

Drop Bartłomiej, Barańska Agnieszka, Firlej Ewelina, Janiszewska Mariola, Jędrych Marian. Palliative care and the growing health needs of older people in Poland. Journal of Education, Health and Sport. 2017;7(7):959-968. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.971308> <http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/4858>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 1223 (26.01.2017).

1223 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Authors 2017;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 01.07.2017. Revised: 10.07.2017. Accepted: 31.07.2017.

## **Opieka paliatywna a rosnące potrzeby zdrowotne seniorów w Polsce** **Palliative care and the growing health needs of older people in Poland**

**Bartłomiej Drop<sup>1</sup>, Agnieszka Barańska<sup>1</sup>, Ewelina Firlej<sup>2</sup>, Mariola Janiszewska<sup>2</sup>,  
Marian Jędrych<sup>1</sup>**

**<sup>1</sup>Zakład Informatyki i Statystyki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie**

**<sup>2</sup>Katedra Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie**

**<sup>1</sup>Department of Informatics and Medical Statistics of Medical University of Lublin**

**<sup>2</sup>Department of Public Health of Medical University of Lublin**

### **Streszczenie**

Rozwój medycyny oraz nowych technologii pozwolił na skuteczniejszą diagnostykę chorób oraz wczesne ich leczenie. Czas trwania życia uległ znacznemu wydłużeniu zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet. Polska oraz inne kraje europejskie stanęły w obliczu starzejących się społeczeństw. Liczba osób w wieku produkcyjnych spada, natomiast odsetek osób w najstarszych grupach wiekowych rośnie. Procesowi starzenia się towarzyszy wzrost zapadalności na choroby wieku starczego, w tym choroby przewlekłe tj. nowotwory złośliwe.

Opieka paliatywna dąży do podniesienia jakości życia osoby chorej przewlekłe oraz jej rodziny. Traktuje pacjenta holistycznie, koncentruje się na łagodzeniu cierpień, bólu oraz niwelowaniu problemów o podłożu psychologicznym, socjalnym czy duchowym. Niestety

dostęp do świadczeń paliatywno-hospicyjnych jest wciąż niewystarczający. Czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne a zwłaszcza świadczenia opieki paliatywno-hospicyjnej przekroczył nieakceptowany społecznie i medycznie poziom.

Potrzebna jest edukacja zdrowotna ukierunkowana na osoby chore przewlekle, ich rodziny i całe społeczeństwo w celu wyjaśnienia istoty opieki paliatywnej, jej możliwości oraz tego co oferuje. Niezbędna jest odpowiedź państw europejskich na rosnące potrzeby zdrowotne seniorów. Reorganizacja sektora ochrony zdrowia powinna objąć zarówno szczebel lokalny, regionalny jak i krajowy.

**Słowa kluczowe:** senior, opieka paliatywna, opieka hospicyjna, starzenie się

### **Summary**

The development of medicine and new technologies allows for more effective disease diagnosis and early treatment. Life time was significantly extended for both men and women. Society in Poland and other European countries is aging. The number of people in working age is declining, while the proportion of the oldest age groups is increasing. The aging process is accompanied by an increase in the incidence of senile diseases, chronic diseases such as malignant diseases.

The purpose of palliative care is to improve the quality of life of a chronically ill person and family. Palliative care is a holistic approach to the patient, focuses on alleviating suffering, pain, and eliminating psychological, social and spiritual problems. Unfortunately, access to palliative and hospice benefits is still insufficient. Waiting time for health services and especially palliative and hospice care exceeded the socially and medically unacceptable level.

Health education is needed to target chronically ill persons, their families and the general public to explain the substance of palliative care, opportunities and what it offers. It is essential for the European countries to respond to the growing health needs of seniors. The reorganization of the health sector should be at local, regional and national levels.

