

ZARZĄDZANIE ZAKŁADEM OPIEKI PALIATYWNEJ NA PRZYKŁADZIE HOSPICJUM ŚW. URSZULI LEDÓCHOWSKIEJ W PŁOCKU

Abstrakt

Tradycyjnie opieka paliatywna odbierana jest w społeczeństwie jako opieka oferowana chorym na nowotwory, w ostatnim okresie ich życia. Tymczasem coraz częściej wprowadzana jest stopniowo, jeszcze w okresie aktywnego leczenia lub w okresie stosowania terapii przedłużającej życie. Zarządzanie to proces, w którym się uwzględnia planowanie, organizowanie, motywowanie /przewodzenia/ i kontrole, służący dobru człowieka-pacjenta. Za twórcę współczesnej opieki paliatywnej uznawana jest prof. Cicely Saunders, która miała okazję zapoznać się z problemami osób u kresu życia w ośrodku hospicyjnym w St. Joseph's Hospice w Londynie. Propagatorką ruchu hospicyjnego w Płocku była dr n. med. Grażyna Przybylska-Wendt. Z jej inicjatywy w drugiej połowie lat 80. ubiegłego wieku powstała poradnia przeciwbólowa, która z biegiem lat przetrwała się w Hospicjum św. Urszuli Ledóchowskiej. Instytucja paliatywna, powstała jako prywatna inicjatywa, a od ponad 20 lat wpisuje się w życie miasta i aktywnie udziela pomocy pacjentom, często szczególnie obciążonych chorobą i bólem.

Słowa kluczowe: Hospicjum, opieka paliatywna, służba zdrowia, pacjent, Płock

1. System ochrony zdrowia w Polsce

Wśród organizacji opieki zdrowotnej w Polsce wymienić można różnorodne podmioty, m.in.: szpitale, przychodnie, hospicja, ośrodki opieki domowej rehabilitacyjnej czy firmy farmaceutyczne. Organizacje opieki zdrowotnej *sensu stricto* można podzielić na cztery grupy:

- opieka podstawowa,
- opieka ostra (szpitalna),
- opieka długoterminowa,
- opieka rehabilitacyjna.

Do tego dochodzą inne organizacje, które również stanowią elementy systemu opieki zdrowotnej, jak firmy ubezpieczeniowe, firmy farmaceutyczne i inne. Specyfika opieki zdrowotnej odnosi się do zawężonej grupy, świadczącej usługi opieki zdrowotnej i zatrudniającej personel medyczny. Wszystkie te podmioty oraz powiązane z nimi inne organizacje mają jeden podstawowy cel: utrzymanie i poprawę stanu zdrowia obywateli poprzez odpowiednią organizację różnorodnych świadczeń medycznych od profilaktycznych, przez diagnostyczno-terapeutyczne, do rehabilitacyjnych aż po opiekę paliatywną – opiekę długoterminową¹.

Polski system opieki zdrowotnej po II wojnie światowej wzorowany była na radzieckim modelu Siemaszki². Po kilku modyfikacjach w czasach PRL, w roku 1998 nastąpiła całkowita reforma systemu ochrony zdrowia w Polsce. Główne zmiany

dotyczyły wprowadzenia obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, restrukturyzacji zasad finansowania systemu oraz roli innych podmiotów systemu zdrowia, przez co nastąpiło przekształcenie systemu opartego na modelu Siemaszki w system Bismarcka. Funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej oparte jest na Ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz Ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Główne funkcje systemu opieki zdrowotnej rozdzielone są między Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) oraz samorządy terytorialne. NFZ jest odpowiedzialny za finansowanie świadczeń ochrony zdrowia oraz kontraktowanie tych świadczeń z publicznymi i niepublicznymi świadczeniodawcami. Ministerstwo Zdrowia sprawuje nadzór nad działalnością NFZ, wytycza zakres działań polityki zdrowotnej, jest odpowiedzialny za kształcenie kadr medycznych, wdrażanie programów zdrowotnych, finansowanie programów, badań naukowych, większych inwestycji i wysokospecjalistycznych świadczeń. Ministerstwo pełni również funkcje kierownicze oraz nadzorcze w stosunku do niektórych podmiotów. Nadzór nad sprawami finansowymi NFZ sprawuje Ministerstwo Finansów, zaś władze samorządowe odpowiedzialne są za promocję zdrowia, planowanie podaży świadczeń, a w stosunku do publicznych jednostek służby zdrowia zajmują się zarządzaniem kadrami placówek,

finansowaniem inwestycji oraz pełnią funkcje zarządcze, nadzorcze i kontrolne³.

2. Zarządzanie w służbie zdrowia

Modyfikacja rozwiązań przyjętych w Polsce na przełomie XX i XXI wieku w zakresie zarządzania w publicznej ochronie zdrowia nastąpiła niezwykle szybko, bo już z dniem 1 kwietnia 2003 r., wraz z powołaniem w miejsce samorządnych kas chorych Narodowego Funduszu Zdrowia, będącego państwową jednostką organizacyjną. Według klasyków zarządzania to proces: planowania, organizowania, motywowania /przewodzenia/ i kontrolowania działalności uczestników wszystkich uczestników w organizacji. Cechy współczesnego zarządzania – według Petera Druckera – to:

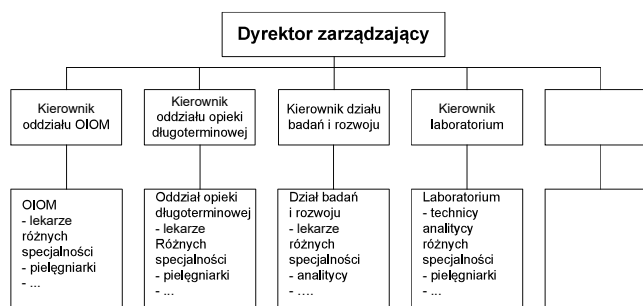
- zarządzanie dotyczy przede wszystkim ludzi;
- zarządzanie jest głęboko osadzone w kulturze;
- zarządzanie wymaga prostych i zrozumiałych wartości, celów działania i zadań;
- zarządzanie powinno doprowadzić do tego, by organizacja była zdolna do uczenia się (adaptacja do nowych warunków);
- zarządzanie wymaga komunikowania się;
- zarządzanie wymaga rozbudowanego systemu wskaźników⁴.

