

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego
w Poznaniu
Wydział Nauk o Zdrowiu
Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej

AGNIESZKA LEWICKA-RABSKA

**CZYNNIKI
KSZTAŁTUJĄCE DZIAŁANIA MARKETINGOWE
HOSPICJÓW STACJONARNYCH
W POLSCE**

Praca doktorska
napisana pod kierunkiem
prof. dr hab. Henryka Mruka

POZNAŃ 2014

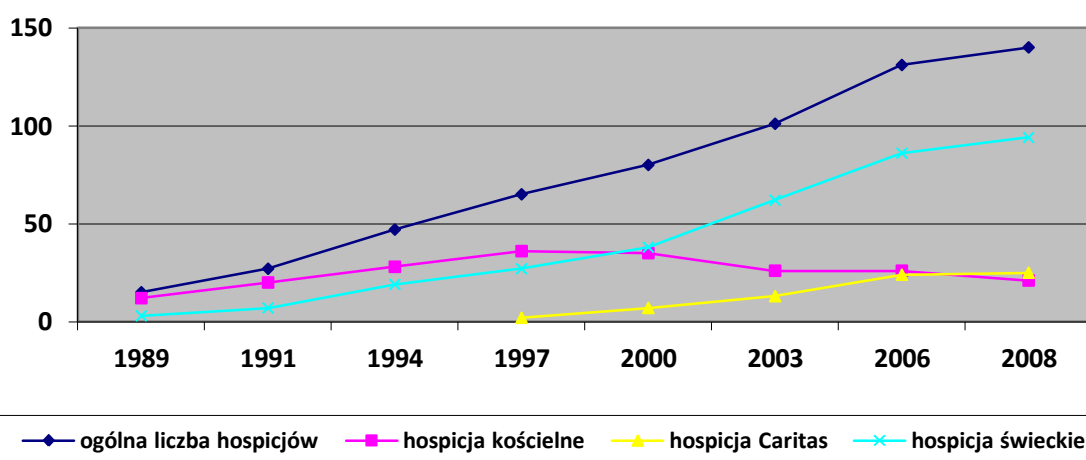
Spis treści

Wstęp.....	3
I. Założenia pracy.....	8
1. Problematyka i cele pracy.....	8
2. Hipotezy badawcze.....	8
3. Materiał badany.....	10
4. Metodyka badań.....	13
II. Ruch hospicyjny w Polsce i na świecie.....	20
1. Historia opieki paliatywno-hospicyjnej.....	20
2. Specyfika sprawowania opieki paliatywno-hospicyjnej.....	24
3. Charakterystyka opieki paliatywno-hospicyjnej na świecie.....	35
4. Charakterystyka opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce.....	41
5. Struktura, rozkład i finansowanie hospicjów stacjonarnych.....	48
III. Marketing w działalności hospicyjnej.....	54
1. Racjonalność zastosowania marketingu w działalności non-profit.....	54
2. Organizacje non-profit w Polsce i na świecie.....	64
3. Hospicyjne organizacje non-profit w Polsce i na świecie.....	71
IV. Wyniki.....	83
1. Ogólna charakterystyka badanej grupy.....	83
2. Działalność marketingowa hospicjów stacjonarnych w Polsce – 1 część badań.....	93
3. Zmiany w działalności marketingowej hospicjów stacjonarnych w Polsce – 2 część badań... ..	99
4. Analiza materiałów informacyjno-promocyjnych.....	105
5. Informacje z hospicjów zagranicznych.....	122
V. Omówienie wyników, weryfikacja hipotez i dyskusja.....	136
VI. Wnioski.....	146
VII. Bibliografia.....	147
VIII. Streszczenie.....	158
Summary.....	161
IX. Spis tabel i rycin.....	164
X. Załączniki.....	170

Wstęp

Misterium zakończenia życia stanowiło przedmiot zainteresowania ludzi na przestrzeni wieków. Już w średniowieczu, społeczeństwo wysoko ceniło ideały *Ars Moriendi* — sztuki przygotowywania się do śmierci, uważanej za najważniejszy życiowy egzamin (Barzowska, 2012). Odzwierciedlenie fascynacji końcem życia odnajdujemy w literaturze i sztuce tego czasu. Na przestrzeni wieków, wraz z rozwojem cywilizacji, pewne zwyczaje, obrządki i tradycje ulegały przemianom. W konsekwencji przemian społecznych, osoba umierająca nierzadko bywała odsuwana poza nawias życia rodzinnego, a jej potrzeby umniejszane.

Śmierć jako naturalne zwieńczenie życia pozostaje w świadomości każdego człowieka. Często jednak bywa zaskoczeniem, które budzi bunt i protest także wśród osób najbliższych osobie odchodzącej. Idea hospicjum jako miejsca opieki nad chorym w końcowym okresie życia nie jest wynalazkiem nowym. Jednak dopiero od lat 70-tych XX wieku rozwija się ona w sposób bardziej jawny i zauważalny również dla ogółu społeczeństwa. W Polsce ruch hospicyjny rozwija się niezwykle dynamicznie. Świadczyć mogą o tym nie tylko codzienne obserwacje lecz również dane statystyczne gromadzone przez konsultanta krajowego czy Ogólnopolskie Forum Ruchu Hospicyjnego (OFRH). W oparciu o dane OFRH zaprezentowano wzrost liczby hospicjów prowadzonych w oparciu o działalność non-profit na przestrzeni 20 lat (rycina 1) (Organizacja opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce, 2012).



Ryc. 1. Hospicja – non-profitowe stowarzyszenia i ośrodki pozarządowe w Polsce w latach 1989 – 2008 (opracowanie własne na podstawie danych OFRH)

W 2008 roku spośród wszystkich zakładów opieki paliatywno-hospicyjnej (349) na terenie Polski 140 prowadzonych było w oparciu o pozarządową formę organizacji: stowarzyszenie bądź fundację (de Walden-Gałuszko, 2008). Hospicja te stanowią 40 % ogólnej liczby hospicjów. Dodatkowo wśród organizacji sektora non profit odnaleźć możemy organizacje wspierające działalność hospicyjną, a nieprowadzące bezpośrednio indywidualnej opieki nad pacjentami.

Jednym z przykładów organizacji pozarządowych o zasięgu krajowym jest Ogólnopolskie Forum Ruchu Hospicyjnego (przy Polskim Towarzystwie Opieki Paliatywnej im. Aleksandra Lewińskiego i Antoniny Mazur). Powołane zostało w 1991 roku dla integracji ruchu hospicyjnego w Polsce, pogłębiania współpracy między ośrodkami hospicyjnymi i innymi ośrodkami medycznymi, edukacyjnymi i religijnymi, a także dla celów wymiany doświadczeń, wspierania działalności naukowej, szkoleniowej i informacyjnej. Ponadto na terenie Polski funkcjonują liczne fundacje i stowarzyszenia wspierające działalność poszczególnych hospicjów jak np. Stowarzyszenie Przyjaciół Chorych „Hospicjum” w Chorzowie czy Fundacja Hospicyjna. Działalność w obszarze opieki paliatywno-hospicyjnej w dalszym ciągu w dużej mierze opiera się na pracy wolontariuszy.

Trendy społeczno-demograficzne, w szczególności starzenie się społeczeństw, a tym samym wzrastający odsetek populacji, która wymaga lub w najbliższych latach wymagać będzie długotrwałego, intensywnego nadzoru medycznego wskazują na potrzebę analizy struktury świadczeń oferowanych w ramach systemu opieki zdrowotnej. Rozwój technologii medycznych oraz wzrastające zainteresowanie zdrowiem i sposobami jego utrzymania sprawiają, iż populacja zainteresowana usługami w zakresie ochrony zdrowia będzie sukcesywnie ulegała zwiększeniu. Jednocześnie, jak zwraca uwagę Rudawska (2007), narastające koszty opieki zdrowotnej, które obciążają finanse publiczne większości państw Europy, prowadzą do zmiany perspektywy jej postrzegania. Mechanizmy rynkowe podaży i popytu powodują, że opieka zdrowotna jest rozpatrywana w kategoriach ekonomicznych (Rudawska, 2007). Ewolucja w zarządzaniu zachodząca w całym sektorze opieki zdrowotnej w sposób nieuchronny dotyczy również opieki paliatywnej, tak na poziomie lokalnym jak i międzynarodowym.

W Polsce od 2004 roku, tj. od przeprowadzenia pierwszej ogólnopolskiej kampanii społecznej „Hospicjum to też życie” podjętej z inicjatywy Fundacji Hospicyjnej, stopniowo w sposób widoczny zmienia się podejście (m.in. mediów) do tematyki śmierci i umierania. Dotyczy to także wsparcia finansowego czy organizacyjnego udzielanego hospicjom. W obliczu tendencji do urynkowania zasad działalności placówek służby zdrowia, zasadne wydaje się kształtowanie świadomości pozytywnych relacji pomiędzy tymi placówkami a ich otoczeniem. Koncepcją wychodzącą naprzeciw staraniom organizacji działających w obszarze społecznym (w tym instytucji ochrony zdrowia) jest tzw. Społeczna odpowiedzialność biznesu - CSR (*Corporate Social Responsibility*). Podejście to zakłada uwzględnienie dobra i interesu społecznego już na poziomie konstruowania zarysu strategii zarządzania danym przedsiębiorstwem. Z pomocą przy wywiązywaniu się z tego zadania powinny przyjść rozwiązania z pogranicza marketingu i podejścia biznesowego do zarządzania każdą placówką, nawet tą zaliczaną do kategorii niedochodowych.

Związki organizacji non-profit z innymi podmiotami rynku wykazane zostały pod koniec lat 60-tych przez Ph. Kotlera i S. Levy'ego (1969). Zastosowanie takich określeń jak niezyskowe bądź też niekomercyjne w odniesieniu do organizacji tzw. „trzeciego sektora” gospodarki nie oznacza, że podmioty te przynoszą stratę lub mają generować deficyt. Jak podkreślają Limański i Drabik (2007) podmioty non-profit powinny być zarządzane efektywnie, tak by zyski wypracowane w ramach działalności mogły zostać przeznaczone na realizację celów zgodnych z ich misją. Należy podkreślić jednak, że tak jak w przypadku organizacji komercyjnych intencją podejmowanych działań jest maksymalizacja zysku, tak organizacje niedochodowe wykorzystują marketing przede wszystkim w kategoriach społeczno-ekonomicznych - do celów *fundraisingu*, kształtowania wizerunku oraz relacji z otoczeniem. Definicje *fundraisingu* określają go jako planowe, etyczne i skuteczne zbieranie pieniędzy, które ma służyć dobru wspólnemu (Polskie Stowarzyszenie Fundraisingu, 2013). Jak podkreśla Iwankiewicz-Rak przedmiot wymiany między organizacją charytatywną a fundatorem „przyjmuje najczęściej formę satysfakcji i zadowolenia z faktu udzielenia pomocy i odpowiada mu transfer wartości w formie pieniężnej, rzeczowej lub pracy świadczonej przez wolontariuszy.” (Iwankiewicz-Rak, 2011, s.57) Sytuacja taka ma miejsce także w przypadku jednostek paliatywno-hospicyjnych. Jednak ze względu na specyfikę

sprawowanej w nich opieki, zastosowanie narzędzi marketingowych może stanowić pewne wyzwanie, głównie z uwagi na postrzeganie marketingu w kategoriach sprzedażowych oraz utożsamianie go przez ogół społeczeństwa przede wszystkim z, niejednokrotnie agresywną, reklamą.

Doświadczenia zagraniczne pokazują jednak, iż możliwe jest pogodzenie reguł marketingowych również we wrażliwej sferze opieki medycznej sprawowanej na pograniczu życia i śmierci. Próby implementacji podejmowane na terenie Polski, z nielicznymi wyjątkami, odnosiły sukces przekładający się na wymierne środki finansowe wspierające działalność hospicjów.

Istotne do podkreślenia są także przemiany, które następują w społeczeństwie. Rozgłos w mediach nadawany kampaniom Fundacji Hospicyjnej czy też przychyłność dla działań podejmowanych na rzecz lokalnych hospicjów świadczyć mogą o większej otwartości na temat przemijania oraz jakości życia do jego naturalnego końca. Inicjatywy podejmowane na rzecz działalności paliatywno-hospicyjnej, które niejednokrotnie zyskują rozgłos dzięki zaangażowaniu wolontariuszy oraz mediów (tak lokalnych jak i ogólnopolskich) przyczyniają się do wzrostu wrażliwości społeczeństwa, zwracając uwagę na wartość życia do jego naturalnego końca. Afirmacja życia leżąca u podstaw idei hospicyjnej stoi w oczywistej opozycji do alternatywnych rozwiązań, które zostają dopuszczone prawnie m.in. w państwach Europy Zachodniej. W chwili obecnej eutanazja lub „wspomagane samobójstwo” zostało zalegalizowane m.in. w Holandii, Belgii, Luksemburgu, Szwajcarii, Albanii oraz niektórych stanach USA. W państwach tych stosuje się różnorodne uzasadnienia i obwarowania prawne zatwierdzające eutanazję, niektóre z nich dopuszczają wykonanie procedur bez formalnej zgody i świadomości pacjenta (również małoletniego). Zwrócenie uwagi na potrzeby ludzi u schyłku życia, możliwości zwalczania bólu i podnoszenia jakości życia pacjentów i ich najbliższych to jeden z aspektów edukacyjnych działalności marketingowej hospicjów.

Wspomniana wcześniej Fundacja Hospicyjna jako pierwsza w Polsce jednoznacznie wśród swoich celów wskazała wprost obok edukacji społecznej także prowadzenie działalności marketingowej związanej z pozyskiwaniem środków na opiekę hospicyjną. (Fundacja Hospicyjna, 2012) Jako organizacja parasolowa służy

wsparciem szkoleniowo-organizacyjnym hospicjom gotowym do współpracy w tym zakresie.

Budowanie wrażliwości społecznej poprzez edukację oraz pokazywanie przykładów „dobrych praktyk” w danej dziedzinie, przy jednoczesnym zastosowaniu technik i narzędzi marketingu społecznego to jeden z kierunków działalności organizacji sektora pozarządowego. Jednocześnie przy wzrastającej liczbie podmiotów non-profit mamy współcześnie do czynienia z narastającą konkurencją i walką o darczyńcę. Do podstawowych zasad prowadzenia działalności fundraisingowej należy dostosowanie sposobów dotarcia do potencjalnego darczyńcy oraz metod wzbudzenia jego zainteresowania. Wykorzystując procedury marketingowe takie jak rzetelna analiza otoczenia czy segmentacja możliwe jest przygotowanie skutecznej oferty oraz nawiązanie relacji, przekładającej się, w optymalnym wariantcie, na długofalowe wsparcie osobiste bądź finansowe danej idei.

Uznać należy zatem, iż działalność Fundacji Hospicyjnej, może stanowić przykład przenoszenia „dobrych praktyk” zagranicznych na teren Polski, wpisując się w nurt marketingowego zarządzania w ruchu hospicyjnym.

I. Założenia pracy

1. Problematyka i cele pracy

Celem głównym pracy jest analiza działań marketingowych podejmowanych przez hospicja stacjonarne w Polsce oraz określenie czynników kształtujących te działania - na tle liczby placówek, a także założeń koncepcji marketingu społecznego. Celem pracy jest ponadto analiza logiczna, związana z wykorzystaniem wiedzy literaturowej, wyników badań w sferze non profit dla formułowania wniosków na temat działań hospicjów w aspekcie marketingowym.

Cele szczegółowe pracy zakładają uzyskanie odpowiedzi na następujące pytania:

1. W jakim zakresie hospicja stacjonarne w Polsce podejmują działania o charakterze marketingowym?
2. Jakie czynniki kształtują działania marketingowe hospicjów?
3. Na ile hospicja korzystają z przykładów „dobrych praktyk” w obszarze marketingu z innych krajów?
4. Jakie są potrzeby hospicjów w obszarze marketingowym w Polsce?

2. Hipotezy badawcze

W pracy postawiono ponadto następujące hipotezy badawcze:

- brak wiedzy i doświadczenia w zakresie marketingu nie pozwala w sposób profesjonalny wykorzystywać narzędzi marketingowych w zarządzaniu hospicjum,
- w hospicjach stacjonarnych działania marketingowe podejmuje kadra zarządzająca,
- hospicja stacjonarne współpracują z ośrodkami zagranicznymi,
- hospicja stacjonarne podejmują działania o charakterze marketingowym w celu pozyskiwania dodatkowych środków finansowych na swoją działalność.

Zagadnienie wykorzystywania marketingu w zarządzaniu jednostkami opieki paliatywno-hospicyjnej podjęto w pracy z uwagi na niewielką liczbę doniesień na ten

temat w Polsce. Jednocześnie doświadczenia zagraniczne pokazują, iż stosowanie narzędzi marketingowych w obszarze usług medycznych w sposób pozytywny wpływa na jakość zarządzania tymi placówkami. Lepsza rozpoznawalność na rynku usług zdrowotnych i związana z tym możliwość pozyskania dodatkowych środków na działalność pozwala na zapewnienie wyższego poziomu opieki medycznej.

3. Materiał badany

W celu zweryfikowania hipotez przeprowadzono badanie wśród osób zarządzających hospicjami stacjonarnymi w Polsce przy użyciu autorskiego kwestionariusza ankiety dostarczonej drogą pocztową.

Kryterium włączenia do badań stanowił fakt obecności hospicjum stacjonarnego w Internecie w formie własnej strony internetowej lub danych zawartych w ogólnopolskich portalach udzielających informacji o opiece paliatywnej. Uwzględniono listy jednostek prowadzone przez:

- Fundację Hospicyjną (www.hospicja.pl),
- konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej (dostępnej na stronie www.opiekapaliatywna.org),
- Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą <http://rpwdl.csioz.gov.pl>¹

W ten sposób stworzona została, przedstawiona w tabeli 1, docelowa grupa badana obejmująca 62 hospicja stacjonarne. Szczegółowe dane hospicjów stacjonarnych w badanej grupie zestawione zostały w tabeli stanowiącej załącznik 1.

Trzeba podkreślić, że powyższe listy różniły się między sobą, a różnice dotyczyły niezgodności co do liczby aktywnych hospicjów stacjonarnych i zakresu ich działalności oraz aktualnych adresów (lub innych danych kontaktowych) czy osób zarządzających tymi placówkami.

