing, and nurses who have not undertaken any of the above mentioned forms of training, may be employed for a period of up to 12 months.
- Auxiliary nurses: Full-time equivalent per 4 beds.
- Physiotherapist: Full-time equivalent per 30 beds.
- Psychologist: Full-time equivalent per 40 patients;

the consultation involves the patient, the patient's family member, the bereaved person and the staff member separately.

- It is possible to employ one, more or all of the staff indicated below: pharmacist, dietician, medical assistant, social worker, clergy, occupational therapist and volunteer coordinator — a total of full-time equivalent per 8 beds.

C.2.1.5. Requirements regarding medical equipment

- Regular and multi-position (adjustable) beds with anti-bedsore mattresses.
- Oxygen concentrators: 1 item per 3 beds or another source of oxygen.
- Electric suction machines: 1 item per 5 beds.
- Infusion pumps: 1 item per 5 beds.
- Inhalers: 1 item per 10 beds.
- Pulse oximeters: 1 item per 3 beds.
- Glucose meters: 1 item per 10 beds.
- Blood pressure monitors: 1 item per 5 beds.
- ECG machine.
- Ultrasound machine.
- CPR equipment, anti-shock kit.
- Wheelchairs, walking frames, walkers, crutches and walking sticks.

C.2.1.6. Procedures performed in a palliative medicine unit and in an out of hospital palliative medicine unit (Appendix 5)

C.2.2. Reference levels of specialist inpatient palliative care

C.2.2.1. First reference level of specialist inpatient palliative care

Palliative medicine unit or out of hospital palliative medicine unit that meets all requirements described in C.2.1.

C.2.2.2. Second reference level of specialist inpatient palliative care

Palliative medicine unit or out of hospital palliative medicine unit that meets all requirements described in C.2.1. and is operated by a medical entity that also operates a palliative medicine outpatient clinic and a home palliative care team.

C.2.2.3. Third reference level of specialist inpatient palliative care

1. Palliative medicine unit or out of hospital palliative medicine unit that meets all requirements described in C.2.1. and is a clinical unit [11] of an academic institution (university) [80] or research institute

- [81] and is accredited to provide specialist training to doctors in the field of palliative medicine or
2. Palliative medicine unit or out of hospital palliative medicine unit that meets all requirements described in C.2.1. and is operated by a medical entity that also operates a palliative medicine outpatient clinic and a home palliative care team and is accredited to provide specialist training to doctors in the field of palliative medicine and has entered into an agreement with an academic institution (university) to provide education to students of medicine.

C.2.3. Hospital palliative care team

The hospital palliative care team (HPCT) provides expert advice in the field of specialist palliative care to the hospital department staff, and to patients and their families while patients are being treated in hospital departments [82].

C.2.3.1. Scope of services provided by the HPCT

- The HPCT helps in provision of holistic care comprising pain and other symptom treatment, psychosocial and spiritual support to patients and families based on a referral issued by the doctor from the hospital department.
- The treatment of patients is carried out by the hospital department staff [39].
- The HPCT may coordinate the referral of patients to other specialist inpatient, home and outpatient palliative care organizational units and provide advice to doctors, nurses, other employees, patients, and families.

C.2.3.2. Requirements regarding services

The HPCT provides expert advice of doctors — palliative medicine specialists and nurses — palliative care nursing specialists, while patients are being treated in hospital departments.

C.2.3.3. Organizational requirements

- The HPCT cooperates with all hospital departments with patients requiring consultations in the field of specialist palliative care [82].
- It is recommended to appoint HPCT in clinical hospitals, oncology hospitals and provincial hospitals, taking into account local circumstances.

C.2.3.4. Requirements and standards regarding staff

- A doctor — palliative medicine specialist: Full-time equivalent per 120 consultations per month: 6 consultations per day, the average time of one consultation is 60 minutes.
- A nurse — palliative care nursing specialist: Full-time equivalent per 160 consultations per month:

8 consultations per day, the average time of one consultation is 45 minutes.

C.2.3.5. Requirements regarding equipment — none

C.2.3.6. Procedures performed by the hospital palliative care team (Appendix 5)

C.3. Specialist outpatient palliative care

Specialist palliative care on an outpatient basis is provided to patients who can come to the palliative medicine outpatient clinic and to patients who remain at home but do not require continuous treatment and support provided by the home palliative care team.

C.3.1. Palliative medicine outpatient clinic

Palliative medicine outpatient clinic (PMOC) provides early specialist palliative care integrated with other medical fields [68, 83].

C.3.1.1. Scope of services provided in PMOC

- Consultations provided by doctors, nurses, physiotherapists and psychologists.
- Diagnostic tests and activities, including the collection of biological material.
- Prevention and treatment of pain and other symptoms.
- Psychological care, social support for patients and families.
- Spiritual support for patients.
- Psychological and social support for bereaved persons.
- Services provided in the outpatient clinic to patients in stable general condition and with good performance status.
- Services in the form of consultations and visits at home provided to patients with limited activity who are unable to come to the outpatient clinic, but are in stable general condition and do not require continuous treatment provided by the home palliative care team. Psychological support and prevention of burn out syndrome of the staff.

C.3.1.2. Requirements regarding services

- Services are provided in the outpatient clinic and at home by a doctor, nurse, physiotherapist and psychologist.
- In cases resulting from the patients' conditions, services of a doctor, nurse, physiotherapist and psychologist are provided at the patient's home.
- If patients' health deteriorates, it is recommended to ensure access to other specialist palliative care services to patients and their families [84].

C.3.1.3. Organizational requirements

The medical entity operating the PMOC has or cooperates with a home palliative care team, a palliative medicine unit, an out of hospital palliative medicine unit, and a hospital palliative care team. It is recommended that the PMOC provides specialist consultations with a doctor in a palliative day care center if it is located within the structure of a given medical entity. It is recommended that in the case of home visits, depending on its location, the area of operation of the PMOC include the areas listed for the home palliative care team. It is recommended to establish a palliative medicine outpatient clinic in each Provincial Oncology Centre and in the Oncology Institute (Institute Branch).

C.3.1.4. Requirements and standards regarding staff

- A medical manager of the PMOC is a palliative medicine specialist.
- The team includes doctors, nurses, physiotherapists and psychologists.
- Doctors: a palliative medicine specialist or a doctor undergoing specialist training in palliative medicine.
- Nurses: palliative care nursing specialist or a nurse undergoing specialist training in palliative care nursing.
- Physiotherapist.
- Psychologist — the consultation involves the patient, the patient's family member, the bereaved person, and a staff member separately.

An average travel time of 30 minutes per one visit was taken into account for home visits.

- Full-time equivalent of a doctor. In the outpatient clinic, 8 consultations per day: the average time of one consultation is 45 minutes, the average time of the first consultation is 60 minutes. At home, 5 consultations per day: the average time of 1 consultation is 75 minutes, the average time of the first consultation is 90 minutes.
- Full-time equivalent of a nurse. In the outpatient clinic, 12 consultations per day: the average time of one consultation is 30 minutes, the average time of the first consultation is 45 minutes. At home, 6 consultations per day: the average time of 1 consultation is 60 minutes, the average time of the first consultation is 75 minutes.
- Full-time equivalent of a physiotherapist. In the outpatient clinic, 8 consultations per day: the average time of one consultation is 45 minutes, the average time of the first consultation is 60 minutes. At home, 5 consultations per day: the

average time of 1 consultation is 75 minutes, the average time of the first consultation is 90 minutes.

- Full-time equivalent of a psychologist for all types of consultations. In the outpatient clinic, 8 consultations per day: the average time of one consultation is 45 minutes, the average time of the first consultation is 60 minutes. At home, 5 consultations per day: the average time of 1 consultation is 75 minutes, the average time of the first consultation is 90 minutes.

C.3.1.5. Requirements regarding medical equipment

Blood pressure monitor, glucose meter and pulse oximeter.

C.3.1.6. Procedures performed in the palliative medicine outpatient clinic (Appendix 5)

C.3.2. Palliative day care center

A palliative day care center (PDCC) provides patients with medical care, occupational therapy, psychosocial and spiritual support aimed to improve their physical, psychological, social and spiritual functioning [85].

C.3.2.1. Scope of services provided in PDCC

- Consultations provided by doctors, nurses, physiotherapists and psychologists.
- Occupational therapy.
- Psychological care, social support for patients and families.
- Spiritual support for patients.
- Psychological support and prevention of burn out syndrome of the staff.

C.3.2.2. Requirements regarding services

- Patients are provided with consultations with a doctor in the PDCC or in the palliative medicine outpatient clinic or in another specialist palliative care organizational unit of the medical entity operating the PDCC.
- Patients stay in the PDCC on weekdays for a period of time as prescribed by the specialist palliative care team doctor.
- The PDCC has at least 10 places for patients.

C.3.2.3. Organizational requirements

- The PDCC is part of the medical entity that operates one or more specialist palliative care organizational units.
- It is recommended that the PDCC be located in a building that houses one or more specialist palliative care organizational units.

- The PDCC includes: a patient therapy room, a patient rest area, a patient examination room, a staff room, a kitchen or food preparation area, and a bathroom, all of which are handicapped accessible.
- It is recommended to establish one PDCC per 150,000 inhabitants [46].

C.3.2.4. Requirements regarding staff

- Full-time equivalent of a doctor — 8 consultations per day: the average time of one consultation is 45 minutes, the average time of the first consultation is 60 minutes.
- Nurse: Full-time equivalent per 15 patients, including half-time equivalent of a palliative care nursing specialist or a nurse undergoing specialist training in palliative care nursing.
- Physiotherapist: Full-time equivalent per 40 patients.
- Occupational therapist: Full-time equivalent per 15 patients.
- Psychologist: Full-time equivalent per 60 patients — the consultation involves the patient, the patient's family member, and a staff member separately.
- It is possible to employ one, more or all of the staff indicated below: health care assistant, music therapist, social worker, clergy — full-time equivalent per 10 patients.

C.3.2.5. Procedures performed in a palliative day care center (Appendix 5)

D. Qualification of patients for palliative care

D.1. Qualification of patients for palliative care elements

Palliative care elements (palliative care approach) are provided to patients in all medical entities (except for specialist palliative care) in whom symptomatic treatment and psychosocial and spiritual support do not require comprehensive interventions made by specialist palliative care teams.

D.2. Qualification of patients for specialist palliative care

Criteria for admission of patients to specific types of specialist palliative care include criteria specified in D.2.1. and D.2.2. and all criteria for specific specialist palliative care organizational units.

Patients are qualified by a specialist palliative care team doctor on the basis of the comprehensive assessment of the patient's clinical condition, including physical, psychological, social, and spiritual spheres.

It is recommended to assess somatic symptoms and psychological functioning using the ESAS questionnaire (Appendix 3), the spiritual dimension can be assessed using the NRS scale (Appendix 4), and the social sphere is assessed on the basis of an interview conducted by a specialist palliative care doctor or nurse with the patient and the patient's family [85]. On the NRS scale, the mild intensity of symptoms and spiritual pain is 1–3, moderate 4–6, severe 7–8, and very severe 9–10 [7, 8, 87, 88].

D.2.1. Submission of a referral issued by the doctor, when qualifying patients to hospital palliative care team and to palliative day care center, it is a doctor listed in D.2.5.1. and D.2.7.1, respectively.

D.2.2. Suffering from a serious illness: Physical and/or psychological symptoms and/or disturbances in the spiritual sphere of at least 5 on the NRS scale and/or social sphere (assessed on the basis of an interview conducted by the doctor or nurse from the specialist palliative care organizational unit with the patient and the patient's family) in patients who cannot be treated effectively in other healthcare units providing palliative care elements and who require comprehensive treatment and support provided by specialist palliative care teams.

D.2.3. Qualification of patients for home palliative care teams

1. Diagnosis of the disease entity listed in Appendix 1.
2. Patients requiring continuous treatment at home.
3. Patient living in the area of the home palliative care team.

D.2.4. Qualification of patients for palliative medicine units and out of hospital palliative medicine units

1. Diagnosis of the disease entity listed in Appendix 1.
2. Patients requiring continuous treatment in an inpatient setting who cannot receive necessary treatment and support at home and on an outpatient basis due to symptoms and psychosocial and spiritual problems.

D.2.5. Qualification of patients for hospital palliative care teams

1. Referral issued by a doctor from the hospital department where the patient is treated.

D.2.6. Qualification of patients for palliative medicine outpatient clinics

1. Patients in a good general condition, requiring specialist consultations in the outpatient clinic and patients in a stable general condition, requiring

specialist consultations (who do not require continuous treatment) at home.

2. In the case of home visits, living in the area of the palliative medicine outpatient clinic.

D.2.7. Qualification of patients for palliative day care centers

1. Referral issued by the specialist palliative care team doctor.
2. The patient's health and performance status allow them to stay in a palliative day care center.

E. Science and education

To ensure appropriate access to palliative care for patients and families, all healthcare professionals know and apply the basic principles of palliative care in clinical practice, and it is recommended that:

- Curricula for students in the field of medicine include a separate subject: palliative medicine.
- Curricula for students in the field of nursing include a separate subject: palliative care nursing.
- Curricula for students in the field of physiotherapy, psychology, sociology and seminary include a separate subject: palliative care.
- Postgraduate programs for doctors include the basics of palliative medicine and specialization in palliative medicine.
- Postgraduate programs for nurses, physiotherapists, psychologists, social workers, and clergy include the basics of palliative care and specialization for nurses in palliative care nursing [5].

E.1. Palliative medicine and palliative care academic units

- It is recommended that a palliative medicine or palliative care academic unit be established at each academic institution (university) that educates students in medicine, nursing and physiotherapy.
- It is recommended that as part of the education of medical, nursing and physiotherapy students, the palliative medicine or palliative care academic unit, cooperate with a specialist palliative care unit at the University Hospital of the given academic institution or with a specialist palliative care unit operating outside the University Hospital, on the

basis of an agreement concluded with the academic institution.

- It is recommended that specialist palliative care units at University Hospitals or in other medical entities that have concluded an agreement with an academic institution educate doctors in the field of palliative medicine, nurses in the field of palliative care nursing, physiotherapists, psychologists, social workers and clergy in the field of palliative care.

E.2. Palliative medicine research institute and palliative care nursing research institute

- The palliative medicine research institute and the palliative care nursing research institute conduct research, education, develop standards and new methods of practices in the field of palliative medicine and palliative care nursing, respectively.
- The palliative medicine research institute and the palliative care nursing research institute may include or cooperate with specialist palliative care units: home palliative care team, palliative medicine unit, out of hospital palliative medicine unit, hospital palliative care team, palliative medicine outpatient clinic and palliative day care center [46].
- The palliative medicine research institute may provide specialist training to doctors in palliative medicine if it is accredited in this area.
- The palliative care nursing research institute may provide specialist training to nurses in palliative care nursing if it meets the applicable requirements in this area [81].

F. Appendices

Appendix 1. List of diagnoses to qualify adult patients for the home palliative care team, palliative medicine unit, and out of hospital palliative medicine unit.

Appendix 2. List of specialist palliative care organizational units and department codes.

Appendix 3. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) questionnaire.

Appendix 4. The NRS for assessing the spiritual dimension of patients' lives.

Appendix 5. Procedures performed in specialist palliative care organizational units.

Appendix 5. Procedures performed in specialist palliative care organizational units

Appendix 1. List of diagnoses to qualify adult patients for the home palliative care team, palliative medicine unit, and out of hospital palliative medicine unit

• B20–B24 Human immunodeficiency virus (HIV) disease
• C00–C97 Malignant neoplasms
• D32–D33 Benign neoplasm of meninges, benign neoplasm of brain and other parts of central nervous system
• D37–D44 Neoplasms of uncertain or unknown behavior
• D45 Polycythemia vera
• D46 Myelodysplastic syndromes
• D47 Other neoplasms of uncertain or unknown behavior of lymphoid, hematopoietic and related tissue
• D48 Neoplasms of uncertain or unknown behavior of other and unspecified sites
• G09–G13 Sequelae of inflammatory diseases of central nervous system, Huntington disease, hereditary ataxia, spinal muscular atrophy and related syndromes, systemic atrophies primarily affecting central nervous system in diseases classified elsewhere
• G35–G37 Multiple sclerosis, other acute disseminated demyelination, other demyelinating diseases of central nervous system
• I50 Heart failure in NYHA class III and IV
• I42–I43 Cardiomyopathy, cardiomyopathy in diseases classified elsewhere
• I89.0, I97.2, Q82.0 Advanced lymphoedema that causes limb deformity, trophic disorders of skin, and significant functional disturbances
• J96.1 Chronic respiratory failure
• K72 Hepatic failure, not elsewhere classified
• K74 Fibrosis and cirrhosis of liver
• L89 Decubitus ulcer, stage over 2 on the EPUAP/ NPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel/ National Pressure Ulcer Advisory Panel) scale
• N.18.5 Chronic kidney disease, stage 5 (end-stage renal disease, eGFR < 15 ml/min.)