**Keywords:** senior, palliative care, hospice care, aging

## **Wprowadzenie**

Proces starzenia się jest zjawiskiem uniwersalnym to znaczy, że dotyka każdej społeczności i każdego kraju. W ostatnich latach obserwujemy wzrost intensywności tego zjawiska. Jest on widoczny szczególnie w państwach wyżej rozwiniętych. Starzeniu się towarzyszy spadek przyrostu naturalnego (mała liczba urodzeń) oraz wzrost odsetka osób starszych w populacji. Jak pokazują badania demograficzne w Polsce od ponad 20 lat obserwujemy systematyczny spadek liczby urodzeń co powoduje zmniejszenie udziału najmłodszych grup wiekowych w populacji [1].

W obecnych czasach jesteśmy świadkami dynamicznego postępu w dziedzinie medycyny. Pozwoliło to na skuteczniejszą diagnostykę chorób oraz ich leczenie, co wiąże się niewątpliwie z zapewnieniem coraz lepszych warunków opieki medycznej. Efektem tych działań jest wydłużenie przeciętnej trwania życia [2]. Jak ukazują aktualne prognozy GUS w 2014 roku nastąpił wzrost prognozowanych lat życia dla mężczyzn o 12,7 lat (o 3,2 więcej niż w 1991 roku), z kolei dla kobiet odpowiednio 16,3 (więcej o 3,9 lat). Dokonując analizy wieku mężczyzny 80+ , miał on przed sobą jeszcze 7,7 lat życia, co oznaczało wzrost o 2,2 lat więcej aniżeli osoba w tym samym wieku w roku 1991r., odpowiednio dla kobiet było to 9,4 lata, co stanowiło wzrost o ponad 2,7 lat [3,4].

Wraz ze wzrostem populacji w najstarszych grupach wiekowych, nastąpi wzrost zapotrzebowania na świadczenia opieki paliatywnej, w tym na wykwalifikowany personel medyczny. Proces starzenia się silnie koreluje ze wzrostem zachorowalności na różnego rodzaju choroby degeneracyjne, choroby sercowo-naczyniowe, mięśniowo-szkieletowe czy nowotwory złośliwe. Sprawi to, iż nacisk na rozwój opieki paliatywnej będzie jeszcze większy. Przyczyn takiego stanu możemy upatrywać zarówno w negatywnym oddziaływaniu

czynników środowiskowych oraz przedłużaniu życia osób chorujących przewlekle, jako następstwa postępu technologicznego [5,6].

W obliczu zachodzących przemian demograficznych konieczne jest wzmocnienie sektorów szczególnie powiązanych z fazą starości. W ten nurt wpisuje się specjalność medyczna jaką jest opieka paliatywna. Opieka ta powinna zostać objęta szczególnymi działaniami, tak aby każdy senior miał do niej dostęp na wszystkich szczeblach jej funkcjonowania.

### **Terminologia pojęć**

Dokonując analizy piśmiennictwa medycznego spotykamy się z różnymi określeniami opieki paliatywnej.

Termin ten powstał w języku angielskim *palliative care*, pochodzi od łacińskich słów *pallium* i *palliatum*, nazwa wprowadzona przez doktora Balfour Moun – twórcę pierwszego oddziału medycyny paliatywnej w Montrealu [7,8,9]. *Pallium* z łac. oznacza maskę, obszerny płaszcz. Możemy przez to rozumieć, iż opieka paliatywna maskuje skutki nieuleczalnej choroby, otula płaszczem ochronnym chorych i jego bliskich. Z kolei *palliatum* definiuje się jako odziany, ubrany w grecki płaszcz [8,9].

Pojęcie opieki paliatywnej wywodzi się od wyrazów angielskich pochodzących od terminu *palliatum* a mianowicie *palliate* (czas. ukrywać, maskować, łagodzić, ulżyć), *palliation* (okrywanie, ukrywanie, łagodzenie), *palliative* (rzecz. to co daje powierzchowną i tymczasową ulgę, służy do złagodzenia). Dzięki nim możliwe stało się wprowadzenie dziedziny medycznej zajmującej się opieką i uśmierzaniem bólu w chorobie przewlekłej [10].