Zarządzanie musi być nastawione na klienta (jego zadowolenie). Celem zarządzania jest jej skuteczność i efektywność. Tak więc zarządzanie w służbie zdrowia, uwzględniając nastawienie na klienta-pacjenta, to przede wszystkim całościowy proces połączenia wszystkich czynników mających na celu sprawność, skuteczność, komplementarność działań diagnostyczno-terapeutycznych-rehabilitacyjnych i socjalnych. Zarządzanie to sztuka bądź praktyka rozumnego stosowania środków dla osiągnięcia wyznaczonych celów. Placówki opieki zdrowotnej są dużymi, złożonymi, profesjonalnie działającymi jednostkami, które dostarczają ściśle dostosowanych i spersonalizowanych usług⁵. Przykładowy schemat funkcjonalny Zakładu Opieki Zdrowotnej przedstawia rys. 1.

3. Finansowanie służby zdrowia

Najważniejsze kwestie związane z finansowaniem ochrony zdrowia zamieszczone są w Konstytucji RP. Z art. 68 ust. 2 wynika, że wszystkim obywatelom przysługuje równy dostęp do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, niezależnie od ich sytuacji materialnej. Głównym źródłem finansowania opieki zdrowotnej w Polsce są środki pochodzące z ubezpieczeń zdrowotnych, które są regulowane prawnie i od 2009 r. składka wynosi 9 proc.

Rys. 1. Przykład schematu struktury procesowo-zadaniowej



Źródło: M. Kautscha, *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, Warszawa 2015, s. 38

Drugim równie istotnym źródłem finansowania ochrony zdrowia są środki z budżetu państwa, które finansują specjalistyczne procedury medyczne, programy polityki zdrowotnej, ratownictwo medyczne, publiczna służba krwi, inspekcja sanitarna oraz składki ubezpieczenia zdrowotnego osób nieposiadających dochodu i nieopłacających składek⁶. Do prywatnych źródeł finansowania ochrony zdrowia należą przede wszystkim środki gospodarstw domowych oraz fundusze prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, zakładów pracy i organizacji charytatywnych⁷. Strukturę publicznych i prywatnych wydatków na ochronę zdrowia w roku 2014 przedstawił GUS (tabela 1).

Planowany budżet NFZ na 2015 r. wynosił 67,5 mld PLN. Do tego dochodzi 24 mld PLN na leczenie,

Tabela 1. Narodowy Rachunek Zdrowia za 2014 r.

Wydatki na ochronę zdrowia	W milionach złotych
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia razem¹	110 575,2
Wydatki publiczne	79 046,0
z tego:	
sektor instytucji rządowych i samorządowych	10 016,6
instytucje rządowe	5 956,8
instytucje samorządowe	4 059,8
Obowiązkowe ubezpieczenie oparte na składkach	69 029,4
Wydatki prywatne	31 529,2
z tego:	
bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych	24 850,2
inne wydatki prywatne	6 679,0

(1) Łącznie z zagranicznymi schematami finansowania

Źródło: <http://stat.gov.pl/sygnalne/komunikaty-i-obwieszczenia/lista-komunikatow-i-obwieszczen/komunikat-w-sprawie-narodowego-rachunku-zdrowia-za-2014-r-,283,3.html> (dostęp 17.10.2016)

które przeznaczyci pacjenci w prywatnych klinikach i szpitalach oraz dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne (zwykle finansowane przez pracodawców). Na koniec pozostają wydatki na leki, które wynoszą ok. 20 mld PLN – łącznie na ochronę zdrowia przeznaczono ponad 107 mld PLN⁸. W Polsce na ochronę zdrowia wydajemy nieco ponad 6,5 proc. PKB. Spośród 34 krajów monitorowanych przez OECD, tylko Estonia i Meksyk mają mniejszy udział tych wydatków niż Polska, bo niecałe 6 proc PKB. W Portugalii jest to prawie 10 proc., a w Niemczech – 11,3 proc. Polacy wydają na ochronę zdrowia mniej więcej taki odsetek dochodów jak Rosjanie, Turcy czy Turkmeni. Średnia dla krajów OECD oscyluje wokół 10 proc. Gdybyśmy chcieli dorównać do tego poziomu, to na sektor medyczny musielibyśmy wyłożyć dodatkowo 60 mld PLN, czyli każde gospodarstwo domowe powinno wpłacać do NFZ lub na prywatne ubezpieczenia zdrowotne ok. 450 PLN miesięcznie więcej niż obecnie, a więc każdy pracujący powinien wpłacić 520 PLN miesięcznie. Tymczasem 2/3 Polaków zarabia mniej niż 2,5 tys. PLN netto – przy wynagrodzeniu w tej wysokości składka do NFZ wynosi 271 PLN. Z danych Banku Światowego wynika, że w USA wydatki te wynoszą 17,9 proc., a w Japonii 10,1 proc.⁹

4. Zakład paliatywny – rola w życiu człowieka

Tradycyjnie opieka paliatywna odbierana jest w społeczeństwie jako opieka oferowana chorym na nowotwory, w ostatnim okresie ich życia. Tymczasem coraz częściej wprowadzana jest stopniowo, jeszcze w okresie aktywnego leczenia lub w okresie stosowania terapii przedłużającej życie, jednocześnie z chirurgią, chemioterapią, radioterapią, czy hormonoterapią i może wpłynąć pozytywnie na przebieg choroby. Nie jest związana z konkretnym schorzeniem, czas jej prowadzenia wahać się może od dni, tygodni do lat, od rozpoznania choroby aż do końca życia. Według Światowej Organizacji Zdrowia opieka paliatywna to: „działanie, które poprawia jakość życia chorych i ich rodzin stojących wobec problemów związanych z zagrożającą życiu chorobą, poprzez zapobieganie i znoszenie cierpienia dzięki wczesnej identyfikacji oraz bardzo starannej ocenie i leczeniu bólu i innych problemów: somatycznych, psychosocjalnych i duchowych”¹⁰. Wskazania Rady Europy z 2003 r. zalecają, aby opieka paliatywna była integralną częścią systemu opieki zdrowotnej i niezbywalną składową prawą obywatela do opieki zdrowotnej. W związku z tym na rządzie spoczywa odpowiedzialność zapewnienia opieki paliatywnej wszystkim, którzy jej potrzebują¹¹.