Appendix 2. List of specialist palliative care organizational units and department codes

Current names of organizational units	Proposed names of organizational units	Department codes
Specialist home palliative care		
Home hospice/ /home palliative care team	Home palliative care team (HPCT)	2180
Specialist inpatient palliative care		
Palliative medicine unit	Palliative medicine unit (PMU)	4180
Stationary hospice/ /Stationary palliative care center	Out of hospital palliative medicine unit (OHPMU)	2184
Hospital palliative care support team	Hospital palliative care team (HPCT)	9400
Specialist outpatient palliative care		
Palliative medicine outpatient clinic	Palliative medicine outpatient clinic (PMOC)	1180
Palliative or hospice day care center	Palliative day care center (PDCC)	2182

Appendix 3. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) questionnaire [7]

Please circle the number that best describes how you are feeling right now:												
No pain	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst pain
No fatigue	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst fatigue
No drowsiness	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst drowsiness
No nausea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst nausea
No vomiting	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst vomiting
No constipation	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst constipation
Very good appetite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst appetite
No dyspnea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst dyspnea
No depression	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst depression
No anxiety	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst anxiety
Best feeling of well-being	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst feeling of well-being
Best sleep	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst sleep
Another symptom												
None	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Very severe

Patient's initials: _____
 Date of completion: _____
 Time: _____
 Date of birth: _____

Appendix 4. Scale for assessing the spiritual dimension of patients' lives [86]

Did you feel spiritual pain (pain deep in your soul/being that is not physical) within the last 7 days?												
No spiritual pain	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst spiritual pain

C.1.1.6. Procedures performed by the home palliative care team

C.1.1.6.1. Diagnostic procedures

1. Anamnesis directed at an establishment of symptom causes
2. Family history using genogram
3. Physical examination taking into account symptom pathophysiology
4. Measurement of blood pressure
5. Measurement of body temperature
6. Measurement of respiratory rate
7. Measurement of hemoglobin oxygen saturation
8. Measurement of body weight
9. Determination of a management plan agreed with the patient and family regarding the site of care delivery, diagnostic methods used and treatment
10. Collection of venous or capillary blood for testing
11. Measurement of blood glucose using a glucose meter
12. Collection of swabs and secretions
13. Collection of urine for testing
14. Conducting laboratory tests
15. Conducting microbiological testing
16. Conducting imaging examinations
17. Nursing diagnosis
18. Diagnosis of emergencies
19. Diagnosis of adverse effects of drugs
20. Assessment of the risk of developing pressure sores
21. Muscle strength assessment
22. Assessment of ranges of motion
23. Functional examination including assessment of locomotion, self-care, manual dexterity, balance and body stability
24. Assessment of orthopedic supply needs
25. Assessment of nutrition status
26. Assessment of patient activity status
27. Assessment of pain intensity
28. Assessment of intensity of other symptoms
29. Assessment of quality of life of patients
30. Assessment of quality of care
31. Maintaining a fluid balance

C.1.1.6.2. Therapeutic procedures

1. Preparation and administration of medications by oral, transdermal, sublingual, intranasal, inhalation and rectal routes
2. Preparation and administration of medications (by injection or continuous infusion) by subcutaneous, intravenous, intramuscular and intrathecal routes
3. Maintenance and care of vascular ports
4. Maintenance and care of central vascular accesses
5. Maintenance and care of peripheral vascular accesses

6. Topical anesthesia of the skin using an EMLA cream
7. Maintenance of syringe pumps
8. Maintenance of feeding pumps
9. Toileting and tracheotomy tube replacement
10. Insertion of a gastric tube
11. Care and conservative treatment of gastrostomy lesions
12. Gastric tube feeding
13. Enteral feeding through gastrostomy
14. Enteral feeding through percutaneous endoscopic gastrostomy
15. Enteral feeding through jejunostomy
16. Performing of rectal enema
17. Performing of stoma enema
18. Performing of manual evacuation of stool
19. Catheterization and cystoclysis
20. Treatment of pressure sores
21. Treatment of skin ulcers
22. Treatment of fistulas
23. Care and treatment of oral lesions
24. Vaginal irrigation
25. Nephrostomy irrigation
26. Treatment of skin lesions around intestinal stomas
27. Treatment of skin lesions around urostomies
28. Management of a complicated stoma
29. Postural drainage
30. Pharmacological treatment of pain
31. Treatment of other symptoms
32. Treatment of emergencies
33. Treatment of adverse effects of drugs
34. Oxygen therapy
35. The use of palliative sedation

C.1.1.6.3. Hygiene and nursing procedures

1. Related to keeping the skin, hair, nails and mouth clean
2. Related to the maintenance of underwear hygiene.
3. Related to the respiratory system: toilet of trachea, bronchial tree and tracheostomy, humidification
4. Excretion-related: replacement of disposable hygiene products (nappies, tampons, external catheters), provision of intestinal stomas and urostomies
5. Repositioning and moving patients
6. Bathing
7. Prevention of pressure sores
8. Toileting of patients after their own death and assisting in dressing their deceased body

C.1.1.6.4. Physiotherapeutic procedures

1. Kinesiotherapy
2. Joint mobilizations
3. Improvement of the respiratory system
4. Gait re-education
5. Physical therapy (TENS — transcutaneous electrical

- nerve stimulation, laser therapy)
- 6. Neurophysiological methods (PNF — proprioceptive neuromuscular facilitation, NDT-Bobath — neurodevelopmental treatment)
- 7. Complex decongestive therapy of lymphedema
- 8. Kinesiotaping
- 9. Soft tissue therapy
- 10. Traditional massage
- 11. Lymphatic drainage

C.1.1.6.5. Procedures for psychological, social and spiritual support

- 1. Assessment of social needs of patients and families or bereaved persons
- 2. Assessment of psychological needs of patients and families or bereaved persons
- 3. Assessment of spiritual needs of patients and families or bereaved persons
- 4. Psychological support for patients and families or bereaved persons
- 5. Direct recovery psychotherapy, cognitive psychotherapy, supportive psychotherapy for patients and families or bereaved persons
- 6. Direct behavioral psychotherapy: relaxation and visualization for patients and families or bereaved persons
- 7. Indirect family psychotherapy during patient's illness and bereavement
- 8. Individual social support adjusted to current social needs of patients and families or bereaved persons, including obtaining benefits from social welfare and organizing care services
- 9. Conducting supportive and informative conversations with patients and families or bereaved persons
- 10. Spiritual support for patients and families or bereaved persons
- 11. Prevention of burn out syndrome of the staff
- 12. Psychological support for a staff member
- 13. Priestly ministry for patients

C.1.1.6.6. Other procedures

- 1. Patient and family education
- 2. Determination of death and issuance of death certificate
- 3. Family support after the patient's death
- 4. Care of the patient and family during agony
- 5. Rental of necessary equipment

C.2.1.6. Procedures performed in a palliative medicine unit and in an out of hospital palliative medicine unit

C.2.1.6.1 Diagnostic procedures

All diagnostic procedures (1–31) listed in C.1.1.6.1

C.2.1.6.2. Therapeutic procedures

All therapeutic procedures (1–35) listed in C.1.1.6.2 and:

- 1. Pain management using interventional techniques
- 2. Treatment with blood products
- 3. Qualifying for nutritional support
- 4. Parenteral nutrition
- 5. Peritoneal paracentesis
- 6. Pleural paracentesis
- 7. Abscess incision
- 8. Respite care

C.2.1.6.3. Hygiene and nursing procedures

All hygiene and nursing procedures (1–8) listed in C.1.1.6.3. and feeding and assisting patients with their meals

C.2.1.6.4. Physiotherapeutic procedures

All physiotherapeutic procedures (1–11) listed in C.1.1.6.4.

C.2.1.6.5. Procedures for psychological, social and spiritual support

All procedures for psychological, social and spiritual support (1–13) listed in C.1.1.6.5.

C.2.1.6.6. Other procedures

Other procedures (1–4) listed in C.1.1.6.6. and:

- 1. Occupational therapy
- 2. Complementary therapies

C.2.3.5. Procedures performed by the hospital palliative care team

C.2.3.5.1. Palliative medicine consultation by a specialist

C.2.3.5.2. Palliative care nursing consultation by a nurse specialist

C.3.1.6. Procedures performed in the outpatient palliative medicine clinic

C.3.1.6.1. Diagnostic procedures

Diagnostic procedures (1–29) listed in C.1.1.6.1.

C.3.1.6.2. Therapeutic procedures

Therapeutic procedures (1–33) listed in C.1.1.6.2.

C.3.1.6.3. Physiotherapeutic procedures

All physiotherapeutic procedures (1–11) listed in C.1.1.6.4.

C.3.1.6.4. Procedures for psychological, social and spiritual support

Procedures for psychological, social and spiritual support (1–12) listed in C.1.1.6.5.

C.3.1.6.5. Other procedures

Other procedures (1–3) listed in C.1.1.6.6.

C.3.2.5. Procedures performed in a palliative day care center

C.3.2.5.1. Occupational therapy

C.3.2.5.2. Art therapy

C.3.2.5.3. All procedures listed in C.3.1.6 except procedures regarding bereaved persons listed in C.1.1.6.5.

Author contribution

WL, TG, AKL, IK, ABJ and LP were responsible for the conception and design of the work, data collection, analysis and interpretation, drafted and critically revised the article, and approved a final version of the manuscript

Acknowledgments

The authors would like to thank all those who participated in the Delphi survey and the individuals listed below for providing comments on this paper:

- Professor dr hab. Krystyna de Walden-Gafuszko
- Dr Jolanta Stokłosa
- Dr med. Jadwiga Pyszkowska, Professor of the Higher School of Social Sciences
- Dr Wiesława Pokropska
- Anna Kaptacz, MSc, RN
- Professor dr hab. Monika Lichodziejewska-Niemierko
- Professor dr hab. Małgorzata Krajnik
- Dr Anna Adamczyk
- Dr hab. Maciej Niedźwiecki

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Funding

This article was not funded.

References

1. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyści (Dz. U. z 2021 r. poz. 790 ze zm.) (in Polish).
2. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 479 ze zm.) (in Polish).
3. Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2021 r. poz. 553 ze zm.) (in Polish).
4. Ustawa z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz. U. z 2019 r. poz. 1026) (in Polish).
5. Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organization of palliative care. Adopted by the Committee of Ministers on 12 November 2003 at the 860th meeting of the Ministers' Deputies. Council of Europe. [https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf). (15.12.2021).
6. Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1050) (in Polish).
7. Watanabe SM, Nekolaichuk C, Beaumont C, et al. A multicenter study comparing two numerical versions of the Edmonton Symptom Assessment System in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage*. 2011; 41(2): 456–468, doi: 10.1016/j.jpainsymman.2010.04.020, indexed in Pubmed: 20832987.
8. Woo A, Lechner B, Fu T, et al. Cut points for mild, moderate, and severe pain among cancer and non-cancer patients: a literature review. *Ann Palliat Med*. 2015; 4(4): 176–183, doi: 10.3978/j.issn.2224-5820.2015.09.04, indexed in Pubmed: 26541396.
9. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, et al. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care*. 1991; 7(2): 6–9, indexed in Pubmed: 1714502.
10. Coelho R, Ramos S, Prata J, et al. Heart failure and health related quality of life. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2005; 1: 19, doi: 10.1186/1745-0179-1-19, indexed in Pubmed: 16202163.
11. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711 z późn. zm.) (in Polish).
12. Suffering is health-related when it is associated with illness or injury of any kind. Health related suffering is serious when it cannot be relieved without professional intervention and when it compromises physical, social, spiritual and/or emotional functioning. <http://pallipedia.org/serious-health-related-suffering-shs/>. (04.12.2021).
13. Severe illness is any acute or chronic illness and/or health condition that carries a high risk of mortality, negatively impacts quality of life and daily function, and/or is burdensome in symptoms, treatments, or caregiver stress. <http://pallipedia.org/serious-illness/> (04.12.2021).
14. <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/> (04.12.2021).
15. Knaul F, Farmer P, Krakauer E, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief – an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *The Lancet*. 2018; 391(10128): 1391–1454, doi: 10.1016/s0140-6736(17)32513-8.
16. Radbruch L, De Lima L, Knaul F, et al. Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based Definition. *J Pain Symptom Manage*. 2020; 60(4): 754–764, doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027, indexed in Pubmed: 32387576.
17. Łuczak J, Kotlińska-Lemieszek A. Palliative care/hospice care/palliative medicine. *Now Lek*. 2011; 80(1): 3–15.
18. National Cancer Institute. <http://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms>. (04.12.2021).
19. Maciasz RM, Arnold RM, Chu E, et al. Does it matter what you call it? A randomized trial of language used to describe palliative care services. *Support Care Cancer*. 2013; 21(12): 3411–3419, doi: 10.1007/s00520-013-1919-z, indexed in Pubmed: 23942596.
20. Centeno C, Payne S, Garralda E. The worldwide status of palliative care. In: Cherny NI, Fallon MT, Kaasa S, Portenoy RK, Currow DC. ed. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 2nd ed. Oxford. Oxford University Press, Oxford 2021: 3–8.
21. Seaman JB, Lakin JR, Anderson E, et al. Interdisciplinary or Interprofessional: Why Terminology in Teamwork Matters to Hospice and Palliative Care. *J Palliat Med*. 2020; 23(9):

- 1157–1158, doi: [10.1089/jpm.2020.0299](https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0299), indexed in Pubmed: [32640855](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32640855/).
22. Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, et al. European Association for Palliative Care. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol*. 2017; 18(9): e543–e551, doi: [10.1016/S1470-2045\(17\)-30582-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(17)-30582-X), indexed in Pubmed: [28884703](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28884703/).
 23. Sabatino CP. The evolution of health care advance planning law and policy. *Milbank Q*. 2010; 88(2): 211–239, doi: [10.1111/j.1468-0009.2010.00596.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2010.00596.x), indexed in Pubmed: [20579283](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20579283/).
 24. Oliver D. Improving patient outcomes through palliative care integration in other specialised health services: what we have learned so far and how can we improve? *Ann Palliat Med*. 2018; 7(Suppl 3): S219–S230, doi: [10.21037/apm.2018.05.05](https://doi.org/10.21037/apm.2018.05.05), indexed in Pubmed: [29860858](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29860858/).
 25. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 742 ze zm.) (in Polish).
 26. Aria-Casais N, Garralda E, Rhee JY, et al. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019. Vilvoorde: EAPC Press; 2019. <http://hdl.handle.net/10171/56787>. (05.12.2021).
 27. Najwyższa Izba Kontroli – Delegatura w Bydgoszczy. Informacja o wynikach kontroli. Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej. Październik 2019. (in Polish).
 28. Szukalski P. Czy Covid-19 wpłynął na zmianę miejsca zgonu Polaków? Demografia i Gerontologia Społeczna. *Biuletyn Informacyjny*, nr 5. . <http://hdl.handle.net/11089/37729> (24.12.2021 [in Polish]).
 29. Dzierżanowski T. Accessibility of palliative care for adults in Poland. *Palliative Medicine*. 2020; 12(2): 75–83, doi: [10.5114/pm.2020.97405](https://doi.org/10.5114/pm.2020.97405).
 30. Ciałkowska-Rysz AD, Pokropska W, Łuczak J, et al. How much does care in palliative care wards cost in Poland? *Arch Med Sci*. 2016; 12(2): 457–468, doi: [10.5114/aoms.2016.59272](https://doi.org/10.5114/aoms.2016.59272), indexed in Pubmed: [27186194](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27186194/).
 31. Wesotek E. Availability of palliative and hospice care for patients staying in nursing homes and long-term care facilities – rationale, possibilities and barriers. *Med Palliat Prakt*. 2016; 10(3): 112–118.
 32. <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualizacja?id=3368> (16.12.2021 [in Polish]).
 33. Scholten N, Günther AL, Pfaff H, et al. The size of the population potentially in need of palliative care in Germany--an estimation based on death registration data. *BMC Palliat Care*. 2016; 15: 29, doi: [10.1186/s12904-016-0099-2](https://doi.org/10.1186/s12904-016-0099-2), indexed in Pubmed: [26957121](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26957121/).
 34. Mitchell G, Etkind SN, Bone AE, et al. How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services. *BMC Med*. 2017; 15(1): 102, doi: [10.1186/s12916-017-0860-2](https://doi.org/10.1186/s12916-017-0860-2), indexed in Pubmed: [28514961](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28514961/).
 35. Standard świadczenia usług medycznych „medycyna paliatywna”. Materiały dla świadczeniodawców i płatników. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa, lipiec 1999 (in Polish).
 36. Lödel S, Ostgathe C, Heckel M, et al. Standard Operating Procedures (SOPs) for Palliative Care in German Comprehensive Cancer Centers - an evaluation of the implementation status. *BMC Palliat Care*. 2020; 19(1): 62, doi: [10.1186/s12904-020-00565-6](https://doi.org/10.1186/s12904-020-00565-6), indexed in Pubmed: [32359346](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32359346/).
 37. Kamal AH, Bausewein C, Casarett DJ, et al. Standards, Guidelines, and Quality Measures for Successful Specialty Palliative Care Integration Into Oncology: Current Approaches and Future Directions. *J Clin Oncol*. 2020; 38(9): 987–994, doi: [10.1200/JCO.18.02440](https://doi.org/10.1200/JCO.18.02440), indexed in Pubmed: [32023165](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32023165/).
 38. Adámková N, Růžička M. Australian Standards for Working with the Family in Palliative Care: Experiences from Practice concerning Implementing Organisational Change. *Caritas et Veritas*. 2020; 10(1): 100–115, doi: [10.32725/cetv.2020.011](https://doi.org/10.32725/cetv.2020.011).
 39. Sakashita A, Kizawa Y, Kato M, et al. Development of a Standard for Hospital-Based Palliative Care Consultation Teams in Japan Using a Modified Delphi Method. *J Pain Symptom Manage*. 2018; 56(5): 746–751.e5, doi: [10.1016/j.jpainsymman.2018.08.013](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.08.013), indexed in Pubmed: [30145212](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30145212/).
 40. Rosenberg J, O'Connor M, Huang X. A qualitative evaluation of Australian palliative care services' participation in National Palliative Care Standards self-assessment. *Progress in Palliative Care*. 2018; 26(2): 81–87, doi: [10.1080/09699260.2018.1454093](https://doi.org/10.1080/09699260.2018.1454093).
 41. Fox K. The role of the acute care nurse practitioner in the implementation of the commission on cancer's standards on palliative care. *Clin J Oncol Nurs*. 2014; 18 Suppl: 39–44, doi: [10.1188/14.CJON.S1.39-44](https://doi.org/10.1188/14.CJON.S1.39-44), indexed in Pubmed: [24480663](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24480663/).
 42. Rajagopal Mr, Joad AK, Muckaden M, et al. Creation of Minimum Standard Tool for Palliative Care in India and Self-evaluation of Palliative Care Programs Using It. *Indian J Palliat Care*. 2014; 20(3): 201–207, doi: [10.4103/0973-1075.138395](https://doi.org/10.4103/0973-1075.138395), indexed in Pubmed: [25191007](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25191007/).
 43. Osman H, Abboud M, El Zein L, et al. Setting practice standards for palliative care in Lebanon--recommendations of the Subcommittee on Practice --National Committee for Pain Control and Palliative Care. *J Med Liban*. 2013; 61(4): 199–203, doi: [10.12816/0001458](https://doi.org/10.12816/0001458), indexed in Pubmed: [24428073](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24428073/).
 44. Zafar S, Currow D, Daugherty C, et al. Standards for Palliative Care Delivery in Oncology Settings. *The Cancer Journal*. 2010; 16(5): 436–443, doi: [10.1097/ppo.0b13e3181f289f7](https://doi.org/10.1097/ppo.0b13e3181f289f7).
 45. Radbruch L, Payne S. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. Recommendations from the European Association for Palliative Care. *Eur J Palliat Care*. 2010; 16: 278–289.
 46. Radbruch L, Payne S. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. *Eur J Palliat Care*. 2010; 17(1): 22–33.
 47. Riley J. Standards and norms for palliative care in Europe. *Eur J Palliat Care*. 2009; 16(6): 265.
 48. Sasahara T, Kizawa Y, Morita T, et al. Development of a standard for hospital-based palliative care consultation teams using a modified Delphi method. *J Pain Symptom Manage*. 2009; 38(4): 496–504, doi: [10.1016/j.jpainsymman.2009.01.007](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.01.007), indexed in Pubmed: [19822274](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19822274/).
 49. Low J. Standards for palliative care pharmacy services. *Aust J Pharm*. 2007; 88: 28.
 50. Gilbar P. SHPA Standards of Practice for the Provision of Palliative Care Pharmacy Services. *Journal of Pharmacy Practice and Research*. 2015; 36(4): 306–308, doi: [10.1002/j.2055-2335.2006.tb00636.x](https://doi.org/10.1002/j.2055-2335.2006.tb00636.x).
 51. Peden J, Grantham D, Paquin MJ. Hospice palliative care nursing standards: how do these apply to our practice? *Alta RN*. 2005; 61(4): 10–11, indexed in Pubmed: [15916231](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15916231/).
 52. West PJ, Ferris F, Balfour H, et al. Not just any old standards ... 2002 Canadian Hospice Palliative Care Association standards. *Can Oncol Nurs J*. 2004; 14(2): 112–116, indexed in Pubmed: [15230031](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15230031/).
 53. Hine J. Standards of palliative care in a renal care setting. *EDTNA-ERCA J*. 1998; 24(4).
 54. Finlay H, McCarthy M, Dallimore D. Setting standards for palliative care. *J R Soc Med*. 1994; 87(3): 179–181.