Tab. 1. Hospicja stacjonarne – grupa badana

Lp.	Woje wódz two	Nazwa jednostki	Miasto
1.	dolnośląskie	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nowogrodźcu	Nowogrodziec
2.		Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej w Będkowie	Trzebnica
3.		Hospicjum Bonifratrów im. Św. Jana Bożego	Wrocław
4.		Niepubliczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Dolnośląski Ośrodek Pielęgnacyjny	Chojnów
5.		Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Powiatowe Centrum Zdrowia " Sp. z o.o.	Kowary

¹ Lista została stworzona z wykorzystaniem wyszukiwarki w starym Rejestrze Zakładów Opieki Zdrowotnej prowadzonym pod auspicjami Ministerstwa Zdrowia dostępnym pod adresem www.rejestrzoz.gov.pl. Adres tej strony jest od kwietnia 2013 nieaktualny.

6.		Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Zakład Opieki Paliatywnej "Palium"	Lubin
7.		Hospicjum św. Weroniki	Wrocław
8.	kujawsko-pomorskie	Hospicjum im. ks. Jerzego Popiełuszki przy parafii św. Polskich Braci Męczenników w Bydgoszczy	Bydgoszcz
9.		Regionalny Zespół Opieki Paliatywnej Dom Sue Ryder	Bydgoszcz
10.		Zespół Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II Hospicjum "Światło" w Toruniu	Toruń
11.		Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zakład Opieki Paliatywno-Hospicyjnej dla Dzieci "Nadzieja" w Toruniu	Toruń
12.		Towarzystwo Opieki Hospicyjnej i Paliatywnej	Grudziądz
13.		Szpital Specjalistyczny – Zakład Opieki Paliatywno-Hospicyjnej	Grudziądz
14.	lubelskie	Społeczny Zakład Opieki Hospicyjnej "Hospicjum Dobrego Samarytanina"	Lublin
15.		Niepubliczny Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Hospicjum Santa Galla w Łabuńkach	Łabunie
16.		Lubelskie Hospicjum Dla Dzieci im. „Małego Księcia”	Lublin
17.	lubuskie	Hospicjum Św. Kamila	Gorzów Wielkopolski
18.		Hospicjum im. Lady Ryder of Warsaw	Zielona Góra
19.	łódzkie	Wojewódzki Szpital Opieki Długoterminowej i Hospicyjnej w Sieradzu	Sieradz
20.	małopolskie	Caritas Diecezji Tarnowskiej Hospicjum Św. Brata Alberta	Dąbrowa Tarnowska
21.		Towarzystwo Przyjaciół Chorych "Hospicjum im. Św. Łazarza" w Krakowie	Kraków
22.		Niepubliczny Zakład Medycyny Paliatywnej Fundacji Pomnik-Hospicjum Miastu Oświęcim	Oświęcim
23.		Hospicjum im. bł. S. Bernardyny Jabłońskiej	Miechów
24.	mazowieckie	Wojewódzki Samodzielny Psychiatryczny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. prof. dr Jana Mazurkiewicza	Pruszków
25.		Hospicjum Stacjonarne im. św. Patryka Mazowieckie Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy	Otwock
26.		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokołowie Podlaskim. Hospicjum w Wyrozębach	Sokołów Podlaski

27.		Zakład Opieki Zdrowotnej Fundacji Hospicjum Onkologiczne Świętego Krzysztofa	Warszawa
28.		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Siedlcach	Siedlce
29.		Hospicjum Opatrzności Bożej Księża Orioniści	Wołomin
30.		Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Caritas Diecezji Płockiej	Płock
31.		Miejskie Hospicjum Stacjonarne Stowarzyszenia Hospicyjno-Paliatywnego pod wezwaniem Św. Urszuli Ledóchowskiej	Płock
32.		Zespół Niepublicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Caritas Archidiecezji Warszawskiej	Warszawa
33.		Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Hospicjum Caritas Diecezji Płockiej	Pułtusk
34.		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Mława
35.		Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Długoterminowej w Lipsku	Lipisko
36.	opolskie	Niepubliczny Zakład Opieki Paliatywnej im. Św. Arnolda Janssena	Nysa
37.		Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Caritas Diecezji Opolskiej	Opole
38.	podkarpackie	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej "Sanatorium" w Górnicy	Górno
39.		Hospicjum w Jasle	Jasło
40.		Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy Hospicjum Świętego Ojca Pio	Tarnobrzeg
41.	podlaskie	Hospicjum "Dom Opatrzności Bożej" Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Białystok
42.		Niepubliczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Łomżyńskiego Towarzystwa Przyjaciół Chorych "HOSPICJUM" p.w. Św. Ducha.	Łomża
43.		Hospicjum św. Wawrzyńca	Gdynia
44.		Szpital Specjalistyczny im. Floriana Ceynowy w Wejherowie	Wejherowo
45.		Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Hospicjum" Pw. Św. Judy Tadeusza	Wejherowo
46.		Hospicjum Kwidzyńskie im. św. Wojciecha	Kwidzyn
47.		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Człuchów
48.		Towarzystwo Opieki Paliatywnej im. Janiny Różyckiej - Hospicjum Miłosierdzia Bożego	Słupsk
49.		Hospicjum im. Ks. Eugeniusza Dutkiewicza SAC	Gdańsk
50.		Szpital Rehabilitacyjny i Opieki Długoterminowej – Oddział Hospicyjny	Tczew
51.		SPZOZ w Sztumie Hospicjum Stacjonarne	Sztum

52.	śląskie	Archidiecezjalny Dom Hospicyjny im. Jana Pawła II	Katowice
53.		Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Hospicjum Miłosierdzia Bożego	Gliwice
54.		"Gościna Serca Św. Teresy od Dzieciątka Jezus" Zespół Opieki Hospicyjnej przy Społecznym Towarzystwie Hospicjum Cordis	Mysłowice
55.	święto- krzyskie	Zakład Paliatywno-Hospicyjny	Sandomierz
56.	warmińsko- mazurskie	Niepubliczny Zakład Opieki Paliatywno - Hospicyjnej im. Św. Jana Jerozolimskiego "Pomoc Maltańska"	Olsztyn
57.		Hospicjum św. Jerzego im. dr Aleksandry Gabrysiak w Elblągu	Elbląg
58.	wielkopolskie	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 Przemienienia Pańskiego Akademii Medycznej w Poznaniu	Poznań
59.		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krotoszynie	Krotoszyn
60.		Zgromadzenie Sióstr Św. Elżbiety Prowincja Toruńska Hospicjum Sióstr Św. Elżbiety	Złotów
61.	zachodnio- pomorskie	Hospicjum św. Jana Ewangelisty w Szczecinie	Szczecin
62.		Hospicyjny Zakład Opieki Zdrowotnej	Koszalin

Jednocześnie trzeba odnotować, iż w roku 2005 lista konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej mówiła o istnieniu 31 hospicjów stacjonarnych na terenie Polski.

4. Metodyka badań

Procedura zbierania danych

Celem zebrania materiału badawczego rozesłano do hospicjów stacjonarnych drogą pocztową kwestionariusz autorskiej ankiety z podaniem 2-miesięcznego terminu odpowiedzi. Kwestionariusz składał się z 49 pytań o charakterze otwartym, półotwartym i zamkniętym (załącznik 3). Pytania dotyczyły ogólnej działalności placówki, jej aktywności marketingowej, planów na najbliższy okres. Ostatnią część kwestionariusza stanowiły pytania metryczkowe.

Kwestionariusz ankiety został wysłany do respondentów wraz z zaadresowaną zwrotnie kopertą oraz opłaconym znaczkiem pocztowym.

Ze względu na niską zwrotność ankiet po upływie podanego terminu, podjęto decyzję o nawiązaniu kontaktu telefonicznego z hospicjami, a następnie dokonano ponownej wysyłki ankiet drogą pocztową oraz w niektórych przypadkach, po osobistym uzgodnieniu, również/lub drogą internetową. Po kolejnym ponagleniu telefonicznym w I części badania uzyskano ostateczną informację od 23 respondentów w tym 20 hospicjów stacjonarnych z terenu całej Polski co stanowi zwrotność na poziomie 37%. Jedno z hospicjów odesłało niewypełniony kwestionariusz wraz z pisemną odmową udzielenia informacji na jego podstawie, a 3 udzieliły odpowiedzi, że prowadzą jedynie opiekę domową. W tabeli 2 przedstawiono listę hospicjów stacjonarnych, które odesłały kwestionariusz w podanym terminie.

Tab. 2. Lista respondentów w I części badań

Lp.	Województwo	Nazwa jednostki	Miasto
1.	dolnośląskie	SPZOZ Zakład Opieki Paliatywno-Hospicyjnej	Nowogrodziec
2.		Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej	Będkowo (Trzebnica)
3.		NZOZ Hospicjum Bonifratrów im. Św. Jana Bożego	Wrocław
4.	kujawsko-pomorskie	Dom Sue Ryder	Bydgoszcz
5.		Hospicjum im. Ks. Jerzego Popiełuszki przy parafii św. Polskich Braci Męczenników NZOZ	Bydgoszcz
6.	lubelskie	Niepubliczny Zakład Opiekuńczo-Lecznicy Hospicjum Santa Galla	Łabunie
7.	lubuskie	PZOZ Hospicjum im. Lady Ryder of Warsaw	Zielona Góra
8.		Hospicjum św. Kamila	Gorzów Wielkopolski
9.	małopolskie	Caritas Diecezji Tarnowskiej Hospicjum Św. Brata Alberta	Dąbrowa Tarnowska
10.		Hospicjum im. bł. S. Bernardyny Jabłońskiej	Miechów
11.	mazowieckie	SPZOZ Hospicjum Stacjonarne	Siedlce
12.	opolskie	NZOZ Paliatywnej w Nysie	Nysa
13.	podkarpackie	Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy Caritas Diecezji Rzeszowskiej	Jasło
14.	podlaskie	Dom Opieki Hospicyjnej ŁTPCH p. w. św. Ducha	Łomża
15.	pomorskie	SPZOZ w Sztumie Hospicjum Stacjonarne	Sztum
16.		Towarzystwo Opieki Paliatywnej im. J. Różyckiej w Słupsku Hospicjum Miłosierdzia Bożego	Słupsk
17.		Hospicjum Kwidzyńskie im. Św. Wojciecha	Kwidzyń
18.	wielkopolskie	Hospicjum Pallium	Poznań
19.		Hospicjum Św. Elżbiety	Złotów
20.		Zakład Opieki Paliatywnej	Krotoszyn

Na rycinie 2 przedstawiono rozkład przestrzenny badanych hospicjów na terenie Polski.



Ryc. 2. Rozkład przestrzenny respondentów – I część badań (opracowanie własne)

Po upływie czterech lat (w 2009 roku) powtórzono badania z wykorzystaniem tego samego autorskiego kwestionariusza ankiety kierując go do 19 hospicjów, które w I części udzieliły odpowiedzi (z pominięciem hospicjum, które odmówiło podania danych).

W II części badań informację zwrotną uzyskano od 8 hospicjów – zwrotność na poziomie 42%. Tabela 3 przedstawia listę respondentów, a rozkład przestrzenny badanych hospicjów na terenie Polski w II części badań zaprezentowano na rycinie 3.

Tab. 3. Lista badanych hospicjów w II części badań

Lp.	Województwo	Nazwa jednostki	Miasto
1.	Kujawsko-pomorskie	Hospicjum im. Ks. Jerzego Popiełuszki przy parafii św. Polskich Braci Męczenników NZOZ	Bydgoszcz
2.	opolskie	NZOPaliatywnej w Nysie	Nysa
3.	podkarpackie	Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy Caritas Diecezji Rzeszowskiej	Jasło
4.	lubelskie	Niepubliczny Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Hospicjum Santa Galla	Łabunie
5.	pomorskie	Towarzystwo Opieki Paliatywnej im. J. Różyckiej w Słupsku Hospicjum Miłosierdzia Bożego	Słupsk
6.	małopolskie	Caritas Diecezji Tarnowskiej Hospicjum Św. Brata Alberta	Dąbrowa Tarnowska
7.	dolnośląskie	Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej	Będkowo (Trzebnica)
8.	wielkopolskie	Hospicjum Pallium	Poznań

W III części realizacji pracy materiał badany poddany został analizie w odniesieniu do materiałów informacyjno-promocyjnych przesłanych przez hospicja. Posłużono się metodami analizy ilościowej i jakościowej uzyskanych materiałów. W przypadku analizy ilościowej skoncentrowano się na takich elementach jak: liczba udostępnionych materiałów, ich rodzaj i różnorodność (ulotki, wizytówki, plakaty etc.) oraz zmienność w perspektywie czasowej. Badanie jakościowe w celu ewaluacji produktów przeprowadzono na bazie oceny zgodności opublikowanej w materiałach informacji z kluczowym przesłaniem przygotowanym przez daną organizację i adresowanym do otoczenia za pośrednictwem różnych kanałów. Podjęto ponadto próbę określenia wpływu danej publikacji na wizerunek placówki oraz jej skuteczności. Analizie poddano elementy takie jak: treści prezentowane w materiałach, spójność wizualną oraz estetykę/jakość/sposób przygotowania materiałów (nieprofesjonalny, z wykorzystaniem drukarni etc.).

Ponadto w pracy posłużono się metodą komparatywną porównując sytuację w opiece paliatywno-hospicyjnej na terenie Stanów Zjednoczonych i w Polsce. Wyboru kraju odniesienia dokonano celowo z uwagi na różnice w dynamice rozwoju tej formy opieki przy zbliżonym czasie zapoczątkowania ruchu hospicyjnego na terenie obu państw. Stany Zjednoczone jako kolebka myśli marketingowej oraz również prekursor zmian w tym obszarze, stanowią modelowy przykład do analizy trendów w rynkowym zarządzaniu hospicjum.

Materiał dodatkowy w pracy stanowią informacje pochodzące z osobistych wizyt studyjnych w 5 ośrodkach w Europie (w dwóch hospicjach stacjonarnych w Anglii i dwóch hospicjach stacjonarnych w Niemczech oraz jednym na terenie Węgier). Dane te zostały zebrane w oparciu o rozmowy bezpośrednie z kadrą tych placówek, pozyskane materiały marketingowe oraz analizę stron internetowych tych hospicjów.

Metody statystyczne

Uzyskane wyniki badania ankietowego poddano analizie statystycznej z wykorzystaniem pakietu SPSS for Windows oraz programu Statxact. Wykorzystano testy nieparametryczne oparte o statystykę Chi kwadrat (χ^2) oraz porównanie średnich w oparciu o test t-Studenta dla prób niezależnych. Analizując wyniki uzyskane w I i II części badań wykorzystano test dokładny Fisher'a i test McNamara dla małych prób.

II. Ruch hospicyjny w Polsce i na świecie

1. Historia opieki paliatywno-hospicyjnej

Ruch hospicyjny zrodził się z potrzeby odrębnego traktowania człowieka umierającego na chorobę nowotworową (Forum Hospicjów Polskich, 2012). To ruch społeczny, oparty głównie na zasadach wolontariatu, opierający się na interdyscyplinarnych zespołach ludzi pragnących pomóc pacjentom - osobom terminalnie chorym i ich najbliższym.

Nie należy jednak sądzić, iż idea hospicjum to nowoczesne rozwiązanie opieki nad osobami potrzebującymi. Pierwsze zorganizowane instytucje dobroczynne tzw. *xenodochia* (*kseynos* (gr.) - przybysz) pojawiły się na terenie Bizancjum, Syrii, Palestyny i Egiptu ok. 313 r. Pod koniec IV wieku zakłady dobroczynne założone zostały w Rzymie; w VI i VII wieku obszar, na którym pojawiały się rozszerzył się na Italię, Galię, aż do Afryki Płn., Hiszpanii i Bałkanów.

W okresie wczesnochrześcijańskim, św. Paulin z Noli (353-431), jako pierwszy użył terminu *hospitia* na określenie chrześcijańskich instytucji dobroczynnych. Jednak również w tym czasie częściej używanym synonimem było greckie słowo *xenodochia* (Bartoszek, 2000, s.67).

W średniowieczu pojęcie hospicjum oznaczało schronisko dla pielgrzymów. Przykładem może być prowadzone przez mnichów Hospicjum św. Jana Chrzciciela w Reading (ufundowane w 1121 roku przez króla Henryka I), Dolina Tamizy - Wielka Brytania) udzielające raczej gościny (posiłki, noclegi), niż konkretnej pomocy medycznej (Hospicjum św. Jana Chrzciciela w Reading, Wielka Brytania, 2005).

W XIX wieku ruch hospicyjny zaczął przyjmować formę znaną nam współcześnie. Prawdopodobnie dopiero około 1842 roku zaczęto używać po raz pierwszy określenia „hospicjum” w odniesieniu do opieki sprawowanej nad osobami umierającymi. Zostało ono wprowadzone do użytku w takim znaczeniu w Lyonie przez Jeanne Garnier, fundatorkę placówek tego typu (np. Hospicjum Kalwaria, Lyon, 1842r.). Jednakże zarówno we Francji jak i w Hiszpanii, budynki służące początkowo zapewnianiu opieki osobom umierającym, zaczęły pełnić funkcję miejsc

zamieszkania dla ubogich, którzy nie mogli już samodzielnie troszczyć się o siebie. Jak podaje Lamers (2002), w rezultacie w tych państwach określenie „hospicjum” nabrało pejoratywnego znaczenia (pojęciowo najbliższe w języku polskim wydaje się określenie „przytułek”).

Niezależnie od działalności Jeanne Garnier we Francji, w 1879 roku w Dublinie zakon Irlandzkich Sióstr Miłosierdzia otworzył *Our Lady Hospice* (Hospicjum Naszej Pani), a następnie w 1905 Hospicjum św. Józefa w Londynie – obydwa dedykowane pacjentom nieuleczalnie chorym i umierającym (Saunders, 1998).

W latach 1885, 1891, 1893r. w Londynie założone zostały protestanckie domy o podobnym charakterze.

Nowe zmiany w postępowaniu z osobami chorymi przyniósł wiek XX. W 1935 roku wprowadzono zasady regularnego doustnego podawania morfiny w celu kontrolowania bólu nowotworowego (Dom św. Łukasza, Londyn). Zalecenie to stanowiło przełomowy moment w historii sprawowania opieki nad osobami w zaawansowanym okresie choroby.

22 sierpnia 1952 roku Agnieszka Gonxha Bojaxhiu, znana jako Matka Teresa z Kalkuty, otworzyła w Kalkucie pierwszy dom dla umierających pozbawionych środków do życia – Nirmal Hriday (Dom Czystego Serca), rozszerzając tym samym zakres sprawowanej nad chorymi opieki (Dangel, 2001,s.9).