Budowaniu systemu opieki paliatywnej powinna towarzyszyć analiza sytuacji demograficznej i epidemiologicznej danego regionu (otoczenie danej placówki w bliższym lub dalszym obszarze), stałe monitorowanie potrzeb oraz porównywanie uzyskanych nakładów i realnie poniesionych kosztów z otrzymanymi efektami¹². W Polsce w 2014 r. zmarło 376467 osób, w tym ponad 300 tysięcy zgonów z powodu chorób przewlekłych, można przyjąć, że opieki paliatywnej rocznie potrzebuje około 200 tysięcy chorych¹³. W perspektywie zachodzących zmian demograficznych (starzenie się społeczeństwa) i epidemiologicznych (wzrost liczby zachorowań na nowotwory i inne, źle rokujące, ciężkie choroby, niepoddające się leczeniu przyczynowemu) liczba osób potrzebujących opieki paliatywnej będzie gwałtownie rosła. Rozwój tej formy opieki uważany jest za jedno z priorytetowych zadań polityki zdrowotnej. Nazwę opieki paliatywnej (ang. *palliative care*) – wprowadził dr Balfour Mount, który założył w 1973 r. w Montrealu pierwszy oddział medycyny paliatywnej. Jest ona często określana jako aktywna i całościowa pomoc niesiona chorym z zaawansowaną, postępującą, źle rokującą chorobą. Podstawowe znaczenie ma zwalczanie trudnego do opanowania bólu i innych objawów somatycznych oraz wsparcie psychologiczne, duchowe i socjalne, łagodzenie cierpień, wspomaganie rodzin w trakcie choroby i po osieroceniu. Głównym celem jest osiągnięcie możliwie najwyższej jakości życia chorych i ich rodzin. Opieka paliatywna szanuje życie, jest przeciwna eutanazji¹⁴. Opieka paliatywna i hospicyjna są terminami równoznacznymi i używanymi w wielu krajach wymiennie. Tradycyjnie opieka hospicyjna nawiązuje do społecznego ruchu hospicyjnego, który podkreślał szczególną wagę duchowego towarzyszenia chorym. Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej ESMO (*European Society for Medical Oncology Palliative Care Working Group*) rozróżnia:

- leczenie wspomagające/opiekę wspierającą (ang. *supportive care*);
- mające na celu uzyskanie na każdym etapie choroby jakości życia, najlepszej, jaka jest możliwa;
- opiekę paliatywną – prowadzoną w okresie, gdy schorzenie uznane jest za nieuleczalne;
- opiekę u schyłku życia (ang. *end of life care*)¹⁵.

5. Opieka paliatywno-hospicyjna – geneza

Historycznie, pojęcie hospicjum zostało ukształtowane w Szkocji, jako nazwa miejsca przyjmującego i otaczającego opieką podróżnych. Wywodzi się od łacińskiego słowa „hospes” oznaczającego gościa.

Pierwsze instytucjonalne regulacje dotyczące przytułków dla ubogich znajdują się wśród uchwał soboru nicejskiego z 325 r. Postanawiał on, że każde miasto powinno stworzyć pozostające pod nadzorem osoby duchownej, najlepiej diakona, położone poza granicami miasta miejsce, w którym znajdowałiby schronienie wszyscy ludzie znajdujący się w potrzebie. Od tego czasu rozpoczyna się powstawanie przytułków, zakładanych zarówno przez świeckich jak i duchownych. Wśród nich najszybciej powstają placówki dobroczynne zwane *xenodochium* (gr. *ksenos*), oznaczające gospodę i schronisko dla pielgrzymów. Przykładem jest postać św. Bazylego (329-379), biskupa Cezarei Kapadockiej, który na przedmieściu metropolii zbudował nowe miasto, zwane od V w. Bazylia-dą. W niej podróżni, chorzy, zwłaszcza trędowaci, znajdowali pomoc i opiekę. Zakładane przez św. Bazylego klasztory przeważnie w miastach, posiadały domy gościnne dla pielgrzymów oraz schroniska dla chorych i opuszczonych¹⁶.

Zjawisko to rozwinęło się szczególnie w XI i XII w., w związku z silną migracją ludzi ze wsi do miast oraz z rozkwitem ruchu pielgrzymkowego. Słynna sieć hospicjów powstała wzdłuż tras, którymi pielgrzymowali chrześcijanie do Ziemi Świętej. Na ich trasach powstawały hospicja, przytułki i szpitale dla wędrowców. Opiekę nad chorymi przejmowały zakony kawalerskie, które po zdobyciu, a następnie upadku Państwa Jerozolimskiego przenieśli się do Europy i tu rozpoczęły swoje nowe misje. Wśród nich Zakon św. Ducha odznaczał się największą inicjatywą. Szpitale i hospicja założone przez ten zakon stały się wzorem dla podobnych zakładów całego Zachodu. Również inne zakony rycerskie poświęciły się opiece nad chorymi i ubogimi, prowadząc szpitale, przytułki i sierocińce (w okresie XII-XVIII stulecia w Europie działało ok. 1240 szpitali i hospicjów)¹⁷.

Pierwszy dom wyłącznie dla umierających, nazwany Hospicjum L'Association des Dames du Calvaire (Hospicjum Kalwaria) został założony w 1842 r. w Lyonie przez Jeanne Garnier, która jeszcze przed 1900 r. otworzyła sześć innych¹⁸. W 1892 r. w Londynie w odpowiedzi na krytykę w czasopiśmie „British Medical Journal”, w którym zwrócono uwagę na złe warunki sanitarne i nieodpowiednią opiekę nad ubogimi, nieuleczalnie chorymi pacjentami, w szpitalu Friedenheim utworzono oddział z 35 łózkami dla pacjentów umierających na gruźlicę. W dalekiej Australii w Adelajdzie w 1879 r. powstał dom dla nieuleczalnie chorych, a w Sydney założono podobny w 1907 r. W Ameryce Północnej w 1899 r. w Nowym Jorku otworzono Hospicjum św. Rose'a, które było przeznaczona dla chorych na raka. W podobnym okresie

w sześciu innych miastach powstały podobne ośrodki¹⁹. Należy również wspomnieć o inicjatywie irlandzkich Sióstr Miłosierdzia, które w 1879 r. w Dublinie otworzyły hospicjum św. Krzyża. Z kronik hospicjum możemy wyczytać, że w latach 1845-1945 zmarło tam ok. 20 000 osób²⁰. Siostry Miłosierdzia rozszerzyły swoją działalność na skalę międzynarodową. W krótkim okresie otworzyły hospicja: Najświętszego Serca w Sydney (1890 r.), św. Józefa w Londynie w 1905 r., w Melbourne i Nowej Południowej Walii w 1930 r.²¹

Za twórcę współczesnej opieki paliatywnej uznawana jest prof. Cicely Saunders²², która miała okazję zapoznać się z problemami osób u kresu życia w ośrodku hospicyjnym w St. Joseph's Hospice w Londynie. Doświadczenie wyniesione z kontaktu z umierającymi ukierunkowało ją na stworzenie ruchu społecznego, którego celem było zapewnienie właściwej opieki takim osobom. Zebrała fundusze na budowę nowoczesnego St. Christopher's Hospice w Londynie, które w 1967 r. otworzyła. Hospicjum św. Krzysztofa uważane jest za światowe centrum opieki hospicyjnej, ośrodek edukacji dla personelu medycznego i wolontariuszy, miejsce, w którym powstały podstawy medycyny paliatywnej²³. Dzięki Cicely Saunders idea opieki nad umierającymi stała się bardziej obecna w świadomości społecznej. Hospicjum św. Krzysztofa stało się dla całego świata wzorcowym ośrodkiem opieki nad umierającymi. Połączono w nim doskonałą medycynę z wszechstronną pomocą psychologiczną nad chorymi, ze wspieraniem rodzin chorych oraz szkoleniem kandydatów do tej pracy i z badaniami naukowymi nad udoskonaleniem metod postępowania.