55. Beattie R. Standard setting in palliative care. *Nurs Stand.* 1993; 7(19): 53, doi: [10.7748/ns.7.19.53.s58](https://doi.org/10.7748/ns.7.19.53.s58), indexed in Pubmed: [7680884](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7680884/).
56. Marsh L. Developing standards in palliative care. *Br J Nurs.* 1992; 1(13): 684–687, doi: [10.12968/bjon.1992.1.13.684](https://doi.org/10.12968/bjon.1992.1.13.684), indexed in Pubmed: [1467647](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1467647/).
57. Roulston E. Canadians' Views on Palliative Care. *J Palliat Med.* 2018; 21(S1): S9–S14, doi: [10.1089/jpm.2017.0387](https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0387), indexed in Pubmed: [29283877](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29283877/).
58. Kiknadze N, Dzotsenidze P. Palliative Care Development in Georgia. *J Pain Symptom Manage.* 2018; 55(2S): S25–S29, doi: [10.1016/j.jpainsymman.2017.03.021](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.03.021), indexed in Pubmed: [28797851](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28797851/).
59. Wenk R, Bertolino M, Ochoa J. Argentine palliative care standards. *J Pain Symptom Manage.* 2001; 21(5): 362–364, doi: [10.1016/s0885-3924\(01\)00273-1](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(01)00273-1), indexed in Pubmed: [11398788](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11398788/).
60. Lo TJ, Neo PSH, Peh TY, et al. Standards Development Subgroup of the National Strategy for Palliative Care Implementation Taskforce and Guidelines Implementation Workgroup. Improving Quality of Palliative Care Through Implementation of National Guidelines for Palliative Care. *J Palliat Med.* 2019; 22(11): 1439–1444, doi: [10.1089/jpm.2018.0345](https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0345), indexed in Pubmed: [30939062](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30939062/).
61. Temkin-Greener H, Ladwig S, Caprio T, et al. Developing palliative care practice guidelines and standards for nursing home-based palliative care teams: a Delphi study. *J Am Med Dir Assoc.* 2015; 16(1): 86.e1–86.e7, doi: [10.1016/j.jamda.2014.10.013](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.10.013), indexed in Pubmed: [25481748](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25481748/).
62. Lind S, Wallin L, Brytting T, et al. Implementation of national palliative care guidelines in Swedish acute care hospitals: A qualitative content analysis of stakeholders' perceptions. *Health Policy.* 2017; 121(11): 1194–1201, doi: [10.1016/j.healthpol.2017.09.011](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.09.011), indexed in Pubmed: [28969921](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28969921/).
63. Sampson EL, van der Steen JT, Pautex S, et al. European palliative care guidelines: how well do they meet the needs of people with impaired cognition? *BMJ Support Palliat Care.* 2015; 5(3): 301–305, doi: [10.1136/bmjspcare-2014-000813](https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2014-000813), indexed in Pubmed: [25869811](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869811/).
64. Currow DC, Hegarty M. Residential aged-care facility palliative care guidelines: improving care. *Int J Palliat Nurs.* 2006; 12(5): 231–233, doi: [10.12968/ijpn.2006.12.5.21176](https://doi.org/10.12968/ijpn.2006.12.5.21176), indexed in Pubmed: [16835563](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16835563/).
65. Palliative care. Guidelines for good practice and audit measures. Report of a Working Group of the Research Unit, Royal College of Physicians. *J R Coll Physicians London.* 1991; 25(4): 325–328.
66. Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ.* 1995; 311(7001): 376–380, doi: [10.1136/bmj.311.7001.376](https://doi.org/10.1136/bmj.311.7001.376), indexed in Pubmed: [7640549](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7640549/).
67. Boukdedid R, Abdoul H, Loustau M, et al. Using and reporting the Delphi method for selecting healthcare quality indicators: a systematic review. *PLoS One.* 2011; 6(6): e20476, doi: [10.1371/journal.pone.0020476](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0020476), indexed in Pubmed: [21694759](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21694759/).
68. Nipp RD, Greer JA, El-Jawahri A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med.* 2010; 363(8): 733–742, doi: [10.1056/NEJMoa1000678](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1000678), indexed in Pubmed: [20818875](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20818875/).
69. Kaasa S, Loge J, Aapro M, et al. Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission. *The Lancet Oncology.* 2018; 19(11): e588–e653, doi: [10.1016/s1470-2045\(18\)30415-7](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(18)30415-7).
70. Sobocki BK, Guziak M. The terms supportive and palliative care — analysis of their prevalence and use: quasi-systematic review. *Palliat Med Pract* 2021; 15 (3): 248–253. DOI: 10.5603/PMPI.; 2021: 0014, doi: [10.5603/PMPI.2021.0014](https://doi.org/10.5603/PMPI.2021.0014).
71. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. z 2020 r. poz. 1057 ze zm.) (in Polish).
72. Voice of Volunteering. The EAPC Madrid Charter on Volunteering in Hospice and Palliative Care. *Palliat Med Pract.* 2018; 12: 129–130.
73. Goossensen A, Somsen R, Scott R, et al. Defining Volunteering in Hospice and Palliative Care in Europe: An EAPC White Paper. *Eur J Palliat Care.* 2016; 23: 184–191.
74. Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz. U. z 2021 r. poz. 97) (in Polish).
75. Klarare A, Hansson J, Fossum B, et al. Team type, team maturity and team effectiveness in specialist palliative home care: an exploratory questionnaire study. *J Interprof Care.* 2019; 33(5): 504–511, doi: [10.1080/13561820.2018.1551861](https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1551861), indexed in Pubmed: [30485125](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30485125/).
76. Raymond L, Parker G, Gilles L, et al. Home-based palliative care. *Aust J Gen Pract.* 2018; 47(11): 747–752, doi: [10.31128/AJGP-06-18-4607](https://doi.org/10.31128/AJGP-06-18-4607), indexed in Pubmed: [31207670](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31207670/).
77. Klarare A, Lind S, Hansson J, et al. Leadership in specialist palliative home care teams: A qualitative study. *J Nurs Manag.* 2020; 28(1): 102–111, doi: [10.1111/jonm.12902](https://doi.org/10.1111/jonm.12902), indexed in Pubmed: [31868284](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31868284/).
78. Fetz K, Vogt H, Ostermann T, et al. Evaluation of the palliative symptom burden score (PSBS) in a specialised palliative care unit of a university medical centre - a longitudinal study. *BMC Palliat Care.* 2018; 17(1): 92, doi: [10.1186/s12904-018-0342-0](https://doi.org/10.1186/s12904-018-0342-0), indexed in Pubmed: [29981577](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29981577/).
79. Masel EK, Kitta A, Huber P, et al. What Makes a Good Palliative Care Physician? A Qualitative Study about the Patient's Expectations and Needs when Being Admitted to a Palliative Care Unit. *PLoS One.* 2016; 11(7): e0158830, doi: [10.1371/journal.pone.0158830](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158830), indexed in Pubmed: [27389693](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27389693/).
80. Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. 2020 poz. 85, z późn. zm.) (in Polish).
81. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1383). (in Polish).
82. Sasahara T, Watakabe A, Aruga E, et al. Assessment of reasons for referral and activities of hospital palliative care teams using a standard format: a multicenter 1000 case description. *J Pain Symptom Manage.* 2014; 47(3): 579–587.e6, doi: [10.1016/j.jpainsymman.2013.04.009](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.04.009), indexed in Pubmed: [23972575](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23972575/).
83. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, et al. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol.* 2017; 35(1): 96–112, doi: [10.1200/JCO.2016.70.1474](https://doi.org/10.1200/JCO.2016.70.1474), indexed in Pubmed: [28034065](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28034065/).
84. Kaasa S, Loge J, Aapro M, et al. Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission. *The Lancet Oncology.* 2018; 19(11): e588–e653, doi: [10.1016/s1470-2045\(18\)30415-7](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(18)30415-7).
85. Vandaele B, Chambaere K, Devisch I. The Strengths and Challenges of Palliative Day-Care Centers: Qualitative Study With the Professionals Involved. *J Palliat Care.* 2017; 32(2): 55–60, doi: [10.1177/0825859717733833](https://doi.org/10.1177/0825859717733833), indexed in Pubmed: [28969501](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28969501/).
86. Delgado-Guay MO, Chisholm G, Williams J, et al. Frequency, intensity, and correlates of spiritual pain in advanced cancer patients assessed in a supportive/palliative care clinic. *Palliat Support Care.* 2016; 14(4): 341–348, doi: [10.1017/S147895151500108X](https://doi.org/10.1017/S147895151500108X), indexed in Pubmed: [26481034](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26481034/).
87. Majkovic M, Czuszyńska Z, Leppert W, et al. Practical application of ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) in palliative care. *Nowotwory.* 1998; 48(5): 847–857.
88. Hofs A, Grądalski T. Edmonton Symptom Assessment System: Psychometric validation of six-point Verbal Rating Scale in Polish hospice setting. *Palliative Medicine in Practice.* 2021; 15(2): 144–152, doi: [10.5603/pmpi.2021.0017](https://doi.org/10.5603/pmpi.2021.0017).

Wojciech Leppert^{1, 2}, Tomasz Grądalski³, Aleksandra Kotlińska-Lemieszek^{2, 4}, Izabela Kaptacz^{5, 6}, Anna Białoń-Janusz³, Leszek Pawłowski⁷

¹Katedra Medycyny Paliatywnej, Instytut Nauk Medycznych, *Collegium Medicum*, Uniwersytet Zielonogórski

²Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

³Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum im. św. Łazarza” w Krakowie

⁴Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

⁵Zakład Medycyny i Opieki Paliatywnej, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

⁶Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej, Zespół Opieki Paliatywnej w Częstochowie

⁷Zakład Medycyny Paliatywnej, Gdański Uniwersytet Medyczny

Standardy organizacyjne specjalistycznej opieki paliatywnej dla pacjentów dorosłych — zalecenia Grupy Ekspertów konsultantów krajowych w dziedzinie medycyny paliatywnej i pielęgniarstwa opieki paliatywnej

Artykuł jest tłumaczeniem manuskryptu: Leppert W., Grądalski T., Kotlińska-Lemieszek A., Kaptacz I., Białoń-Janusz A., Pawłowski L. Organizational standards for specialist palliative care for adult patients: Recommendations of the Expert Group of National Consultants in Palliative Medicine and Palliative Care Nursing. *Palliat. Med. Pract.* 2022, tom 16, nr 1: 7–26. DOI: 10.5603/PMPI.2021.0035

Należy cytować wersję pierwotną.

Adres do korespondencji:

Wojciech Leppert

Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Osiedle Rusa 55, 61–245 Poznań, tel.: +48 61 8738 303, e-mail: wojciehleppert@wp.pl



Palliative Medicine in Practice 2022; 16, 1, 27–48

Copyright © Via Medica, ISSN 2545–0425, e-ISSN: 2545–1359

Artykuł jest dostępny bezpłatnie na podstawie licencji Creative Common Attribution-Non-Commercial-No Derivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0) umożliwiającej jego pobranie oraz udostępnianie pod warunkiem wskazania autorstwa i wydawcy.

Streszczenie

Wstęp: Celem badania było opracowanie standardów organizacyjnych specjalistycznej opieki paliatywnej dla pacjentów dorosłych (SOSOPPD) w Polsce.

Metody: Konsultanci krajowi w dziedzinie medycyny paliatywnej i pielęgniarstwa opieki paliatywnej powołali Grupę Ekspertów dla opracowania SOSOPPD, w skład której weszło 3 lekarzy — samodzielnych pracowników naukowych, 2 pielęgniarki i prawnik. Opracowanie przeprowadzono w trzech etapach. 1. Analiza literatury (bazy SCOPUS i PubMed) i aktów prawnych dotyczących opieki paliatywnej. 2. Opracowanie kwestionariusza przy wykorzystaniu Formularzy Google i badanie metodą delficką 120 respondentów podczas dwóch rund. 3. Analiza uzyskanych wyników przez członków Grupy Ekspertów podczas spotkań w formie zdalnej i ustalenie ostatecznej wersji SOSOPPD.

Wyniki: W pierwszej rundzie badania wzięło udział 71 (59,17%), w drugiej rundzie 56 (46,67%) zaproszonych respondentów. W pierwszej rundzie uzyskano 73 pozytywne (kryterium przynajmniej 70%) odpowiedzi na 97 pytań, w drugiej rundzie 21 pozytywnych odpowiedzi na 31 pytań. W zakresie pozostałych 10 pytań dyskutowano uzyskane wyniki, przyjmując kryterium przynajmniej 50% pozytywnych odpowiedzi. Po analizie wyników obydwu rund przyjęto ostateczną wersję dokumentu zaakceptowaną przez wszystkich członków Grupy Ekspertów.

Wnioski: Wyróżniono dwa rodzaje (poziomy) opieki paliatywnej: elementy opieki paliatywnej i specjalistyczną opiekę paliatywną. W zakresie specjalistycznej opieki paliatywnej wyróżniono opiekę domową, stacjonarną i ambulatoryjną, włączając ich wszystkie komórki organizacyjne do świadczeń gwarantowanych. Opisano wymogi i procedury dla wszystkich komórek organizacyjnych specjalistycznej opieki paliatywnej. Wprowadzono podział na trzy poziomy referencyjne opieki stacjonarnej, uwzględniając kompleksowość świadczeń udzielanych chorym, edukację przed- i podyplomową. Przedstawiono zasady kwalifikacji chorych do opieki paliatywnej, rozwój nauki i edukacji w zakresie medycyny paliatywnej i pielęgniarstwa opieki paliatywnej.

Palliat Med Pract 2022; 16, 1: 27–48

Słowa kluczowe: medycyna paliatywna, opieka paliatywna, organizacja, pielęgniarstwo opieki paliatywnej, standardy

A. Część ogólna

A.1. Cele standardów

Starzenie się polskiego społeczeństwa, wzrost zachorowalności i poprawa skuteczności leczenia wielu chorób przewlekłych, w tym nowotworów złośliwych, powoduje znaczny wzrost liczby osób z poważnymi chorobami powodującymi nasilone cierpienie, którzy wymagają opieki paliatywnej. Cele standardów organizacyjnych opieki paliatywnej dla pacjentów dorosłych obejmują:

- zwiększenie dostępności opieki paliatywnej dla pacjentów i rodzin;
- poprawę jakości i zapewnienie optymalnego finansowania opieki paliatywnej;
- poprawę edukacji przeddyplomowej i podyplomowej w zakresie medycyny paliatywnej i opieki paliatywnej w zawodach medycznych, edukację przedstawicieli innych zawodów i całego społeczeństwa w zakresie opieki paliatywnej;
- rozwój naukowy medycyny paliatywnej i pielęgniarstwa opieki paliatywnej;
- wyznaczenie kierunków rozwoju opieki paliatywnej.

A.2. Terminologia

1. Lekarz specjalista medycyny paliatywnej — lekarz lub lekarka, którzy posiadają specjalizację w dziedzinie medycyny paliatywnej [1].
2. Lekarz w trakcie specjalizacji medycyny paliatywnej — lekarz lub lekarka, którzy odbywają szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny paliatywnej [1].
3. Pielęgniarka specjalista opieki paliatywnej — pielęgniarka lub pielęgniarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej [2].
4. Pielęgniarka w trakcie specjalizacji — pielęgniarka lub pielęgniarz, którzy są w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej [2].
5. Pielęgniarka opieki paliatywnej — pielęgniarka lub pielęgniarz, którzy ukończyli kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej lub specjalistyczny z podstaw opieki paliatywnej [2].
6. Fizjoterapeuta — osoba, która spełnia kryteria Ustawy o zawodzie fizjoterapeuty [3].
7. Psycholog — osoba, która spełnia kryteria Ustawy o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów [4].
8. Rodzina — osoby, które nie wchodzą w skład zespołu opieki paliatywnej, jednak ze względu na

- związki rodzinne lub wcześniej wytworzone relacje są zaangażowane w opiekę nad pacjentem, w tym opiekunowie rodzinni [5].
9. POZ — podstawowa opieka zdrowotna [6].
 10. NRS (*Numerical Rating Scale*) — skala liczbowa ocena natężenia bólu, innych objawów i cierpienia (0–10): 0 — brak bólu, brak innego objawu, brak cierpienia, 10 — ból najsilniejszy, natężenie innego objawu najsilniejsze, cierpienie najsilniejsze [7, 8].
 11. Kwestionariusz ESAS (*Edmonton Symptom Assessment System*) — kwestionariusz oceny objawów [9].
 12. NYHA (*New York Heart Association*) — skala oceny stopnia niewydolności serca [10].
 13. Podmiot leczniczy — definicja zgodna z Ustawą o działalności leczniczej [11].
 14. Komórka organizacyjna — część zakładu leczniczego wykonująca określoną działalność leczniczą [11].

A.3. Definicje

Opieka paliatywna — aktywna, całościowa opieka zapewniana pacjentom w każdym wieku z cierpieniem [12] związanym ze stanem zdrowia¹ i poważną chorobą² [13], zwłaszcza blisko końca życia. Celem opieki paliatywnej jest poprawa jakości życia chorych i ich rodzin [14].

Opieka paliatywna:

1. Obejmuje zapobieganie, wczesne rozpoznanie, kompleksową ocenę i leczenie bólu i innych objawów fizycznych, cierpienia psychologicznego, duchowego i pomoc w zakresie potrzeb społecznych. O ile jest to możliwe, powyższe interwencje powinny być oparte na dowodach naukowych.
2. Zapewnia wsparcie, które pomaga chorym żyć, na ile możliwe, w pełni, poprzez skuteczne porozumiewanie się, pomoc pacjentom i rodzinom w ustaleniu celów opieki i ich realizacji.
3. Jest możliwa do wdrożenia na każdym etapie choroby, zgodnie z potrzebami chorych.

4. Może być zapewniana równolegle z leczeniem przyczynowym choroby i pozytywnie wpływać na jej przebieg.
5. Nie ma na celu przyspieszenia ani opóźnienia śmierci, afirmuje życie i traktuje umieranie jako proces naturalny.
6. Zapewnia wsparcie rodzinom podczas choroby i w okresie osierocenia.
7. Jest zapewniana z poszanowaniem wartości kulturowych, religijnych i przekonań pacjentów i rodzin.
8. Jest możliwa do wdrożenia we wszystkich miejscach sprawowania opieki zdrowotnej (w miejscu zamieszkania pacjentów i wszystkich instytucjach) i na wszystkich poziomach referencyjnych (od pierwszo- do trzeciorzędowego).
9. Może być zapewniana przez profesjonalistów posiadających podstawowe przeszkolenie w zakresie opieki paliatywnej.
10. Jest zapewniana chorym wymagającym kompleksowego leczenia i wsparcia przez specjalistyczne zespoły wieloprofesjonalne.
11. Pozwala na obniżenie kosztów leczenia chorych [16].

Opieka hospicyjna — całościowa opieka zapewniana przez zespoły wieloprofesjonalne, która dotyczy głównie pacjentów blisko końca życia, u których wyczerpano możliwości leczenia przyczynowego i modyfikującego przebieg choroby, która podkreśla wymiar duchowy życia pacjenta [17].

Opieka wspierająca — zapewnia poprawę jakości życia chorym z rozpoznaniem poważnej lub zagrażającej życiu choroby. Celem opieki wspierającej jest jak najwcześniejsze zapobieganie lub leczenie objawów choroby, działań niepożądanych wywołanych leczeniem, wsparcie w zakresie problemów psychologicznych, socjalnych i duchowych związanych z chorobą lub leczeniem [18]. Opieka paliatywna może być określana jako opieka wspierająca, co umożliwi większą akceptację pojęcia i mniejsze negatywne skojarzenia wśród chorych i rodzin [19].