W 1963 roku John Hinton opublikował opracowanie „Fizyczna i psychiczna rozpacz umierania” poruszające wielowymiarowy aspekt przeżywania zaawansowanego procesu chorobowego (Dangel, 2001).

Pierwsze, współczesne hospicjum europejskie (nawiązujące do instytucji z XIX w.) – Hospicjum św. Krzysztofa zostało otwarte w Londynie w 1967 roku przez Cicely Saunders. Jego powstanie zapoczątkowało rozwój wielu różnorodnych systemów opieki paliatywnej, które najpierw w Stanach Zjednoczonych, a następnie w Wielkiej Brytanii nazwano ruchem hospicyjnym (Dangel, 2001, s.9) Hospicjum to stanowi do dziś wzorzec dla polskich ośrodków opieki paliatywnej.

Drugą, obok Cicely Saunders osobą, która przyczyniła się do rozwoju ruchu hospicyjnego i umocnienia jego korzeni jest Elisabeth Kübler-Ross. W 1969 roku opublikowała ona książkę *On Death and Dying*, w której podsumowała swoje doświadczenia z rozmów z pacjentami oraz ich rodzinami.

W 1974 roku powstało w Connecticut pierwsze hospicjum w USA (National Hospice and Palliative Care Organization, 2012). Ze względu na brak własnych łóżek do hospitalizacji pacjentów zaczęto świadczyć opiekę domową (hospicjum domowe). W tym samym roku zespół konsultantów rozpoczął prace w Szpitalu św. Łukasza w Nowym Jorku, a w 1975 roku otwarto oddział opieki paliatywnej w Royal Victoria Hospital w Montrealu (Dangel, 2001, s.9).

W 1986 i 1990 roku WHO przyjęło dwa dokumenty stanowiące „kamienie milowe” dla opieki paliatywnej/hospicyjnej - „Leczenie bólu w chorobach nowotworowych” (1986) oraz „Leczenie bólu w chorobach nowotworowych i opieka paliatywna” (1990).

W listopadzie 2003 r. Rada Europy uchwaliła Rekomendacje dotyczące organizacji opieki paliatywnej w krajach członkowskich Rady Europy (*Recommendation [Rec (2003) 24] of the Committee of Minister to member states on the organisation of palliative care*), dokument przyjęty przez Komitet Ministrów. Rekomendacje wraz z towarzyszącym komentarzem (tzw. raportem objaśniającym) zostały opracowane przez Komitet Ekspertów pod auspicjami Europejskiego Komitetu Zdrowia Rady Europy (CDSP). Jak podkreśla J. Łuczak (2006), „rekomendacje są najważniejszym, pierwszym tak wysokiej rangi dokumentem, stanowiącym obowiązujące w krajach członkowskich wytyczne, których wdrażanie jest istotne dla zapewnienia opieki paliatywno-hospicyjnej wymagającym tej opieki osobom cierpiącym z powodu przewlekłych, postępujących, o niekorzystnym rokowaniu chorób i ich bliskim.” Zawarte w nich zalecenia zobowiązują państwa do nadawania priorytetu opiece paliatywnej oraz do ogólnej poprawy w zakresie dostępności i finansowania opieki nad cierpiącymi chorymi u schyłku życia.

W Narodowym Programie Zwalczania Chorób Nowotworowych uchwalonym w 2005 roku zawarto zadanie 5 – Program Rozwoju Opieki Paliatywnej w Onkologii. Akceptując współczesne zalecenia WHO aby opieka paliatywna była częścią programów zwalczania chorób nowotworowych, zaproponowano między innymi:

- ustalenie narodowej polityki i programu dla opieki paliatywnej,
- włączenie programów opieki paliatywnej do istniejącego systemu opieki zdrowotnej,

- zapewnienie odpowiedniego szkolenia w opiece paliatywnej pracowników ochrony zdrowia (lekarzy, pielęgniarek, farmaceutów i innych adekwatnie dla lokalnych potrzeb),
- dokonanie przeglądu polityki zdrowotnej w celu zapewnienia sprawiedliwego wsparcia programów domowej opieki paliatywnej,
- zabezpieczenie dostępności analgetyków nie – opioidowych i opioidowych,
- intensyfikację wysiłków na rzecz informowania o rozwoju na polu leczenia bólu nowotworowego, opieki paliatywnej i postępowania w terminalnej fazie choroby nowotworowej.

Wśród dokumentów odnoszących się do tematyki jakości życia i śmierci, należy wymienić również Rekomendacje Rady Europy 1418 (1999) w obronie praw człowieka i godności chorych terminalnie oraz godności umierania, która stwierdza, że dzięki medycznemu postępowi jaki się dokonuje, możliwe staje się leczenie dotychczas nieuleczalnych lub źle rokujących chorób. Ma to miejsce dzięki doskonaleniu medycznej techniki i rozwoju technik resuscytacyjnych, które umożliwiają przedłużenie życia i oddalenie momentu śmierci. W dokumencie podkreślono także, iż w konsekwencji tych osiągnięć, jakość życia pacjentów umierających, jak również ich osamotnienie i cierpienie, a także cierpienie rodzin i opiekunów jest ignorowane. Obydwa wyżej wspomniane dokumenty: Rezolucja 613 i Rekomendacja 729 Rady Europy zajmują ponadto stanowisko na temat zintegrowanego wsparcia pacjenta i rodziny oraz wszechstronnym postępowaniu w odniesieniu do ich cierpienia.

Na początku XXI wieku medycyna paliatywna to gałąź nauki, oznaczająca właściwą, ukierunkowaną na poprawę jakości życia opiekę medyczną nad chorym z zaawansowanym postępującym, progresywnym schorzeniem o krótkim czasie przeżycia, z reguły nie przekraczającym roku. Medycyna paliatywna stanowi odrębną specjalizację medyczną choć jest dziedziną stosunkowo młodą. W Polsce od 1999 traktowana jest jako specjalizacja, którą można realizować po każdej dziedzinie klinicznej. Program specjalizacji wymaga dwóch lat kształcenia. Również w przypadku pielęgniarek istnieje możliwość uzyskania specjalizacji w zakresie opieki paliatywnej.

Rozwój ruchu hospicyjnego spowodował tworzenie wielu różnorodnych form opieki paliatywnej/hospicyjnej. Obok hospicjów domowych tworzone są

stacjonarne oddziały opieki paliatywnej zarówno w obrębie struktury szpitali jak i jako samodzielne jednostki opieki zdrowotnej. Ich celem nadrzędnym jest stworzenie przekonującej alternatywy dla domu w sytuacji gdy adekwatna opieka w warunkach domowych nie jest możliwa (czasowo bądź permanentnie) (de Conno, 1996).

2. Specyfika sprawowania opieki paliatywno-hospicyjnej

Jak podaje Łuczak (2004, s.41) „jednym z najbardziej rozpowszechnionych w świecie medycznym sposobów zachowania wobec umierających osób jest medykalizacja (skoncentrowanie się wyłącznie na somatycznych aspektach nieuleczalnej choroby).” Podejściem niejako sprzeciwiającym się przedmiotowemu traktowaniu pacjenta oraz nadmiernej medykalizacji relacji personel medyczny-chory jest rozwój opieki paliatywnej.

Obierając za główny cel najwyższą możliwą do osiągnięcia jakość życia do samego końca, kontrolę bólu nowotworowego oraz wsparcie psychologiczne pacjenta i jego rodziny, opieka paliatywna stanowi przeciwwagę dla metod medycznych uporczywej terapii czy też, na drugim krańcu kontinuum, dla eutanazji. Jednocześnie zasada poszanowania godności osobistej i autonomii pacjenta, wynikająca bezpośrednio z obowiązującego w Polsce prawa, (Ustawa z dnia 5.12.1996 o zawodzie lekarza Art.36.1 Dz.U. 1997 nr 28 poz. 152 z późniejszymi zmianami) powinna obligować rodzinę i zespół medyczny do respektowania jego prawa do wyboru miejsca, gdzie chciałby być nią otoczony, jak również do wyboru miejsca śmierci (Dangel, 2001; Pinzón i in., 2011; Tzuh Tang i McCorkle, 2001).

Dangel (2001, s.8) sformułował następująco zasady opieki paliatywnej:

- 1) szacunek dla życia,
- 2) akceptacja nieuniknionej śmierci jako naturalnego zakończenia nieuleczalnej choroby,
- 3) niestosowanie uporczywej terapii w celu przedłużenia życia,
- 4) niestosowanie eutanazji w celu skrócenia życia,
- 5) poprawa jakości życia chorego i rodziny poprzez:
 - leczenie dotkliwych objawów choroby,
 - wsparcie psychologiczne, socjalne i duchowe,
 - wsparcie w żałobie.

Ujęcie takie jest zgodne z zasadami przyjętymi przez Światową Organizację Zdrowia (WHO, 2012). Pojęcie „uporczywej terapii” należy rozumieć tu jako zespół pewnych zabiegów medycznych, które przestały być adekwatne do realnej sytuacji chorego, ponieważ nie są już współmierne do rezultatów, jakich można by oczekiwać, lub też są zbyt uciążliwe dla samego chorego i dla jego rodziny (Evangelium vitae, rozdział III, 65).

Opieka paliatywna afirmuje życie i postrzega umieranie jako normalny proces, którego nie należy przyspieszać ani odraczać (de Conno, 1996). Jej celem jest zachowanie najlepszej, możliwej do uzyskania, jakości życia aż do naturalnej śmierci. Obejmuje wszystkie medyczne i niemedyczne aspekty opieki nad pacjentami i ich rodzinami w formie stałej, rozciągającej się również na okres żałoby (de Conno, 1996).

W oparciu o piśmiennictwo Lamers (2002, 2005) zwrócił uwagę, że zarówno opieka hospicyjna jak i paliatywna w sposób znaczący wpłynęły na warunki w jakich w dzisiejszych czasach umierają ludzie. Jednakże jak podkreślił autor ani opieka paliatywna jako koncepcja, ani hospicjum jako filozofia i forma opieki nie jest dobrze zrozumiana przez większość społeczeństwa amerykańskiego włączając tu także wielu specjalistów opieki zdrowotnej. Zarówno opieka hospicyjna jak i paliatywna odnoszą się do okresu schyłku życia. Lamers stwierdza jednakże, iż opieka hospicyjna zawiera się całkowicie w obszarze opieki paliatywnej lecz nie wszystko co dotyczy opieki paliatywnej dotyczy także hospicjum. Jednakże jak podkreślili Buss i Lichodziejewska-Niemirko (2008, s.277-285) problemy nomenklaturowe nie powinny przesłaniać istoty idei opieki paliatywnej, której „osią jest jakość życia chorych z zaawansowaną chorobą”. W niniejszej pracy określenia opieka paliatywna, opieka hospicyjna oraz opieka paliatywno-hospicyjna są używane zamiennie.

Przyjmuje się, że terminy „hospicjum” oraz „paliatywny” wywodzą się z języka łacińskiego. Pierwszy z nich posiada kilka znaczeń. Wywodzi się zapewne od słowa *hospes* (łac.), które oznacza zarówno „obcego, gościa”, jak i „przyjmującego gościa, gospodarza”, a także odnosi się do relacji, określając osobę połączoną związkiem gościnności (Dangel, 2001, s.9). Podobnie *hospitus* (łac.), to „obcy, gość”, ale również „gościnny, przyjacielski”, a *hospita* (łac.) – „obca kobieta” i „gospodyni”. Z kolei „*hospitalitas*” (łac.) to „gościnność, przyjmowanie

przyjacielskie gościnne”, a „*hospitalier*” (łac.) – „ludzko, gościnnie” (Konciewicz, 1908 za: Dangel, 2001), *Hospitium* (łac.) to wg niektórych słowników lecznica, dom zdrowia (Karwowska, 1991), a wg innych gościna, gospoda (Internetowy słownik polsko-łaciński i łacińsko-polski, 10.2007).

Drugi termin, odnoszący się bezpośrednio do opieki paliatywno-hospicyjnej, to *pallium* (łac.). W czasach starożytnych oznaczał „Rodzaj rzymskiego płaszcza w formie długiego, wełnianego szala, którym owijano całe ciało, a także osłanianie głowy.” (Twardecki, 2007). Przyjęcie obu tych terminów jako łączonej nazwy gałęzi medycyny zwróciło zatem jednoznacznie uwagę na takie aspekty sprawowanej opieki jak gościnność i ochrona.

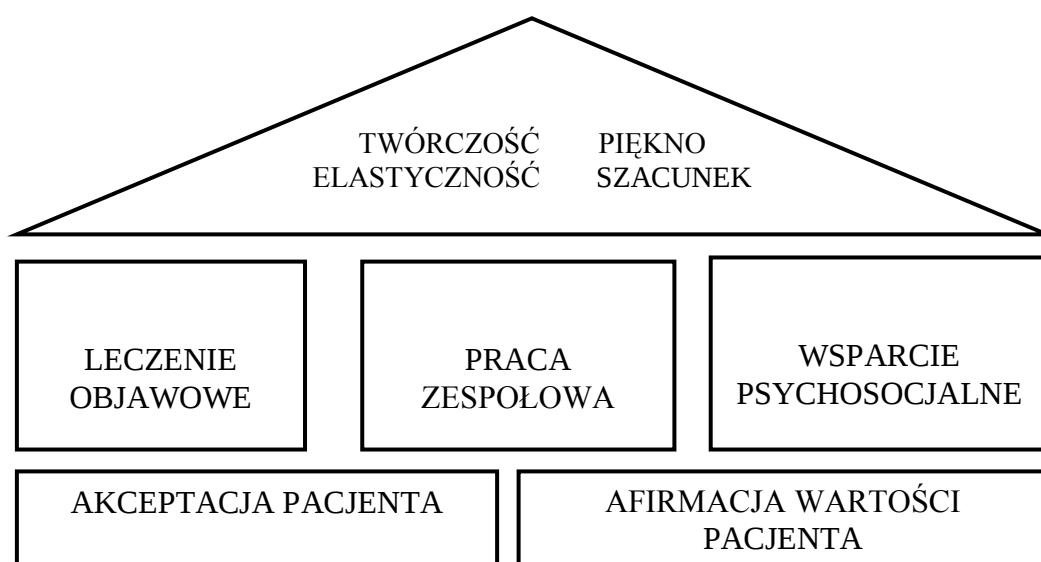
Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w dokumencie z 1990 roku określa opiekę paliatywną jako „aktywną i całościową opiekę nad pacjentami, u których choroba nie odpowiada na terapię mającą na celu wyleczenie (ang. *currative treatment*).” (Cancer Pain Relief and Palliative Care, WHO Expert Committee Report, 1990) Ponadto podkreśla znaczenie jakie ma kontrola bólu i innych objawów oraz problemów psychologicznych, socjalnych i duchowych. W dokumencie zwrócono uwagę, że wiele aspektów opieki paliatywnej znajduje zastosowanie również we wcześniejszym okresie m.in. z prowadzonym leczeniem przeciwnowotworowym”.

Nowsza definicja, opracowana przez WHO w 2002 roku kładzie większy nacisk na aspekt zapobiegania cierpieniu. Określa ona opiekę paliatywną jako działanie, które poprawia jakość życia chorych i ich rodzin stojących wobec problemów związanych z zagrażającą życiu chorobą, poprzez zapobieganie i znoszenie cierpienia dzięki wczesnej identyfikacji oraz bardzo starannej ocenie i leczeniu bólu i innych problemów: somatycznych, psychosocjalnych i duchowych (Łuczak, 2003; Sepúlveda i in. 2002).

Słownik medyczny Polskiej Akademii Nauk (1996) definiuje hospicjum jako „zakład opieki zdrowotnej zapewniający opiekę medyczną, psychologiczną, społeczną i pomoc duchową chorym w terminalnym okresie choroby (głównie nowotworowej)” Potocznie hospicjum rozumiane jest jako miejsce dla nieuleczalnie chorych. Odnosi się jednak do wielu różnych form holistycznej opieki paliatywnej (Dangel, 2001, s.19). Definicja pochodząca z wcześniej przytoczonego słownika medycznego określa cel opieki hospicyjnej jako „zmniejszenie cierpień psychicznych i fizycznych poprzez leczenie objawowe, w tym właściwe stosowanie

środków przeciwbólowych, fachową pielęgnację oraz towarzyszenie choremu i jego rodzinie na trudnej drodze, którą wspólnie przechodzą” (Wielki słownik medyczny, 1996, s.483-484). Jednocześnie definicja ta zakłada, że „obok opieki stacjonarnej hospicjum może rozwijać działalność hospicyjnego ośrodka (oddziału) dziennego oraz zespołu opieki domowej. Zgodnie z ustawą o zakładach opieki zdrowotnej hospicjum może być tworzone przez instytucje państwowe, organizacje społeczne, samorządowe, wyznaniowe, fundacje itp.” (Wielki słownik medyczny, 1996, s.483-484)²

Twycross (1992, s.1-7) w swoim opracowaniu „*Care of the terminally ill patient*” odwołuje się do stereotypu hospicjum jako domu (rycina 4). Wyjaśnia jego konstrukcję, na którą składają się poszczególne elementy opieki paliatywnej. (Dangel, 2001, s.21).



Ryc. 4. Model „domu-hospicjum” wg Roberta G. Twycrossa (1992)
(źródło: Twycross R.G., *Care of the terminally ill patient*, Triangle 1992, nr 31(1), s. 1-7)

Zgodnie z definicją WHO, opieka paliatywna i hospicyjna są synonimami określającymi ten sam rodzaj opieki. Do jej cech charakterystycznych zaliczamy interdyscyplinarność i wszechstronność aktywnych działań nawiązującą do modelu opieki holistycznej. Podejście to zakłada zaspokojenie różnorodnych potrzeb (fizycznych, psychicznych, socjalnych i duchowych) chorych z „nie poddającą się

² Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej została uchylona z dniem 1.07.2011r.

leczeniu przyczynowemu, zagrażającą życiu, postępującą chorobą oraz zapewnienia wsparcia ich rodzinom podczas choroby i w okresie osierocenia po śmierci bliskiej osoby” (Łuczak i in., 1999, s.9-13). Niektórzy autorzy wskazują w opiece hospicyjnej na aspekt wielodyscyplinarnej opieki sprawowanej ochotniczo (wolontariackiej), w paliatywnej zaś na aspekt profesjonalnej opieki medycznej (Drażba, 1999, s.80-81; Lamers, 2002).