Definicja opieki paliatywnej według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z roku 1999 traktuje ją jako: aktywną, całościową oraz wielospecjalistyczną opiekę nad chorym, kiedy choroba nie poddaje się już leczeniu przyczynowemu. Opanowanie zarówno bólu, objawów, problemów o podłożu psychologicznym, socjalnym, duchowym staje się priorytetowe. Działania ukierunkowane są na podniesienie jakości życia zarówno osoby chorej przewlekle jak i jej rodziny [9,12,17]. Koncentruje się na wielowymiarowości ludzkiego bólu, doznań; jakość życia pojmuje jako cel do którego należy bezpośrednio dążyć [12].

Z kolei najnowsza definicja opieki paliatywnej opracowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) kładzie szczególny nacisk na zapobieganie cierpieniu. Jej treść brzmi: opieka paliatywna jest działaniem, które poprawia jakość życia chorych i ich rodzin stających wobec problemów związanych z zagrażającą życiu chorobą, poprzez

zapobieganie i znoszenie cierpienia dzięki wczesnej identyfikacji oraz bardzo starannej ocenie i leczeniu bólu oraz innych problemów: somatycznych, psychosocjalnych i duchowych [11].

WHO w załączniku do definicji z 2002 roku wprowadza zasady na jakich ma opierać się opieka paliatywna są to: ulga w cierpieniu i innych objawach choroby, afirmacja życia – umieranie normalny proces ludzki, integracja psychologicznej i duchowej opieki w chorobie, system wsparcia zapewniający choremu aktywne życie aż do śmierci, zapewnienie wsparcia dla rodzin osoby chorej w czasie choroby jak i w okresie żałoby, podejście zespołowe mające na celu zaspokojenie wielorakich potrzeb chorego i jego rodziny, poprawa jakości życia osoby chorej co może przełożyć się na pozytywny przebieg choroby, opieka paliatywna współistnieje z innymi rodzajami terapii, które przedłużają życie chorego tj., chemioterapia, radioterapia [12].

Opieka paliatywna dotyczy wszystkich rodzajów chorób a nie szczególnych schorzeń. Nie jest ograniczona wiekiem, a więc dotyczy chorych w każdym przedziale wiekowym. Ma zastosowanie w zależności od szacowanych prognoz oraz potrzeb chorego. Powinna być świadczona w każdym stadium zaawansowanej choroby, w połączeniu z innymi metodami wspomagającymi proces leczenia [12,13].

Z kolei opieka terminalna stanowi przedłużenie opieki paliatywnej, jej kontynuację. Zapewnia pacjentowi opiekę w okresie bezpośredniego, nieuchronnego zagrożenia nadchodzącą śmiercią (w ciągu kilku godzin, kilku dni). Medycyna paliatywna to medyczna opieka specjalistyczna nad pacjentem, którego choroba jest aktywna, postępująca i zaawansowana. Rokowania są ograniczone a celem podejmowanych działań jest poprawa jakości życia. Należy pamiętać, że medycyna paliatywna rozpatruje potrzeby rodziny pacjenta zarówno podczas trwania choroby jak i po jego śmierci [12].

Termin hospicjum pochodzi z łaciny od słów: *hospes* co oznacza gościa, gościnność, zapewnienie opieki cierpiącym chorym, hilton: hospicjum, w których chorzy cierpiący mogą czuć się bezpiecznie, z ang. *hospitality*: gościnność [15]. Opieka hospicyjna ściśle wiąże się z opieką paliatywną. Stanowi najbardziej rozpowszechnioną historycznie pierwotną formę opieki paliatywnej, na której strukturach została oparta i utworzona. Od swoich początków w dużej mierze powiązana z działalnością wolontaryjną struktur kościelnych. Opieka hospicyjna utożsamiana jest ze społecznym ruchem hospicyjnym, gdzie szczególną rolę odgrywa duchowa pomoc, opieka, towarzyszenie osobie chorej przewlekłe [9,16].

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej definiuje te

świadczenia jako wszechstronną, całościową opiekę oraz leczenie objawowe świadczeniobiorców chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzenie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych [13].

Należy podkreślić, że zarówno opieka paliatywna jak i opieka hospicyjna są terminami równoznacznymi i w wielu krajach używa się ich zamiennie zgodnie z zaleceniami WHO [9].