Medycyna paliatywna — dziedzina medycyny zajmująca się badaniem, rozpoznaniem i leczeniem

¹ Cierpienie związane ze stanem zdrowia i poważną chorobą — cierpienie fizyczne, psychiczne, społeczne i duchowe pacjenta, które jest wywołane chorobą lub urazem i nie może zostać złagodzone bez profesjonalnych działań medycznych. Choroby, które najczęściej powodują śmierć lub cierpienie, które wymagają zapewnienia opieki paliatywnej chorym w każdym wieku, to: miażdżycy, choroby naczyń mózgowych, przewlekła choroba niedokrwienna serca, wady wrodzone, choroby degeneracyjne ośrodkowego układu nerwowego (OUN), demencja, choroby wątroby, gorączka krwotoczna, ludzki wirus niedoboru odporności (HIV, *human immunodeficiency virus*), choroby zapalne OUN, urazy, zatrucia, białaczki, choroby płuc, nowotwory złośliwe, zaburzenia mięśniowo-szkieletowe, choroby serca nie-niedokrwiennie, przedwczesne urodzenie i uraz porodowy, niedożywienie białkowe, niewydolność nerek i gruźlica.

Najczęstsze i najbardziej dokuczliwe objawy w poszczególnych rodzajach cierpienia wywołane przez powyższe choroby: cierpienie fizyczne: ból, osłabienie, zmęczenie, duszność, nudności i wymioty, zaparcie, biegunka, suchość jamy ustnej, świąd, rany i krwawienie; cierpienie psychiczne: lęk i martwienie się, przygnębienie, delirium lub splątanie i demencja, która powoduje dezorientację, pobudzenie lub utratę pamięci [15].

² Poważna choroba — każda ostra lub przewlekła choroba i/lub stan zdrowia związane z wysokim ryzykiem śmierci, pogorszeniem jakości życia, zaburzeniem codziennego funkcjonowania i/lub znacznym obciążeniem objawami, leczeniem lub stresem rodzin pacjentów [15].

pacjentów z poważną chorobą, której głównym zadaniem jest poprawa jakości życia chorych. Medycyna paliatywna jest specjalizacją medyczną ukierunkowaną na całościową opiekę, leczenie objawowe i zaspokajanie potrzeb pacjentów i rodzin, także w okresie osierocenia oraz prowadzenie badań naukowych [20].

Pielęgniarstwo opieki paliatywnej — dziedzina pielęgniarstwa, która dotyczy oceny potrzeb i problemów pielęgnacyjnych, planowania i sprawowania opieki, samodzielnego udzielania w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, realizacji zleceń lekarskich, edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia u pacjentów z ostrymi i przewlekłymi chorobami potencjalnie ograniczającymi czas przeżycia, której celem jest łagodzenie cierpienia i zapewnienie optymalnej jakości życia chorych i ich rodzin oraz prowadzenie badań naukowych [21].

Opieka paliatywna w Polsce wywodzi się z opieki hospicyjnej, która była początkowo świadczona na zasadach wolontariatu. Opierając się na szlachetnych założeniach ruchu hospicyjnego, należy zapewnić chorym i rodzinom opiekę paliatywną najwyższej jakości w ramach elementów opieki paliatywnej i specjalistycznej opieki paliatywnej.

A.4. Podstawowe wymogi opieki paliatywnej

- Zapewnienie dostępu do elementów opieki paliatywnej i do specjalistycznej opieki paliatywnej wszystkim pacjentom i ich rodzinom wymagającym opieki paliatywnej.
- Zapewnienie ciągłości opieki paliatywnej, preferowanego przez chorych miejsca sprawowania opieki, planowania opieki z wyprzedzeniem i edukacji personelu [22, 23].
- Wdrożenie w praktyce klinicznej koncepcji wczesnej opieki paliatywnej zintegrowanej z innymi dziedzinami medycyny i pielęgniarstwa, zwłaszcza z tymi, których personel często zajmuje się chorymi wymagającymi opieki paliatywnej [24].
- Zapewnienie finansowania opieki paliatywnej przez państwo ze środków publicznych i włączenie do świadczeń gwarantowanych wszystkich komórek organizacyjnych specjalistycznej opieki paliatywnej domowej (zespół domowej opieki paliatywnej), stacjonarnej (oddział medycyny paliatywnej, pozaszpitalny oddział medycyny paliatywnej i szpitalny zespół opieki paliatywnej) i ambulatoryjnej (poradnia medycyny paliatywnej i dzienny ośrodek opieki paliatywnej) [25].

A.5. Wstęp

Polska zajmuje w Europie 7. pozycję pod względem rozwoju specjalistycznej opieki paliatywnej [26],

jednak audyt Najwyższej Izby Kontroli wykazał liczne problemy podmiotów leczniczych i brak właściwego dostępu chorych do specjalistycznej opieki paliatywnej [27]. Dostęp do specjalistycznej opieki paliatywnej pacjentów z chorobami nienowotworowymi jest znacznie ograniczony listą chorób, która (obejmuje głównie nowotwory i nieliczne inne choroby) pozwala na kwalifikację pacjentów, i brakiem uwzględnienia stanu klinicznego chorych, zwłaszcza objawów fizycznych, psychicznych, problemów duchowych i społecznych. Istotny jest brak finansowania przez państwo szpitalnych zespołów opieki paliatywnej (ok. 50% zgonów następuje w szpitalach) [28]. Kolejny problem stanowi niedostateczna wycena świadczeń gwarantowanych (zwłaszcza stacjonarnej i ambulatoryjnej) specjalistycznej opieki paliatywnej i limity osobodni dla opieki domowej kontraktowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia [29, 30]. Ponadto nierównomierny rozkład i niedostateczna liczba łóżek stacjonarnych w wielu regionach, braki personelu, zwłaszcza lekarzy i pielęgniarek, zwiększają trudności w zapewnieniu właściwej dostępności specjalistycznej opieki paliatywnej, zwłaszcza dla pacjentów z chorobami nienowotworowymi [31].

Rocznie specjalistyczną opieką paliatywną objętych jest 90–95 tys. pacjentów, z których 90% to chorzy na nowotwory [32]. Biorąc pod uwagę liczbę zgonów (w 2019 r. 418 tys., w 2020 r. 485 tys.), oprócz chorych na nowotwory, rocznie około 120 tys. pacjentów z innymi chorobami przewlekłymi wymaga opieki paliatywnej [26]. W zależności od przyjętej metody, opieka paliatywna jest przydatna dla 40–80% wszystkich odchodzących chorych, dlatego powyższe kalkulacje mogą być zaniżone [33]. Do 2040 roku obecna liczba pacjentów wymagających opieki paliatywnej wzrośnie prawdopodobnie o około 30–40%, głównie z powodu starzenia się społeczeństwa i większej liczby zgonów z powodu nowotworów i innych chorób przewlekłych [34]. Obowiązujące Rozporządzenie Ministra Zdrowia dotyczące świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej z 2013 roku, pomimo zmian w 2018 i 2020 roku, nie zawiera wielu istotnych elementów niezbędnych dla właściwej organizacji i rozwoju opieki paliatywnej w Polsce [25]. Pomimo podejmowanych prób, do tej pory nie opracowano standardów organizacyjnych specjalistycznej opieki paliatywnej dla pacjentów dorosłych (SOSOPPD) [35].

Celem badania było opracowanie SOSOPPD.

A.6. Metody

Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej i konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, w porozumieniu z Pełnomocnikiem Ministra Zdrowia ds. Opieki Paliatywnej,

powołał Grupę Ekspertów dla opracowania SOSOPPD. W skład zespołu weszło 3 lekarzy — samodzielnych pracowników naukowych, 2 pielęgniarki i prawnik. Opracowanie przeprowadzono w 3 etapach.

1. Analiza literatury i obowiązujących w Polsce aktów prawnych opieki paliatywnej.

Przegląd piśmiennictwa przeprowadzono przy wykorzystaniu kryteriów wyszukiwania w bazach SCOPUS i PubMed. Do wyszukiwania w bazie SCOPUS zastosowano wyrażenie „*Palliative care standards*”, które zostało użyte w 106 artykułach, z których wybrano 21 [36–56]. Ze względu na fakt, że niewiele manuskryptów spełniało powyższe kryterium, w bazie PubMed rozszerzono kryteria wyszukiwania i zastosowano dwa wyrażenia w tytule i streszczeniu artykułu: „*Palliative care standards*” — hasło użyte w 23 artykułach, z których wybrano 3 [57–59], i „*Palliative care guidelines*” — hasło użyte w 79 manuskryptach, z których wybrano 6 [60–65], zawierających treść (lub opis metodologii opracowania) standardów opieki paliatywnej. Odrzucono manuskrypty dotyczące opieki paliatywnej dla dzieci i nie zawierają standardów organizacyjnych opieki paliatywnej.

Analizę aktów prawnych przeprowadzono poprzez ustalenie ustaw i rozporządzeń, które znajdują zastosowanie do organizacji opieki paliatywnej, w tym zarówno do zasad działania podmiotów leczniczych, świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej, jak i poszczególnych członków zespołu specjalistycznej opieki paliatywnej.

2. Opracowanie kwestionariusza przy wykorzystaniu Formularzy Google i zastosowanie metody delfickiej [66, 67].

Członkowie Grupy Ekspertów przygotowali kwestionariusz za pośrednictwem wymiany dokumentu drogą elektroniczną (35 wersji) podczas 15 spotkań w formie zdalnej. Do przygotowania kwestionariusza zasięgnięto opinii 9 ekspertów — konsultantów wymienionych w podziękowaniach. Następnie kwestionariusz poddano ocenie przez zaproszonych 120 respondentów, którzy wyrazili poziom akceptacji dla poszczególnych rozwiązań przy zastosowaniu 5-stopniowej skali: zdecydowanie się zgadzam, raczej się zgadzam, nie mam zdania, raczej nie zgadzam się, zdecydowanie nie zgadzam się. Jako warunek akceptacji przyjęto łączny wynik przynajmniej 70% odpowiedzi: zdecydowanie się zgadzam i raczej się zgadzam. Kwestionariusz zawierał również pytania z różnymi opcjami do wyboru i pole na dowolne komentarze do udzielonych odpowiedzi.

Wśród zaproszonych 120 respondentów znaleźli się lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, farmaceuci, psychologowie, pracownicy socjalni, osoby duchowne, wolontariusze i koordynatorzy wolontariatu, w tym

wszyscy Konsultanci Wojewódzcy w dziedzinie medycyny paliatywnej i wszyscy Konsultanci Wojewódzcy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, przedstawiciele towarzystw naukowych, organizacji pozarządowych i kierownicy podmiotów leczniczych działających w obszarze opieki paliatywnej.

Respondenci udzielili odpowiedzi na pytania kwestionariusza podczas dwóch rund. W pierwszej rundzie respondenci odpowiedzieli na 97 pytań, przy czym nie uzyskano wymaganego stopnia akceptacji dla 24 pytań. Następnie, po zapoznaniu się z wynikami pierwszej rundy, członkowie Grupy Ekspertów opracowali drugi kwestionariusz składający się z 31 pytań dotyczących zagadnień, które nie uzyskały wymaganej akceptacji podczas pierwszej rundy uzupełniony o dodatkowe 7 pytań dotyczących poszczególnych rozpoznań. Kwestionariusz przesłano do wszystkich respondentów zaproszonych do udziału w pierwszej rundzie.

3. Analiza wyników dwóch rund badania przez członków Grupy Ekspertów podczas 5 spotkań w formie zdalnej i ustalenie ostatecznej wersji SOSOPPD.

Ze względu na fakt, że badanie nie dotyczy chorzy i nie stanowi eksperymentu medycznego, zgoda komisji bioetycznej nie jest wymagana. Wypełnienie kwestionariuszy przez respondentów zostało uznane, jako zgoda na udział w badaniu, które było dobrowolne i anonimowe.

A.7. Wyniki

W pierwszej rundzie wzięło udział 71 (odsetek odpowiedzi 59,17%) respondentów, w drugiej rundzie 56 (odsetek odpowiedzi 46,67%) respondentów. W tej ostatniej na pytania 14–18 uzyskano 39 (32,5%) odpowiedzi, a na pytanie 19 i 26–55 (45,83%) odpowiedzi. W pierwszej rundzie uzyskano wymagany odsetek 70% pozytywnych odpowiedzi na 73 spośród 97 pytań. Spośród 31 pytań drugiej rundy nie uzyskano wymaganego wyniku 70% pozytywnych odpowiedzi na 10 pytań.

W tej grupie 5 pytań dawało możliwość wyboru jednej z kilku proponowanych norm zatrudnienia personelu (w nawiasach podano odsetek respondentów, którzy wybrali daną normę). Norma zatrudnienia fizjoterapeutów w zespole domowej opieki paliatywnej wynosi równoważnik 1 etatu na: 60 chorych (51,3%), 30 chorych (28,2%), 50 chorych (15,4%), 40 chorych (5,1%). W opiece stacjonarnej lekarze nieposiadający jakiegokolwiek specjalizacji i bez rozpoczętej jakiegokolwiek specjalizacji mogą być zatrudnieni na okres bez ograniczenia czasowego (50,9%), do 12 miesięcy (43,6%), do 6 miesięcy (5,5%). Spośród całkowitego czasu pracy pielęgniarek pracujących w opiece stacjonarnej świadczenia realizowane przez specjalistów pie-

lęgniarsstwa opieki paliatywnej stanowią, co najmniej: 25% (37,5%), 50% (33,9%), 30% (21,4%), 10% (7,1%). Norma zatrudnienia dla fizjoterapeutów w opiece stacjonarnej powinna wynosić równoważnik 1 etatu na: 30 łóżek (48,2%), 20 łóżek (35,7%), 40 łóżek (16,1%). Norma zatrudnienia psychologów w opiece stacjonarnej powinna wynosić równoważnik 1 etatu na: 40 łóżek (57,1%), 30 łóżek (35,7%), 35 łóżek (7,1%).

Trzy pytania dotyczyły rozpoznania: G36 i G37 (akceptacja 62,5% respondentów), I89.0 i I97.2 (60,7%) oraz N18.5 (52,6%). Jedno pytanie dotyczyło zmiany nazwy komórki organizacyjnej z „Hospicjum stacjonarne/stacjonarny ośrodek opieki paliatywnej” na: „Pozaszpitalny oddział medycyny paliatywnej”, z zachowaniem dotychczasowego kodu resortowego 2184 (wybór 50% respondentów), jedno pytanie — wyboru zalecanej normy liczby mieszkańców (150 000) na 1 dzienny ośrodek opieki paliatywnej (55,4%). Szczegółowe wyniki przedstawiono w materiałach dodatkowych.

A.8. Dyskusja

Przeprowadzone badanie dotyczyło opracowania SOSOPPD z powodu braku takiego dokumentu i licznych problemów podmiotów leczniczych zapewniających świadczenia w tej dziedzinie i braku właściwego dostępu chorych do opieki paliatywnej [27]. Większość proponowanych przez Grupę Ekspertów rozwiązań została zaakceptowana przez respondentów. W pierwszej i drugiej rundzie uzyskano, odpowiednio, 73 odpowiedzi na 97 pytań i 21 odpowiedzi na 31 pytań, spełniających kryterium 70% akceptacji. Wyniki obydwu rund zostały przeanalizowane przez członków Grupy Ekspertów. Dla 10 pytań nie uzyskano 70% akceptacji podczas drugiej rundy, decyzje podjęto na podstawie aprobaty przynajmniej połowy respondentów. Dla pytania o świadczenia realizowane przez specjalistów pielęgniarstwa opieki paliatywnej, spośród całkowitego czasu pracy pielęgniarek w opiece stacjonarnej, przyjęto normę 30%, uwzględniając odsetek respondentów, którzy wybrali najczęstsze odpowiedzi (łącznie 92,8% respondentów): 25% czasu pracy (37,5%), 50% (33,9%) i 30% (21,4%).

Na podstawie uzyskanych wyników przedstawiono proponowane rozwiązania dotyczące organizacji specjalistycznej opieki paliatywnej dla pacjentów dorosłych. Dokonano podziału na dwa rodzaje (poziomy) opieki paliatywnej: elementy opieki paliatywnej i specjalistyczną opiekę paliatywną. Wyróżniono domową, stacjonarną i ambulatoryjną specjalistyczną opiekę paliatywną, przedstawiono opis poszczególnych komórek organizacyjnych — zakres i wymogi dotyczące świadczeń, organizacji, personelu, sprzętu medycznego i procedur. Wyróżniono 3 poziomy referencyjne

jednostek stacjonarnych, zgodnie z 3 poziomami referencyjnymi szpitali (powiatowy, wojewódzki i kliniczny), uwzględniając kompleksowość (funkcjonowanie komórek organizacyjnych opieki stacjonarnej, domowej i ambulatoryjnej w ramach jednego podmiotu leczniczego) i połączenie z kształceniem przed- i podyplomowym w zakresie medycyny paliatywnej.

Omówiono zasady kwalifikacji chorych do opieki paliatywnej, które oparto na całościowej ocenie stanu klinicznego chorych z uwzględnieniem wymiaru fizycznego, psychologicznego, społecznego i duchowego. Rozwój nauki i edukacji obejmuje integrację nauczania przed- i podyplomowego z opieką zapewnianą chorym i możliwość powołania instytutów badawczych medycyny paliatywnej i pielęgniarstwa opieki paliatywnej, które mogą być integrowane z komórkami organizacyjnymi specjalistycznej opieki paliatywnej. Dokument uzupełniają załączniki zawierające wykaz chorób pozwalających na kwalifikację pacjentów dorosłych do specjalistycznej opieki paliatywnej, wykaz nazw komórek organizacyjnych i kodów resortowych, kwestionariusz ESAS, skala NRS zalecana do oceny wymiaru duchowego chorych i wykaz procedur.

Rozszerzenie katalogu rozpoznania pozwalających na kwalifikację chorych do specjalistycznej opieki paliatywnej, w opinii autorów, poprawi do tej pory znacznie ograniczoną dostępność licznej grupy pacjentów z chorobami innymi niż nowotwory. Sprzyjać temu powinno całkowite odstępianie od wymogu określonych rozpoznania w zakresie konsultacji pacjentów w poradni medycyny paliatywnej i przez szpitalne zespoły opieki paliatywnej, co przyczyni się do wcześniejszego zgłaszania chorych i realizacji koncepcji wczesnej i zintegrowanej z innymi dziedzinami opieki paliatywnej [15, 68, 69]. Kwalifikacje chorych do specjalistycznej opieki paliatywnej oparto na kryterium przynajmniej umiarkowanego natężenia objawów fizycznych, psychicznych i problemów duchowych i socjalnych pacjentów, wskazując na możliwość zapewnienia chorym niewymagającym kompleksowych interwencji w ramach specjalistycznej opieki paliatywnej, elementów opieki paliatywnej w innych jednostkach ochrony zdrowia.

Opracowanie uwzględnia potrzeby chorych i ich rodzin, obecny stan rozwoju i organizację specjalistycznej opieki paliatywnej, w tym kształcenie kadr i rozwój naukowy medycyny paliatywnej i pielęgniarstwa opieki paliatywnej. Włączono wszystkie komórki organizacyjne specjalistycznej opieki paliatywnej do finansowania ze środków publicznych przez Państwo w ramach świadczeń gwarantowanych. Powiązano działalność kliniczną z edukacją przed- i podyplomową oraz z nauką (uczelnie akademickie i instytuty badawcze, poziomy referencyjne jednostek stacjonarnych).