Wspólnym celem opieki paliatywnej/hospicyjnej jest dążenie do poprawy jakości życia chorego do ostatnich chwil oraz zapewnienie opieki jego rodzinie (Müller-Busch, 2011, s.7-14). Przy czym początkowo obejmowała ona opieką chorych w znacznie zaawansowanej fazie³ choroby nowotworowej i AIDS, jednak w ostatnich latach grupa docelowa odbiorców świadczeń z zakresu opieki hospicyjnej została poszerzona o osoby ze schorzeniami nienowotworowymi, ograniczającymi życie (m.in. choroby mięśniowo-nerwowe, stany po udarze mózgu, z niewydolnością krążenia, niewydolnością nerek, chorobą Alzheimera).

Ważnym aspektem, charakteryzującym opiekę paliatywną jest respektowanie i afirmacja życia oraz jednoznaczny sprzeciw wobec eutanazji. Uznając śmierć za zjawisko naturalne, opieka hospicyjna sprzeciwia się jednocześnie stosowaniu intensywnej, uporczywej, czasem inwazyjnej terapii mającej na celu przedłużanie życia za wszelką cenę potwierdzając w tej kwestii również stanowisko Kościoła Katolickiego w Encyklice Jana Pawła II *Evangelium vitae*.

Kontrowersje w piśmiennictwie budzi stosowanie pojęcia „terminalny” (ang. *terminal* = końcowy, krańcowy). Określenie to oznaczające „aktywny, postępujący proces chorobowy, który nie oddziałuje już na leczenie przyczynowe, a co więcej stosowanie takiego leczenia jest niewłaściwe” (Łuczak i in., 1999, s.11) Opieka terminalna odnosi się do postępowania i działań podejmowanych w okresie ostatnich dni, tygodni, a nawet miesięcy życia „gdy staje się oczywiste, że kres życia zbliża się nieuchronnie.” (Łuczak i in., 1999, s.11)

Niektórzy autorzy m.in. D. Doyle i N. MacDonald nie zalecają stosowania określenia „terminalnie chory” ze względu na negatywny wydźwięk tego zwrotu. Sugeruje on bowiem, iż stan w jakim dany pacjent się znajduje jest beznadziejny i

³ Niektórzy autorzy zakładają okres 6-miesięczny przewidywanego dalszego trwania życia chorego. Częściej jednak spotyka się prognozy kilku-kilkunastu miesięcy życia – zawsze poniżej roku. Z drugiej strony w piśmiennictwie odnajdujemy także postulaty objęcia wsparciem paliatywnym osób, których oczekiwana długość życia przekracza 1 rok.

praktycznie nie można już udzielić mu pomocy. (Doyle i MacDonald, 1993). Takie podejście jest zaprzeczeniem myśli przewodniej opieki paliatywnej, która zakłada wspieranie i towarzyszenie pacjentowi aż do samego końca jego życia.

Wspomniana wcześniej zmodyfikowana definicja WHO (z 2002 roku) jako zasadniczy cel opieki paliatywnej postawiła wielostronne działania mające na celu zapobieganie i niesienie ulgi w cierpieniu. Bardzo często cierpienie w okresie terminalnym związane jest z „wszechogarniającym bólem”, które to pojęcie stworzone przez Cicely Saunders ustanowiło podwaliny współczesnego ruchu hospicyjnego. „Wszechogarniający ból” (*total pain*) to „wielowymiarowe doświadczenie o charakterze fizycznym, psychicznym i duchowym” (Łuczak, 2004, s.43) obejmujące także poczucie osamotnienia i strach (w obszarze społecznym i finansowym) o rodzinę” (Balfour, 1992). Istnieje bardzo wiele definicji i taksonomii cierpienia, część z nich przedstawiona została m.in. w artykule czołowych lekarzy z Ośrodka Onkologicznego Memorial Sloan Kettering opublikowanym w 1994 roku w *Journal of Palliative Care*. Jak podaje Łuczak autorzy określili cierpienie jako negatywne przeżycie emocjonalne, którego źródła tkwią w czynnikach obniżających jakość życia. Do czynników tych obok bólu i innych objawów choroby zaliczono m.in.: problemy egzystencjalne, zniedołężnienie, troskę o los najbliższych, problemy natury finansowej i obawy związane z opieką zdrowotną. (Łuczak, 2004, s.43-44)

Uświadomienie i zrozumienie cierpień pacjentów w terminalnym okresie choroby pozwoliło Cicely Saunders na sformułowanie następujących trzech życzeń umierających osób: „Pomóż mi”, „Wysłuchaj mnie” i „Zostań ze mną” stanowiących kwintesencję zamierzeń tego ruchu.

Oddzielny problem, z jakim na co dzień spotykają się pracownicy hospicjum to cierpienia i potrzeby osób bezpośrednio związanych z pacjentem – rodziny, opiekunów. Współodczuwanie przez najbliższych dolegliwości wynikających z procesu chorobowego, ale także obaw, niepokojów natury egzystencjalnej oraz nasilające się wraz z czasem trwania choroby i jej intensywnością zmęczenie to czynniki negatywnie wpływające na radzenie sobie z sytuacją w jakiej rodzina ta się znalazła.

Jak podaje Łuczak „jest prawie niemożliwe zaakceptowanie trudnej rzeczywistości i przygotowanie duchowe u chorego, zniewolonego przez nieuśmierzony ból, duszności i inne przykre dolegliwości”. (Łuczak i in., 1999, s.11)

W skrajnych przypadkach zarówno pacjent jak i jego rodzina mogą w śmierci chorego upatrywać jedyne źródło ulgi i werbalizować fakt prosząc o eutanazję. Jak podkreśla Łuczak (2004, s.45), zjawisku temu można zapobiegać „poprzez stałe monitorowanie objawów somatycznych, problemów psychosocjalnych, zapewnienia wsparcia oraz całodobową dostępność personelu medycznego.” Kluczowe znaczenie dla opieki paliatywno-hospicyjnej ma tym samym praca zespołów interdyscyplinarnych. Jednocześnie w piśmiennictwie trudno odnaleźć dane dotyczące tworzenia, rozwoju zespołów czy też relacji wewnątrzgrupowych oraz trudności jakie muszą zostać pokonane, aby dany zespół funkcjonował prawidłowo dla dobra pacjenta i jego rodziny.

W Rekomendacjach Rec (2003) 24 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczących organizacji opieki paliatywnej zawarto następujące zapisy dotyczące powoływania i funkcjonowania zespołów interdyscyplinarnych:

- opieka podstawowa jak i specjalistyczna powinny być sprawowane przez zespół interdyscyplinarny, zapewniający wsparcie ukierunkowane na somatyczne, psychologiczne, socjalne i duchowe aspekty cierpienia, w oparciu o różnorodne umiejętności, poprzez podejście interdyscyplinarne i współdziałanie zespołu. [...] Jednakże praca zespołu wielodyscyplinarnego w opiece paliatywnej dodatkowo charakteryzuje się kilkoma innymi cechami, takimi jak: sprawowanie opieki przez osoby nie będące profesjonalistami, jak wolontariusze i członkowie rodzin, potrzeba sprawowania opieki nad osobami opiekującymi się chorym i ważna rola problemów emocjonalnych i duchowych (Cummings, 1998). (punkt 164 Rekomendacji)
- wielkość zespołu może ulegać zwiększeniu w zależności od potrzeb chorego; minimalnie powinien składać się z lekarza rodzinnego i pielęgniarki środowiskowej, ale zwykle w skład zespołu wchodzi pracownicy socjalni, psycholodzy i wolontariusze. [...] wszyscy profesjonaliści i wolontariusze powinni mieć możliwość uczestniczenia w podejmowaniu decyzji zespołu; (punkt 165 Rekomendacji)
- [...]w specjalistycznych zespołach co najmniej osoba kierująca zespołem, w każdej grupie profesjonalnej, miała przygotowanie i specjalizację w dziedzinie opieki paliatywnej. (punkt 167 Rekomendacji)
- [...] konieczne jest zapewnienie spójnej komunikacji pełniącej kluczową rolę w pracy zespołowej. Zespoły powinny wypracować przejrzyste sposoby komunikacji w celu uzyskania pewności, że wszyscy członkowie zespołu są informowani o rozwoju sytuacji w możliwie najszybszym czasie.”(punkt 168 Rekomendacji)

Z kolei Oliver (2003, s.191-192) w opracowaniu na temat funkcjonowania zespołu interdyscyplinarnego przytacza kilka definicji zespołu, z których najbardziej kompletną wydaje się ta sformułowana przez Adair J.: „grupa, w której jednostki mają wspólny cel oraz w której zawody i umiejętności poszczególnych członków wzajemnie się uzupełniają”. Ponadto, Oliver (2003, s.191-192) podkreśla, że pracujący prawidłowo zespół w sposób ewidentny przyczynia się do jakości opieki nad pacjentem i jego rodziną w szczególności dzięki temu, że:

- jako całość zapewnia lepszą opiekę niż poszczególni jego członkowie pracujący osobno,
- istnieje możliwość podejmowania wspólnie trudnych decyzji przez członków zespołu,
- w sytuacjach stresowych członkowie zespołu mogą się nawzajem wspierać,
- działania zespołu mogą podlegać analizie i dzięki temu być udoskonalane,
- opiekę można skoordynować, zmniejszając napięcie i ułatwiając działanie wszystkich zainteresowanych: pacjenta i rodziny, profesjonalnych opiekunów, członków zespołu,
- wybór kierownika ułatwia pracę i poprawia koordynację działań członków grupy,
- członkowie zespołu mogą mobilizować się wzajemnie do pracy, co umożliwia dalszy rozwój i usprawnia opiekę.

Kluczową kwestią zarówno dla członków zespołu jak i dla osób pozostających pod ich opieką wydaje się jasne sprecyzowanie ról i zadań. Z tego względu Oliver (2003, s.194) uważa, że idealny zespół, aby mógł działać skutecznie powinien:

- jasno określić zadania – zdefiniowane i zaakceptowane przez wszystkich jego członków,
- wyznaczyć procedury wewnątrz zespołu, ułatwiające twórcze myślenie i umożliwiające otwartą dyskusję na temat każdego pojawiającego się problemu,
- wypracować sprawną i skuteczną komunikację,
- sprecyzować role [...],
- w jednoznaczny sposób wyznaczyć przywódcę, który podejmie próby zapewnienia właściwego zrozumienia zadań i ról oraz skutecznej komunikacji, a także otwartej dyskusji,
- dążyć do rozwoju.

Istotnym wymogiem stawianym osobom sprawującym opiekę hospicyjną jest zapewnienie ciągłości opieki w postaci stałej dostępności 7/24 tj. 7 dni w tygodniu, 24 godziny na dobę.

Opieka paliatywno-hospicyjna przychodzi z pomocą zarówno cierpiącym pacjentom jak i ich rodzinom. Obserwując przemiany jakie dokonały się i dokonują w tym zakresie, można słusznie przypisywać opiece paliatywnej cechy istotnego osiągnięcia medycyny ostatnich 30 lat. I choć sama idea ruchu hospicyjnego jest znacznie starsza to właśnie te ostatnie dziesięciolecia w głównej mierze zaważyły na sposobie postrzegania pacjentów w ostatnim etapie życia.

W społeczeństwie w dalszym ciągu funkcjonują równolegle utrwalone poglądy, które deprecjonują znaczenie opieki paliatywnej, wynikające prawdopodobnie z braku wiedzy na temat opieki paliatywno-hospicyjnej, jej celów i metod. Obawy społeczeństwa przedstawił m.in. Burzynski (1989). Przytacza on za J.E. Krueger – dyrektorem medycznym Hospice of St. Joseph County (Stany Zjednoczone) - sześć mitów odnoszących się do opieki hospicyjnej:

MIT 1: Opieka hospicyjna stanowi alternatywę

Z definicji słowo alternatywa określa pojedynczą inną opcję lub wybór. Jednak opieka paliatywna nie powinna być rozumiana jako alternatywa, lecz raczej jako uzupełnienie jakości opieki sprawowanej nad chorym w ostatnim okresie życia. Jak podkreśla Krueger opieka paliatywna jest dziedziną nowoczesną lecz nie nową i jako taka nie stanowi dodatku, ale powinna być integralną częścią kontinuum opieki sprawowanej nad pacjentem.

Od 30 lat hospicjum posiada wiodącą pozycję w kwestii interdyscyplinarnego podejścia do opieki zarówno nad pacjentem jak i osobami bezpośrednio otaczającymi opieką chorego. Nie powinno być ponadto pojmowane jako alternatywa, ponieważ nie stanowi kontrastu dla niekonwencjonalnych sposobów leczenia. To, co określane jest mianem opieki paliatywnej stanowi uzupełnienie standardu medycznych czynności praktycznych zorientowanych na jakość opieki. Jak podaje Krueger hospicjum stało się jednym z najszybciej rozwijających się segmentów systemu opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych.

MIT 2: Hospicjum koncentruje się jedynie na wsparciu emocjonalnym

Krueger podkreśla, iż pomimo że wsparcie emocjonalne jest istotnym elementem opieki hospicyjnej zarówno dla pacjenta jak i jego rodziny nie stanowi jedynego komponentu opieki. Poza konsultacjami i wsparciem emocjonalnym hospicjum zapewnia szeroki wachlarz świadczeń z zakresu opieki lekarskiej, pielęgnarskiej, socjalnej, jak również rehabilitacyjnych (logopedia, rehabilitacja ruchowa czy zawodowa). Na całym świecie opieka hospicyjna postrzegana jest jako lider w rozpoznawaniu i zwalczaniu bólu oraz sprawowania kontroli nad fizycznymi objawami choroby.

Opieka hospicyjna koncentruje się na holistycznym podejściu do pacjenta obejmującym zaspokajanie potrzeb pacjenta zarówno na poziomie medycznym, jak i emocjonalnym, społecznym czy duchowym. Tak popularne w obecnych czasach pojęcia jak „holistyczny” czy „podejście zespołowe” leżą u podstaw opieki hospicyjno-paliatywnej od samego początku jej istnienia ponad 30 lat temu.

MIT 3: Pacjenci potrzebują nadziei; Hospicjum oznacza śmierć

Ten chyba najczęściej podnoszony argument w odniesieniu do „beznadziejności” powiązanej z objęciem chorego opieką hospicjum zostaje przez Kruegera obalony w sposób następujący. Przeprowadza on wnioskowanie poczynając od stwierdzenia, że pacjent potrzebuje nadziei i że hospicjum zaprzecza beznadziejności. Opieka hospicyjna przedkłada życie nad śmiercią. Głównym celem opieki hospicyjnej jest pozwolenie pacjentom na przeżycie ostatnich miesięcy czy tygodni w najpełniejszy sposób. Nadzieja może być w dalszym ciągu obecna u pacjenta pozostającego pod opieką hospicjum jakkolwiek pojęcie to może zostać przedefiniowane. Gdy choroba nie rokuje na powrót do zdrowia akcent może zostać przesunięty na nadzieję na odwagę, komfort, towarzystwo (brak samotności), jak również współczucie i pojednanie. Nawet w obliczu ekstremalnych trudności wynikających z przeżywania choroby terminalnej, pacjenci hospicjum uczeni są i zachęcani aby, nie porzucać nadziei i że mogą odczuwać dobrą jakość życia wraz z przeddefiniowaną nadzieją. (Krueger, 1989).

MIT 4: Hospicjum oznacza utratę kontroli lekarskiej

Mit ten odnosi się do roli lekarza rodzinnego (silnie rozwiniętej i powiązanej z finansowaniem) w Stanach Zjednoczonych. Jednak i w innych państwach pogląd ten jest utrwalony w odniesieniu ponownie do „beznadziejności” stanu zdrowia u danego pacjenta. W historii opieki hospicyjnej odnajdujemy czas gdy terminalnie chorzy byli „usuwani” ze społeczeństwa – w przenośni i dosłownie, ponieważ budynki hospicjów znajdowały się często na obrzeżach miast. Sformułowany przez Kruegera mit 4 związany jest jednak z obawami wielu lekarzy przed przekazaniem pacjenta pod całkowitą opiekę „aniołów miłosierdzia” – pielęgniarek. Pogląd ten podważa jednak podstawowe założenie opieki paliatywnej – interdyscyplinarność zespołów. I tak w Stanach Zjednoczonych i innych państwach świata lekarz prowadzący pozostaje członkiem zespołu opiekującego się pacjentem. Zapewnia to prawidłową ciągłość opieki medycznej, kontrolę objawów czy dawkowanie leków.

MIT 5: Pacjenci nie chcą znać prawdy o swoim stanie zdrowia, a skierowanie do hospicjum zdradza sytuację faktyczną

Trudno jest być posłańcem złej nowiny, niepomyślnej diagnozy. Jednak stwierdzenie „przykro mi bardzo, nic więcej nie da się już zrobić” nie oddaje faktycznego stanu rzeczy. Jak podkreślają osoby zaangażowane w ruch hospicyjny „coś” zawsze można zrobić. Nawet, jeżeli osoba zostaje skierowana do hospicjum istnieje szereg czynności, które mogą zostać wykonane dla poprawy komfortu i jakości życia pacjenta. Prawidłowo dobrane dawki leków przeciwbólowych, kontrola innych symptomów czy towarzyszenie i rozmowa z osobą chorą, a nawet spełnianie marzeń jest możliwe w hospicjum. Kluczową rolę wydaje się tu odgrywać sposób przekazania niepomyślnych informacji pacjentowi i jego rodzinie tak aby zaakcentować co hospicjum może „dać” i „zrobić” dla nich, aby mogli oswoić się z terażniejszością i zaakceptować przyszłość.

MIT 6: Skierowanie do hospicjum oznacza utratę dochodów przeznaczonych przez ubezpieczyciela na leczenie pacjenta

Specyfika finansowania opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych związana jest z „wędrowką pieniędzy za pacjentem”, co budzi obawy o utratę

dochodów z tytułu przekazania pacjenta pod opiekę innego lekarza lub jednostki opieki zdrowotnej. Sposób finansowania świadczeń w opiece paliatywnej w Polsce zakłada finansowanie przez płatnika osobodni wykonanych w zakładzie opieki zdrowotnej, w którym pacjent przebywał. Dlatego też pacjent nie ponosi bezpośrednio kosztów za świadczenia zdrowotne w hospicjum.