### **Organizacja opieki paliatywnej w Polsce**

Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej mogą być udzielone pod warunkiem przedstawienia skierowania wystawionego przez lekarza POZ, uzasadnienie wskazania medycznego (choroba pacjenta) nierokująca poprawy. Świadczenia te udzielane są w warunkach stacjonarnych (hospicjum stacjonarne, oddział medycyny paliatywnej) lub w warunkach domowych (hospicjum domowe dla dorosłych, hospicjum domowe dla dzieci do 18 roku życia), w warunkach ambulatoryjnych (poradnia medycyny paliatywnej) [18]. Udzielane są bezpłatnie dla chorego i jego rodziny [19].

Zgodnie z rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej świadczeniobiorcami uprawnionymi do korzystania z niej są osoby chorujące na nieuleczalne, postępujące, ograniczające życie choroby nowotworowe i nienowotworowe. Załącznik 1 do rozporządzenia ukazuje jednostki chorobowe klasyfikujące do leczenia, w przypadku osób dorosłych są to: choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV), nowotwory, następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego, układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy, kardiomiopatia, niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej, owrzodzenie odleżynowe [13]. Na mocy Zarządzenie NR 54/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, świadczenia paliatywno-hospicyjne finansowane są w ramach kontaktów NFZ, zwiernych z odpowiednim świadczeniodawcą. Postępowanie ma na celu wyłonienie kandydatów do realizacji świadczeń na obszarze: województwa, więcej niż jednego powiatu, powiatu, więcej niż jednej gminy, gminy, więcej niż jednej dzielnicy, dzielnicy [20].

Opieka paliatywno-hospicyjna może być realizowana przez jednostki publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej (ZOZ) oraz grupy nieformalne i stowarzyszenia. Jednostki publiczne są prowadzone w szpitalach klinicznych, wojewódzkich, powiatowych i miejskich, przychodniach oraz ośrodkach zdrowia. Ich organem założycielskim może być Minister Zdrowia, Wojewoda, Starosta lub Prezydent danego miasta. Z kolei jednostki niepubliczne działają jako inicjatywa stowarzyszeń, fundacji, związków wyznaniowych czy osób prywatnych. Taka forma udzielania świadczeń opieki paliatywnej jest spotykana znacznie częściej.

Błędnie opieka paliatywno-hospicyjna utożsamiana jest z opieką długoterminową. W Polsce w ramach opieki długoterminowej udzielane są świadczenia w zakresie: usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych, a także paliatywno-hospicyjne. Te dwa rodzaje świadczeń różnią się wzajemnie pod względem wymagań personelu medycznego, sposobu kierowania podmiotami leczniczymi oraz kryteriami kwalifikacji pacjentów do objęcia opieką [21].

### **Opieka paliatywno-hospicyjna w Polsce. Prognozy na przyszłość**

Wytyczne (Rekomendacje) Rec (2003) 24 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich Rady Europy dotyczące organizacji opieki paliatywnej stanowią fundament jej funkcjonowania oraz zbiór zaleceń. Zgodnie z ich założeniami dostęp do opieki paliatywnej powinien być nieograniczony i dostępny dla wszystkich potrzebujących. Środki finansowe, rodzaj choroby, status materialny, pochodzenie, wyznanie nie powinny stanowić żadnej bariery. Prawa pacjenta, prawa człowieka a szczególnie prawo do zachowania godności ludzkiej powinny być respektowane podczas udzielania wszystkich świadczeń paliatywno-hospicyjnych [9]. W skład wymiarów opieki paliatywnej Rady Europy wchodzi: łagodzenie objawów, wsparcie psychologiczne, emocjonalne, duchowe, rodzinne, wsparcie w okresie osierocenia.

Bardzo ważne jest, aby kraje europejskie dążyły do stworzenia przyjaznej atmosfery, promującej rozwój opieki paliatywnej, podkreślając jej istotę – powinno stać się to ich zadaniem kluczowym. Osoby chore przewlekle, a także ich rodziny i całe społeczeństwo potrzebują działań edukacyjnych ukierunkowanych na wyjaśnienie pojęcia opieki paliatywnej, jej możliwości oraz tego co oferuje [12].