6. Ruch paliatywny w Polsce

Inicjatywa Cicely Saunders okazała się cenna i potrzebna w sytuacji, gdy wielu ludzi umierało w trudnych warunkach, będąc pozbawionymi właściwej opieki medycznej. Od tego czasu w Europie i na świecie ruch hospicyjny zaczął się rozwijać szybko i dynamicznie. W Polsce prekursorką w zakresie opieki paliatywnej była pielęgniarka Hanna Chrzanowska²⁴. W 1981 r. w Krakowie powstało „Towarzystwo Przyjaciół Chorych – Hospicjum”, które przystąpiło do budowy pierwszego w Polsce hospicjum stacjonarnego. W 1991 r. opieka paliatywna/hospicyjna została oficjalnie włączona w struktury służby zdrowia (tabela 2).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej określa świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej, jako

„wszechstronną, całościową opiekę nad świadczeniobiorcami chorującymi na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące choroby. Opieka ta ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzenie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i społecznych”. Zgodnie z ustawą o osobach starszych²⁵, która wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2016 r., monitorowanie sytuacji osób starszych stanie się zadaniem organów administracji publicznej, państwowych jednostek organizacyjnych oraz innych organizacji zaangażowanych w kształtowanie sytuacji tych osób.

Według GUS-u w Polsce na koniec 2014 r. działało 685 zakładów opieki długoterminowej, które dysponowały 32,6 tys. łóżek, czyli o 5,4 proc. więcej niż w roku poprzednim. Zapewniały one opiekę w warunkach stacjonarnych 92,5 tys. osób, co stanowiło blisko 2,7 proc. więcej w stosunku do 2013 r. Struktura wieku pacjentów wskazuje, że ponad 75 proc. korzystających ze stacjonarnych zakładów opieki długoterminowej (łącznie z hospicjami i oddziałami opieki

paliatywnej) stanowiły osoby w wieku 65 lat i więcej, a dominującą grupą chorych były osoby w wieku 80 lat i więcej – ponad 44 proc. pacjentów (rys. 2). Najwięcej placówek zlokalizowanych było w województwach mazowieckim (86), śląskim (81) i dolnośląskim (76), a najmniej w lubuskim (19), opolskim i świętokrzyskim (po 24). Najwięcej łóżek opieki długoterminowej posiadały zakłady działające w województwach mazowieckim (5,3 tys.), śląskim (4,7 tys.) i dolnośląskim (3,7 tys.), natomiast najmniej łóżek odnotowano w województwach warmińsko-mazurskim i podlaskim (odpowiednio 821 i 838)²⁶. Według prognoz Eurostatu Polska należy do najszybciej starzejących się społeczeństw UE – do roku 2060 odsetek osób w wieku 65 lat i więcej będzie wynosił 31,7 proc.²⁷

7. Specjalistyczny zespół opieki paliatywnej

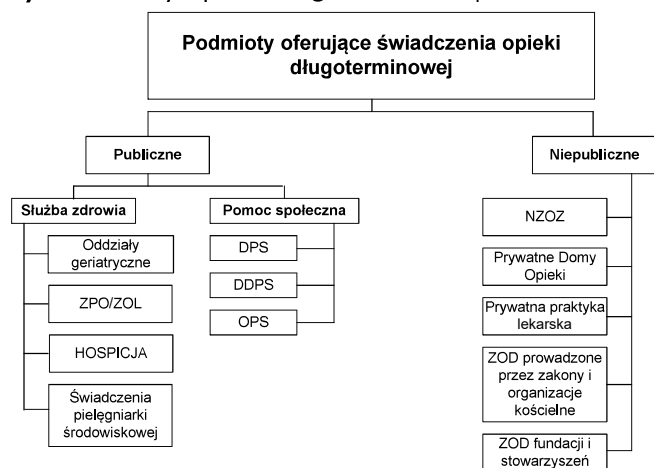
Świadczenia w opiece paliatywnej zapewniane są przez wielodyscyplinarny zespół specjalistów, do

Tabela 2. Etapy rozwoju opieki paliatywnej w Polsce

Lata 60. XX w.	Hanna Chrzanowska (pielęgniarka i instruktorka pielęgniarstwa) organizuje domową opiekę pielęgniarską nad osobami przewlekle chorymi i umierającymi na terenie parafii krakowskich
1976 r.	Przy parafii kościoła Arka Pana w Bieńczykach Nowej Hucie zaczyna działać pierwsza grupa wolontariuszy opiekujących się umierającymi
1978 r.	Cicely Saunders prowadzi wykłady w Krakowie, Warszawie i Gdańsku, inspirując do działania duszpasterzy i środowisko medyczne
1981 r.	W Krakowie powstaje Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum”, w efekcie działań Towarzystwa w 1996 roku powstaje Hospicjum św. Łazarza, wzorowane na angielskim St. Christopher’s Hospice
1983 r.	W Gdańsku powstaje pierwsze hospicjum domowe – Hospicjum Pallottinum, założone z inicjatywy śp. ks. Eugeniusza Dutkiewicza i prof. Joanny Muszkowskiej-Penson
1985 r.	W Poznaniu powstaje Hospicjum św. Jana Kantego, założone przez ks. Ryszarda Mikołajczyka. W kraju intensywnie rozwija się ruch hospicyjny
1987 r.	Z inicjatywy prof. Jacka Łuczaka w Poznaniu powstaje pierwszy zespół opieki paliatywnej domowej z poradnią przy Klinice Onkologii, poszerzony w 1991 r. o Oddział Opieki Paliatywnej, powstaje Klinika Opieki Paliatywnej, Anestezjologii i Intensywnej Terapii Onkologicznej AM w Poznaniu
1991 r.	Ukazuje się Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, zawierająca podstawy prawne rozwijania opieki paliatywno-hospicyjnej. Powstaje Ogólnopolskie Forum Ruchu Hospicyjnego, opublikowano Kartę Hospicjum, określającą główne założenia ruchu hospicyjnego. Powstaje Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej im. Aleksandra Lewińskiego i Antoniny Mazur
1992 r.	Powstaje Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne
1993 r.	Powstaje Krajowa Rada Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej
1994 r.	W Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie rozpoczyna pracę zespół opieki paliatywnej dla dzieci
1998 r.	Przyjęto Program Rozwoju Opieki Paliatywnej w Polsce
1999 r.	Rozpoczyna działalność Towarzystwo Rozwijania Opieki Paliatywnej w Europie Środko-wo-Wschodniej ECEPT. W kraju medycyna paliatywna staje się szczegółową specjalizacją medyczną, a opieka paliatywna specjalizacją pielęgniarską
2002 r.	Powstaje Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej

Źródło: U. Kurczewska, M. Jasińska, D. Orszulak-Michalak, *Opieka paliatywna w Polsce – wybrane zagadnienia. Część I. Założenia, organizacja i funkcjonowanie opieki paliatywnej*, „Opieka farmaceutyczna”, Łódź 2010, 66 nr 2, s. 95

Rys. 2. Formy opieki długoterminowej w Polsce



Źródło: A. Mitek, *Finansowanie i organizacja systemu opieki długoterminowej w Polsce*, „Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania”, Nr 34, t. 2, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2013, s. 227

zadań którego należy leczenie bólu, duszności, nudności, wymiotów i innych dokuczliwych objawów, łagodzenie lęku i depresji, przeciwdziałanie osamotnieniu i izolacji oraz ofiarowanie wsparcia duchowego. Celem działań zespołu jest dążenie do poprawy jakości szybko uciekającego życia. Wielkość i skład zespołów działających w krajach europejskich są zróżnicowane. Podstawowym wymogiem jest obecność w zespole wykwalifikowanego lekarza i pielęgniarki²⁸. Bardzo często jest to zespół wieloosobowy, który obejmuje wszechstronne działania interdyscyplinarne. W skład zespołu wchodzi: lekarz, pielęgniarka, psycholog, pracownik socjalny, rehabilitant, duszpasterz oraz wolontariusze. Praca takiej grupy, zmierzająca do zaspokajania potrzeb: somatycznych, psychosocjalnych i duchowych pacjentów oraz wsparcie udzielane rodzinom i opiekunom.

8. Hospicjum Miejskie w Płocku

Propagatorką ruchu hospicyjnego w Płocku była dr n. med. Grażyna Przybylska-Wendt, specjalista w dziedzinie anestezjologii i medycyny sądowej. Z jej inicjatywy w drugiej połowie lat 80. ubiegłego wieku powstała poradnia przeciwbólowa. Pani doktor pracując w poradni z ciężko chorymi, zaobserwowała, iż wielu pacjentów jest słabych, aby dotrzeć do poradni i dlatego sama zaczęła odwiedzać chorych w domach. Uczestnicząc w wielu kursach organizowanych w całej Polsce zetknęła się z wolontariuszami, którzy w ramach grup hospicyjnych pomagali lekarzom w pracy z chorymi. W 1987 r. utworzono na wzór istniejących w Gdańsku czy Poznaniu Płocką Grupę Hospicyjną, która liczyła 15 osób. Jako wolontariusze odwiedzali chorych w domach, służąc po-

mocą i przynosząc otuchę. Urząd Miasta Płocka w 1993 r. przyznał Grupie lokal przy ul. Bielskiej 19, który stał się jej siedzibą. W tym samym roku do pani doktor Przybylska-Wendt dołączyli inni wolontariusze²⁹. W 1994 r. powstało Stowarzyszenie Hospicyjno-Paliatywnego „Hospicjum Płockie pod wezwaniem Błogostawionej Urszuli Ledóchowskiej³⁰. Patronką Hospicjum została święta Urszula Ledóchowska. 15 czerwca 1994 r. odbyło się zebranie członków Stowarzyszenia, podczas którego dokonano wyboru pierwszego Zarządu. Koordynatorem – przewodniczącym Zarządu została doktor Grażyna Przybylska-Wendt, którą w listopadzie 1994 r. zastąpił Tomasz Korga. Zarząd od początku swojej działalności zabiegał o utworzenie w Płocku stacjonarnego oddziału opieki paliatywnej oraz w miarę możliwości rozszerzenia zakresu domowej opieki hospicyjnej. Do października 1997 r. wolontariusze płockiego hospicjum świadczyli pomoc w domu pacjenta, zapewniając opiekę pielęgniarską, lekarską, a także pomagając w codziennych pracach domowych i zakupach. Ochotnicy za swoją pomoc nie otrzymywali wynagrodzenia.

1 października 1997 r. zawarto umowę między Gminą Płock a Stowarzyszeniem Hospicyjno-Paliatywnym „Hospicjum Płockie” powołując Miejskie Hospicjum Stacjonarne. Przedmiotem działania miejskiego hospicjum jest zapewnienie opieki medycznej w zakresie opieki paliatywnej, służącej zachowaniu, przywróceniu i poprawie jakości życia osobom w terminalnej fazie choroby nowotworowej, a także zapewnienie tym osób i członkom ich rodzin opieki duchowej i socjalnej. Siedzibą Miejskiego Hospicjum w Płocku były pomieszczenia wyodrębnione w ramach siedziby Caritas, o powierzchni 180 m². Obszar działania hospicjum stanowił teren gminy Płock. Kierownikiem medycznym został lek. Czesław Hajduk, a pielęgniarką koordynującą - Anna Wilczyńska. Koszty funkcjonowania 7-łożkowego hospicjum miejskiego pokrywał Urząd Miasta Płocka, a zakupu leków dokonywały rodziny pacjentów na podstawie wystawionych recept. Personel medyczny zatrudniony był początkowo na podstawie umowy-zlecenia, stopniowo zawierano umowy o pracę.