3. Charakterystyka opieki paliatywno-hospicyjnej na świecie

Zgodnie z Rekomendacjami Rady Europy z 2003 roku każdy kraj powinien wypracować swój indywidualny model opieki paliatywnej. Z uwagi na różnice pomiędzy państwami nie udało się do chwili obecnej opracować wspólnego, jednorodnego dla wszystkich systemu. W wytycznych przedstawiono obszary, które należy wziąć pod uwagę przy tworzeniu modelu specyficznego dla danego kraju, są to: system opieki zdrowotnej i opieki społecznej, warunki socjalno-ekonomiczne, uwarunkowania religijne i kulturowe.

W 2006 roku European Association for Palliative Care (EAPC) opublikowało Atlas Opieki Paliatywnej w Europie. Dokument ten zawiera raporty oraz dane porównawcze na temat stanu opieki paliatywnej w 52 krajach (Rocafort i in., 2007). Kolejnymi istotnymi dokumentami zawierającymi oficjalne stanowisko EAPC jest, opublikowana w 2009 i 2010 roku w European Journal of Palliative Care, Biała księga w sprawie standardów i norm dla hospicjum i opieki paliatywnej w Europie. Dokument ten zaleca m.in. zapewnienie 80-100 łóżek w opiece stacjonarnej na 1 milion mieszkańców. Pojedyncza jednostka opieki paliatywnej powinna zawierać 8-15 łóżek. Sale chorych powinny być optymalnie 1-2 osobowe. Wytyczne odnosiły się ponadto do liczby usług i sposobów ich świadczenia. (Ciałkowska-Rysz i Dzierżanowski, 2011; Radbruch, 2009, 2010)

W 2009 roku opublikowano niezależny raport na temat opieki paliatywnej w Unii Europejskiej pod nazwą „A European Parliament report on palliative care”.

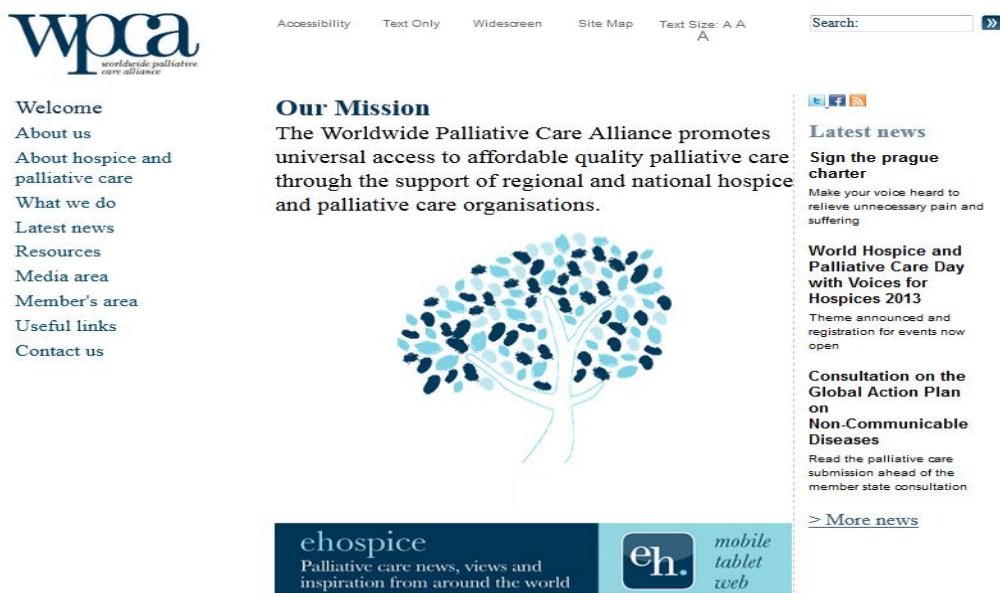
Jak wspomniano wcześniej w pracy, ruch hospicyjny ewaluował od pojedynczych podmiotów oferujących chorym pomoc medyczną i schronienie do bardziej zaawansowanych współcześnie form pomocy. Na świecie ruch hospicyjny obejmuje współcześnie oprócz opieki stacjonarnej (w hospicjach i oddziałach szpitalnych) i domowej także taką działalność jak:

- oddziały dziennego pobytu
- szpitalne zespoły wsparcia
- poradnie leczenia bólu
- organizacje zrzeszające pacjentów i rodziny
- organizacje wspierające (świadczące m.in. usługi transportowe, kulturalne itp. poszczególnym hospicjom)
- organizacje parasolowe (polskim przykładem może być Fundacja Hospicjum to też Życie)

Interesującym przykładem wzajemnego wspierania w obszarze zarządzania jednostkami hospicyjnymi jest tworzenie aliansów. Przymierza zawierane na dłuższy okres czasu lub z okazji pojedynczych wydarzeń dla realizacji wspólnego celu pozwalają na zgromadzenie bardziej adekwatnych zasobów, lepszą rozpoznawalność oraz większą spójność środowiskową. Przyczynić się to może do osiągnięcia lepszych rezultatów i wymiernego zysku finansowego. Niestety nie wszystkie partnerstwa czy alianse mogą poszczycić się sukcesem. Na przeszkodzie stają często przeszkody natury organizacyjnej czy też komunikacyjnej. Jak wynika z piśmiennictwa alianse zawiązane z poszanowaniem reguł biznesowych mają większe szanse na odniesienie sukcesu. (Bernardo i in., 2012; Blery i in., 2010, Nikbakht-Van de Sande i in., 2005; Self i Starnes, 1999a, 1999b; Kaluzny, 1992).

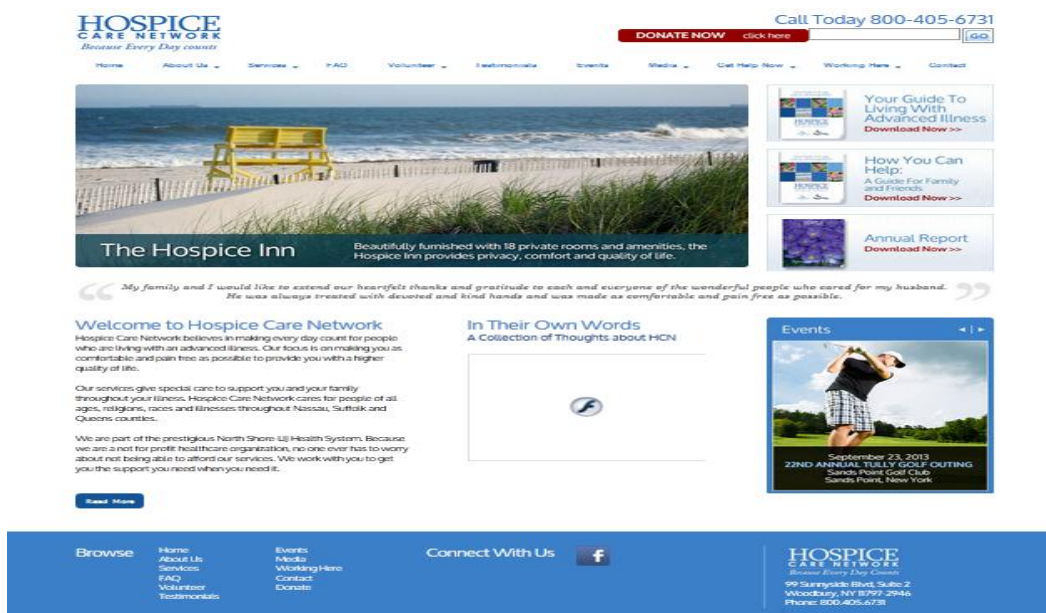
Przykładem wdrażania rozwiązań na wyższym poziomie zarządzania jest tworzenie sieci pomiędzy organizacjami działającymi w obszarze paliatywno-hospicyjnym. Worldwide Palliative Care Alliance - WPCA (www.thewpca.org) jest siecią koncentrującą się na ogólnoświatowym rozwoju opieki paliatywno-hospicyjnej (rycina 5). Swoją działalnością wspiera organizacje członkowskie w osiąganiu ich celów, pracując nad jakością, standardami i rozwojem organizacji i stowarzyszeń. Na poziomie międzynarodowym pracuje nad usuwaniem barier współtworząc politykę i działania promujące opiekę hospicyjną.

W regionie europejskim tworzenie sieci powiązań w obszarze opieki paliatywno-hospicyjnej było przedmiotem badań m.in. w Holandii (Nikbakht-Van de Sande i in., 2005).



Ryc. 5 Witryna internetowa Worldwide palliative care alliance

Dynamiczny rozwój ruchu hospicyjnego w Stanach Zjednoczonych spowodował powstanie sieci o różnym zasięgu geograficznym i tematycznym. Na poziomie jednego stanu przykładem może być Hospice Care Network (www.hospice-care-network.org) oferująca wsparcie mieszkańcom okęgów Nassau, Suffolk i Queens w stanie Nowy Jork. Sieć ta zrzesza trzy hospicja i obejmuje opieką pacjentów zarówno w ich własnych domach, domach pomocy społecznej jak i w szpitalach (rycina 6).



Ryc. 6. Witryna internetowa Hospice Care Network

Na poziomie ogólnokrajowym działa Hospice Action Network - NHPCO HAN (w ramach organizacji parasolowej National Hospice and Palliative Care Organization). Struktura ta pełni rolę adwokata organizacji w sprawie utrzymania i rozszerzenia zasięgu opieki hospicyjnej w Stanach Zjednoczonych. (www.hospiceactionnetwork.org) (rycina 7).



Ryc. 7. Witryna internetowa Hospice Action Network – NHPCO HAN

Interesującym przykładem wykorzystania sieci jest Hospice Education Network (www.hospiceonline.com) oferująca kursy on-line profilowane dla osób i organizacji hospicyjnych (rycina 8). Zastosowanie platformy Internetowej dla potrzeb edukacji stanowi dobre rozwiązanie ułatwiające dostęp szerszemu gronu odbiorców. Również umiarkowany poziom cen wpłynąć może pozytywnie na zainteresowanie potencjalnej grupy docelowej.

Przykładem sieci z innego obszaru świata jest Asia Pacific Hospice Palliative Care Network – APHN (aphn.wordpress.com). Do jej głównych celów należy edukacja oraz promowanie opieki paliatywno-hospicyjnej na terenie Azji i w rejonie Pacyfiku. Fundatorami APHN były: Australia, Hong Kong, Indie, Indonezja, Japonia, Korea, Malesja, Birma, Nowa Zelandia, Filipiny, Singapur, Tajwan, Tajlandia i Wietnam. Sieć oferuje wsparcie koncepcyjne, organizacyjne i implementacyjne programów wdrażanych przez organizacje oraz osoby prywatnej, a mających na celu przynoszenie ulgi w cierpieniu (rycina 9).



Ryc. 8. Witryna internetowa Health Education Network



Ryc. 9. Fragment witryny internetowej Asia Pacific Hospice Palliative Care Network – APHN

Powyższe przykłady, jak również omawiana w dalszej części pracy Marie Curie Cancer Care, ilustrują zjawisko integrowania organizacji działających dla wspólnej idei hospicyjnej. Podejście takie umożliwia prowadzenie wspólnej polityki, wymianę doświadczeń oraz współpracę w różnych obszarach dla dobra pacjentów – beneficjentów końcowych działań podejmowanych przez poszczególne organizacje.

4. Charakterystyka opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce

Do Polski ruch hospicyjny dotarł w połowie lat 70-tych XX wieku. Przyjąć można, iż jego kolebką w Polsce była Parafia Kościoła Arka Pana w Nowej Hucie. Na początku lat 70-tych w Krakowie-Nowej Hucie z inicjatywy Metropolity Krakowskiego Ks. Kardynała Karola Wojtyły powołany został do życia Zespół Studyjny (a następnie Synodalny). W historii Hospicjum św. Łukasza czytamy: „Celem pracy Zespołu było pogłębianie wiedzy religijnej.” W 1975 r. Halina Bortnowska, podczas pobytu w Anglii miała sposobność poznać Cicely Saunders i Hospicjum św. Krzysztofa. Po powrocie do Polski podzieliła się swoimi refleksjami z pobytu w londyńskim Hospicjum, powodując że Zespół wraz z ks. Józefem Gorzelanym „jednogłośnie i jednomyślnie podjął propozycje podjęcia starań o utworzenie w Nowej Hucie domu - Hospicjum.” (Jak to się zaczęło..., 2007)

Wcześniej w 1973 roku opublikowany został w Polsce pierwszy artykuł Cicely Saunders na temat opieki nad umierającymi. W polskiej edycji tego artykułu użyto sformułowania „Zakład św. Krzysztofa” (zamiast Hospicjum św. Krzysztofa – ang. *St. Christopher's Hospice*). Świadczyć to może o tym, że pojęcie “hospicjum” w latach siedemdziesiątych nie było w Polsce znane ani stosowane w terminologii medycznej. (Dangel, 2001, s.10) Fakt ten wydaje się również potwierdzać brak hasła „hospicjum” w słowniku lekarskim angielsko-polskim wydany w 1987 roku.

Staraniami Zespołu Studyjnego doszło w 1978 roku do wizyty Cicely Saunders w Polsce. Odwiedziła ona Kraków i Zespół w Nowej Hucie, przyczyniając się do powstania w 1981 roku pierwszego polskiego hospicjum – Towarzystwa Przyjaciół Chorych „Hospicjum” (obecnie nosi ono nazwę Hospicjum św. Łazarza w Nowej Hucie). Ponadto podczas tej wizyty wygłosiła również odczyty w Warszawie i Gdańsku o tematyce związanej z hospicyjną opieką nad ludźmi w terminalnym okresie choroby nowotworowej.

Moment ten stanowił początek intensywnie rozwijającego się ruchu hospicyjnego w Polsce – o czym świadczy wzrastająca liczba ośrodków hospicyjnych w wielu miastach. Na szczególną uwagę zasługuje powstała w 1990 rok w Poznaniu Klinika Opieki Paliatywnej przy Katedrze Onkologii Akademii Medycznej. Była to pierwsza tego typu placówka w Europie Środkowo – Wschodniej.

Do zdarzeń istotnych dla rozwoju ruchu hospicyjnego należą powołanie w roku 1993 Krajowej Rady Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej przy MZiOS oraz w 1994 Krajowego Specjalisty w zakresie medycyny paliatywnej. Zatwierdzony w 1998 roku „Program rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce” wytyczył główne kierunki rozwoju tej gałęzi medycyny przyczyniając się do poprawy opieki nad chorymi w końcowym okresie ich życia. Główne założenia programu zakładały m.in. tworzenie nowych jednostek umożliwiających nieograniczone korzystanie z tego typu opieki.

Dotychczasowe próby uregulowania problemu wpisujące się w historię rozwoju opieki paliatywno-hospicyjnej na terenie Polski przedstawiono w tabeli 4.

W 2005 roku w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych (2007) uchwalono jako jedno z zadań Program Rozwoju Opieki Paliatywnej w Onkologii.

W programie zaproponowano wielokierunkowe działania dla rozwoju modelowych placówek onkologicznych i opieki paliatywnej. Podzielono je na następujące grupy:

1. Tworzenie i rozbudowa jednostek opieki paliatywnej ośrodków onkologicznych w kraju.
2. Wdrożenie standardów opieki paliatywnej.
3. Przygotowanie i prowadzenie informacji dla chorych.
4. Inicjowanie i prowadzenie informacyjno - edukacyjnych akcji społecznych dotyczących możliwości i sposobów leczenia bólu, zwalczania innych objawów choroby i całościowej opieki nad nieuleczalnie chorymi.

Do oczekiwanych efektów Programu należały m.in.:

1. Poprawa jakości życia.
2. Zwiększenie poczucia bezpieczeństwa chorych na nowotwory złośliwe.
3. Zyskanie aprobaty społecznej dla racjonalizacji działań medycznych. Ponadto twórcy Programu zakładali obniżenie kosztów leczenia poprzez rozwój opieki domowej oraz rezygnację z nieuzasadnionych medycznie, kosztownych procedur diagnostycznych i leczniczych.