Przedstawiono normy i zalecenia tworzenia poszczególnych komórek organizacyjnych. Wprowadzono możliwość zatrudnienia dodatkowych pracowników i udzielania przez psychologów porad odrębnie pacjentom, członkom rodzin, osieroconym i personelowi, dodano fizjoterapeutę do członków zespołu poradni medycyny paliatywnej. Dla ujednolicenia nazewnictwa zaproponowano nowe nazwy niektórych komórek organizacyjnych specjalistycznej opieki paliatywnej. Wybrano określenia opieka paliatywna, medycyna paliatywna i pielęgniarstwo opieki paliatywnej, co podkreśla znaczenie specjalizacji, odpowiednio dla lekarzy i pielęgniarzek [42]. Według autorów określenia opieka hospicyjna i opieka wspierająca mogą być używane zamiennie z nazwą opieka paliatywna, a szlachetne założenia opieki hospicyjnej powinny stanowić podstawę rozwoju opieki paliatywnej, medycyny paliatywnej i pielęgniarstwa opieki paliatywnej [70].

Przyjęcie SOSOPPD zwiększy znaczenie specjalizacji lekarzy w dziedzinie medycyny paliatywnej, której posiadanie będzie warunkiem pełnienia funkcji kierownika medycznego komórek organizacyjnych stacjonarnej, ambulatoryjnej i po części domowej specjalistycznej opieki paliatywnej. W tym ostatnim przypadku, ze względu na obecnie ograniczoną liczbę aktywnie pracujących w tej dziedzinie specjalistów medycyny paliatywnej, która może nie być wystarczająca do pełnienia funkcji kierownika medycznego we wszystkich zespołach opieki domowej, postawiono wymóg przynajmniej odbywania szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny paliatywnej i, w zależności od rodzaju szkolenia specjalizacyjnego, posiadania innej specjalizacji bądź ukończonego modułu podstawowego. Takie rozwiązanie może sprzyjać podejmowaniu przez lekarzy specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej, ponieważ zgodnie z obecnie obowiązującym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia, wymogiem pełnienia funkcji kierownika medycznego jednostek specjalistycznej opieki paliatywnej jest jedynie ukończenie podstawowego 40-godzinnego kursu opieki paliatywnej, bez jakiegokolwiek ograniczenia okresu, który upłynął od szkolenia [25].

Podczas dyskusji poszczególni członkowie Zespołu Ekspertów różnili się w zakresie uznania stopnia priorytetu zapewnienia opieki paliatywnej w ostatnich dniach życia chorych vs. zapewnienia pacjentom opieki paliatywnej w tym okresie i na wcześniejszych etapach choroby oraz przyjęcia nowej nazwy hospicjum stacjonarnego: pozaszpitalny oddział medycyny paliatywnej. To ostatnie stanowi odbicie różnych opinii wyrażonych przez respondentów: 50% zaakceptowało proponowaną zmianę, blisko 40% wyraziło przeciwną opinię, a ponad 10% nie miało zdania. Rozważano wprowadzenie innych kryteriów poziomów referencyjnych

specjalistycznej stacjonarnej opieki paliatywnej, między innymi na podstawie różnic w wymogach zatrudnienia personelu i dostępności chorych do procedur diagnostycznych i terapeutycznych. Jednakże ze względu na obecne problemy kadrowe, zwłaszcza dotyczące lekarzy i pielęgniarzek, różne możliwości diagnostyczne oddziałów medycyny paliatywnej w szpitalach i pozaszpitalnych oddziałów medycyny paliatywnej i lokalne uwarunkowania uznano, że na obecnym etapie rozwoju specjalistycznej stacjonarnej opieki paliatywnej wprowadzenie takich rozwiązań mogłoby być znacznie utrudnione. W opinii autorów na dalszych etapach rozwoju specjalistycznej stacjonarnej opieki paliatywnej warto takie rozważania podejmować.

Ograniczenia badania obejmują umiarkowany odsetek respondentów, którzy udzielili odpowiedzi na pytania i którzy mogą nie być w pełni reprezentatywni dla specjalistycznej opieki paliatywnej. Nie przeprowadzono oceny empirycznej, która pozwoliłaby na sprawdzenie wpływu proponowanych zmian na praktykę kliniczną. Nie uwzględniono również wymogów dotyczących pomieszczeń większości komórek organizacyjnych specjalistycznej opieki paliatywnej ze względu na znaczne różnice w obecnie działających jednostkach i odrębne regulacje prawne w tym zakresie. Inne ograniczenie stanowi fakt, że na 24 pytania w pierwszej rundzie i na 10 pytań w drugiej rundzie nie uzyskano 70% pozytywnych odpowiedzi, które członkowie Grupy Ekspertów poddali dyskusji do osiągnięcia akceptacji ostatecznej wersji dokumentu.

Pomimo wymienionych ograniczeń jest to pierwsze badanie, którego celem było opracowanie kompleksowych SOSOPPD w Polsce. W badaniu wzięła udział różnorodna grupa respondentów pod względem wykonywanych zawodów — członków zespołów specjalistycznej opieki paliatywnej. Zdaniem członków Grupy Ekspertów zaproponowane rozwiązania zapewnią szerszy dostęp do opieki paliatywnej, zwłaszcza specjalistycznej, również pacjentom z chorobami innymi niż nowotwory. Ponadto, przyjęte kryterium kwalifikacji chorych oparte na całościowej ocenie klinicznej, natężeniu objawów fizycznych i psychicznych oraz zaburzeniach w sferze duchowej i społecznej powinno przyczynić się do wcześniejszej i bardziej trafnej kwalifikacji pacjentów i istotnej poprawy jakości opieki paliatywnej.

Dalsze kierunki badań mogą dotyczyć oceny dokumentu po wdrożeniu i zebraniu danych w zakresie przydatności w codziennej praktyce klinicznej i, w razie potrzeby, wprowadzenia niezbędnych korekt w organizacji i kryteriach kwalifikacji chorych do specjalistycznej opieki paliatywnej. Dalsze analizy ekspertów i dyskusje środowiska opieki paliatywnej i przedstawicieli innych dziedzin mogą przyczynić się

do wypracowania kolejnych zaleceń z uwzględnieniem nowych rozwiązań dotyczących organizacji i rozwoju specjalistycznej opieki paliatywnej.

A.9. Wnioski

Wnioski przedstawiono w formie podziału na rodzaje (poziomy) opieki paliatywnej, organizacji specjalistycznej opieki paliatywnej, zasad kwalifikacji chorych do opieki paliatywnej, zagadnień nauki i edukacji oraz załączników.

B. Rodzaje (poziomy) opieki paliatywnej

B.1. Elementy opieki paliatywnej — to podstawowe zasady opieki paliatywnej stosowane u pacjentów we wszystkich podmiotach leczniczych, innych niż specjalistyczna opieka paliatywna, które obejmują leczenie objawów, właściwe porozumiewanie się z chorymi i rodzinami, ustalanie wspólnie z pacjentami i rodzinami celów leczenia i opieki oraz podejmowanie decyzji klinicznych z uwzględnieniem preferencji chorych i zgodnie z zasadami opieki paliatywnej [21].

Elementy opieki paliatywnej są dostępne i stosowane przez personel wszystkich jednostek ochrony zdrowia (oprócz specjalistycznej opieki paliatywnej), zwłaszcza podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz zakładów opieki długoterminowej. Wszyscy lekarze, pielęgniarki i pozostali pracownicy medyczni ochrony zdrowia posiadają podstawową wiedzę i umiejętności w zakresie opieki paliatywnej, które potrafią wdrożyć w praktyce klinicznej, opierając się na kształceniu przeddyplomowym i podyplomowym [16].

B.2. Specjalistyczna opieka paliatywna — jest zapewniana chorym z kompleksowymi potrzebami w zakresie leczenia objawów, wsparcia psychologicznego, socjalnego i duchowego, przez wieloprofesjonalne zespoły specjalistycznej opieki paliatywnej, które cechuje interdyscyplinarny sposób pracy [45].

B.2.1. Zespół specjalistycznej opieki paliatywnej — obejmuje lekarzy, w tym specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej, pielęgniarki, w tym specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, fizjoterapeutów i psychologów [16].

Od członków zespołów specjalistycznej opieki paliatywnej wymagana jest znajomość postępowania klinicznego w zakresie wielowymiarowych problemów chorych i umiejętność zaspokojenia kompleksowych potrzeb fizycznych, psychologicznych, społecznych i duchowych pacjentów i ich rodzin [45].

B.2.1.1. Do zespołu specjalistycznej opieki paliatywnej mogą należeć lub z nim współpracować: farmaceuci, opiekunowie medyczni, dietetycy, pracownicy socjalni, osoby duchowne, terapeuci zajęciowi, asystenci medyczni, wolontariusze i koordynatorzy wolontariatu [71–74].

C. Organizacja specjalistycznej opieki paliatywnej

Specjalistyczna opieka paliatywna jest zapewniana w warunkach:

C.1. Domowych

C.2. Stacjonarnych

C.3. Ambulatoryjnych

C.1. Specjalistyczna domowa opieka paliatywna

Specjalistyczna opieka paliatywna zapewniana w warunkach domowych stanowi podstawowy i preferowany rodzaj opieki paliatywnej.

Zalecane jest podejmowanie działań, aby chorzy zakwalifikowani do opieki paliatywnej mogli być leczeni w domu [75].

C.1.1. Zespół domowej opieki paliatywnej

Zespół domowej opieki paliatywnej (ZDOP) zapewnia specjalistyczną opiekę paliatywną chorym wymagającym stałego leczenia w warunkach domowych.

C.1.1.1. Zakres świadczeń udzielanych przez ZDOP

- Świadczenia udzielane przez lekarzy, pielęgniarki, fizjoterapeutów i psychologów.
- Badania diagnostyczne zlecane przez lekarzy lub pielęgniarki ZDOP.
- Zapobieganie wystąpieniu i leczenie bólu oraz innych objawów.
- Opieka psychologiczna i wsparcie socjalne chorych i rodzin.
- Opieka duchowa dla pacjentów.
- Wsparcie psychologiczne i socjalne osób osieroconych.
- Bezpłatne wypożyczanie sprzętu medycznego.
- Specjalistyczne porady i konsultacje udzielane przez personel ZDOP lekarzom i pielęgniarkom POZ w zakresie leczenia objawów, wsparcia psychosocjalnego i duchowego [76].
- W razie potrzeby kierowanie chorych do specjalistycznej stacjonarnej lub ambulatoryjnej opieki paliatywnej bądź innych jednostek ochrony zdrowia [77].
- Wsparcie psychologiczne i zapobieganie wypaleniu personelu.

C.1.1.2. Wymagania dotyczące świadczeń

- Całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do świadczeń lekarza, co oznacza dostępność pod telefonem i gotowość do realizacji wizyty domowej interwencyjnej.
- Wizyty lekarskie w zależności od potrzeb pacjenta, nie mniej niż 2 wizyty w okresie 30 dni.
- Całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do świadczeń pielęgniarki, co oznacza dostępność pod telefonem i gotowość do realizacji wizyty domowej interwencyjnej.
- Wizyty pielęgniarskie w zależności od potrzeb pacjenta, nie mniej niż 2 wizyty w okresie 7 dni.
- Wizyty fizjoterapeuty i psychologa, w zależności od potrzeb pacjenta.

C.1.1.3. Wymagania organizacyjne

- W miastach poniżej 100 000 mieszkańców zalecany jest przynajmniej jeden ZDOP w powiecie, którego obszar działania obejmuje jeden powiat lub w przypadku siedziby położonej blisko granicy — sąsiadujące powiaty.
- W miastach powyżej 100 000 mieszkańców zalecany jest przynajmniej jeden ZDOP na 100 000 mieszkańców (dzielnice), którego obszar działania obejmuje jedną lub kilka dzielnic.

C.1.1.4. Wymagania i normy zatrudnienia personelu

- Kierownikiem medycznym ZDOP jest lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej w trybie szkolenia po uzyskaniu tytułu specjalisty w innej dziedzinie lub w trybie modułowym po ukończeniu szkolenia w zakresie modułu podstawowego.
- Pielęgniarka koordynująca pracę pielęgniarek jest specjalistą pielęgniarstwa opieki paliatywnej.
- Zespół obejmuje lekarzy, pielęgniarki, fizjoterapeutów, psychologów i innych pracowników.
- Lekarze — równoważnik 1 etatu na 30 chorych.
- Pielęgniarki — równoważnik 1 etatu na 12 pacjentów.
- Spośród całkowitego czasu pracy wszystkich pielęgniarek zatrudnionych w ZDOP 50% jest zapewniane przez pielęgniarki, które posiadają ukończony kurs kwalifikacyjny opieki paliatywnej lub posiadają specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej lub są w jej trakcie.
- Spośród całkowitego czasu pracy wszystkich pielęgniarek zatrudnionych w ZDOP 90% jest zapewniane przez pielęgniarki, które posiadają ukończony co najmniej kurs specjalistyczny opieki paliatywnej.

- Fizjoterapeuta — równoważnik 1 etatu na 60 pacjentów.
- Psycholog — równoważnik 1 etatu na 60 chorych, konsultacja dotyczy odrębnie pacjenta, członka rodziny chorego, osoby osieroconej oraz członka zespołu.
- Możliwe zatrudnienie jednego, więcej bądź wszystkich wymienionych pracowników: farmaceuta, dietetyk, asystent medyczny, pracownik socjalny, duchowny i koordynator wolontariatu — łącznie równoważnik 1 etatu na 15 pacjentów.

C.1.1.5. Wymagania dotyczące wypożyczanego sprzętu medycznego

- Koncentratory tlenu, inhalatory, pompy infuzyjne, pulsoksymetry i ssaki — przynajmniej jedna sztuka każdego wymienionego sprzętu na 10 pacjentów.

C.1.1.6. Procedury wykonywane przez zespół domowej opieki paliatywnej (załącznik 5)

C.2. Specjalistyczna stacjonarna opieka paliatywna

Specjalistyczna stacjonarna opieka paliatywna jest zapewniana chorym, którzy z powodu objawów, problemów psychospołecznych i duchowych nie mogą być leczeni i uzyskać niezbędnego wsparcia w warunkach domowych i ambulatoryjnych.

C.2.1. Oddział medycyny paliatywnej i pozaszpitalny oddział medycyny paliatywnej

Oddział medycyny paliatywnej (OMP) i pozaszpitalny oddział medycyny paliatywnej (POMP) zapewniają specjalistyczną stacjonarną opiekę paliatywną. Oddział medycyny paliatywnej funkcjonuje w strukturach szpitala, natomiast POMP w ramach opieki pozaszpitalnej.

Chorzy są przyjmowani do OMP i POMP na okres zależny od indywidualnych potrzeb pacjentów i rodzin do chwili wypisania chorych lub do końca życia [78, 79].

C.2.1.1. Zakres świadczeń udzielanych w OMP i w POMP

- Świadczenia udzielane przez lekarzy, pielęgniarki, fizjoterapeutów i psychologów.
- Badania diagnostyczne zlecane przez lekarzy.
- Zapobieganie wystąpieniu i leczenie bólu oraz innych objawów.
- Opieka psychologiczna i wsparcie socjalne chorych i rodzin.
- Opieka duchowa dla pacjentów.
- Wsparcie psychologiczne i socjalne osób osieroconych.

- Opieka wyręczająca dla rodzin chorych.
- Zaopatrzenie w wyroby medyczne niezbędne do wykonania świadczeń na oddziale.
- Wsparcie psychologiczne i zapobieganie wypaleniu personelu.

C.2.1.2. Wymagania dotyczące świadczeń

- Dostęp do świadczeń udzielanych przez lekarza przez całą dobę i 7 dni w tygodniu.
- Świadczenia udzielane przez pielęgniarkę przez całą dobę i 7 dni w tygodniu.

C.2.1.3. Wymagania organizacyjne

- OMP i POMP stanowią, odpowiednio, odrębny oddział w szpitalu i odrębny oddział poza szpitalem, i liczą nie mniej niż 8 łóżek.
- Nowo tworzone OMP i POMP stanowią odrębne oddziały i liczą nie mniej niż 15 łóżek.
- Zalecane jest, aby podmiot leczniczy, który prowadzi OMP i POMP dla zapewnienia ciągłości specjalistycznej opieki paliatywnej posiadał w strukturze lub współpracował z jedną lub większą liczbą komórek organizacyjnych: szpitalnym zespołem opieki paliatywnej, zespołem domowej opieki paliatywnej, poradnią medycyny paliatywnej i dziennym ośrodkiem opieki paliatywnej.
- Zalecane jest tworzenie OMP w szpitalach klinicznych, onkologicznych i wojewódzkich, z uwzględnieniem lokalnych uwarunkowań.
- Zalecane jest utworzenie przynajmniej jednego OMP lub POMP na obszarze jednego powiatu.
- Zalecane jest zapewnienie normy 130 łóżek w jednostkach stacjonarnych specjalistycznej opieki paliatywnej (OMP i POMP) na 1 000 000 mieszkańców.

C.2.1.4. Wymagania i normy zatrudnienia personelu

- Kierownikiem medycznym OMP jest lekarz specjalista medycyny paliatywnej.
- Kierownikiem medycznym, dyrektorem medycznym i zastępcą dyrektora ds. medycznych POMP jest lekarz specjalista medycyny paliatywnej.
- Pracą pielęgniarek kieruje pielęgniarka specjalista pielęgniarstwa opieki paliatywnej.
- Zespół obejmuje lekarzy, pielęgniarki, opiekunów medycznych, fizjoterapeutów, psychologów i innych pracowników.
- Lekarze — równoważnik 1 etatu na 10 łóżek.
- Pielęgniarki — równoważnik 8 etatów na 10 łóżek: specjalista pielęgniarstwa opieki paliatywnej lub w trakcie specjalizacji lub posiadająca co najmniej kurs specjalistyczny podstawy opieki paliatywnej.
- Spośród całkowitego czasu pracy wszystkich pielęgniarek zatrudnionych w OMP i w POMP, świadcze-

nia realizowane przez specjalistów pielęgniarstwa opieki paliatywnej stanowią co najmniej 30%.

- W OMP i w POMP pielęgniarki bez specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej lub nieposiadające ukończonego kursu kwalifikacyjnego lub specjalistycznego z zakresu opieki paliatywnej oraz pielęgniarki, które nie podjęły żadnej z wymienionych form kształcenia, mogą być zatrudnione na okres do 12 miesięcy.
- Opiekunowie medyczni — równoważnik 1 etatu na 4 łóżka.
- Fizjoterapeuta — równoważnik 1 etatu na 30 łóżek.
- Psycholog — równoważnik 1 etatu na 40 łóżek, konsultacja dotyczy odrębnie pacjenta, członka rodziny chorego i osoby osieroconej oraz członka zespołu.
- Możliwe zatrudnienie jednego, więcej bądź wszystkich wymienionych pracowników: farmaceuta, dietetyk, asystent medyczny, pracownik socjalny, duchowny, terapeuta zajęciowy i koordynator wolontariatu — łącznie równoważnik 1 etatu na 8 łóżek.

C.2.1.5. Wymagania dotyczące sprzętu medycznego

- Łóżka zwykłe i wielopozycyjne z materacami przeciwoleżynowymi.
- Koncentratory tlenu — 1 sztuka na 3 łóżka lub inne źródło tlenu.
- Ssaki elektryczne — 1 sztuka na 5 łóżek.
- Pompy infuzyjne — 1 sztuka na 5 łóżek.
- Inhalatory — 1 sztuka na 10 łóżek.
- Pulsoksymetry — 1 sztuka na 3 łóżka.
- Glukometry — 1 sztuka na 10 łóżek.
- Aparaty do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi — 1 sztuka na 5 łóżek.
- Aparat do wykonania elektrokardiogramu.
- Ultrasonograf.
- Sprzęt do resuscytacji, zestaw przeciwwstrząsowy.
- Wózki inwalidzkie, balkoniki, chodziki, kule i laski.

