

Tomasz Grądałski<sup>1, 2</sup> 

<sup>1</sup>Chair of Palliative Medicine, Andrzej Frycz Modrzewski Kraków University, Poland

<sup>2</sup>St. Lazarus Hospice, Kraków, Poland

# Hospice and Palliative Care Evaluation Symptoms and Problems Checklist (HOPE-SP-CL): a simple tool in the eligibility process for patients in palliative and hospice care

Dear Editor,

discussions about the optimal model for qualifying patients for palliative and hospice care continue [1]. The present legal system in Poland only defines the general organisational framework for this process. They are limited only by a list of diagnoses with no hope of a cure or, as per the Ministry of Health's definition of palliative and hospice care, not amenable to causal treatment [2].

There is a two-stage eligibility process for care. The first one involves the analysis of a medical referral and accompanying medical records by a palliative and hospice care facility. This draws on the information provided in the referral and the patient's available medical records. The referring physician is obliged to include the information necessary for initiating treatment and care [3], but the legislator does not specify which medical indications (apart from the disease diagnosis) are relevant for making appropriate eligibility or disqualification decisions. Meanwhile, based on this information at the time of registration, the palliative and hospice care facility should classify the patient as an urgent or stable case. Consequently, the former

should be offered to start care earlier (setting a date for consultation in the patient's home or admission to inpatient care). In the second eligibility stage, during the first consultation, the palliative and hospice care physician decides to admit or refuse admission based on the clinical examination.

Currently, palliative and hospice care facilities are guided by medical indications for care (including the initiation of urgent or stable care) selected *ad hoc*. This is due to the lack of uniform recommendations and different environmental conditions (e.g. large city vs. rural area). In a recent literature review, medical indications for adult patients were presented, divided into those dependent on the severity of the condition and those related to the patient's needs [4]. While defining the severity of a *life-threatening* condition is not very difficult in practice, trying to determine the needs of patients that go beyond the elements of palliative care (provided by other medical specialities) is still a considerable challenge. The most common examples are the significant severity, complexity or persistence of problems and the difficulty in defining consistent goals of care, especially at the end of life,

---

**Address for correspondence:**

Tomasz Grądałski

Fatimska 17, 31-831 Kraków, Poland

phone: +48 12 641 46 59, e-mail: tomgr@mp.pl



Palliative Medicine in Practice 2023; 17, 1, 62-64

Copyright © 2023 Via Medica, ISSN 2545-0425, e-ISSN 2545-1359

DOI: 10.5603/PMPI.a2023.0007

Received: 17.01.2023 Accepted: 17.01.2023 Early publication date: 6.03.2023

This article is available in open access under Creative Commons 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.

**Table 1. Hospice and Palliative Care Evaluation Symptoms and Problems Checklist (HOPE-SP-CL)**

Problem	Severity			
	None	Mild	Moderate	Severe
Pain	0	1	2	3
Nausea	0	1	2	3
Vomiting	0	1	2	3
Dyspnoea	0	1	2	3
Constipation	0	1	2	3
Weakness	0	1	2	3
Loss of appetite	0	1	2	3
Tiredness	0	1	2	3
Wound care	0	1	2	3
Assistance with activities of daily living	0	1	2	3
Depression	0	1	2	3
Anxiety	0	1	2	3
Tension	0	1	2	3
Disorientation/ /confusion	0	1	2	3
Organization of care	0	1	2	3
Overburdening of family	0	1	2	3
Additional	0	1	2	3

which requires the dynamic and comprehensive support of a multidisciplinary team.

The literature provides different methods to determine both the palliative and hospice care needs of patients and the burden of symptoms or problems on the patient. Screening methods should include the patient's physical, emotional and social spheres and the needs of the carers while being simple and acceptable to use. In my opinion, the assessment should not set a rigid threshold determining admission but should leave sufficient flexibility for the doctor to make an appropriate decision, depending on the individual environmental conditions in which the palliative and hospice care facility operates. In addition, the tool used to assess the patient during admission should make it easy to document the reasons behind a decision to admit or refuse admission. In the future, it could be used, for example, to monitor the profile of patients admitted and discharged and compare the quality of care or the funding of services.