Celami szczegółowymi Programu Rozwoju Opieki Paliatywnej w Onkologii realizowanego w latach 2005-2008 były:

- a) tworzenie i rozwój zespołów opieki domowej, oddziałów stacjonarnych i poradni w ośrodkach onkologicznych.
- b) uaktualnianie i wdrażanie standardów opieki paliatywnej

- c) przygotowanie i prowadzenie informacji dla chorych na temat leczenia objawowego, w tym leczenia bólu

Tab. 4. Historia rozwoju opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce

1981 -1990	spontaniczne powstawanie i rozwój społecznych ośrodków hospicyjnych - ruch hospicyjny
1991	Powołanie Ogólnopolskiej Rady Hospicjum, przekształconej następnie w Ogólnopolskie Forum Ruchu Hospicyjnego (OFRH)
1993	powołanie Krajowej Rady Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej przy Ministrze Zdrowia
1994	powołanie Konsultanta Krajowego ds. Opieki Paliatywnej
1998	przyjęcie Programu Rozwoju Opieki Paliatywnej w Polsce przez Ministerstwo Zdrowia
1999	powołanie Konsultantów Wojewódzkich ds. Medycyny Paliatywnej
1999	rozporządzenie w sprawie powołania specjalizacji szczegółowej z medycyny paliatywnej
2000 - 2001	w ramach Rządowego programu restrukturyzacji Ministerstwo Zdrowia przeznaczyło część pożyczki Banku Światowego na całościowe uruchomienie lub restrukturyzację 40 ośrodków stacjonarnych opieki paliatywnej
2002	w ramach programu zdrowotnego „Zwiększenia dostępności i efektywności systemu opieki paliatywnej w Polsce” Ministerstwo Zdrowia przeznaczyło kwotę 249.200 PLN na realizację pierwszego etapu programu zakończonego raportem o stanie opieki paliatywnej w Polsce
2005 -2008	Uchwalenie i realizacja Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych Nazwa zadania: Program Rozwoju Opieki Paliatywnej w Onkologii
2009	Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (późniejsze zmiany w 2010, 2011 oraz 2013 roku)
2011	Powołanie Zespołu do spraw opieki paliatywnej i hospicyjnej

źródło: opracowanie własne na podstawie informacji Ministerstwa Zdrowia

W 2011 roku zarządzeniem Ministra Zdrowia powołano Zespół do spraw opieki paliatywnej i hospicyjnej. W §4 tego aktu prawnego zamieszczono zadania

Zespołu, do których zaliczono: opracowanie propozycji zmian w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej, w szczególności rozwiązań dotyczących struktury i organizacji opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce oraz rozwiązań odnośnie poprawy jakości opieki paliatywnej i hospicyjnej i stanu zasobów w opiece paliatywnej i hospicyjnej. (Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2011 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opieki paliatywnej i hospicyjnej, 2012)

Wyrazem stałego rozwoju tej gałęzi medycyny, jak również odpowiedzią na zmieniające się potrzeby w obszarze społecznym są prowadzone stałe prace zespołu, skutkujące Rozporządzeniami Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Najnowsze Rozporządzenie z dnia 29. października 2013 roku nie uwzględniło jednakże m.in. nowych form opieki paliatywnej i hospicyjnej. Tym samym na liście świadczeń gwarantowanych brak jest w dalszym ciągu szpitalnego zespołu wsparcia oraz dziennego ośrodka opieki paliatywnej. Działanie takie pozostaje w sprzeczności z zaleceniami WHO czy IAHP. W opublikowanym w kwietniu 2013r. wywiadzie dr n. med. Aleksandra Ciałkowska-Rysz - konsultant krajowy ds. medycyny paliatywnej - wskazała na w dalszym ciągu niezaspokojone potrzeby w obszarze opieki hospicyjnej w Polsce. Odniosła się m.in. do najważniejszych w jej ocenie postulatów z obszaru prawno-organizacyjnego zgłoszonych podczas kongresu „Opieka paliatywna w Polsce 2013”, które dotyczyły:

- zmiany sposobu finansowania opieki stacjonarnej;
- zmiany organizacyjnej w zakresie współpracy z leczeniem onkologicznym;
- zmiany kwot przeznaczanych na hospicja domowe;
- przygotowanie Narodowego Programu Rozwoju opieki Paliatywnej
- zorganizowania platformy współpracy między onkologią, geriatrią i medycyną paliatywną

W obszarze opieki stacjonarnej uczestnicy kongresu postulowali przede wszystkim zwiększenie finansowania stacjonarnych poradni paliatywnych, zwracając uwagę na obecne znaczne niedoszacowanie wyceny świadczeń w ich zakresie (o 30-40 procent), co jak podkreślono, utrudnia otoczenie pacjenta należytą opieką. Ponadto oddzielny wniosek dotyczył stworzenia efektywnej współpracy pomiędzy specjalistami opieki paliatywnej, onkologicznej oraz geriatrycznej. (Ciałkowska-

Rysz, 2013) Jest to istotne nie tylko ze względu na obecną charakterystykę pacjentów w opiece hospicyjnej, lecz także z uwagi na trendy w zapadalności na choroby nowotworowe oraz demograficznie potwierdzone starzenie się społeczeństwa. Jak podkreśla Flakus (2009, za: Jarosz, 2004), nowym wyzwaniem stawianym przed systemami ochrony zdrowia na całym świecie jest zapewnienie racjonalnej i fachowej pomocy medycznej pacjentom w okresie, kiedy wyleczenie choroby nie jest możliwe. Wyzwanie to ma charakter zarówno ilościowy (wynikający z wcześniej wspomnianego zjawiska starzenia się społeczeństw oraz wzrostu zachorowalności i umieralności z powodu chorób przewlekłych (w tym także nowotworów), jak i jakościowy związany z wzrastającymi oczekiwaniami oraz możliwościami terapeutycznymi (s.34).

Zarówno w Polsce jak i na świecie opieka paliatywna sprawowana jest w formie różnorodnych działań o zdywersyfikowanym charakterze i formie mających wspólny cel przynoszenia ulgi w cierpieniu osobom u kresu życia (Buss i Lichodziejewska-Niemirko, 2008). Do form opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce zaliczyć można:

- hospicja domowe dla dorosłych i dzieci
- hospicja stacjonarne dla dorosłych i dzieci
- oddziały medycyny paliatywnej (oddziały szpitalne)
- dzienne ośrodki opieki paliatywnej lub hospicyjnej
- poradnie medycyny paliatywnej
- oraz wspierające opiekę: poradnie leczenia bólu, obrzęku limfatycznego, ran i żywienia (dojelitowego)

W piśmiennictwie odnajdujemy także dwie formy opieki praktycznie nie spotykane w Polsce, prawdopodobnie z uwagi na brak możliwości ich finansowania w ramach kontraktu NFZ. Są to szpitalne zespoły wspierające oraz dzienne ośrodki opieki paliatywnej/hospicyjnej (Buss i Lichodziejewska-Niemirko, 2008, Ciałkowska-Rysz, 2009).

Wobec wzrastającej liczby hospicjów różnicuje się rodzaje sprawowanej opieki, co obrazuje tabela 5. W tabeli 5 nie zostały ujęte komercyjne ośrodki opieki paliatywno-hospicyjnej, które jednakże w opinii Konsultanta krajowego stanowią nieliczne wyjątki.

Dodatkowo z danych konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej w 2003 roku wynikało, iż wszystkie hospicja posiadały zespoły wolontariuszy oraz w sumie w hospicjach posługiwało wtedy ok. 2500 wolontariuszy.

Fundacja Hospicyjna przeprowadziła badania dotyczące wolontariatu wśród hospicjów uczestniczących w programie rozwoju wolontariatu „Lubię Pomagać” lub kampanii społecznej „Hospicjum to też Życie”. Wstępnie zaprezentowane wyniki pokazały, że na jedno hospicjum przypada średnio 31 wolontariuszy. Są to głównie kobiety (na 6 mężczyzn przypadało 25 kobiet). 3 na 5 osób pomagających w hospicjum ma do 25 lat, co piąta osoba mieści się w przedziale 26-49 lat, a 20 % wolontariuszy ma co najmniej 50 lat. (Wolontariat hospicyjny, 2012)

Tab. 5. Podział ośrodków hospicyjnych ze względu na rodzaj sprawowanej opieki

Rok		2003 ⁴	2004 ⁵	2005 ⁶	2006 ⁷	2007 ⁸	2008 ⁹
Ogólna liczba hospicjów		107	111	113	131		349
Stowarzyszenia świeckie		63	66	64	68		94
Stowarzyszenia kościelne		27	27	15	45		21
w strukturach Caritasu		17	18	18	24		25
Forma opieki hospicyjnej	Stacjonarna	30	31	31	35	62	63
	Domowa	97	99	98	106	284	284
	Dzienny pobyt	15	15	12	16		12
Orientacyjna liczba łóżek hospicyjnych		407			500		520
ZOZ		9	8				
Tylko wolontariusze		46		45	42		

źródło: opracowanie własne na podstawie danych OFRH oraz sprawozdań konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej

Ruch hospicyjny w Polsce działa poprzez autonomiczne, samodzielne pod względem prawnym i finansowym, jednostki organizacyjne odznaczające się

⁴ Stokłosa J. Ogólnopolskie Forum Ruchu Hospicyjnego. w: Materiały konferencyjne Hospicjum 2004, s.98

⁵ Stokłosa J. Ogólnopolskie Forum Ruchu Hospicyjnego. w: Materiały konferencyjne Hospicjum 2004, s.98

⁶ www.hospicja.pl [14.08.2012]

⁷ Biuletyn OFRH <http://www.hospicja.pl/aktualnosci/news/4948.html> [14.08.2012]

⁸ Sprawozdanie konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej za rok 2007 <http://opiekapaliatywna.org>

⁹ Dane z raportu konsultanta krajowego prof. dr hab. Krystyny de Walden Gałuszko www.hospicjum.krakow.pl/hospicjum/forum/organizacja_opieki.pdf [15.07.2012]

znaczną różnorodnością pod względem organizacji i zakresu działania. Jednak szczególnie typowym dla Polski rozwiązaniem, którego nie można pominąć w rozważaniach na temat opieki paliatywnej, jest model domowej opieki hospicyjnej. Model ten zapoczątkowany około 1985 roku przez gdańskie „Hospicjum Pallotinum” (w roku 2004 tradycje tego hospicjum przejęła instytucja o nowym statucie - Hospicjum im. ks. Eugeniusza Dutkiewicza) stanowi i dziś najbardziej rozpowszechniony sposób sprawowania opieki nad pacjentami na terenie naszego kraju. U podstaw tego podejścia leżą m.in. zmiany w społeczeństwie wyznaczające praktycznie zanik wielopokoleniowego modelu rodziny. Dawniej, gdy zarówno narodziny jak i śmierć człowieka były akceptowane i postrzegane jako naturalne części życia – opieka nad chorym sprawowana była przez najbliższych i zaufanego lekarza. Jak pisze Ruszkowska „Świadome umieranie, umocnione wspólną modlitwą zgromadzonej przy chorym rodziny, powagą i godnością ostatnich słów i błogosławieństw, nie ujmując bólu rozstania, traciło jednak wymiar tragedii. W jej miejsce rodziła się nadzieja ponownego spotkania w wieczności.” (Ruszkowska, 1989, s.95)

Dzięki temu, że opieka hospicyjna sprawowana jest u chorego w jego własnym domu, a więc w otoczeniu mu przyjaznym i znajomym, możliwe jest uzyskanie większego spokoju i lepszego samopoczucia pacjenta oraz przeciwdziałanie wielu dolegliwościom natury emocjonalnej wynikającym z przymusowego odseparowania od rodziny.

Istnieją sytuacje, kiedy chory z różnych względów nie może przebywać w domu rodzinnym. Jeżeli brak jest odpowiednich warunków w domu, które zapewniłyby mu godne warunki życia bądź też w celu okresowego odciążenia rodziny (przez 7-14 dni) z pomocą przychodzą stacjonarne placówki hospicyjne (Ciałkowska-Rysz, 2009, s.23). Pacjenta można również umieścić w hospicjum w celu ustalenia właściwego leczenia objawowego, jeżeli w warunkach ambulatoryjnych nie było to możliwe. (Buss i Lichodziejewska-Niemirko, 2008)

Stacjonarna opieka paliatywna obejmuje hospicja stacjonarne oraz oddziały medycyny paliatywnej znajdujące się najczęściej w szpitalu wielospecjalistycznym. Hospicja stacjonarne jako oddzielne obiekty mogą być organizacyjnie związane z pozostałymi jednostkami opieki paliatywnej jednak nie jest to obligatoryjne. Jak podaje Ciałkowska-Rysz (2009, s.23) stacjonarne jednostki zapewniają

wszechstronną, specjalistyczną opiekę, która umożliwia kontrolę objawów trudnych do opanowania w warunkach domowych. Powinny być rozmieszczone w proporcji jedna na dwa/trzy powiaty.

Koszt sprawowania opieki nad pacjentem w tej formie jest wyższy w porównaniu z hospicjum domowym. Dzieje się tak ze względu na wydatki związane z utrzymaniem budynku oraz stałego personelu administracyjnego. Z drugiej jednak strony opieka domowa pociąga za sobą konieczność m.in. zapewnienia i opłacenia transportu personelu medycznego do pacjenta – często i kilkakrotnie w ciągu dnia. Brak jednak szczegółowych danych porównujących koszty prowadzenia opieki domowej i stacjonarnej.

Do 31.07.2008 roku zgodnie z zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) w pacjentami w opiece paliatywno-hospicyjne były w 80% osoby w daleko zaawansowanym stadium choroby nowotworowej, a 20% stanowili chorzy w końcowej fazie innych chorób przewlekłych (Buss i Lichodziejewska-Niemirko, 2008). W zarządzeniu z dnia 6.08.2008 brak jest danych o procentowym udziale pacjentów z danymi jednostkami chorobowymi. Zawarto w nim natomiast listę jednostek chorobowych kwalifikujących do objęcia opieką hospicyjną.

5. Struktura, rozkład i finansowanie hospicjów stacjonarnych

Buss i Lichodziejewska-Niemirko (2008) zwracają uwagę, iż funkcjonowaniu hospicjów stacjonarnych w Polsce stawia się wysokie wymagania. Odnoszą się one m.in. do liczby personelu posiadającego wykształcenie w obszarze medycyny paliatywnej, zakresu obowiązków, dyspozycyjności, a także np. liczby łóżek i ogólnych warunków socjalno-bytowych.

Znaczny nacisk kładzie się na właściwą komunikację z chorym, jego rodziną lecz także pomiędzy personelem, co jest koniecznością w związku z interdyscyplinarnym charakterem zespołów otaczających opieką pacjentów. Jak podkreślają Autorzy, znaczną część pracy zajmuje omawianie z pacjentem dostępnych metod poprawy jakości życia, jak również planów działania, co wpływa pozytywnie na obniżanie odczuwanego stresu i ogólne jego samopoczucie.

W hospicjach stacjonarnych podejmuje się starania stworzenia możliwie bliskiej atmosfery domowej. Zgodnie z wytycznymi WHO oddziały paliatywne powinny mieć ok. 5-14 łóżek rozmieszczonych w maksymalnie 2-3 osobowych

pokojach. Taka struktura zapobiegać ma anonimowości pacjentów. Buss i Lichodziejska-Niemirko (2008) podają umieszczanie wizytówek z nazwiskami pacjentów w miejscu numeru na drzwiach sal chorych jako dodatkowy przykład zapobiegania anonimowości. Autorzy podają ponadto informacje o zapewnieniu pacjentom i ich rodzinom dostępu do kuchni, świetlicy oraz tarasu/ogrodu, co wydaje się być szczególnie istotne dla pacjentów poruszających się samodzielnie, bądź z pomocą osób towarzyszących. Nie do pominięcia jest również stworzenie miejsca wyciszenia się i modlitwy.

Jak wynika z oceny sytuacji opieki paliatywnej w Polsce przeprowadzonej w 2011 roku przez Ciałkowską-Rysz i Dzierżanowskiego, liczba jednostek opieki stacjonarnej, liczba kontraktów jak również struktura środków przeznaczanych różni się pomiędzy poszczególnymi województwami. Spośród 145 umów na świadczenia w zakresie opieki stacjonarnej podpisanych w 2011 roku najwięcej podpisano w Wielkopolsce (20), na Mazowszu (15) i w Małopolsce (14). Najmniej w województwach: zachodniopomorskim (2), świętokrzyskim (4) i łódzkim (4). Ilustruje to nierówny dostęp pacjentów do świadczeń paliatywnych, co podkreślały również inne doniesienia (Buss, 2008). W konsekwencji, w województwach, w których brak jest hospicjów stacjonarnych pacjenci wymagający tej formy opieki są kierowani na oddziały bardziej kosztochłonne - internistyczne bądź zabiegowe (Ciałkowska-Rysz i Dzierżanowski, 2011).

Z danych Hospicjum im. Ks. Eugeniusza Dutkiewicza SAC w Gdańsku (2007) opieka realizowana w hospicjach stacjonarnych i oddziałach medycyny paliatywnej przeznaczona jest w 90 % dla pacjentów w terminalnym stanie choroby nowotworowej. Oddział medycyny paliatywnej nie może funkcjonować w ramach innego oddziału, musi być odrębną komórką organizacyjną zakładu opieki zdrowotnej. Obliczono, że średni czas opieki w hospicjum stacjonarnym w Polsce wynosi 30 dni.

Również opieka w hospicjum domowym przeznaczona jest w 90 % dla pacjentów w terminalnym stanie choroby nowotworowej przebywających w swoich domach. Promień działania zespołu sięga średnio około 30 km. Wizyta hospicjum domowego odbywa się w dniu zgłoszenia, jednak w przypadku sytuacji nagłych czas oczekiwania na wizytę domową nie może być dłuższy niż 30 do 90 minut w zależności od miejsca zamieszkania chorego i natężenia ruchu kołowego.

Oszacowano, iż średni czas opieki nad dorosłym w hospicjum domowym wynosi 90 dni, w przypadku dzieci 180 dni (Hospicjum im. Ks. Eugeniusza Dutkiewicza SAC w Gdańsku, 2007).

Jak wskazują dane przytaczane przez specjalistów opieki paliatywnej, w Polsce co roku „rejestruje się ok. 120 tys. nowych zachorowań na nowotwory złośliwe, a z powodu choroby nowotworowej umiera ponad 80 tys. chorych, co stanowi jedynie część wszystkich chorych umierających z powodu przewlekłych postępujących chorób, których liczba sięga rocznie 350 tys.” (Łuczak i in., 1999, s.9).

Dane Ministerstwa Zdrowia szacują, iż w Polsce rocznie opieki paliatywno-hospicyjnej wymaga około 200 tys. chorych dorosłych i ponad 2000 dzieci i młodocianych (Fundacja Hospicyjna, 2008). Z danych tych wynika ponadto, że w Polsce rocznie średnio umiera ok. 380 tys. osób, w tym tylko z powodu chorób nowotworowych ponad 70 tys. Choroby nowotworowe są przyczyną blisko 20% wszystkich zgonów, w tym 40% zgonów kobiet w wieku 45 - 65 lat i 30% zgonów mężczyzn w wieku 45 - 65 lat.

Od początku lat 90-tych XX wieku odnotowuje się wzrost liczby zachorowań i zgonów z powodu choroby nowotworowej. Obecnie co piąty mieszkaniec Polski umiera z powodu nowotworu złośliwego. Po 75 roku życia odsetek ten ulega zmianie - co drugi mieszkaniec naszego kraju umiera z powodu raka. W latach następnych przewiduje się dalszy wzrost zachorowań i zgonów z powodu choroby nowotworowej (Ministerstwo Zdrowia, 2007).

W Polsce opieką paliatywno-hospicyjną obejmowani są przede wszystkim pacjenci ze schorzeniami nowotworowymi. Ponadto grupą docelową odbiorców świadczeń są osoby cierpiące z powodu innych schorzeń o niepomyślnym rokowaniu m.in. chorób o podłożu genetycznym, ofiary wypadków, chorzy na AIDS.

Wobec faktu starzenia się społeczeństwa polskiego przyjąć należy, iż istnieje witalna potrzeba ciągłego rozwoju i dbałości o jakość opieki paliatywno-hospicyjnej.

Zgodnie z Zarządzeniem Nr 53/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6.08.2008r. w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka długoterminowa podstawą do objęcia pacjenta opieką paliatywno-hospicyjną jest skierowanie wystawione przez lekarza

ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie wskazań medycznych, które określa sam lekarz kierujący. Bezwzględny warunkiem jest podpisanie przez pacjenta świadomej zgody na objęcie opieką paliatywną. Jak podkreśla Buss i Lichodziejewska-Niemirko (2008) pacjent powinien być świadomy do jakiej jednostki jest kierowany, a zatajanie tej informacji zaprzecza idei hospicjum.