Dostęp do świadczeń paliatywno-hospicyjnych jest wciąż nie wystarczający. Jak ukazuje Tomasz Buss i Monika Lichodziejewska-Niemierko naszym kraju najlepiej rozwinięta jest hospicyjna opieka domowa dla dorosłych. Dane z 2007 roku prezentują ok. 284 zarejestrowanych zespołów opieki domowej dla dorosłych oraz 42 zespoły opieki

domowej dla dzieci. Poradnie medycyny paliatywnej stanowiły 154 ośrodki, oddziały medycyny paliatywnej 70 a hospicja stacjonarne 65. Wyniki badań prowadzonych przez profesor Krystynę de Walden-Gałuszko pokazały obecność tzw. białych plam. Były to powiaty, w których opieka paliatywno-hospicyjna w ogóle nie istniała. Zadawalające się to, iż taka liczba powiatów ulega stopniowego zmniejszeniu [9]. Według raportu „Zdrowie i ochrona zdrowia” Głównego Urzędu Statystycznego w 2014 roku hospicja stacjonarne i oddziały opieki paliatywnej to stanowiły 142 placówki (73 hospicja i 69 oddziałów opieki paliatywnej). Do ich dyspozycji było 2,5 tys. Łóżek. Dostarczyły opieki 33,8 tys. osób a średnio pobyt w placówkach trwał 24 dni [22].

Postępujący proces starzenia się społeczeństw stawia wyzwanie przed sektorem opieki zdrowotnej w tym opieki paliatywnej ukierunkowanej na zaspokojenie potrzeb pacjentów chorych przewlekle. Starość wiąże się ze współistniejącymi chorobami, ich liczba z roku na rok stopniowo wzrasta [1]. Konsekwencję zmian demograficznych są i będą coraz bardziej widoczne w każdej sferze życia ludzkiego (zdrowotnej, społecznej, ekonomicznej, politycznej, socjalnej, kulturalnej czy edukacyjnej) [23].

Zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne oraz spadek osób w wieku produkcyjnym wymuszają podjęcie intensywnych działań w celu przystosowania sektora ochrony zdrowia do potrzeb zdrowotnych seniorów. Wzrost efektywności funkcjonowania systemu wymaga optymalnego wykorzystania posiadanych zasobów (ludzkich-aktywność zawodowa, wiek emerytalny). Wzmocnienie infrastruktury podmiotów leczniczych, kwalifikacji i liczby wykwalifikowanej kadry medycznej będzie wymagało szeregu inicjatyw na szczeblu krajowym, regionalny oraz lokalnym. Liczna łóżek szpitalnych na oddziałach opieki geriatrycznej, opieki paliatywno-hospicyjnej jest wciąż niewystarczająca i deficytowa. Nadmierna w stosunku do rzeczywistych potrzeb liczba łóżek ogółem (szczególnie łóżek ostrych w szpitalach o profilu ogólnym, szpitalach psychiatrycznych). Duże deficyty widoczne są w opiece długoterminowej i paliatywnej – konieczna jest zmian koordynacji opieki nad pacjentem chorym przewlekle. W naszym kraju zbyt wiele wydajemy na leczenie szpitalne w porównaniu z opieką podstawową i ambulatoryjną.

Niestety czas oczekiwania na większość świadczeń medycznych w Polsce osiągną nieakceptowany medycznie i społecznie poziom [24].

## **Podsumowanie**

Polska oraz inne kraje europejskie stanęły w obliczu starzejącej się populacji. Liczba osób starszych stopniowo wzrasta. Niestety spada liczba urodzeń żywych, a w konsekwencji



odsetek populacji w wieku produkcyjnym. Procesowi starzenia się towarzyszy wzrost zapadalności na choroby wieku starczego, w tym choroby przewlekłe tj. nowotwory złośliwe. Sektor ochrony zdrowia wymaga zmiany koordynacji działań ukierunkowanych na leczenie pacjenta przewlekłego. Opieka paliatywno-hospicyjna spychana jest na margines politycznych regulacji oraz boryka się z wieloma problemami. Brak wykwalifikowanej kadry medycznej, sprzętu medycznego, długi czas oczekiwania na objęcie opieką, brak zespołowego podejścia obniża jakość życia pacjenta chorego przewlekle. W świadomości społecznej opieka paliatywno-hospicyjna postrzegana jest jako miejsce śmierci chorego. Rzadko kojarzona jest ze wsparciem, kontrolowaniem pojawiających się objawów a także miejscem godnego życia a w konsekwencji śmierci.