Reforma opieki zdrowotnej w Polsce 1 stycznia 1999 r. wprowadziła instytucję Kas Chorych. Kontrakt z Kasą Chorych pokrywał 70 proc. potrzeb hospicjum, pozostałe 30 proc. było finansowane przez Urząd Miasta. W ramach kontraktu z Mazowiecką Regionalną Kasą Chorych Stowarzyszenie mogło zostać zatrudnione 7 osób w hospicjum stacjonarnym i 20 osób w hospicjum domowym. Personel medyczny wspomagany był przez 26 wolontariuszy. Personel uczestniczył regularnie w szkoleniach, kursach

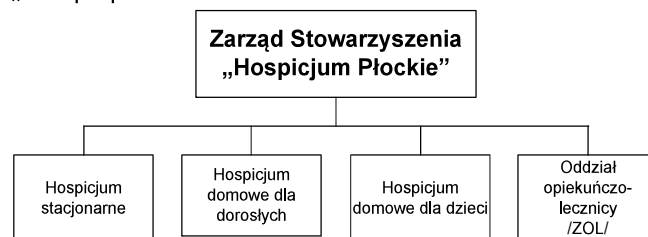
organizowanych w Gdańsku, Częstochowie i Warszawie. W Płocku, w ramach hospicjum prowadzono z kolei szkolenia dla wolontariuszy z zakresu opieki nad chorymi i psychologicznych aspektów pracy z osobami w stanie terminalnym. Od 1999 r. tradycją stały się msze święte, a 27 czerwca 1999 r. zainicjowano msze święte za zmarłych będących pod opieką hospicjum, które odbywają się do dziś, co tydzień, w niedzielę. Placówkę wspomagali również sponsorzy – lokalne zakłady pracy.

Od 2000 r. ze względu na duże zapotrzebowanie na opiekę paliatywną i brak możliwości rozbudowy dotychczasowej siedziby Stowarzyszenie szukało nowej lokalizacji dla hospicjum. W 2001 r. Urząd Miasta za symboliczną złotówkę przekazał Stowarzyszeniu dawną przychodnię Zakładów Przemysłu Odzieżowego „Cotex” przy ul. Granicznej 46. Budynek wymagał kapitalnego remontu oraz zmiany wewnętrznego układu pomieszczeń. Prace adaptacyjne trwały 9 miesięcy. Na 530 m² powierzchni wydzielono sale jedno- i dwuosobowe z łazienkami dla 15 chorych, pomieszczenia zabiegowe, kaplicę oraz zaplecze socjalne dla pracowników i wolontariuszy. Wygląd i funkcjonalność budynku to zasługa wielu firm i ludzi dobrej woli. W pracę włączyło się ok. 60 firm z całej Polski, najwięcej z terenu miasta Płocka i byłego województwa płockiego, ale również z Gdańska, Łodzi i Koluszek. Wartość pomocy uzyskanej w 2001 r. wyniosła ok. 300 tys. zł. Przeprowadzenie tej inwestycji siłami Stowarzyszenia nie byłoby możliwe. Remont pomieszczeń zakończono w grudniu 2001 r., i 13 stycznia 2002 r. przeniesiono pacjentów do nowej placówki.

Od 2002 r. kontrakt z kasą chorych obejmował 12 miejsc w hospicjum stacjonarnym i 20 miejsc w domowym. Rolę kas chorych w nowym systemie opieki zdrowotnej, w 2003 r. przejął Narodowy Fundusz Zdrowia. Nie zmieniło to zakontraktowanej ilości usług medycznych świadczonych przez Hospicjum dla osób dorosłych, natomiast od stycznia 2003 r. objęło ono opieką domową dzieci. NFZ finansuje jednocześnie opiekę nad pięciorgiem dzieci (rys. 3).

W 2003 r. Stowarzyszenie podjęło decyzję o rozbudowie placówki. Zaprojektowano nowe skrzydło o powierzchni 400 m² z przeznaczeniem na oddział dla pacjentów w stanie apalicznym (po przebytych urazach, udarach, niedotlenieniu ośrodkowego układu nerwowego). Podobnie jak przy remoncie budynku hospicjum, w rozbudowie pomogło bezinteresownie wiele firm: Budoplan, „Hydropol”, „Vectra”, „Wereszczyński”, „Ponzo”. Prace zakończono w 2004 r. i oddział rozpoczął działalność na początku 2005 r., jako Zakład Opiekuńczo-Lecznicy. Do września 2008 r. oddział ten miał 9 miejsc dla osób dorosłych i 3 dla

Rys. 3. Struktura organizacyjna Stowarzyszenia „Hospicjum Płockie”



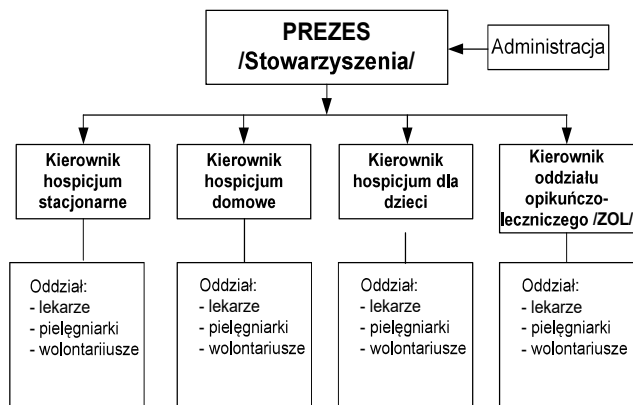
Źródło: Opracowanie własne

dzieci. Od października 2008 r. powiększono w zakładzie ilość miejsc dla osób dorosłych do 12. Nadzór finansowy nad placówką prowadzi mazowiecki oddział Narodowego Funduszu Zdrowia. Hospicjum hojnie wsparł Urząd Miasta w Płocku oraz Urząd Marszałkowski w Warszawie. Wszystkie te instytucje często prowadzą kontrolę i wyniki są zawsze pozytywne.

Obecnie Stowarzyszenie zatrudnia 34 pielęgniarki, 9 lekarzy, 5 fizjoterapeutów, 4 sanitariuszki, 3 psychologów, 3 kierowców, 1 specjalista d/s marketingu, 1 główna księgowa, 1 księgowa, 1 kapelan, 1 specjalista d/s BHP, 1 pracownik socjalny/pracownik zaopatrzenia, 1 pracownik gospodarczy, 1 koordynator wolontariatu/terapeuta, 1 logopeda, 1 farmaceuta i 1 prawnik. Średni staż pracy wynosi 12 lat, a najdłuższy – 20 lat. Pracę personelu medycznego wspiera 32 wolontariuszy medycznych, a w różne akcje włącza się ponad 300 osób, przedstawicieli różnych zawodów i z różnych środowisk, których łączy jeden cel – pomoc umierającym. Pracownicy i wolontariusze dobrowolnie, podnosząc swoje kwalifikacje uczestniczą corocznie w szkoleniu. Biorą udział w wielu kursach i wykładach np. „Kurs dla wolontariuszy opiekunów chorych”, „Opieka paliatywna – nowe wyzwania”, „Komunikacja dla lekarzy – jak komunikować się z pacjentem”, „Jesienne warsztaty szkoleniowe dla pielęgniarek”, „Leczenie bólu przewlekłego” i inne. Szkolenia, kursy lub warsztaty dotyczą opieki paliatywnej, anestezjologii, onkologii, intensywnej terapii, komunikacji z pacjentami i rodziną chorego.