C.2.1.6. Procedury wykonywane na oddziale medycyny paliatywnej i na pozaszpitalnym oddziale medycyny paliatywnej (załącznik 5)

C.2.2. Poziomy referencyjne specjalistycznej stacjonarnej opieki paliatywnej

C.2.2.1. Pierwszy poziom referencyjny specjalistycznej stacjonarnej opieki paliatywnej

Oddział medycyny paliatywnej lub pozaszpitalny oddział medycyny paliatywnej, który spełnia wszystkie wymogi opisane w punkcie C.2.1.

C.2.2.2. Drugi poziom referencyjny specjalistycznej stacjonarnej opieki paliatywnej

Oddział medycyny paliatywnej lub pozaszpitalny oddział medycyny paliatywnej, który spełnia wszystkie wymogi opisane w punkcie C.2.1. i jest prowadzony przez podmiot leczniczy, który posiada w strukturze poradnię medycyny paliatywnej i zespół domowej opieki paliatywnej.

C.2.2.3. Trzeci poziom referencyjny specjalistycznej stacjonarnej opieki paliatywnej

4. Oddział medycyny paliatywnej lub pozaszpitalny oddział medycyny paliatywnej, który spełnia wszystkie wymogi opisane w punkcie C.2.1. i jest jednostką kliniczną [11] uczelni akademickiej [80] lub instytutu badawczego [81] oraz posiada akredytację do prowadzenia specjalizacji lekarzy w dziedzinie medycyny paliatywnej lub
5. Oddział medycyny paliatywnej lub pozaszpitalny oddział medycyny paliatywnej, który spełnia wszystkie wymogi opisane w punkcie C.2.1. i jest prowadzony przez podmiot leczniczy, który posiada w strukturze poradnię medycyny paliatywnej i zespół domowej opieki paliatywnej, posiada akredytację do prowadzenia specjalizacji lekarzy w dziedzinie medycyny paliatywnej i posiada podpisane porozumienie z uczelnią akademicką na prowadzenie edukacji studentów kierunku lekarskiego.

C.2.3. Szpitalny zespół opieki paliatywnej

Szpitalny zespół opieki paliatywnej (SZOP) zapewnia konsultacje w zakresie specjalistycznej opieki paliatywnej udzielane personelowi, a także porady chorym i rodzinom, podczas leczenia pacjentów na oddziałach szpitalnych [82].

C.2.3.1. Zakres świadczeń udzielanych przez SZOP

- SZOP pomaga w zapewnieniu całościowej opieki obejmującej leczenie bólu i innych objawów, wsparcie psychosocjalne i duchowe chorych i rodzin, po wystosowaniu skierowania przez lekarza oddziału szpitalnego.
- Leczenie chorych prowadzone jest przez personel oddziału szpitalnego [39].
- SZOP może koordynować kierowanie chorych do innych komórek organizacyjnych specjalistycznej opieki paliatywnej stacjonarnej, domowej i ambulatoryjnej oraz udzielać porad lekarzom, pielęgniarkom, innemu personelowi, pacjentom i rodzinom.

C.2.3.2. Wymagania dotyczące świadczeń

- SZOP zapewnia specjalistyczne konsultacje udzielane przez lekarza specjalistę medycyny paliatywnej i pielęgniarkę specjalistę pielęgniarstwa opieki

paliatywnej, podczas leczenia pacjentów na oddziałach szpitalnych.

C.2.3.3. Wymaganie organizacyjne

- SZOP współpracuje ze wszystkimi oddziałami szpitali, na których przebywają pacjenci wymagający konsultacji w zakresie specjalistycznej opieki paliatywnej [47].
- Zalecane jest powołanie SZOP w szpitalach klinicznych, onkologicznych i wojewódzkich, z uwzględnieniem lokalnych uwarunkowań.

C.2.3.4. Wymagania i normy zatrudnienia personelu

- Lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej: równoważnik 1 etatu na 120 konsultacji miesięcznie — 6 konsultacji dziennie, średni czas jednej konsultacji 60 minut.
- Pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej: równoważnik 1 etatu na 160 konsultacji miesięcznie — 8 konsultacji dziennie, średni czas jednej konsultacji 45 minut.

C.2.3.5. Procedury wykonywane przez szpitalny zespół opieki paliatywnej (załącznik 5)

C.3. Specjalistyczna ambulatoryjna opieka paliatywna

Specjalistyczna ambulatoryjna opieka paliatywna jest zapewniana chorym, którzy mogą przybyć do poradni medycyny paliatywnej i pacjentom, którzy pozostają w domach, jednak nie wymagają stałego leczenia i wsparcia zespołu domowej opieki paliatywnej.

C.3.1. Poradnia medycyny paliatywnej

Poradnia medycyny paliatywnej (PMP) zapewnia wczesną specjalistyczną opiekę paliatywną zintegrowaną z innymi dziedzinami medycyny [68, 83].

C.3.1.1. Zakres świadczeń udzielanych w PMP

- Konsultacje udzielane przez lekarzy, pielęgniarki, fizjoterapeutów i psychologów.
- Badania i czynności diagnostyczne, w tym pobranie materiału biologicznego.
- Zapobieganie wystąpieniu i leczenie bólu oraz innych objawów.
- Opieka psychologiczna i wsparcie socjalne chorych i rodzin.
- Opieka duchowa dla pacjentów.
- Wsparcie psychologiczne i socjalne osób osieroconych.
- Świadczenia w siedzibie poradni dla chorych w stabilnym stanie ogólnym i w dobrym stanie sprawności.

- Porady i wizyty w domu pacjentów z ograniczoną aktywnością, którzy nie mogą przybyć do poradni, jednak są w stanie ogólnym stabilnym i nie wymagają stałego leczenia zapewnianego przez zespół domowej opieki paliatywnej.
- Wsparcie psychologiczne i zapobieganie wypaleniu personelu.

C.3.1.2. Wymagania dotyczące świadczeń

- Świadczenia udzielane są w poradni i w domu przez lekarza, pielęgniarkę, fizjoterapeutę i psychologa.
- W przypadkach wynikających ze stanu zdrowia chorych świadczenia lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty i psychologa są udzielane w domu pacjenta.
- W przypadku pogorszenia stanu chorych zalecane jest zapewnienie pacjentom i rodzinom dostępu do innych komórek organizacyjnych specjalistycznej opieki paliatywnej [84].

C.3.1.3. Wymagania organizacyjne

- Podmiot leczniczy prowadzący PMP posiada w strukturze lub współpracuje z zespołem domowej opieki paliatywnej, oddziałem medycyny paliatywnej, pozaszpitalnym oddziałem medycyny paliatywnej i szpitalnym zespołem opieki paliatywnej.
- Zalecane jest, aby PMP zapewniała specjalistyczne konsultacje lekarza w dziennym ośrodku opieki paliatywnej, jeżeli znajduje się on w strukturze danego podmiotu leczniczego.
- Zalecane jest, aby w zakresie wizyt domowych zasięg działania PMP, w zależności od lokalizacji, obejmował obszary wymienione dla zespołu domowej opieki paliatywnej.
- Zalecane jest utworzenie poradni medycyny paliatywnej w każdym Wojewódzkim Centrum Onkologii i w Instytucie (Oddziale Instytutu) Onkologii.

C.3.1.4. Wymagania i normy zatrudnienia personelu

- Kierownikiem PMP jest lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej.
- Zespół obejmuje lekarzy, pielęgniarki, fizjoterapeutów i psychologów.
- Lekarz — specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej lub w trakcie specjalizacji medycyny paliatywnej.
- Pielęgniarka — specjalista pielęgniarstwa opieki paliatywnej lub w trakcie specjalizacji pielęgniarstwa opieki paliatywnej.
- Fizjoterapeuta.
- Psycholog — konsultacja dotyczy odrębnie pacjenta, członka rodziny chorego, osoby osieroconej i członka zespołu.

Dla wizyt domowych uwzględniono średni czas dojazdu na jedną wizytę 30 minut.

- Równoważnik 1 etatu lekarza. W poradni 8 konsultacji dziennie: średni czas 1 konsultacji 45 minut, pierwszej konsultacji 60 minut. W domu 5 konsultacji dziennie: średni czas 1 konsultacji 75 minut, pierwszej konsultacji 90 minut.
- Równoważnik 1 etatu pielęgniarki. W poradni 12 konsultacji dziennie: średni czas 1 konsultacji 30 minut, pierwszej konsultacji 45 minut. W domu 6 konsultacji dziennie: średni czas 1 konsultacji 60 minut, pierwszej konsultacji 75 minut.
- Równoważnik 1 etatu fizjoterapeuty. W poradni 8 konsultacji dziennie: średni czas 1 konsultacji 45 minut, pierwszej konsultacji 60 minut. W domu 5 konsultacji dziennie: średni czas 1 konsultacji 75 minut, pierwszej konsultacji 90 minut.
- Równoważnik 1 etatu psychologa dla wszystkich rodzajów konsultacji.

W poradni 8 konsultacji dziennie: średni czas jednej konsultacji 45 minut, pierwszej konsultacji 60 minut. W domu 5 konsultacji dziennie: średni czas 1 konsultacji 75 minut, pierwszej konsultacji 90 minut.

C.3.1.5. Wymagania dotyczące sprzętu medycznego

- Aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, glukometr i pulsoksymetr.

C.3.1.6. Procedury wykonywane w poradni medycyny paliatywnej (załącznik 5)

C.3.2. Dzienny ośrodek opieki paliatywnej

Dzienny ośrodek opieki paliatywnej (DOOP) zapewnia pacjentom opiekę medyczną, terapię zajęciową, wsparcie psychosocjalne i duchowe, których celem jest poprawa funkcjonowania fizycznego, psychicznego, społecznego i duchowego chorych [85].

C.3.2.1. Zakres świadczeń udzielanych w DOOP

- Konsultacje udzielane przez lekarzy, pielęgniarki, fizjoterapeutów i psychologów.
- Terapia zajęciowa.
- Opieka psychologiczna i wsparcie socjalne chorych i rodzin.
- Opieka duchowa dla pacjentów.
- Wsparcie psychologiczne i zapobieganie wypaleniu personelu.

C.3.2.2. Wymagania dotyczące świadczeń

- Zapewnienie pacjentom konsultacji lekarza w DOOP lub w poradni medycyny paliatywnej lub

w innej komórce organizacyjnej podmiotu leczniczego posiadającego DOOP.

- Chorzy przebywają w DOOP w dni robocze tygodnia przez okres według zaleceń lekarza zespołu specjalistycznej opieki paliatywnej.
- DOOP posiada przynajmniej 10 miejsc dla pacjentów.

C.3.2.3. Wymagania organizacyjne

- DOOP stanowi część struktury podmiotu leczniczego, w ramach którego funkcjonuje jedna lub więcej komórek organizacyjnych specjalistycznej opieki paliatywnej.
- Zalecane jest, aby DOOP był zlokalizowany w budynku, w którym znajduje się jedna lub więcej komórek organizacyjnych specjalistycznej opieki paliatywnej.
- DOOP obejmuje: pokój terapii pacjentów, pokój odpoczynku chorych, pokój badania pacjentów, pomieszczenie dla personelu, kuchnię lub pomieszczenie dla przygotowania posiłków i łazienkę, przy czym wszystkie pomieszczenia, w których przebywają chorzy, są przystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych.
- Zalecany jest jeden DOOP na 150 000 mieszkańców [46].

C.3.2.4. Wymagania i normy zatrudnienia personelu

- Równoważnik 1 etatu lekarza: 8 konsultacji dziennie, średni czas 1 konsultacji 45 minut, pierwszej konsultacji 60 minut.
- Pielęgniarka — równoważnik 1 etatu na 15 pacjentów, w tym równoważnik 1/2 etatu pielęgniarki specjalisty pielęgniarstwa opieki paliatywnej lub pielęgniarki w trakcie specjalizacji pielęgniarstwa opieki paliatywnej.
- Fizjoterapeuta — równoważnik 1 etatu na 40 chorych.
- Terapeuta zajęciowy — równoważnik 1 etatu na 15 pacjentów.
- Psycholog — równoważnik 1 etatu na 60 pacjentów, konsultacja dotyczy odrębnie pacjenta, członka rodziny chorego i członka zespołu.
- Możliwe zatrudnienie jednego, więcej bądź wszystkich wymienionych pracowników: opiekun medyczny, muzykoterapeuta, pracownik socjalny, duchowny — równoważnik 1 etatu na 10 chorych.

C.3.2.5. Procedury wykonywane w dziennym ośrodku opieki paliatywnej (załącznik 5)

D. Kwalifikacja chorych do opieki paliatywnej

D.1. Kwalifikacja chorych dla zapewnienia elementów opieki paliatywnej

Elementy opieki paliatywnej są zapewniane chorym we wszystkich podmiotach leczniczych (oprócz specjalistycznej opieki paliatywnej), u których leczenie objawowe, wsparcie psychosocjalne i duchowe nie wymaga kompleksowych interwencji zapewnianych przez zespoły specjalistycznej opieki paliatywnej.

D.2. Kwalifikacja chorych do specjalistycznej opieki paliatywnej

Warunki przyjęcia chorych do poszczególnych rodzajów specjalistycznej opieki paliatywnej obejmują spełnienie kryteriów D.2.1. i D.2.2. oraz wszystkie kryteria dla danej komórki organizacyjnej specjalistycznej opieki paliatywnej.

Kwalifikacji pacjentów dokonuje lekarz zespołu specjalistycznej opieki paliatywnej na podstawie całościowej oceny stanu klinicznego chorych z uwzględnieniem sfery fizycznej, psychologicznej, społecznej i duchowej.

Do oceny objawów somatycznych i funkcjonowania psychicznego zalecany jest kwestionariusz ESAS (załącznik 3), do oceny wymiaru duchowego stosowana może być skala NRS (załącznik 4), oceny sfery społecznej dokonuje się na podstawie wywiadu przeprowadzonego z pacjentem i rodziną przez lekarza lub pielęgniarkę komórki organizacyjnej specjalistycznej opieki paliatywnej [85]. W skali NRS natężenie objawów i bólu duchowego niewielkie wynosi 1–3, umiarkowane 4–6, silne 7–8 i bardzo silne 9–10 [7, 8, 87, 88].

D.2.1. Przedstawienie skierowania wystawionego przez lekarza, przy czym dla kwalifikacji chorych do szpitalnego zespołu opieki paliatywnej i do dziennego ośrodka opieki paliatywnej jest to lekarz wymieniony odpowiednio w punkcie D.2.5.1. i D.2.7.1.

D.2.2. Cierpienie związane z poważną chorobą: objawy fizyczne i/lub psychiczne, i/lub zaburzenia w sferze duchowej o natężeniu przynajmniej 5 według NRS, i/lub społecznej (ocenianej na podstawie wywiadu przeprowadzonego z pacjentem i rodziną przez lekarza lub pielęgniarkę komórki organizacyjnej specjalistycznej opieki paliatywnej) u chorych, którzy nie mogą być skutecznie leczeni w innych jednostkach

ochrony zdrowia zapewniających elementy opieki paliatywnej i którzy wymagają kompleksowego leczenia i wsparcia zapewnianego przez zespoły specjalistyczne opieki paliatywnej.

D.2.3. Kwalifikacja chorych do zespołu domowej opieki paliatywnej

1. Rozpoznanie jednostki chorobowej wymienionej w załączniku 1.
2. Pacjenci wymagający stałego leczenia w warunkach domowych.
3. Zamieszkanie pacjenta w rejonie działania zespołu domowej opieki paliatywnej.

D.2.4. Kwalifikacja chorych na oddział medycyny paliatywnej i pozaszpitalny oddział medycyny paliatywnej

1. Rozpoznanie jednostki chorobowej wymienionej w załączniku 1.
2. Pacjenci wymagający stałego leczenia w warunkach stacjonarnych, którzy z powodu objawów, problemów psychosocjalnych i duchowych nie mogą uzyskać niezbędnej terapii i wsparcia w warunkach domowych i ambulatoryjnych.

D.2.5. Kwalifikacja chorych do szpitalnego zespołu opieki paliatywnej

1. Wystawienie skierowania przez lekarza oddziału szpitalnego, na którym leczony jest chory.

D.2.6. Kwalifikacja chorych do poradni medycyny paliatywnej

1. Pacjenci w stanie ogólnym stabilnym wymagający specjalistycznych konsultacji w warunkach ambulatoryjnych poradni i chorzy w stanie ogólnym stabilnym wymagający specjalistycznych konsultacji (którzy nie wymagają stałego leczenia) w warunkach domowych.
2. W przypadku wykonywania wizyt domowych zamieszkanie pacjenta w rejonie działania poradni medycyny paliatywnej.

D.2.7. Kwalifikacja chorych do dziennego ośrodka opieki paliatywnej

1. Skierowanie wystosowane przez lekarza zespołu specjalistycznej opieki paliatywnej.
2. Stan zdrowia i stan sprawności pacjentów pozwalający na pobyt w dziennym ośrodku opieki paliatywnej.

E. Nauka i edukacja

W celu zapewnienia właściwego dostępu chorym i rodzinom do opieki paliatywnej wszyscy pracownicy

ochrony zdrowia znają i stosują w praktyce klinicznej podstawowe zasady opieki paliatywnej, dlatego zalecane jest, aby:

- programy nauczania studentów kierunku lekarskiego zawierały odrębny przedmiot — medycyna paliatywna;
- programy nauczania studentów kierunku pielęgniarstwo zawierały odrębny przedmiot — pielęgniarstwo opieki paliatywnej;
- programy nauczania studentów kierunków fizjoterapia, psychologia, socjologia i seminariów duchownych zawierały odrębny przedmiot — opieka paliatywna;
- programy kształcenia podyplomowego lekarzy zawierały podstawy medycyny paliatywnej i specjalizację w dziedzinie medycyny paliatywnej;
- programy kształcenia podyplomowego pielęgniarzek, fizjoterapeutów, psychologów, pracowników socjalnych i duchownych zawierały podstawy opieki paliatywnej i specjalizację dla pielęgniarzek w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej [5].

E.1. Jednostki akademickie medycyny paliatywnej i opieki paliatywnej

- Zalecane jest, aby na każdej uczelni akademickiej (uniwersytecie) kształcącej studentów kierunku lekarskiego, pielęgniarstwa i fizjoterapii, została utworzona akademicka jednostka medycyny paliatywnej lub opieki paliatywnej.
- Zalecane jest, aby akademicka jednostka medycyny paliatywnej lub opieki paliatywnej, w zakresie edukacji studentów kierunku lekarskiego, pielęgniarstwa i fizjoterapii, współpracowała ze specjalistyczną jednostką opieki paliatywnej w szpitalu klinicznym danej uczelni akademickiej lub, na podstawie umowy zawartej z uczelnią akademicką, ze specjalistyczną jednostką opieki paliatywnej funkcjonującą poza szpitalem klinicznym.
- Zalecane jest, aby specjalistyczne jednostki opieki paliatywnej w szpitalach klinicznych lub w innych podmiotach leczniczych, posiadające umowę zawartą z uczelnią akademicką, prowadziły edukację lekarzy w zakresie medycyny paliatywnej, pielęgniarzek w zakresie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, fizjoterapeutów, psychologów, pracowników socjalnych i duchownych w zakresie opieki paliatywnej.