The Hospice and Palliative Care Evaluation Symptoms and Problems Checklist (HOPE-SP-CL), which has been used in Germany for several decades, appears to be a valuable screening tool for assessing patients'

palliative and hospice care needs [5, 6]. It involves assessing seventeen problems by a palliative and hospice care team member on a four-point verbal scale (none, mild, moderate, severe) using a score from 0 to 3. The total score illustrates the severity of the problem burden from 0 (lowest) to 51 (highest). It includes physical, nursing, psychological and social categories, with an optional additional problem (Table 1). The HOPE-SP-CL is derived from the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) [7], recommended as a screening tool in national consultant standards [8], and is also consistent with the Summary of Work of the Palliative and Hospice Care Team [9]. In an era of increasing awareness of the professional competencies of palliative care nurses, this tool could be successfully used in the eligibility process of patients for care by this professional group as well [10]. Therefore, it is worth considering the introduction of this tool to national settings.

#### Declaration of conflict of interest

The author declares that there is no conflict of interest.

#### Funding

None declared.

#### References

- Zasowska-Nowak A. Directions of development of palliative care based on the literature. *Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine*. 2022; 14(2): 55–63, doi: [10.5114/mp.2022.123776](https://doi.org/10.5114/mp.2022.123776).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U.2022.262).
- § 9 ust. 2. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z dnia 8 grudnia 2015 r., poz. 2069).
- Grądalski T. Medical referral criteria for palliative care in adults: a scoping review. *Pol Arch Intern Med*. 2022; 132(3), doi: [10.20452/pamw.16223](https://doi.org/10.20452/pamw.16223), indexed in Pubmed: [35243858](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35243858/).
- Radbruch L, Nauck F, Ostgathe C, et al. What are the problems in palliative care? Results from a representative survey. *Support Care Cancer*. 2003; 11(7): 442–451, doi: [10.1007/s00520-003-0472-6](https://doi.org/10.1007/s00520-003-0472-6), indexed in Pubmed: [12774219](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12774219/).
- Stiel S, Pollok A, Elsner F, et al. Validation of the symptom and problem checklist of the German hospice and palliative care evaluation (HOPE). *J Pain Symptom Manage*. 2012; 43(3): 593–605, doi: [10.1016/j.jpainsymman.2011.04.021](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.04.021), indexed in Pubmed: [22071164](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22071164/).
- Hofoń A, Grądalski T. Edmonton Symptom Assessment System: psychometric validation of six-point verbal rating scale in polish hospice setting. *Palliat Med Pract*. 2021; 15(2): 144–152, doi: [10.5603/pmpi.2021.0017](https://doi.org/10.5603/pmpi.2021.0017).
- Leppert W, Grądalski T, Kotlińska-Lemieszek A, et al. 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; 16(1): 7–26, doi: [10.5603/pmpi.2021.0035](https://doi.org/10.5603/pmpi.2021.0035).
9. Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T, Łuczak J, et al. Podsumowanie pracy Zespołu do spraw opieki paliatywnej i hospicyjnej ( sierpień 2011 r.–czerwiec 2012 r.). *Med Paliatywna/Palliat Med.* 2014; 6(4): 177–189.
  10. Panas A. Qualifications, competencies and professional liability of palliative care nurses. *Palliat Med Pract.* 2022; 16(4): 242–249, doi: [10.5603/PMPI.a2022.0020](https://doi.org/10.5603/PMPI.a2022.0020).

Tomasz Grądalski<sup>1, 2</sup> 

<sup>1</sup>Katedra Medycyny Paliatywnej, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Kraków

<sup>2</sup>Hospicjum im. św. Łazarza, Kraków

# *Hospice and Palliative Care Evaluation Symptoms and Problems Checklist (HOPE-SP-CL): proste narzędzie oceny w procesie kwalifikacji pacjentów do opieki paliatywnej i hospicyjnej*

Artykuł jest tłumaczeniem pracy: Grądalski T, Hospice and Palliative Care Evaluation Symptoms and Problems Checklist (HOPE-SP-CL): A simple tool in the eligibility process for patients in palliative and hospice care. *Palliat. Med. Pract.* 2023, tom 17, nr 1: 62–67. DOI: 10.5603/PMPI.a2023.0007. Należy cytować wersję pierwotną.

Szanowny Panie Redaktorze,  
nie milkną dyskusje dotyczące optymalnego modelu kwalifikowania pacjentów do opieki paliatywnej i hospicyjnej (OPH) [1]. Aktualny system prawny w Polsce określa jedynie ogólne ramy organizacyjne tego procesu. Są one ograniczone wyłącznie listą rozpoznań schorzeń nierokujących nadziei na wyleczenie lub również, co wynika z przyjętej w rozporządzeniu Ministra Zdrowia definicji OPH, niepoddających się leczeniu przyczynowemu [2].