### **Piśmiennictwo:**

1. Biuro Analiz i Dokumentacji. Zespół Analiz i Opracowań Tematycznych. Starzenie się społeczeństwa polskiego i jego skutki. Opracowania Tematyczne OT-601. Kancelaria Senatu, kwiecień 2011, Warszawa 2011.
2. Bojar W. Przeciętne dalsze trwanie życia w Polsce i jego determinanty. Acta UL Fol Oecon 2015, 4(315): 19-20, <http://dx.doi.org/10.18778/0208-6018.315.02>
3. GUS. Ludność w wieku 60+. Struktura demograficzna i zdrowie, data publikacji 15.03.2016
4. GUS. Prognoza ludności na lata 2014-2050, Warszawa 2014.
5. de Walden-Gałuszko K. Podstawy opieki paliatywnej. PZWL, Warszawa 2007: 1.
6. Starość nie jest chorobą! <http://raciborz.com.pl/2005/10/01/starosc-nie-jest-choroba.html>, dostęp z dnia 20.01.2017
7. de Walden-Gałuszko K, Kaptacz A. Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej. PZWL, Warszawa 2008: 14.
8. Słownik łacińsko-polski, Warszawa 1999, 4: 13-14.
9. Kurczewska U, Jasińska M, Orszulak-Michalak D. Opieka paliatywna w Polsce – wybrane zagadnienia. Część I. Założenia, organizacja i funkcjonowanie opieki paliatywnej. Opieka farmaceutyczna. Farm Pol 2010, 66(2): 93-94.
10. Simpson JA, Weiner ED. The Oxford English Dictionary. Oxford 1989, 11: 101-102.
11. Sepulveda C. i wsp. Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. J Pain & Symptom Management 2002, 24(2): 91-96.

12. Rada Europy. Wytyczne (Rekomendacje) Rec (2003) 24 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczące organizacji opieki paliatywnej. Komitet Ministrów 12 listopada 2003 na 860 Konferencji Zastępców Ministrów.
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U.13.1347)
14. Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative based medicine: Why study narrative? BMJ 1999, 318: 49 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7175.48> (Published 02 January 1999).
15. Łuczak J. Opieka Paliatywna. Medycyna Paliatywna-medycyna bez bólu, <http://hospicjum-palium.pl/nowy/public/wydarzenia10/czytelnia2.pdf>, dostęp z dnia 20.01.2017
16. Twycross RG. Care of the terminally ill patient. Triangle 31, 1992: 1-7.
17. Kuźmicz I, Repka I, Chmie I. Wybrane aspekty pomiaru jakości umierania i śmierci w opiece paliatywnej. Hygeia Public Health 2016, 51(3): 262-263.
18. Opieka paliatywna i hospicyjna, <http://www.mz.gov.pl/leczenie/opieka-paliatywna-i-hospicyjna/>, dostęp z dnia 20.01.2017
19. Organizacja opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce, [http://www.hospicjum.krakow.pl/hospicjum/fofor/organizacja\\_opieki.pdf](http://www.hospicjum.krakow.pl/hospicjum/fofor/organizacja_opieki.pdf), dostęp z dnia 20.01.2017
20. Zarządzenie NR 54/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna
21. Buss T, Lichodziejewska-Niemierko M. Opieka paliatywna w Polsce-od idei do praktyki (również lekarza rodzinnego). Forum Med Rodz 2008, 2(4): 277-285.
22. GUS. Raport Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 roku, data publikacji 31.12.2015
23. UCHWAŁA RADY MINISTRÓW z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020 (M.P. z 2014. NR 238, poz. 118)
24. Gujski M, Kalbarczyk WP, Tytko Z i wsp. Zdrowie priorytetem politycznym państwa-analiza i rekomendacje. Instytut Ochrony Zdrowia, Warszawa 2013.