E.2. Instytut badawczy medycyny paliatywnej i instytut badawczy pielęgniarstwa opieki paliatywnej

- Instytut badawczy medycyny paliatywnej i instytut badawczy pielęgniarstwa opieki paliatywnej prowadzą badania naukowe, edukację, opracowują standardy i nowe metody postępowania w

dziecinie, odpowiednio, medycyny paliatywnej i pielęgniarstwa opieki paliatywnej.

- Instytut badawczy medycyny paliatywnej i instytut badawczy pielęgniarstwa opieki paliatywnej może posiadać w strukturze lub współpracować z komórkami specjalistycznej opieki paliatywnej: zespołem domowej opieki paliatywnej, oddziałem

Załącznik 1. Wykaz rozpoznań pozwalających na kwalifikację pacjentów dorosłych do zespołu domowej opieki paliatywnej, na oddział medycyny paliatywnej i pozaszpitalny oddział medycyny paliatywnej

• B20–B24 Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV)
• C00–C97 Nowotwory złośliwe
• D32–D33 Nowotwór niezłośliwy opon mózgowych, niezłośliwy nowotwór mózgu i innych części ośrodkowego układu nerwowego
• D37–D44 Nowotwory o niepewnym lub nieznanym charakterze
• D45 Czerwieńca prawdziwa
• D46 Zespoły mielodysplastyczne
• D47 Inne nowotwory o niepewnym lub nieznanym charakterze tkanki limfatycznej, układu krwiotwórczego i tkanek pokrewnych
• D48 Nowotwory o niepewnym lub nieznanym charakterze o innym i nieokreślonym umiejscowieniu
• G09–G13 Następstwa chorób zapalnych ośrodkowego układu nerwowego, choroba Huntingtona, bezład dziedziczny, zanik mięśni pochodzenia rdzeniowego i choroby pokrewne, zaniki układowe pierwotnie zajmujące układ nerwowy w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej
• G35–G37 Stwardnienie rozsiane, inne ostre rozsiane demielinizacje, inne choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego
• I50 Niewydolność serca w stopniu zaawansowania klinicznego NYHA III i IV
• I42–I43 Kardiomiopatia, kardiomiopatia w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
• I89.0, I97.2, Q82.0 Obrzęk chłonny w zaawansowanym stopniu, który powoduje zniekształcenie kończyn, zaburzenia troficzne skóry i znaczne zaburzenie funkcjonowania
• J96.1 Przewlekła niewydolność oddechowca
• K72 Niewydolność wątroby niesklasyfikowana gdzie indziej
• K74 Zwłóknienie i marskość wątroby
• L89 Owrzodzenie odleżynowe w stopniu powyżej 2. w skali EPUAP/NPUAP (<i>European Pressure Ulcer Advisory Panel/National Pressure Ulcer Advisory Panel</i>)
• N.18.5 Przewlekła choroba nerek w stadium 5. (schyłkowa niewydolność nerek, eGFR < 15 ml/min)

medycyny paliatywnej, pozaszpitalnym oddziałem medycyny paliatywnej, szpitalnym zespołem opieki paliatywnej, poradnią medycyny paliatywnej i dziennym ośrodkiem opieki paliatywnej [46].

- Instytut badawczy medycyny paliatywnej może prowadzić szkolenie specjalizacyjne lekarzy w dziedzinie medycyny paliatywnej, o ile posiada akredytację w tym zakresie.
- Instytut badawczy pielęgniarstwa opieki paliatywnej może prowadzić szkolenie specjalizacyjne pielęgniarek w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, o ile spełnia obowiązujące wymogi w tym zakresie [81].

F. Załączniki

Załącznik 1. Wykaz rozpoznań pozwalających na kwalifikację pacjentów dorosłych do zespołu domowej opieki paliatywnej, na oddział medycyny paliatywnej i pozaszpitalny oddział medycyny paliatywnej

Załącznik 2. Wykaz komórek organizacyjnych specjalistycznej opieki paliatywnej i kodów resortowych

Załącznik 3. Kwestionariusz *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS)

Załącznik 4. Skala oceny wymiaru duchowego chorujących

Załącznik 5. Procedury wykonywane w komórkach organizacyjnych specjalistycznej opieki paliatywnej

Załącznik 2. Wykaz komórek organizacyjnych specjalistycznej opieki paliatywnej i kodów resortowych

Dotychczasowe nazwy komórek organizacyjnych	Proponowane nazwy komórek organizacyjnych	Kody resortowe
Specjalistyczna domowa opieka paliatywna		
Hospicjum domowe/ Zespół domowej opieki paliatywnej	Zespół domowej opieki paliatywnej (ZDOP)	2180
Specjalistyczna stacjonarna opieka paliatywna		
Oddział medycyny paliatywnej	Oddział medycyny paliatywnej (OMP)	4180
Hospicjum stacjonarne/ /Stacjonarny ośrodek opieki paliatywnej	Pozaszpitalny oddział medycyny paliatywnej (POMP)	2184
Szpitalny zespół wspierający opieki paliatywnej	Szpitalny zespół opieki paliatywnej (SZOP)	9400
Specjalistyczna ambulatoryjna opieka paliatywna		
Poradnia medycyny paliatywnej	Poradnia medycyny paliatywnej (PMP)	1180
Dzienny ośrodek opieki paliatywnej lub hospicyjnej	Dzienny ośrodek opieki paliatywnej (DOOP)	2182

Załącznik 3. Kwestionariusz *Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)* [7]

Proszę zakreślić liczbę, która najlepiej opisuje Pani/Pana samopoczucie w chwili obecnej													
Brak bólu	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bardzo silny ból	
Brak zmęczenia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bardzo silne zmęczenie	
Brak senności	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bardzo duża senność	
Brak nudności	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bardzo nasilone nudności	
Brak wymiotów	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bardzo nasilone wymioty	
Brak zaparcia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bardzo nasilone zaparcia	
Bardzo dobry apetyt	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Całkowity brak apetytu	
Brak duszności	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bardzo nasilona duszność	
Brak przygnębienia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bardzo duże przygnębienie	
Lęk nie występuje	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bardzo nasilony lęk	
Bardzo dobre samopoczucie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bardzo złe samopoczucie	
Bardzo dobry sen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bardzo zły sen	
Inny objaw													
Brak	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bardzo nasilony	

Inicjały pacjenta: _____
 Data wypełnienia: _____
 Godzina: _____
 Data urodzenia: _____

Załącznik 4. Skala oceny wymiaru duchowego chorych [86]

Czy odczuwał Pan/odczuwała Pani ból duchowy (głęboki ból wewnętrzny, który nie jest bólem fizycznym) w okresie ostatnich 7 dni?													
Brak bólu duchowego	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bardzo silny ból duchowy	

Załącznik 5. Procedury wykonywane w komórkach organizacyjnych specjalistycznej opieki paliatywnej

C.1.1.6. Procedury wykonywane przez zespół domowej opieki paliatywnej

C.1.1.6.1. Procedury diagnostyczne

1. Badanie podmiotowe ukierunkowane na ustalenie przyczyn objawów
2. Wywiad rodzinny w oparciu o genogram
3. Badanie przedmiotowe z uwzględnieniem patomechanizmu objawów
4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi
5. Pomiar ciepłoty ciała
6. Pomiar częstości oddechów
7. Pomiar wysycenia hemoglobiny tlenem
8. Pomiar masy ciała
9. Określenie planu postępowania uzgodnionego z chorym i rodziną, dotyczącego miejsca sprawowania opieki, stosowanych metod diagnostyki i leczenia
10. Pobranie krwi żyłnej lub włóścikowej do badań
11. Pomiar glikemii za pomocą glukometru
12. Pobranie wymazu i wydzieliny
13. Pobranie moczu do badania
14. Wykonanie badań laboratoryjnych
15. Wykonanie badań mikrobiologicznych
16. Wykonanie badań obrazowych
17. Diagnoza pielęgnarska
18. Rozpoznanie stanów nagłych
19. Rozpoznanie działań niepożądanych leków
20. Ocena ryzyka rozwoju odleżyn
21. Ocena siły mięśniowej
22. Badanie zakresów ruchów
23. Badanie czynnościowe wraz z oceną lokomocji, samoobsługi, sprawności manualnej, równowagi i stabilności ciała
24. Ocena potrzeb w zakresie zaopatrzenia ortopedycznego
25. Ocena stanu odżywienia chorych
26. Ocena stanu aktywności chorych
27. Ocena natężenia bólu
28. Ocena natężenia innych objawów
29. Ocena jakości życia chorych
30. Ocena jakości opieki
31. Prowadzenie bilansu płynów

C.1.1.6.2. Procedury terapeutyczne

1. Przygotowanie i podawanie leków drogą doustną, przez skórą, podjęzykową, donosową, wziewną i doodbytniczą
2. Przygotowanie i podawanie leków (we wstrzyknięciu lub ciągłym wlewie) drogą podskórną, dożylną, domięśniową i dokanałową

3. Obsługa i pielęgnacja portów naczyniowych
4. Obsługa i pielęgnacja centralnych dostępow naczyniowych
5. Obsługa i pielęgnacja obwodowych dostępow naczyniowych
6. Znieczulenie miejscowe skóry przy zastosowaniu kremu EMLA
7. Obsługa pomp strzykawkowych
8. Obsługa pomp żywieniowych
9. Toaleta i wymiana rurki tracheotomijnej
10. Zakładanie zgłębnika do żołądka
11. Pielęgnacja i leczenie zachowawcze zmian przy gastrostomii
12. Żywienie do żołądka przez zgłębnik
13. Żywienie dojelitowe przez gastrostomię
14. Żywienie dojelitowe przez przezskórną endoskopową gastrostomię
15. Żywienie dojelitowe przez jejunostomię
16. Wykonanie wlewu doodbytniczego
17. Wykonanie wlewu do stomii
18. Wykonanie ręcznego wydobycia stolca
19. Cewnikowanie i płukanie pęcherza moczowego
20. Leczenie odleżyn
21. Leczenie owrzodzeń skóry
22. Leczenie przetok
23. Pielęgnacja i leczenie zmian w obrębie jamy ustnej
24. Płukanie pochwy
25. Płukanie nefrostomii
26. Leczenie zmian skórnych wokół stomii jelitowych
27. Leczenie zmian skórnych wokół urostomii
28. Zaopatrzenie stomii powikłanej
29. Drenaż ułożeniowy
30. Leczenie farmakologiczne bólu
31. Leczenie innych objawów
32. Leczenie stanów nagłych
33. Leczenie działań niepożądanych leków
34. Tlenoterapia
35. Stosowanie sedacji paliatywnej

C.1.1.6.3. Procedury pielęgnacyjno-higieniczne

1. Związane z utrzymaniem czystości skóry, włosów, paznokci i jamy ustnej
2. Związane z utrzymaniem higieny bielizny
3. Związane z układem oddechowym: toaleta tchawicy, drzewa oskrzelowego i tracheostomii, nawilżanie powietrza
4. Związane z wydalaniem: wymiana środków higienicznych jednorazowego użytku (pieluchy, tampony, cewniki zewnętrzne), zaopatrzenie stomii jelitowych i urostomii
5. Zmiana pozycji ciała i przemieszczanie chorego
6. Kąpiel
7. Zapobieganie odleżynom
8. Toaleta po zgonie i pomoc w ubieraniu ciała zmarłego

C.1.1.6.4. Procedury fizjoterapeutyczne

1. Kinezyterapia
2. Mobilizacje stawowe
3. Usprawnianie układu oddechowego
4. Reedukacja chodu
5. Fizykoterapia: przezskórna elektryczna stymulacja nerwów (TENS, *transcutaneous electrical nerve stimulation*), laseroterapia
6. Metody neurofizjologiczne: proprioceptywne torowanie nerwowo-mięśniowe (PNF, *proprioceptive neuromuscular facilitation*), NDT-Bobath (leczenie poprzez usprawnianie nerwowo-ruchowe)
7. Kompleksowa terapia obrzęku limfatycznego
8. Plastrowanie (kinesiotaping)
9. Terapia tkanek miękkich
10. Masaż klasyczny
11. Drenaż limfatyczny

C.1.1.6.5. Procedury wsparcia psychologicznego, socjalnego i duchowego

1. Ocena potrzeb psychologicznych pacjentów i rodzin lub osób osieroconych
2. Ocena potrzeb socjalnych pacjentów i rodzin lub osób osieroconych
3. Ocena potrzeb duchowych pacjentów i rodzin lub osób osieroconych
4. Wsparcie psychologiczne pacjentów i rodzin lub osób osieroconych
5. Prowadzenie rozmów wspierających i informacyjnych z chorym i rodziną lub osobą osieroconą
6. Psychoterapia bezpośrednia odraogowująca, kognitywna i podtrzymująca dla pacjentów i rodzin lub osób osieroconych
7. Psychoterapia bezpośrednia behawioralna: relaksacja i wizualizacja dla pacjentów i rodzin lub osób osieroconych
8. Psychoterapia pośrednia rodziny podczas choroby pacjenta i w okresie żałoby
9. Wsparcie socjalne indywidualne, dostosowane do aktualnych potrzeb pacjentów i rodzin lub osób osieroconych, obejmujące uzyskiwanie świadczeń z pomocy społecznej i organizowanie usług opiekuńczych
10. Wsparcie duchowe pacjentów i rodzin lub osób osieroconych
11. Zapobieganie wypaleniu personelu
12. Wsparcie psychologiczne członka zespołu
13. Posługa kapłańska dla chorych

C.1.1.6.6. Inne procedury

1. Edukacja chorego i rodziny
2. Stwierdzenie zgonu i wypisanie karty zgonu
3. Wsparcie rodziny po zgonie pacjenta

4. Opieka nad chorym i rodziną w okresie agonii
5. Wypożyczanie niezbędnego sprzętu

C.2.1.6. Procedury wykonywane na oddziale medycyny paliatywnej i na pozaszpitalnym oddziale medycyny paliatywnej

C.2.1.6.1 Procedury diagnostyczne

Wszystkie procedury diagnostyczne (1–31) wymienione w punkcie C.1.1.6.1.

C.2.1.6.2. Procedury terapeutyczne

Wszystkie procedury terapeutyczne (1–35) wymienione w punkcie C.1.1.6.2. oraz poniższe

1. Leczenie bólu z zastosowaniem technik interwencyjnych
2. Leczenie preparatami krwiopochodnymi
3. Kwalifikacja do leczenia żywieniowego
4. Żywnienie pozajelitowe
5. Nakłucie jamy otrzewnowej
6. Nakłucie jamy opłucnowej
7. Nacięcie ropnia
8. Opieka wyręczająca

C.2.1.6.3. Procedury pielęgnacyjno-higieniczne

Wszystkie procedury pielęgnacyjno-higieniczne (1–8) wymienione w punkcie C.1.1.6.3. oraz karmienie i asystowanie przy spożywaniu posiłków przez chorych

C.2.1.6.4. Procedury fizjoterapeutyczne

Wszystkie procedury fizjoterapeutyczne (1–11) wymienione w punkcie C.1.1.6.4.

C.2.1.6.5. Procedury wsparcia psychologicznego, socjalnego i duchowego

Wszystkie procedury wsparcia psychologicznego, socjalnego i duchowego (1–13) wymienione w punkcie C.1.1.6.5.

C.2.1.6.6. Inne procedury

Inne procedury (1–4) wymienione w punkcie C.1.1.6.6. oraz poniższe

1. Terapia zajęciowa
2. Terapie komplementarne

C.2.3.5. Procedury wykonywane przez szpitalny zespół opieki paliatywnej

C.2.3.5.1. Konsultacja lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny paliatywnej

C.2.3.5.2. Konsultacja pielęgniarki specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej

C.3.1.6. *Procedury wykonywane w poradni medycyny paliatywnej*

C.3.1.6.1. *Procedury diagnostyczne*

Procedury diagnostyczne (1–29) wymienione w punkcie C.1.1.6.1.

C.3.1.6.2. *Procedury terapeutyczne*

Procedury terapeutyczne (1–33) wymienione w punkcie C.1.1.6.2.

C.3.1.6.3. *Procedury fizjoterapeutyczne*

Wszystkie procedury fizjoterapeutyczne (1–11) wymienione w punkcie C.1.1.6.4.

C.3.1.6.4. *Procedury wsparcia psychologicznego, socjalnego i duchowego*

Procedury wsparcia psychologicznego, socjalnego i duchowego (1–12) wymienione w punkcie C.1.1.6.5.

C.3.1.6.5. *Inne procedury*

Inne procedury (1–3) wymienione w punkcie C.1.1.6.6.

C.3.2.5. *Procedury wykonywane w dziennym ośrodku opieki paliatywnej*

C.3.2.5.1. *Terapia zajęciowa*

C.3.2.5.2. *Arteterapia*

C.3.2.5.3. *Wszystkie procedury wymienione w punkcie C.3.1.6., oprócz procedur dotyczących osób osieroconych wymienionych w punkcie C.1.1.6.5.*

Udział autorów

WL, TG, AKL, IK, ABJ i LP opracowali koncepcję i założenia pracy, zgrupowali, przeanalizowali i dokonali interpretacji danych, napisali i dokonali korekty artykułu oraz zaakceptowali ostateczną wersję manuskryptu.