Proces kwalifikacji do objęcia opieką przebiega dwuetapowo. W pierwszym etapie analizowane jest skierowanie lekarskie i dołączona dokumentacja medyczna przez jednostkę OPH. Wykorzystywane są przy tym informacje umieszczone na skierowaniu i w dostępnej dokumentacji medycznej chorego. Wystawiający skierowanie ma obowiązek umieszczenia na nim informacji niezbędnych do rozpoczęcia leczenia i opieki [3], ustawodawca nie precyzuje jednak, jakie wskazania medyczne (poza rozpoznaniem choroby) są istotne dla podejmowania właściwych decyzji

o kwalifikacji bądź dyskwalifikacji. Tymczasem na podstawie tych informacji jednostka OPH powinna w chwili rejestracji zakwalifikować pacjenta jako przypadek pilny lub stabilny. W konsekwencji temu pierwszemu należy zaoferować rozpoczęcie opieki wcześniej (ustalić termin konsultacji w domu pacjenta lub przyjęcia do opieki stacjonarnej). W drugim etapie kwalifikowania, podczas pierwszej konsultacji, lekarz OPH podejmuje ostateczną decyzję o przyjęciu lub odmowie przyjęcia, na podstawie badania klinicznego.

Obecnie jednostki OPH kierują się wskazaniami medycznymi do objęcia opieką (także do rozpoczęcia jej w trybie pilnym lub stabilnym) dobieranymi *ad hoc*. Wynika to z braku jednolitych zaleceń i różnych uwarunkowań środowiskowych (np. duże miasto vs. obszar wiejski). W niedawno przeprowadzonym przeglądzie literatury przedstawiono wskazania medyczne dotyczące pacjentów dorosłych, z podziałem na te zależne od zaawansowania schorzenia i na związane z potrzebami chorych [4]. O ile określenie stopnia zaawansowania schorzenia zagrażającego życiu

## Adres do korespondencji:

Tomasz Grądalski  
ul. Fatimska 17, 31–831 Kraków  
tel.: 12 641 46 59, e-mail: tomgr@mp.pl



Palliative Medicine in Practice 2023; 17, 1, 65–67  
Copyright © 2023 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. Niedopuszczalne jest wprowadzanie jakichkolwiek zmian lub wykorzystanie komercyjne bez zgody wydawcy.

**Tabela 1. Hospice and Palliative Care Evaluation Symptoms and Problems Checklist (HOPE-SP-CL)**

Problem	Natężenie			
	Brak	Niewielkie	Średnie	Duże
Ból	0	1	2	3
Nudności	0	1	2	3
Wymioty	0	1	2	3
Duszność	0	1	2	3
Zaparcia	0	1	2	3
Oslabienie	0	1	2	3
Utrata apetytu	0	1	2	3
Znużenie	0	1	2	3
Pielęgnacja ran	0	1	2	3
Potrzeba wsparcia w codziennych czynnościach	0	1	2	3
Depresja	0	1	2	3
Niepokój	0	1	2	3
Napięcie psychiczne	0	1	2	3
Splątanie	0	1	2	3
Organizacja opieki nad chorym	0	1	2	3
Przeciążenie rodziny	0	1	2	3
Dodatkowy	0	1	2	3

(*life threatening*) w praktyce nie nastęrcza większych trudności, to próba zdefiniowania potrzeb pacjentów, które wykraczają poza elementy opieki paliatywnej (realizowanej w ramach innych specjalności medycznych), stanowi wciąż spore wyzwanie. Najczęściej wymienia się tutaj znaczne natężenie, złożoność lub uporczywość problemów, trudności w określeniu spójnych celów opieki, szczególnie u kresu życia, co wymaga dynamicznego i kompleksowego wsparcia zespołu wielodyscyplinarnego.

W literaturze pojawiają się różne metody określenia zarówno potrzeb pacjentów w zakresie OPH, jak i obciążenia chorego objawami, czy problemami. Metoda skryningowa powinna obejmować sfery fizyczną, emocjonalną i społeczną pacjenta oraz potrzeby osób opiekujących się, a zarazem być prosta i akceptowalna w stosowaniu. Ocena, moim zdaniem, nie powinna wyznaczać sztywnej granicy warunkującej przyjęcie, lecz pozostawiać lekarzowi wystarczającą elastyczność w podejmowaniu właściwej decyzji, zależnej od indywidualnych uwarunkowań środowi-

skowych, w których funkcjonuje dana jednostka OPH. Dodatkowo narzędzie, za pomocą którego dokonywana jest ocena pacjenta podczas przyjęcia, powinno umożliwiać łatwe dokumentowanie powodów, jakimi kierowała się osoba podejmująca określoną decyzję o przyjęciu, bądź odmowie przyjęcia. W przyszłości mogłoby ono posłużyć na przykład do monitorowania profilu chorych przyjmowanych, wypisywanych, porównywania jakości opieki, czy finansowania świadczeń.