Każdy zgłoszony pacjent w terminalnej fazie choroby, musi być objęty opieką, a sam fakt zgłoszenia pacjenta winien zostać odnotowany w dokumentacji prowadzonej przez zakład opieki paliatywnej. Jeżeli nie jest możliwe udzielenie pomocy przez dany ośrodek pacjentowi należy wskazać inny zakład opieki zdrowotnej, właściwy ze względu na jego stan zdrowia lub miejsce zamieszkania. W niektórych uzasadnionych przypadkach pacjent może być ponadto kierowany na leczenie szpitalne. Lekarz kierujący, zobowiązany jest wskazać pacjentowi placówki, w których może być kontynuowane leczenie oraz uzasadnić na skierowaniu i w dokumentacji pacjenta konieczność leczenia szpitalnego.

Zgodnie z obowiązującymi uregulowaniami prawnymi w Polsce pacjent nie ponosi kosztów za świadczenia zdrowotne w opiece paliatywnej gdyż są one finansowane ze środków publicznych jako odrębne świadczenie zdrowotne (Ciałkowska-Rysz, 2009, s.22-26).

Jednostkami kalkulacyjnymi za świadczenia zdrowotne w opiece paliatywnej są:

- osobdzień w hospicjum stacjonarnym/oddziale medycyny paliatywnej, hospicjum domowym i hospicjum domowym dla dzieci,
- punkt w poradni medycyny paliatywnej

Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje opiekę paliatywną w następujących formach:

- zespół domowej opieki paliatywnej/hospicjum domowe,
- oddział medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarne,
- hospicjum domowe dla dzieci,
- poradnia medycyny paliatywnej.

Nakłady przeznaczone na opiekę paliatywną na 1 mieszkańca Polski kształtowały się w poszczególnych latach w sposób następujący (Ciałkowska-Rysz, 2009; Ciałkowska-Rysz i Dzierżanowski, 2012):

- 2005 r. – 3,26 zł,
- 2006 r. – 3,58 zł,
- 2007 r. – 3,75 zł,
- 2008 r. – 3,55 zł, po podwyżce w II połowie roku – 5,54 zł,
- 2009 r. – 6,73 zł.
- 2011 r. – 7,62 zł
- 2012 r. – 8,31 zł.

Dzień przyjęcia do hospicjum lub wypisu, zgonu wykazywany jest jako jeden w ogólnej liczbie zrealizowanych osobodni. Podobnie dzień skierowania do szpitala i powrotu ze szpitala traktowany jest jako jeden osobodzień wykonany w zakładzie.

W uzasadnionych przypadkach i w porozumieniu z lekarzem hospicjum pacjent może uzyskać przepustkę. W tych przypadkach jest zabezpieczony w leki i materiały medyczne wydane przez hospicjum/oddział medycyny paliatywnej (koszt wliczony w cenę osobodnia). Świadczeniodawca zobowiązany jest do udokumentowania informacji o pobycie ubezpieczonego na przepustce. Świadczeniodawca w rozliczeniu z płatnikiem nie wykazuje liczby osobodni, w których ubezpieczony przebywał na przepustce. Opieka nad osieroconymi wliczona jest w koszt opieki nad chorym sprawowanej przez hospicjum (Fundacja Hospicyjna, 2007).

Na podstawie danych z piśmiennictwa stwierdzono, iż istnieje luka finansowa pomiędzy środkami przeznaczonymi na świadczenia z zakresu opieki paliatywnej, a rzeczywistymi kosztami jej sprawowania. Rzeczywiste koszty opieki paliatywnej przewyższają środki przeznaczone na opiekę paliatywną. Jak podaje Ciałkowska-Rysz (2009), w czasie gdy środki przekazywane na opiekę paliatywną pozostawały na zbliżonym poziomie, koszty sprawowania działalności stopniowo wzrastały. Opieka paliatywna/hospicyjna nie stanowi nadal priorytetu polityki zdrowotnej państwa, a środki wydatkowane na świadczenia z tego zakresu są wysoce niewystarczające. Na pokrycie kosztów działalności ponad 400 ośrodków opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce w 2002 roku wydatkowano ponad 100 milionów złotych, co stanowi około 0,3% wszystkich wydatków na opiekę zdrowotną i uniemożliwia zapewnienie należnych standardów opieki paliatywno-hospicyjnej

(Łuczak, 2004). Ciałkowska-Rysz (2009) wskazuje na niedostateczne finansowanie jako najważniejszy problem medycyny paliatywnej.

Jednakże jednostki medycyny paliatywnej funkcjonują także dzięki dodatkowym źródłom finansowania. Ciałkowska-Rysz (2009) wśród najważniejszych wylicza środki pochodzące od samorządów lokalnych oraz pozyskiwane przez organizacje pozarządowe (stowarzyszenia i fundacje). Autorka podkreśla jednocześnie, że wielkość tych środków finansowych nie jest znana.

Ogólny stan opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce w porównaniu do innych państw Europy Środkowej i Wschodniej prezentuje się, jak podają Buss i Lichodziejewska-Niemirko (2008), imponująco. Jak wynika z danych European Association for Palliative Care – EAPC (2007) Polska należy do państw o najlepszej dostępności do opieki hospicyjnej w tej części Europy. Porównując ogólną liczbę jednostek wykonujących świadczenia w obszarze opieki paliatywnej Autorzy wskazują, że mamy do czynienia z sytuacją podobną jak w Szwecji, Irlandii czy krajach Beneluksu. W Polsce jednakże odnotowuje się zauważalny brak tzw. szpitalnych zespołów wspierających. Przyczyny tego stanu rzeczy upatruje się, jak wspomniano wcześniej, w braku finansowania tej formy wsparcia przez Narodowym Fundusz Zdrowia.

III. Marketing w działalności hospicyjnej

1. Racjonalność zastosowania marketingu w działalności non-profit

Powszechnie stosowane określenie „marketing” bardzo często utożsamiane jest z reklamą i sprzedażą. Nie jest to jednak określenie w pełni oddające jego znaczenie. We współczesnym piśmiennictwie odnajdujemy wiele jego definicji. W Wielkiej Brytanii najpopularniejszą wg. A. Sargeant (2004, s.23) definicją marketingu jest określenie go „procesem zarządzania odpowiedzialnym za rozpoznawanie, przewidywanie i zaspokajanie wymagań klientów w zyskowy sposób” (wg Chartered Institute of Marketing). Jednak prawdopodobnie najpopularniejsza definicja, sformułowana przez Ph. Kotlera (2005, s.6), określa marketing jako „proces społeczny i zarządczy, dzięki któremu konkretne osoby i grupy otrzymują to, czego potrzebują i pragną osiągnąć poprzez tworzenie, oferowanie i wymianę posiadających wartość produktów”.

Jak podaje Sargeant (2004, s.23) „w postrzeganiu marketingu ważne jest zachowanie szerszej perspektywy.” Z tego względu współcześnie nie należy go traktować jako dodatkowej funkcji zarządzania, oderwanej od całościowego postrzegania organizacji, lecz zdecydowanie jako filozofię i koncepcję postępowania ludzi w różnych dziedzinach życia.

Do początku lat 70-tych XX wieku zarówno język jak i teoria marketingu koncentrowały się na tłumaczeniu w jaki sposób dobra i usługi są wyceniane, promowane i dostarczane na rynkach komercyjnych przez firmy (tzw. *for-profit firms*). Transakcje i opłaty były uważane za centralną część definicji rynku i marketingu. Inne kategorie aktywności takie jak wysiłki podejmowane przez muzea, grupy artystyczne, kościoły, organizacje socjalne, administrację miejską/samorządową, grupy społeczne podejmowane w celu przyciągnięcia uwagi i świadczenia usług na rzecz wizytujących, członków, dawców, klientów, fanów/entuzjastów i innych odbiorców znajdowały się poza „czystą” definicją marketingu. Problemy z jakimi borykają się powyższe grupy były badane (jeżeli w ogóle) przez dziennikarzy czy praktyków *public relations* (PR). W późnych latach 60-tych, niektórzy naukowcy doszli do wniosku, że problemy z jakimi stykają się organizacje niekomercyjne/non-profit mają charakter podobny marketingowemu,

który mógłby stać się przedmiotem owocnych rozważań w języku i koncepcji marketingowej. (Kotler, 2005b, s.114). Konsekwencją tego podejścia była publikacja przez Levy`ego i Kotlera w 1969 roku publikacji "Broadening the Concept of Marketing", która rozpoczęła dyskusję nad przydatnością koncepcji marketingu w organizacjach niedochodowych. Autorzy uznali, że marketing jest zdolny wyjść poza ramy przyjęte w jego wykorzystaniu w firmach komercyjnych i nabrać szczególnego społecznego wymiaru. Kotler i Levy zdefiniowali wówczas marketing jako „zaspokajanie potrzeb ludzkich dokonane z wyczuciem.” (Sargeant, 2004, s.31). Pomimo obaw, że rozszerzenie definicji może skutkować „rozmyciem się” jego istoty, autorzy podkreślili potrzebę rozszerzenia obszaru zainteresowania marketingu podając następujące argumenty (Kotler, 2005b):

- marketing pomaga praktykom w sektorach niekomercyjnych osiągać z większym sukcesem założone cele,
- obszar marketingu może skorzystać dzięki rozpoznaniu nowych kwestii i rozwoju nowych konceptów, które mogą być ponownie do niego implementowane skutkując rozwojem marketingu komercyjnego,
- poprzez poszerzenie terytorium marketing może spowodować większe zainteresowanie i respekt/szacunek dla wytwarzanych dóbr czy usług,
- marketing może stać się bardziej interesującą dyscypliną badawczą dla szerszego grona młodszych odbiorców, którzy przejawiają małe zainteresowanie światem komercyjnych firm „for-profit” (s.114).

W oparciu o opinie innych autorów Kotler uszeregował nowe obszary, które kolejno, stopniowo wkraczały w krąg zainteresowania marketingu. Obejmowały one: marketing społeczny (*Social marketing*), marketing oświaty/ edukacji (*Educational marketing*), marketing zdrowia (*Health marketing*), marketing osobistości (*Celebrity marketing*), marketing kultury – obejmujący muzea i grupy artystyczne (*Cultural marketing*), marketing kościelny (*Church marketing*) oraz marketing miejsc (*Place marketing*) (Kotler, 2005b, s.114).

Pewien niepokój czy też sprzeciw społeczeństwa budzi w dalszym ciągu łączenie terminu „marketing” z pojęciem „ochrona zdrowia” bądź „sztuka” czy „religia”. Krytykowane bywa, jak podaje Limański i Drabik (2007) nieuzasadnione narzucanie rynkowej, czy też wręcz kupieckiej, filozofii podmiotom z założenia dedykowanym spełnianiu innych ról społecznych niż uprawianie szeroko pojętego biznesu. Najłatwiej akceptowanym przejawem marketingu w tych dziedzinach jest prowadzenie badań, sprzedaż idei czy zbieranie funduszy. Coraz częściej do języka

wprowadzane są obecnie typowo marketingowe określenia jak segmentacja, *targeting* czy pozycjonowanie, jak również zauważyć można wykorzystanie typowo marketingowych narzędzi czy kanałów komunikacji. Jak podkreśla Kotler także społeczni marketerzy są skuteczni promując idee czy pozytywne postawy obywatelskie.

Kotler (2005, s.115) ocenia, że eskalacja koncepcji marketingu na sektor niekomercyjny było „dramatem obfitującym w kontrowersje, opozycje, zastrzeżenia i zwycięstwa”. Jednak, jak podkreśla, ogólnie zgodzić się należy, iż rozszerzenie pojęcia marketingu było dobre zarówno dla samego marketingu, jak i dla obszarów, które zostały objęte jego oddziaływaniem.

Innym problemem, z którym spotkało się wprowadzenie marketingu do sektora niekomercyjnego było zagadnienie odbiorcy. Kotler i Levy uważają, że bez żadnych wątpliwości również w tym przypadku należy wprowadzić pojęcie „klienta”. Wśród typowych klientów organizacji non profit działających w obszarze zdrowia Sargeant (2004, s.32) zaliczył m.in.: pacjentów, odwiedzających i krewnych pacjentów, praktykujących lekarzy, towarzystwa ubezpieczeniowe. Dodatkowo do grupy klientów można włączyć pracowników oraz w przypadku ośrodków dydaktycznych (klinik) uniwersytetów medycznych także studentów i osoby objęte kształceniem ustawicznym (lekarzy, pielęgniarki). Ze względu na łączony charakter tych podmiotów (placówka ochrony zdrowia i edukacyjna) należy brać pod uwagę oba te aspekty.

Jak podaje Sargeant (2004) „uznanie grup społecznych, którym mają służyć organizacje non profit, za klientów, jest bardzo dobrym posunięciem, ponieważ zmusza osoby odpowiedzialne za marketing w takich organizacjach do rozpoczęcia procesu planowania od precyzyjnego określenia wymagań swych klientów.” (s.32)

Zgodnie z poglądami Styś (2003) możliwe jest wskazanie czterech głównych przyczyn adaptacji przez organizacje non-profit reguł ekonomicznych w tym marketingu:

1. Postępująca inflacja, która spowodowała ograniczenie pomocy finansowej dla tych organizacji, co osłabiło ich kondycję finansową;
2. Zmiana polityki wielu rządów - zmniejszenie dotacji i finansowania sfery usług publicznych i społecznych;

3. Tendencja do zmniejszania się potencjalnej liczby wolontariuszy wspomagających organizację;
4. Problemy rynkowe, potrzeba prowadzenia kampanii marketingu społecznego.

Ponadto, zastosowanie idei marketingowych oraz wzrost akceptacji marketingu w sektorze non-profit wydają się być silnie związane z rozszerzeniem definicji marketingu, który przestaje być już rozumiany jedynie jako „zyskowe dostarczanie potrzebnych towarów i usług” (Sargeant, 2004, s.8). Jak dowodzi Sargeant (2004) „punkt ciężkości przesunął się ku spełnieniu wymagań konsumentów, zaspokojeniu potrzeb konkretnej społeczności dokonaniem z wyczuciem. Marketing przestał więc być kojarzony z niepohamowanym dążeniem do osiągnięcia zysku i przekształcił się w pewną koncepcję zarządzania, która może dotyczyć wszelkich organizacji, niezależnie od ich nastawienia wobec osiągania zysku” (s.8). Dodatkowym aspektem nieodłącznie związanym z codzienną działalnością organizacji niekomercyjnych jest możliwość wykorzystywania narzędzi marketingowych do świadomego kształtowania wizerunku organizacji, co stanowi jeden z elementów strategii marketingowej.

Jak podaje portal organizacji pozarządowych www.ngo.pl (10.2008) „Fundacje muszą zabiegać o lepszy wizerunek publiczny – tym bardziej, że są bardzo „popularnym” przedmiotem ataków.” Jednocześnie na przeciwległym biegunie organizacji non-profit znajdują się ich potencjalni darczyńcy – przedsiębiorstwa i osoby prywatne – stanowiący jedną z grup docelowych działań przez nie inicjowanych.

Niezwykle istotne dla dobrego wizerunku organizacji są również właściwe kontakty z mediami. Jak podkreśla Głogosz (1999a) „treść informacji przekazywanych przez media oraz forma przekazania tych informacji mają wpływ na wiarygodność organizacji i skalę ich działania” (s.171). Opiniotwórcza wartość mediów może stanowić znaczące narzędzie w kampaniach społecznych organizacji pozarządowych w kwestii m.in. alokacji 1% podatku. Jednocześnie nieprzychylnie informacje o sektorze non-profit w mediach mogą w sposób negatywny wpływać na opinię publiczną co w konsekwencji może zahamować rozwój i upośledzić działalność NGO.

Zastosowanie procedur marketingowych można zaobserwować w obrębie takich procesów działalności organizacji niedochodowych jak:

- definiowanie i określenie skali potrzeb społecznych,
- prezentowanie i kształtowanie produktu w rozumieniu także usług oferowanych przez organizacje non profit,
- definiowanie misji i celów organizacji nieochodowej,
- gromadzenie funduszy na działalność,
- edukacji odbiorców-konsumentów,
- pozyskiwania darczyńców, fundatorów,
- kształtowania wizerunku organizacji,
- dbałości o satysfakcje pracowników (i wolontariuszy).

W przypadku hospicjów, pierwszorzędową rolę odgrywa aspekt gromadzenia funduszy na działalność w tym pozyskiwanie darczyńców. Jednocześnie w opinii przedstawicieli Polskiego Stowarzyszenia Fundraisingu hospicja znajdują się w grupie podmiotów sektora non-profit, dla której pozyskiwanie funduszy jest najłatwiejsze.¹⁰

W 1969 roku Kotler i Levy dowodząc związków organizacji nieochodowych z podmiotami rynku zwrócili szczególną uwagę na wzajemne procesy wymiany wartości i użyteczności pomiędzy różnymi sektorami rynku. Również, jak podaje Iwankiewicz-Rak (1997, s. 57) również inni ekonomiści wskazywali w swoich pracach na podobieństwo zachowań firm biznesu i organizacji nie nastawionych na zysk. Wszyscy autorzy podkreślali jednak specyfikę funkcjonowania tych organizacji, która obligowała do uwzględniania dobra społecznego we wszelkich decyzjach, formułowaniu strategii czy doborze instrumentów marketingowych.

Współczesne organizacje pozarządowe funkcjonują najczęściej w warunkach deficytu budżetowego i ograniczeń finansowych. Wymusiło to wzrost aktywności w kierunku pozyskiwania funduszy na działalność i realizację zadań. Jak podkreśla Iwankiewicz-Rak (1997) „warunkiem rozwoju organizacji non-profit jest dążenie do zdobywania środków na działalność, a nawet osiągnięcia nadwyżki finansowej” (s. 61).

Ze względu na znaczną różnorodność organizacji non profit i charakter ich działalności przyjąć należy, że pod pojęciem produktu kryć może się zarówno

¹⁰ Opinia członka Zarządu Polskiego Stowarzyszenia Fundraisingu wyrażona w niepublikowanej prywatnej rozmowie indywidualnej Autorki – wrzesień 2013

konkretny przedmiot, usługa jak i idea czy osoba. (Iwankiewicz-Rak, 1997, 1999, 2011; Limański i Drabik, 2007).