Kierownikiem każdego działu (rys. 4) jest lekarz, który podlega bezpośrednio Prezesowi Stowarzyszenia. Najwyższą władzę posiada Walne Zebranie Stowarzyszenia, które podczas dorocznego zebrania podsumowuje pracę Hospicjum i kreśli plany na przyszłość. Podczas walnego zebrania wybierany jest Prezes, który nadzoruje pracę poszczególnych pionów. Co miesiąc odbywają się ogólne odprawy dla wszystkich pracowników i wolontariuszy całej placówki. Pielęgniarki i lekarze poszczególnych działów najczęściej spotykają się co 2 tygodnie w zależności od problemów i bieżących spraw na normalnej odprawie.

Rys. 3. Struktura funkcjonalna Hospicjum św. U. Ledóchowskiej



Źródło: Opracowanie własne

Każdy kierownik sam decyduje o częstotliwości odpraw, udziale swoich pracowników w szkoleniu, przygotowuje miesięczne i roczne sprawozdania, jest osobiście odpowiedzialny za swoją komórkę.

Chore osoby, które potrzebują pomocy i opieki paliatywnej są zgłaszane przez placówki służby zdrowia (oddziały w szpitalach) lub rodziny chorych. Po wstępnej selekcji, kiedy jest wolne miejsce w hospicjum stacjonarnym lub domowym pacjent natychmiast jest przyjęty, a jeżeli brakuje miejsca, umieszczony jest na liście oczekujących. Rocznie z pomocy Hospicjum korzysta około 350 chorych. Od 1997 r. do końca września 2010 r. Hospicjum pomogło:

- na oddziale, w hospicjum stacjonarnym – 2442 osobom;
- w hospicjum domowym dla dorosłych od 2002 r. – 1770 osobom;
- w hospicjum domowym dla dzieci od 2003 r. – 93 małym pacjentom;
- na oddziale apalicznym, ZOL – 78 osobom.

Od 21 października 2004 r. Hospicjum ma status organizacji pożytku publicznego. Pozwala to na korzystanie z 1% odpisu z podatku od osób fizycznych, co istotnie polepszyło sytuację finansową placówki. Hospicjum bierze udział w akcjach mających na celu pozyskanie środków na wsparcie swojej działalności. Wiosenną akcją są „Pola Nadziei” – program stworzony przez Fundację Marie Curie Cancer Care z Edynburga, pomagającą nieuleczalnie chorym na raka. Jego celem jest pozyskiwanie środków finansowych na rzecz hospicjów, a także edukacja dotycząca

Tabela 3. Wpływy z podatku 1% i akcji „Pola Nadziei” (w tys. PLN)

Lata	Z podatku 1%	Akcja „Pola Nadziei”
2011	378 149,58	23 603,89
2012	372 600,18	30 699,98
2013	370 759,50	38 319,00
2014	379 181,82	50 125,91
2015	370 004,48	48 684,00
2016	371 100,50	50 006,93

metod pracy z nieuleczalnie chorymi ludźmi oraz propagowanie postaw altruistycznych, otwartych na drugiego, zwłaszcza cierpiącego człowieka. Symbolem akcji „Pola Nadziei” stał się żonkil – międzynarodowy znak nadziei. Płockie Hospicjum uczestniczy w tej akcji od 2002 r. Od 2006 r. prowadzony jest jesienny program „Hospicjum to też życie” – kampania informacyjna, której celem jest ukazanie roli hospicjów w lokalnych społecznościach. Od 2008 r. hospicjum organizuje bal charytatywny. Co roku w płockiej katedrze odprawiana jest msza w intencji pacjentów, ich rodzin, pracowników i wolontariuszy. Hospicjum obejmuje opieką dzieci osierocone, organizując dla nich letnie kolonie nad morzem, a nawet wręcza prezenty gwiazdkowe. Działalność hospicjum jest bardzo dobrze odbierana przez lokalną społeczność. Za działalność na jej rzecz i wkład w rozwój ruchu hospicyjnego w Płocku prezes Tomasz Korga otrzymał tytuł Płocczanina Roku 2003³¹.

Zakończenie

Dobra opieka i odpowiednie traktowanie chorego to krótka charakterystyka płockiego hospicjum. Hospicjum św. Urszuli, które w 2017 r. będzie obchodziło jubileusz 20-lecia istnienia, jest pięknym i dobrym przykładem współczesnego biblijnego „Samarytanina”, zatroskanego, pochylonego nad chorym. Współczesny świat coraz bardziej potrzebuje takich instytucji – współczesnych „Dobrych Samarytan”.

Przypisy

- ¹ M. Kautscha, *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Warszawa 2015, s. 35.
- ² Model Siemaszki, w którym to państwo bierze pełną odpowiedzialność za zdrowie społeczeństwa. Jedynym źródłem finansowania jest budżet państwa, Zakłady Opieki

Zdrowotnej są państwowe, brak sektora prywatnego w ochronie zdrowia, obywatele mają bezpłatny dostęp do pełnego pakietu usług świadczonych przez opiekę zdrowotną. Model ten obowiązywał w krajach socjalistycznych, również w Polsce do 1998 roku.