Cennym narzędziem skryningowym służącym do oceny potrzeb pacjentów w zakresie OPH wydaje się być funkcjonująca od kilkadziesiąt lat w Niemczech prosta lista kontrolna problemów *Hospice and Palliative Care Evaluation Symptoms and Problems Checklist* (HOPE-SP-CL) [5, 6]. Siedemnaście problemów ocenianych jest w niej przez osobę z zespołu OPH w czterostopniowej skali słownej (brak, niewielkie, średnie, duże) przy pomocy punktacji od 0 do 3. Suma punktów obrazuje stopień obciążenia problemami od 0 (najmniejsze) do 51 (największe). Wyróżnia się w niej kategorię problemów fizycznych, pielęgnacyjnych, psychologicznych i społecznych, z opcjonalnym problemem dodatkowym (tab. 1). HOPE-SP-CL wywodzi się ze skali *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS) [7], rekomendowanej jako narzędzie skryningowe w standardach konsultantów krajowych [8], jest również zbieżne z Podsumowaniem prac Zespołu ds. OPH [9]. W dobie rosnącej świadomości kompetencji zawodowych pielęgniarek opieki paliatywnej opisywane narzędzie mogłoby być z powodzeniem wykorzystywane w procesie kwalifikowania chorych do opieki także przez tę grupę zawodową [10]. Warto zatem rozważyć wdrożenie tego narzędzia do warunków krajowych.

#### Deklaracja konfliktu interesów

Autor oświadcza, że nie występuje konflikt interesów.

#### Finansowanie

Brak.

#### Piśmiennictwo

1. Zasowska-Nowak A. Directions of development of palliative care based on the literature. *Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine*. 2022; 14(2): 55–63, doi: [10.5114/mp.2022.123776](https://doi.org/10.5114/mp.2022.123776).
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U.2022.262).
3. § 9 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z dnia 8 grudnia 2015 r., poz. 2069).

4. Grądalski T. Medical referral criteria for palliative care in adults: a scoping review. *Pol Arch Intern Med.* 2022; 132(3), doi: [10.20452/pamw.16223](https://doi.org/10.20452/pamw.16223), indexed in Pubmed: [35243858](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35243858/).
5. Radbruch L, Nauck F, Ostgathe C, et al. What are the problems in palliative care? Results from a representative survey. *Support Care Cancer.* 2003; 11(7): 442–451, doi: [10.1007/s00520-003-0472-6](https://doi.org/10.1007/s00520-003-0472-6), indexed in Pubmed: [12774219](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12774219/).
6. Stiel S, Pollok A, Elsner F, et al. Validation of the symptom and problem checklist of the German hospice and palliative care evaluation (HOPE). *J Pain Symptom Manage.* 2012; 43(3): 593–605, doi: [10.1016/j.jpainsymman.2011.04.021](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.04.021), indexed in Pubmed: [22071164](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22071164/).
7. Hołoń A, Grądalski T. Edmonton Symptom Assessment System: psychometric validation of six-point verbal rating scale in polish hospice setting. *Palliat Med Pract.* 2021; 15(2): 144–152, doi: [10.5603/pmpi.2021.0017](https://doi.org/10.5603/pmpi.2021.0017).
8. Leppert W, Grądalski T, Kotlińska-Lemieszek A, et al. 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; 16(1): 7–26, doi: [10.5603/pmpi.2021.0035](https://doi.org/10.5603/pmpi.2021.0035).
9. Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T, Łuczak J, et al. Podsumowanie pracy Zespołu do spraw opieki paliatywnej i hospicyjnej (sierpień 2011 r. – czerwiec 2012 r.). *Med Paliatywna/Palliat Med.* 2014; 6(4): 177–189.
10. Panas A. Qualifications, competencies and professional liability of palliative care nurses. *Palliat Med Pract.* 2022; 16(4): 242–249, doi: [10.5603/PMPI.a2022.0020](https://doi.org/10.5603/PMPI.a2022.0020).