Podziękowania

Autorzy wyrażają podziękowania wszystkim osobom, którzy wzięli udział w badaniu delfickim i za przekazane uwagi do dokumentu wymienionym osobom:

- Prof. dr hab. Krystyna de Walden-Gałuszko
- Dr Jolanta Stokłosa
- Dr med. Jadwiga Pyszkowska, prof. WSNS
- Dr Wiesława Pokropska
- Mgr Anna Kaptacz
- Prof. dr hab. Monika Lichodziejewska-Niemierko
- Prof. dr hab. Małgorzata Krajnik

- Dr Anna Adamczyk
- Dr hab. Maciej Niedźwiecki

Konflikt interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Finansowanie

Artykuł nie był finansowany.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza denty (Dz. U. z 2021 r. poz. 790 ze zm.) (in Polish).
2. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 479 ze zm.) (in Polish).
3. Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2021 r. poz. 553 ze zm.) (in Polish).
4. Ustawa z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz. U. z 2019 r. poz. 1026) (in Polish).
5. Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organization of palliative care. Adopted by the Committee of Ministers on 12 November 2003 at the 860th meeting of the Ministers' Deputies. Council of Europe. [https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf). (15.12.2021).
6. Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1050) (in Polish).
7. Watanabe SM, Nekolaichuk C, Beaumont C, et al. A multicenter study comparing two numerical versions of the Edmonton Symptom Assessment System in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage*. 2011; 41(2): 456–468, doi: 10.1016/j.jpainsymman.2010.04.020, indexed in PubMed: 20832987.
8. Woo A, Lechner B, Fu T, et al. Cut points for mild, moderate, and severe pain among cancer and non-cancer patients: a literature review. *Ann Palliat Med*. 2015; 4(4): 176–183, doi: 10.3978/j.issn.2224-5820.2015.09.04, indexed in PubMed: 26541396.
9. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, et al. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care*. 1991; 7(2): 6–9, indexed in PubMed: 1714502.
10. Coelho R, Ramos S, Prata J, et al. Heart failure and health related quality of life. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2005; 1: 19, doi: 10.1186/1745-0179-1-19, indexed in PubMed: 16202163.
11. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711 z późn. zm.) (in Polish).
12. Suffering is health-related when it is associated with illness or injury of any kind. Health related suffering is serious when it cannot be relieved without professional intervention and when it compromises physical, social, spiritual and/or emotional functioning. <http://pallipedia.org/serious-health-related-suffering-shs/>. (04.12.2021).
13. Severe illness is any acute or chronic illness and/or health condition that carries a high risk of mortality, negatively impacts quality of life and daily function, and/or is burdensome in symptoms, treatments, or caregiver stress. <http://pallipedia.org/serious-illness/> (04.12.2021).
14. <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/> (04.12.2021).
15. Knaut F, Farmer P, Krakauer E, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief – an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission

- report. *The Lancet*. 2018; 391(10128): 1391–1454, doi: [10.1016/s0140-6736\(17\)32513-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)32513-8).
16. Radbruch L, De Lima L, Knaut F, et al. Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based Definition. *J Pain Symptom Manage*. 2020; 60(4): 754–764, doi: [10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027), indexed in Pubmed: [32387576](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32387576/).
 17. Łuczak J, Kotlińska-Lemieszek A. Palliative care/hospice care/palliative medicine. *Now Lek*. 2011; 80(1): 3–15.
 18. National Cancer Institute. <http://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms>. (04.12.2021).
 19. Maciasz RM, Arnold RM, Chu E, et al. Does it matter what you call it? A randomized trial of language used to describe palliative care services. *Support Care Cancer*. 2013; 21(12): 3411–3419, doi: [10.1007/s00520-013-1919-z](https://doi.org/10.1007/s00520-013-1919-z), indexed in Pubmed: [23942596](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23942596/).
 20. Centeno C, Payne S, Garralda E. The worldwide status of palliative care. In: Cherny NI, Fallon MT, Kaasa S, Portenoy RK, Currow DC. ed. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 2nd ed. Oxford. Oxford University Press, Oxford 2021: 3–8.
 21. Seaman JB, Lakin JR, Anderson E, et al. Interdisciplinary or Interprofessional: Why Terminology in Teamwork Matters to Hospice and Palliative Care. *J Palliat Med*. 2020; 23(9): 1157–1158, doi: [10.1089/jpm.2020.0299](https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0299), indexed in Pubmed: [32640855](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32640855/).
 22. Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, et al. European Association for Palliative Care. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol*. 2017; 18(9): e543–e551, doi: [10.1016/S1470-2045\(17\)30582-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(17)30582-X), indexed in Pubmed: [28884703](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28884703/).
 23. Sabatino CP. The evolution of health care advance planning law and policy. *Milbank Q*. 2010; 88(2): 211–239, doi: [10.1111/j.1468-0009.2010.00596.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2010.00596.x), indexed in Pubmed: [20579283](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20579283/).
 24. Oliver D. Improving patient outcomes through palliative care integration in other specialised health services: what we have learned so far and how can we improve? *Ann Palliat Med*. 2018; 7(Suppl 3): S219–S230, doi: [10.21037/apm.2018.05.05](https://doi.org/10.21037/apm.2018.05.05), indexed in Pubmed: [29860858](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29860858/).
 25. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 742 ze zm.) (in Polish).
 26. Aria-Casais N, Garralda E, Rhee JY, et al. *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019*. Vilvoorde: EAPC Press; 2019. <http://hdl.handle.net/10171/56787>. (05.12.2021).
 27. Najwyższa Izba Kontroli – Delegatura w Bydgoszczy. Informacja o wynikach kontroli. Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej. Październik 2019. (in Polish).
 28. Szukalski P. Czy Covid-19 wpłynął na zmianę miejsca zgonu Polaków? *Demografia i Gerontologia Społeczna*. Biuletyn Informacyjny, nr 5. . <http://hdl.handle.net/11089/37729> (24.12.2021 [in Polish]).
 29. Dzierżanowski T. Accessibility of palliative care for adults in Poland. *Palliative Medicine*. 2020; 12(2): 75–83, doi: [10.5114/pm.2020.97405](https://doi.org/10.5114/pm.2020.97405).
 30. Ciałkowska-Rysz AD, Pokropska W, Łuczak J, et al. How much does care in palliative care wards cost in Poland? *Arch Med Sci*. 2016; 12(2): 457–468, doi: [10.5114/aoms.2016.59272](https://doi.org/10.5114/aoms.2016.59272), indexed in Pubmed: [27186194](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27186194/).
 31. Wesotek E. Availability of palliative and hospice care for patients staying in nursing homes and long-term care facilities – rationale, possibilities and barriers. *Med Palliat Prakt*. 2016; 10(3): 112–118.
 32. <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualizacja?id=3368> (16.12.2021 [in Polish]).
 33. Scholten N, Günther AL, Pfaff H, et al. The size of the population potentially in need of palliative care in Germany—an estimation based on death registration data. *BMC Palliat Care*. 2016; 15: 29, doi: [10.1186/s12904-016-0099-2](https://doi.org/10.1186/s12904-016-0099-2), indexed in Pubmed: [26957121](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26957121/).
 34. Mitchell G, Etkind SN, Bone AE, et al. How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services. *BMC Med*. 2017; 15(1): 102, doi: [10.1186/s12916-017-0860-2](https://doi.org/10.1186/s12916-017-0860-2), indexed in Pubmed: [28514961](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28514961/).
 35. Standard świadczenia usług medycznych „medycyna paliatywna”. Materiały dla świadczeniodawców i płatników. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa, lipiec 1999 (in Polish).
 36. Lödel S, Ostgathe C, Heckel M, et al. Standard Operating Procedures (SOPs) for Palliative Care in German Comprehensive Cancer Centers - an evaluation of the implementation status. *BMC Palliat Care*. 2020; 19(1): 62, doi: [10.1186/s12904-020-00565-6](https://doi.org/10.1186/s12904-020-00565-6), indexed in Pubmed: [32359346](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32359346/).
 37. Kamal AH, Bausewein C, Casarett DJ, et al. Standards, Guidelines, and Quality Measures for Successful Specialty Palliative Care Integration Into Oncology: Current Approaches and Future Directions. *J Clin Oncol*. 2020; 38(9): 987–994, doi: [10.1200/JCO.18.02440](https://doi.org/10.1200/JCO.18.02440), indexed in Pubmed: [32023165](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32023165/).
 38. Adámková N, Růžička M. Australian Standards for Working with the Family in Palliative Care: Experiences from Practice concerning Implementing Organisational Change. *Caritas et Veritas*. 2020; 10(1): 100–115, doi: [10.32725/cetv.2020.011](https://doi.org/10.32725/cetv.2020.011).
 39. Sakashita A, Kizawa Y, Kato M, et al. Development of a Standard for Hospital-Based Palliative Care Consultation Teams in Japan Using a Modified Delphi Method. *J Pain Symptom Manage*. 2018; 56(5): 746–751.e5, doi: [10.1016/j.jpainsymman.2018.08.013](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.08.013), indexed in Pubmed: [30145212](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30145212/).
 40. Rosenberg J, O'Connor M, Huang X. A qualitative evaluation of Australian palliative care services' participation in National Palliative Care Standards self-assessment. *Progress in Palliative Care*. 2018; 26(2): 81–87, doi: [10.1080/09699260.2018.1454093](https://doi.org/10.1080/09699260.2018.1454093).
 41. Fox K. The role of the acute care nurse practitioner in the implementation of the commission on cancer's standards on palliative care. *Clin J Oncol Nurs*. 2014; 18 Suppl: 39–44, doi: [10.1188/14.CJON.S1.39-44](https://doi.org/10.1188/14.CJON.S1.39-44), indexed in Pubmed: [24480663](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24480663/).
 42. Rajagopal Mr, Joad AK, Muckaden M, et al. Creation of Minimum Standard Tool for Palliative Care in India and Self-evaluation of Palliative Care Programs Using It. *Indian J Palliat Care*. 2014; 20(3): 201–207, doi: [10.4103/0973-1075.138395](https://doi.org/10.4103/0973-1075.138395), indexed in Pubmed: [25191007](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25191007/).
 43. Osman H, Abboud M, El Zein L, et al. Setting practice standards for palliative care in Lebanon--recommendations of the Subcommittee on Practice --National Committee for Pain Control and Palliative Care. *J Med Liban*. 2013; 61(4): 199–203, doi: [10.12816/0001458](https://doi.org/10.12816/0001458), indexed in Pubmed: [24428073](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24428073/).
 44. Zafar S, Currow D, Daugherty C, et al. Standards for Palliative Care Delivery in Oncology Settings. *The Cancer Journal*. 2010; 16(5): 436–443, doi: [10.1097/ppo.0b13e3181f289f7](https://doi.org/10.1097/ppo.0b13e3181f289f7).
 45. Radbruch L, Payne S. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. Recommendations from the European Association for Palliative Care. *Eur J Palliat Care*. 2010; 16: 278–289.
 46. Radbruch L, Payne S. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. *Eur J Palliat Care*. 2010; 17(1): 22–33.

47. Riley J. Standards and norms for palliative care in Europe. *Eur J Palliat Care*. 2009; 16(6): 265.
48. Sasahara T, Kizawa Y, Morita T, et al. Development of a standard for hospital-based palliative care consultation teams using a modified Delphi method. *J Pain Symptom Manage*. 2009; 38(4): 496–504, doi: [10.1016/j.jpainsymman.2009.01.007](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.01.007), indexed in Pubmed: [19822274](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19822274/).
49. Low J. Standards for palliative care pharmacy services. *Aust J Pharm*. 2007; 88: 28.
50. Gilbar P. SHPA Standards of Practice for the Provision of Palliative Care Pharmacy Services. *Journal of Pharmacy Practice and Research*. 2015; 36(4): 306–308, doi: [10.1002/j.2055-2335.2006.tb00636.x](https://doi.org/10.1002/j.2055-2335.2006.tb00636.x).
51. Peden J, Grantham D, Paquin MJ. Hospice palliative care nursing standards: how do these apply to our practice? *Alta RN*. 2005; 61(4): 10–11, indexed in Pubmed: [15916231](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15916231/).
52. West PJ, Ferris F, Balfour H, et al. Not just any old standards ... 2002 Canadian Hospice Palliative Care Association standards. *Can Oncol Nurs J*. 2004; 14(2): 112–116, indexed in Pubmed: [15230031](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15230031/).
53. Hine J. Standards of palliative care in a renal care setting. *EDTNA-ERCA J*. 1998; 24(4).
54. Finlay H, McCarthy M, Dallimore D. Setting standards for palliative care. *J R Soc Med*. 1994; 87(3): 179–181.
55. Beattie R. Standard setting in palliative care. *Nurs Stand*. 1993; 7(19): 53, doi: [10.7748/ns.7.19.53.s58](https://doi.org/10.7748/ns.7.19.53.s58), indexed in Pubmed: [7680884](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7680884/).
56. Marsh L. Developing standards in palliative care. *Br J Nurs*. 1992; 1(13): 684–687, doi: [10.12968/bjon.1992.1.13.684](https://doi.org/10.12968/bjon.1992.1.13.684), indexed in Pubmed: [1467647](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1467647/).
57. Roulston E. Canadians' Views on Palliative Care. *J Palliat Med*. 2018; 21(S1): S9–S14, doi: [10.1089/jpm.2017.0387](https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0387), indexed in Pubmed: [29283877](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29283877/).
58. Kiknadze N, Dzotsenidze P. Palliative Care Development in Georgia. *J Pain Symptom Manage*. 2018; 55(2S): S25–S29, doi: [10.1016/j.jpainsymman.2017.03.021](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.03.021), indexed in Pubmed: [28797851](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28797851/).
59. Wenk R, Bertolino M, Ochoa J. Argentine palliative care standards. *J Pain Symptom Manage*. 2001; 21(5): 362–364, doi: [10.1016/s0885-3924\(01\)00273-1](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(01)00273-1), indexed in Pubmed: [11398788](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11398788/).
60. Lo TJ, Neo PSH, Peh TY, et al. Standards Development Subgroup of the National Strategy for Palliative Care Implementation Taskforce and Guidelines Implementation Workgroup. Improving Quality of Palliative Care Through Implementation of National Guidelines for Palliative Care. *J Palliat Med*. 2019; 22(11): 1439–1444, doi: [10.1089/jpm.2018.0345](https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0345), indexed in Pubmed: [30939062](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30939062/).
61. Temkin-Greener H, Ladwig S, Caprio T, et al. Developing palliative care practice guidelines and standards for nursing home-based palliative care teams: a Delphi study. *J Am Med Dir Assoc*. 2015; 16(1): 86.e1–86.e7, doi: [10.1016/j.jamda.2014.10.013](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.10.013), indexed in Pubmed: [25481748](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25481748/).
62. Lind S, Wallin L, Brytting T, et al. Implementation of national palliative care guidelines in Swedish acute care hospitals: A qualitative content analysis of stakeholders' perceptions. *Health Policy*. 2017; 121(11): 1194–1201, doi: [10.1016/j.healthpol.2017.09.011](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.09.011), indexed in Pubmed: [28969921](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28969921/).
63. Sampson EL, van der Steen JT, Pautex S, et al. European palliative care guidelines: how well do they meet the needs of people with impaired cognition? *BMJ Support Palliat Care*. 2015; 5(3): 301–305, doi: [10.1136/bmjspcare-2014-000813](https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2014-000813), indexed in Pubmed: [25869811](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869811/).
64. Currow DC, Hegarty M. Residential aged-care facility palliative care guidelines: improving care. *Int J Palliat Nurs*. 2006; 12(5): 231–233, doi: [10.12968/ijpn.2006.12.5.21176](https://doi.org/10.12968/ijpn.2006.12.5.21176), indexed in Pubmed: [16835563](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16835563/).
65. Palliative care. Guidelines for good practice and audit measures. Report of a Working Group of the Research Unit, Royal College of Physicians. *J R Coll Physicians London*. 1991; 25(4): 325–328.
66. Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ*. 1995; 311(7001): 376–380, doi: [10.1136/bmj.311.7001.376](https://doi.org/10.1136/bmj.311.7001.376), indexed in Pubmed: [7640549](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7640549/).
67. Boulkedid R, Abdoul H, Loustau M, et al. Using and reporting the Delphi method for selecting healthcare quality indicators: a systematic review. *PLoS One*. 2011; 6(6): e20476, doi: [10.1371/journal.pone.0020476](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0020476), indexed in Pubmed: [21694759](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21694759/).
68. Nipp RD, Greer JA, El-Jawahri A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010; 363(8): 733–742, doi: [10.1056/NEJMoa1000678](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1000678), indexed in Pubmed: [20818875](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20818875/).
69. Kaasa S, Loge J, Aapro M, et al. Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission. *The Lancet Oncology*. 2018; 19(11): e588–e653, doi: [10.1016/s1470-2045\(18\)30415-7](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(18)30415-7).
70. Sobocki BK, Guziak M. The terms supportive and palliative care — analysis of their prevalence and use: quasi-systematic review. *Palliat Med Pract* 2021; 15 (3): 248–253. DOI: [10.5603/PMPI](https://doi.org/10.5603/PMPI); 2021: 0014, doi: [10.5603/PMPI.2021.0014](https://doi.org/10.5603/PMPI.2021.0014).
71. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. z 2020 r. poz. 1057 ze zm.) (in Polish).
72. Voice of Volunteering. The EAPC Madrid Charter on Volunteering in Hospice and Palliative Care. *Palliat Med Pract*. 2018; 12: 129–130.
73. Goossensen A, Somsen R, Scott R, et al. Defining Volunteering in Hospice and Palliative Care in Europe: An EAPC White Paper. *Eur J Palliat Care*. 2016; 23: 184–191.
74. Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz. U. z 2021 r. poz. 97) (in Polish).
75. Klarare A, Hansson J, Fossum B, et al. Team type, team maturity and team effectiveness in specialist palliative home care: an exploratory questionnaire study. *J Interprof Care*. 2019; 33(5): 504–511, doi: [10.1080/13561820.2018.1551861](https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1551861), indexed in Pubmed: [30485125](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30485125/).
76. Reymond L, Parker G, Gilles L, et al. Home-based palliative care. *Aust J Gen Pract*. 2018; 47(11): 747–752, doi: [10.31128/AJGP-06-18-4607](https://doi.org/10.31128/AJGP-06-18-4607), indexed in Pubmed: [31207670](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31207670/).
77. Klarare A, Lind S, Hansson J, et al. Leadership in specialist palliative home care teams: A qualitative study. *J Nurs Manag*. 2020; 28(1): 102–111, doi: [10.1111/jonm.12902](https://doi.org/10.1111/jonm.12902), indexed in Pubmed: [31868284](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31868284/).
78. Fetz K, Vogt H, Ostermann T, et al. Evaluation of the palliative symptom burden score (PSBS) in a specialised palliative care unit of a university medical centre - a longitudinal study. *BMC Palliat Care*. 2018; 17(1): 92, doi: [10.1186/s12904-018-0342-0](https://doi.org/10.1186/s12904-018-0342-0), indexed in Pubmed: [29981577](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29981577/).
79. Masel EK, Kitta A, Huber P, et al. What Makes a Good Palliative Care Physician? A Qualitative Study about the Patient's Expectations and Needs when Being Admitted to a Palliative Care Unit. *PLoS One*. 2016; 11(7): e0158830, doi: [10.1371/journal.pone.0158830](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158830), indexed in Pubmed: [27389693](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27389693/).
80. Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. 2020 poz. 85, z późn. zm.) (in Polish).
81. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1383). (in Polish).
82. Sasahara T, Watakabe A, Aruga E, et al. Assessment of reasons for referral and activities of hospital palliative care

- teams using a standard format: a multicenter 1000 case description. *J Pain Symptom Manage.* 2014; 47(3): 579–587. e6, doi: [10.1016/j.jpainsymman.2013.04.009](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.04.009), indexed in Pubmed: [23972575](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23972575/).
83. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, et al. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol.* 2017; 35(1): 96–112, doi: [10.1200/JCO.2016.70.1474](https://doi.org/10.1200/JCO.2016.70.1474), indexed in Pubmed: [28034065](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28034065/).
84. Kaasa S, Loge J, Aapro M, et al. Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission. *The Lancet Oncology.* 2018; 19(11): e588–e653, doi: [10.1016/s1470-2045\(18\)30415-7](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(18)30415-7).
85. Vandaele B, Chambaere K, Devisch I. The Strengths and Challenges of Palliative Day-Care Centers: Qualitative Study With the Professionals Involved. *J Palliat Care.* 2017; 32(2): 55–60, doi: [10.1177/0825859717733833](https://doi.org/10.1177/0825859717733833), indexed in Pubmed: [28969501](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28969501/).
86. Delgado-Guay MO, Chisholm G, Williams J, et al. Frequency, intensity, and correlates of spiritual pain in advanced cancer patients assessed in a supportive/palliative care clinic. *Palliat Support Care.* 2016; 14(4): 341–348, doi: [10.1017/S147895151500108X](https://doi.org/10.1017/S147895151500108X), indexed in Pubmed: [26481034](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26481034/).
87. Majkiewicz M, Czuszyńska Z, Leppert W, et al. Practical application of ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) in palliative care. *Nowotwory.* 1998; 48(5): 847–857.
88. Hołoń A, Grądalski T. Edmonton Symptom Assessment System: Psychometric validation of six-point Verbal Rating Scale in Polish hospice setting. *Palliative Medicine in Practice.* 2021; 15(2): 144–152, doi: [10.5603/pmpi.2021.0017](https://doi.org/10.5603/pmpi.2021.0017).