- ³ S. Golinowska (red.), *Zarys systemu ochrony zdrowia*, Drukarnia Open Eyes, Warszawa 2012, s. 39.
- ⁴ P. F. Drucker, *Praktyka zarządzania*, Warszawa 2005, s. 17-21
- ⁵ K. Walshe, J. Smith, *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Warszawa 2011, s. 27.
- ⁶ M. Jaworzyńska, *Planowanie finansowe w zakładach opieki zdrowotnej*, CeDeWu, Warszawa 2010, s. 29.
- ⁷ T. Mróz (red.), *Uwarunkowania prawne, ekonomiczne i socjologiczne funkcjonowania wybranych systemów ochrony zdrowia*, Białystok 2011, s. 40.
- ⁸ <http://tvn24bis.pl/z-kraju,74/na-zdrowie-wydajemy-wiecej-ale-nadal-jestesmy-w-ogonie-europy,586477.html> (z dnia 17.10.2016 r.)
- ⁹ <http://www.bankier.pl/wiadomosc/lle-wydajemy-na-ochrone-zdrowia-i-czy-to-duzo-7230185.html> (z dnia 17.10.2016 r.)
- ¹⁰ www.who.int/cancer/palliative/definition/en (z dnia 20 sierpnia 2009 r.).
- ¹¹ Wytyczne (Rekomendacje) Rec (2003) 24 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczące organizacji opieki paliatywnej, przyjęte przez Komitet Ministrów 12 listopada 2003 na 860 Konferencji Zastępców Ministrów, s. 24.
- ¹² Linda E. Swayne, W. Jack Duncan, Peter M. Ginter, *Zarządzanie strategiczne w ochronie zdrowia*, Warszawa 2012, s. 107.
- ¹³ <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-w-wieku-60-struktura-demograficzna-i-zdrowie,24,1.html> (z dnia 7 października 2016 r.). GUS, Rocznik demograficzny, Warszawa 2015, s. 386-389.
- ¹⁴ T. Buss, M. Lichodziejewska-Niemierko, *Opieka paliatywna w Polsce – od idei do praktyki*, „Forum Medycyny Rodzinnej”, Warszawa 2010, nr 2(4): 277–285.
- ¹⁵ J. Jarosz, *Opieka paliatywna w onkologii*, „Polska Medycyna Paliatywna”, Warszawa 2005, nr 4(4), s. 137–143.
- ¹⁶ A. Gretkowski, *Nowotwór to jeszcze nie wyrok. Wybrane zagadnienia z psychoonkologii*, Płock 2008, s. 55.
- ¹⁷ S. Litak, *Szpitala w Polsce przedrozbiorowej. Rozwój i problematyka*, [w:] *Studia i materiały z historii kultury materialnej*, t. LXVI, Warszawa 1998, s. 13-14; J. Wiśniewski, *ABC zarządzania parafią. Parafia rzymskokatolicka w Niemczech*, Warszawa 2005, s. 34-37.
- ¹⁸ J. Milton, *Medicine and Care of the Dying: A Modern History*, Oxford University Press USA 2007, s. 20.
- ¹⁹ *Ibidem*, s. 22-25.
- ²⁰ *Ibidem*, s. 20.
- ²¹ M. Kathleen, Hendin H., *The Case Against Assisted Suicide. For the Right to End-of-life-Care*, Baltimore and London 2002, s. 281.
- ²² Cicely Mary Strode Saunders (22.06.1918-14.07.2005) – brytyjska lekarka, założycielka Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie. W czasie II wojny światowej była pielęgniarką. W 1947 poznała uciekiniera z warszawskiego getta, Dawida Taśmę, umierającego w szpitalu na raka. Rozmowy z nim miały ogromny wpływ na dalsze działania Cicely. W 1958 ukończyła studia medyczne. Otrzymała Order Imperium Brytyjskiego.
- ²³ P. Krakowiak, A. Janowicz, *Historia i współczesność wolontariatu hospicyjnego* [w:] Krakowiak P., Modlińska A.: *Podręcznik wolontariusza hospicyjnego*. Biblioteka Fundacji Hospicyjnej. Gdańsk 2008, 17-26. Łuczak J.: *Co to jest leczenie objawowe (paliatywne), opieka paliatywna hospicyjna i dlaczego warto z nich korzystać?*, Przewodnik Terapeutyczny. Gdańsk 2007, nr3, 1–21.
- ²⁴ Hanna Chrzanowska (7.10.1902 -29.04.1973), polska pielęgniarka, instruktorka pielęgniarstwa, prekursorka pielęgniarstwa rodzinnego. W 1922 podjęła studia w nowo otwartej Szkole Pielęgniarstwa w Warszawie. W latach 1926-1929 pracowała jako instruktorka w Uniwersyteckiej Szkole Pielęgniarek i Higienistek w Krakowie. W okresie 1929-1939 redagowała miesięcznik „Pielęgniarka Polska”. Po wojnie i po otwarciu Uniwersyteckiej Szkoły Pielęgniarsko-Położniczej w Krakowie pracowała jako kierownik działu pielęgniarstwa społecznego i domowego. Podczas półrocznego stypendium w USA zapoznała się z amerykańskim systemem pielęgniarstwa domowego. Po przejściu na emeryturę w 1957 r., organizowała opiekę pielęgniarską w Krakowie przy wsparciu parafii. Szkoliła kleryków, wolontariuszy i studentów przygotowując ich do kontaktów z chorymi. Prowadziła tę pracę przez 16 lat, do końca życia. Źródło: https://pl.wikipedia.org/wiki/Hanna_Chrzanowska (z dnia 12.10.2016)
- ²⁵ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz. U. 2015 poz. 1705).
- ²⁶ GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014r.*, Warszawa 2015, s. 149-161.
- ²⁷ European Commission, *The 2015 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060)*, Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2015, s.378. (<http://europa.eu>. z dnia 14.10.2016 r.).
- ²⁸ L. Pawłowski, I. Wapniarska, M. Lichodziejewska-Niemierko, *Rola farmaceuty w opiece paliatywno-hospicyjnej*, „Medycyna Paliatywna w Praktyce”, Gdańsk 2009, 3(1), s. 19-27.
- ²⁹ Lekarz Czesław Hajduk, pielęgniarki - Anna Wilczyńska i Barbara Grabarczyk.
- ³⁰ W skład Komitetu Założycielskiego weszli: Wanda Czekaj, Barbara Grabarczyk, Czesław Hajduk, Barbara Haponik, Krystyna Jakubowska, ks. Teofil Kapuściński, Urszula Korga, Tomasz Korga, Lidia Kruszyńska, Grażyna Przybylska-Wendt, Teresa Sobczak, Anna Wilczyńska, Teresa Wrońska i Maria Żurowska.
- ³¹ M. Kwiatkowska, *Historia Hospicjum Miejskiego w Płocku 1987-2010*, *Medycyna Paliatywna*, nr 2/2011, t. 3, s. 100-103.

MANAGING OF PALLIATIVE TREATMENT FACILITY BASED ON ST. URSZULA LEDÓCHOWSKA HOSPICY IN PŁOCK

Summary

Traditional palliative care is experienced by the society as a care offered to suffered from tumours, at the last period of their life. However, more and more often this care is introduced gradually in the period of active treatment or during life extending therapy. Cicely Saunders is claimed to be a creator of modern palliative care. She had a chance to be closer to problems of people being at the last period of their life in St. Joseph's Hospice in London. The propagator of hospice movement in Płock was Grażyna Przybylska-Wendt. It was her initiative to in 80s' set a analgesic clinic that became St. Urszula Ledóchowska Hospicy. This palliative institution has actively functioned in the city and supported those who need help the most since 20 years