Mając na uwadze charakter działalności organizacji niekomercyjnych należy podkreślić, iż nie jest możliwa adaptacja wprost reguł marketingowych ze środowiska podmiotów komercyjnych, zwłaszcza oferujących jedynie produkty materialne. Konieczna jest adaptacja instrumentów marketingowych i rozszerzenie ich do wariantu uwzględniającego 7 elementów (produkt, cena, dystrybucja, promocja oraz ludzie, procesy i dowody materialne. (Iwankiewicz-Rak, 2011). Podczas gdy podstawowa kompozycja 4P koncentruje się na produkcie i jego producencie, jej rozszerzenie 7P zwraca uwagę na znaczenie otoczenia w formułowaniu strategii. Kompozycja marketingowa obejmująca wyżej wspomniane instrumenty w swojej rozszerzonej wersji w sposób dokładniejszy odzwierciedla możliwe obszary interakcji z odbiorcami. Tym samym marketing organizacji non-profit będzie posiadał punkty wspólne z ideą marketingu usług. Zaznaczyć należy, iż wszystkie elementy kompozycji pozostają od siebie współzależne i w sposób zintegrowany oddziałują na rynek. W przypadku usług świadczonych przez organizacje non-profit w obszarze ochrony zdrowia istnieją pewne ograniczenia (m.in. prawne) związane z podstawowymi elementami marketingu-mix w koncepcji 4P: ceną i promocją. Swoistą specyfiką będą charakteryzowały się ponadto elementy rozszerzające kompozycję marketingową: ludzie, procesy i dowody materialne, co związane jest bezpośrednio z istotą działalności w tym obszarze tj. samopoczuciem czy stanem zdrowia.

Niematerialność usług oraz (w szczególności w przypadku usług medycznych) brak gwarancji ich skuteczności, przyczynia się do istnienia znacznego poziomu niepewności i obaw w relacji personelu medycznego z klientem-pacjentem i jego rodziną. W tym kontekście kluczową rolę odgrywa właściwy poziom i forma komunikacji. Personel medyczny ma za zadanie nie tylko kreować pozytywny wizerunek gabinetu, lecz także edukować pacjentów ukazując tak korzyści jak i problemy, które mogą zaistnieć w przypadku zaniechania postępowania (Bukowska-Pięstrzyńska, 2008).

Koncentracja organizacji pozarządowych przede wszystkim na świadczeniu usług wskazuje na konieczność uwzględnienia w podejmowanych działaniach marketingowych szczególnie czynnika ludzkiego. Ten składnik marketingu-mix o

wyjątkowym znaczeniu, zarówno po stronie usługodawcy jak i odbiorcy działań, powinien stanowić kluczowy punkt orientacji przy podejmowaniu decyzji. Nierozdzielność usług sprawia, że nie ma możliwości oddzielenia „procesu produkcji” od dostarczania, co w praktyce oznacza, że personel (opłacani pracownicy oraz wolontariusze) jest za wszystko odpowiedzialny. Jak podkreśla Sargeant (2004) należy rozważyć umiejętności ludzkie niezbędne zarówno do świadczenia usługi jak i realizacji każdego z elementów planu marketingowego, a następnie dopasować je do profili dostępnych zasobów. W sytuacji zidentyfikowania luki należy uzyskane informacje uwzględnić w procesie rekrutacji, bądź też procesach zarządzania personelem. Mając szczególnie na uwadze fakt, iż łatwiejsze i mniej kosztochłonne jest rozwijanie istniejącej grupy pracowników niż pozyskiwanie nowych.

Specyfiką działalności organizacji pozarządowych jest widoczna rozbieżność między pozyskiwaniem zasobów koniecznych do funkcjonowania, a ich docelową alokacją. W konsekwencji konieczne jest prowadzenie działań marketingowych na dwóch rynkach docelowych – równolegle tj. wśród podmiotów wspierających (finansowo, rzeczowo czy też usługowo) oraz wśród klientów (podmiotów korzystających z oferty organizacji). Sytuacja taka wymaga przygotowania dwóch odrębnych programów marketingowych oraz, co jest warunkiem podjęcia jakichkolwiek działań, dogłębnej analizy potrzeb, wymagań i preferencji ogółu konsumentów.

Wśród klientów produktów i usług oferowanych przez organizacje niedochodowe wyróżnić można bezpośrednich odbiorców usług (niezależnie od tego czy związane jest to z bezpośrednią czy pośrednią płatnością), a także osoby, które nie korzystają bezpośrednio z udzielanych usług, ale jednoznacznie przyczyniają się do funkcjonowania danej organizacji. Grupa ta obejmuje zatem fundatorów, donatorów i sponsorów (pomoc finansowa), a także wolontariuszy, którzy świadczą swoją pracę na rzecz danej organizacji. Z tego względu istotnym wydaje się być włączanie zasad marketingu wewnętrznego w trosce o zadowolenie i satysfakcję pracowników organizacji niedochodowych. Swoistym fenomenem trzeciego sektora, jak podkreśla Iwankiewicz-Rak (1997), nie zrozumiałym dla firm komercyjnych, jest takie kierowanie organizacją niedochodową „by zarówno pracownicy jak i klienci nie tylko byli jej oddani, lecz także służyli jej pomocą nie czekając na korzyści

materialne czy finansowe.” Takie podejście do wykonywanych obowiązków cechuje w znacznej mierze wolontariuszy, którzy stanowią często trzon organizacji non-profit.

Jak podają Limański i Drabik (2007) orientacja marketingowa organizacji niekomercyjnych powinna opierać się na trzech rodzajach marketingu: zewnętrznym, wewnętrznym i interakcyjnym. Dodatkowym rodzajem działań, w który angażują się organizacje non-profit jest tzw. marketing społeczny. Koncepcja ta, określana również mianem marketingu społecznie odpowiedzialnego, stanowi cechę wyróżniającą organizacje pozarządowe wśród innych podmiotów rynku. Związane jest to bezpośrednio z ich charakterem tj. przedkładaniem humanitarnych motywów działania nad przesłanki ekonomiczne (Limański i Drabik, 2007). Celem jest tu poszukiwanie takich rozwiązań, które zapewnią zadowolenie wszystkim uczestnikom wymiany, tak aby realizowali swoje cele (Bogunia-Borowska, 2001).

W literaturze przedmiotu funkcjonuje także termin marketing idei, który precyzyjnie odzwierciedla specyfikę społecznej orientacji marketingu w odniesieniu do organizacji niekomercyjnych. Senyszyn proponuje dwie definicje, pierwsza z nich koncentrująca się na przekazywaniu idei głosi: „marketing idei polega na stosowaniu metod i technik marketingu w celu przekazywania społeczeństwu jako całości, określonym grupom społecznym lub nawet poszczególnym osobom przesłań społecznych, których realizacja, warunkując pożądane przemiany społeczno-gospodarcze, kulturalne i obyczajowe, prowadzi do humanizacji życia.” (Senyszyn, 1999, s.2-4) Druga definicja szczególnie nacisk kładzie na dążenie do uzyskania akceptacji promowanych idei i wcielania ich w życie: „marketing idei to zespół działań, które za pomocą instrumentów marketingu upowszechniają społecznie ważne przesłania i zdobywają dla nich przychylność odbiorców, a w konsekwencji ułatwiają ich realizację w celu spowodowania humanizujących życie przemian społeczno-gospodarczych, kulturalnych i obyczajowych.” (Senyszyn, 1999, s.2-4) Obie definicje dobrze wpisują się w charakter działań podejmowanych przez hospicja w celu promowania ich idei.

Innym obszarem ważnych działań o charakterze marketingowym jest monitorowanie szeroko pojętego otoczenia organizacji. Badania marketingowe i segmentacja rynku pozwalają m.in. na lepsze dopasowanie oferty na wyżej wspomnianych rynkach. Jednak, jak wskazują Limański i Drabik (2007) regularne i

cykliczne prowadzenie badań marketingowych jest rzadkim zjawiskiem w praktyce krajowych organizacji non-profit. Znacznie częściej badania mają miejsce w sytuacjach problemowych i kryzysowych wymagających podjęcia decyzji i w obliczu niewystarczających zasobów informacyjnych. Przyczynę takiego stanu rzeczy Kotler i Andreasen (1996) upatrują m.in. w ogólnej niechęci do stosowania zasad marketingu, lokalnym charakterze i niewielkich rozmiarach organizacji oraz braku wiedzy osób zarządzających o metodach badań i korzyściach z nich płynących. Tymczasem właściwie skonstruowany i aktualnie prowadzony system informacji marketingowej pozwala funkcjonować skuteczniej w warunkach niepewności wynikającej z kompleksowości i szybkości zmian zachodzących w otoczeniu.

Śledząc rozwój sektora pozarządowego wyraźnie można zauważyć, iż konsekwencją przemian społecznych stało się upodobnienie pewnych elementów związanych z zarządzaniem do sektora biznesu. Organizacje przejęły od firm for-profit systemy rachunkowości i sprawozdawczości, jak również sposób zarządzania finansami i kadrami. Iwankiewicz-Rak (1997) podkreśla za P. F. Druckerem, że „organizacje non-profit w odróżnieniu od wielu firm biznesu mają klarowną, jasno wyartykułowaną misję oraz aktywnie pracujący i zaangażowany zespół pracowników, którzy identyfikują się z celami i misją organizacji i to motywuje ich do pracy, za którą (z reguły) otrzymują niewygórowane zarobki” (s.59) Część organizacji non-profit podejmuje próby określania swoich mocnych i słabych stron nie stosując często właściwego nazewnictwa marketingowego, a opierając się jedynie na własnych „odczuciach”. Istnieje jednak wiele przykładów organizacji niedochodowych, które w sposób profesjonalny przyjęły marketing jako sposób zarządzania właściwy i zgodny z oczekiwaniami rynku. Iwankiewicz-Rak (1997) podkreśla, że na wdrożenie zasad marketingu przyszedł czas, gdy pogorszyły się kontakty organizacji z klientami, członkami lub fundatorami. W marketingu upatrywano ratunku i sposobu rozwiązywania problemów społecznych, gospodarczych, rynkowych, a przede wszystkim finansowych” (s.66).

Podstawą podejmowanych działań przez osoby zarządzające jest dokładne i precyzyjne zdefiniowanie oferowanego produktu oraz celu działania danej organizacji. Pierwszy z elementów odnosi się do tzw. mieszanki marketingowej, która w przypadku hospicjów, z uwagi na charakter świadczonych przez nie usług,

obejmować będzie 7 elementów: produkt, cenę, dystrybucję, promocję, personel, proces i świadectwo materialne. W rozdziale drugim niniejszej pracy przedstawiono charakterystykę opieki paliatywno-hospicyjnej, jak również zakres usług świadczonych w ramach tej opieki. Tym samym można stwierdzić, że z punktu widzenia marketingu, w przypadku stacjonarnych hospicjów mamy do czynienia z w miarę homogenicznym produktem. Oczywiście, złożoność form opieki paliatywnej zakłada możliwość poszerzania oferty danej jednostki o działania ambulatoryjne, edukacyjne etc. Niemniej jednak podstawowa działalność stacjonarna pozostaje jednorodna. Różnice pojawiać mogą się w obszarze jakości oferty uzależnionej m.in. od możliwości lokalowych, liczby łóżek, walorów otoczenia czy też dostępności fachowego i нефachowego personelu. Szeroko pojmowany personel hospicjum obejmuje obok specjalistów opieki zdrowotnej również wolontariuszy, a także duchownych, których posłudze poświęcono liczne publikacje dotyczące duchowości ostatniego okresu życia człowieka (Bartoszek, 2000; Pawlak, 2000; Krasuska, Stanisławek i in., 2002; Kübler-Ross, 2010). Kwestią nierozzerwalnie związaną z opieką nad pacjentem u schyłku życia, jest nastawienie do pacjenta oraz umiejętności komunikacyjne z pacjentem i jego rodziną. Problem ograniczonego czasu poświęcanego nauczaniu technik komunikacyjnych w obliczu śmierci w toku kształcenia lekarzy i pielęgniarek podejmowany był niejednokrotnie przez specjalistów opieki paliatywnej w tym konsultantów wojewódzkich i krajowych. Z perspektywy marketingowej dodatkową płaszczyzną wymagającą posiadania umiejętności komunikowania staje się relacja placówka hospicyjna – społeczeństwo. Wykorzystywanie pośrednictwa środków masowego przekazu bez dobrego przygotowania w obszarze kreowania wizerunku organizacji może skutkować przekazywaniem mylnych komunikatów lub też niepełnym wykorzystaniem potencjału kanałów komunikacji do promocji danej jednostki, jak i ogólnej idei opieki hospicyjnej.

Podsumowując należy podkreślić, że współczesny marketing nie może być traktowany jako jednorazowe przedsięwzięcie, lecz jako proces wyrażający jasno i trwale określony sposób postępowania danego podmiotu na rynku. Organizacje non-profit nie powinny rozważać teoretycznie czy podejmować działania marketingowe, lecz praktycznie odpowiedzieć na pytanie jak je stosować, aby odnieść korzyści i osiągnąć założone cele.

2. Organizacje non-profit w Polsce i na świecie

Zmiany zachodzące we współczesnych społecznościach nieodłącznie związane są ze wzrostem i rozwojem potrzeb społeczeństwa. Towarzysząca temu zjawisku ograniczoność zasobów materialnych i niemożność zaspokojenia coraz bardziej zróżnicowanych oczekiwań, stanowi wyzwanie dla polityki tak gospodarczej jak i społecznej. Jak pisze Iwankiewicz-Rak (1997) „obecnie nie wystarcza już >maksymalne zaspokajanie potrzeb ludzkich< jako cel gospodarowania – potrzebna jest maksymalizacja społecznego efektu użytkowego w stosunku do poniesionych nakładów i utraconych korzyści” (s.11). Na tym tle niejako w odpowiedzi na niedostateczną realizację zadań socjalnych i społecznych przez państwo wykształcił się tzw. trzeci sektor gospodarki – sektor społeczny (Iwankiewicz-Rak, 1997, s.15).

Organizacje funkcjonujące w tym obszarze określane są mianem „organizacji non-profit. Podmioty te z założenia nie są nastawione na osiąganie zysku ze swojej działalności, lecz na zaspokajanie potrzeb społecznych.¹¹

Sargeant (2004) przyjmuje, iż za organizację non profit uważa się taką, która „służy poprawie ogólnego poziomu życia społeczeństwa dzięki zebraniu i redystrybucji odpowiednich zasobów oraz dostarczeniu dóbr fizycznych i usług” (s.17). Ponieważ celem istnienia takich organizacji – jak podaje dalej Sargeant (2004) – „nie jest osiąganie zysków lub korzyści dla nich samych, nie dystrybuują one zysków lub nadwyżek między udziałowców albo członków” (s.17). Nie oznacza to jednak, iż organizacje te nie mają możliwości pozyskiwania funduszy na swoją działalność poprzez generowanie dochodu. Ponadto organizacje non profit mogą „zatrudniać personel i angażować się w przedsięwzięcia generujące zysk, mające im pomóc w wypełnianiu ich misji” (Sargeant, 2004, s.17). Kwestią często kontrowersyjną i niezrozumianą w Polsce pozostaje prowadzenie działalności gospodarczej przez organizacje niedochodowe. Jak podkreśla Golinowska (1999a) „[...] działalność gospodarcza nie może być związana z działalnością statutową”(s.19). Jednakże zysk pochodzący z działalności przekazywany jest na

¹¹W literaturze odnajdujemy ponadto takie określenia jak: „not for profit”, non profit, „organizacje niedochodowe” oraz NGO (ang. Non Governmental Organisations) dla określenia organizacji sektora pozarządowego. W rozprawie określenia te są stosowane zamiennie.

realizację tzw. celów statutowych danej organizacji. Problem generowania przychodów dla celów działalności organizacji non-profit stanowi przedmiot zainteresowania oddzielnej dyscypliny naukowej jaką jest ekonomia społeczna. Kwestie związane z finansowaniem działalności organizacji non-profit zostaną omówione w dalszej części tego rozdziału.

Jak podkreśla Golinowska (1999a) w przedmowie do raportu z badań na temat pozarządowych instytucji społecznych „III sektor – to [...] zbiór instytucji, którego zasobem są przede wszystkim wrażliwi działacze z misją pracy w szlachetnej sprawie, często całkowicie bezinteresowni.” (s.10).

Organizacje non-profit nazywane są często zamiennie pozarządowymi¹² lub też bywają określane mianem wolontaryjnych, społecznych, użyteczności publicznej. Nazwy te kładą zatem wyraźny akcent na niezależność od administracji, nie nastawienie na zysk (w kontraście do drugiego sektora), działalność dobrowolną oraz co znamienne, swoim zainteresowaniem obejmują szerokie spektrum spraw społecznych. Tym samym aktywność organizacji (w Polsce) jak podają dane portalu www.ngo.pl jest najwyraźniejsza w dziedzinie ochrony zdrowia, szeroko rozumianej pomocy społecznej, akcji charytatywnych i edukacji. Dodatkowo Wygnański (2008) przytacza dane wskazujące, iż „około 40% [fundacji] za główne pole swego działania uznaje problemy socjalne oraz ochronę zdrowia.” Informacje te wydają się potwierdzać wyniki badań przeprowadzonych w 1999 roku przez Głogosz i Strzezińską. Doniesienia te informowały, iż: „najczęściej wskazywanym przez organizacje polem działania jest szeroko rozumiana edukacja, oświata i wychowanie, następnie ochrona zdrowia, pomoc społeczna, rodzina, dzieci i młodzież.” (Głogosz i Strzezińska, 1999b,s.176). Jednocześnie autorki opracowania podkreśliły, iż tylko nieliczne organizacje działają zaledwie w jednej dziedzinie i z tego powodu niemożliwe (a przynajmniej niezmiernie trudne) jest określenie dokładnej liczby organizacji w poszczególnych dziedzinach życia społecznego. Głogosz i Strzezińska (1999b) przytaczają również dane wskazujące, że w porównaniu z rokiem 1993 zaobserwować można było blisko dwukrotny wzrost liczby organizacji działających w sferze pomocy społecznej oraz zdrowia. W 1999 roku jak podają autorki

¹² W Polsce termin „organizacje pozarządowe” użyto po raz pierwszy w ustawie z dnia 27.08.1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776). Za: Izdebski H Fundacje i stowarzyszenia, Transit, Warszawa 1999, s. 8.

organizacje te prowadziły m.in. blisko 100% schronisk dla bezdomnych, większość hospicjów, ośrodków terapii zajęciowej i interwencji kryzysowej (s.176).

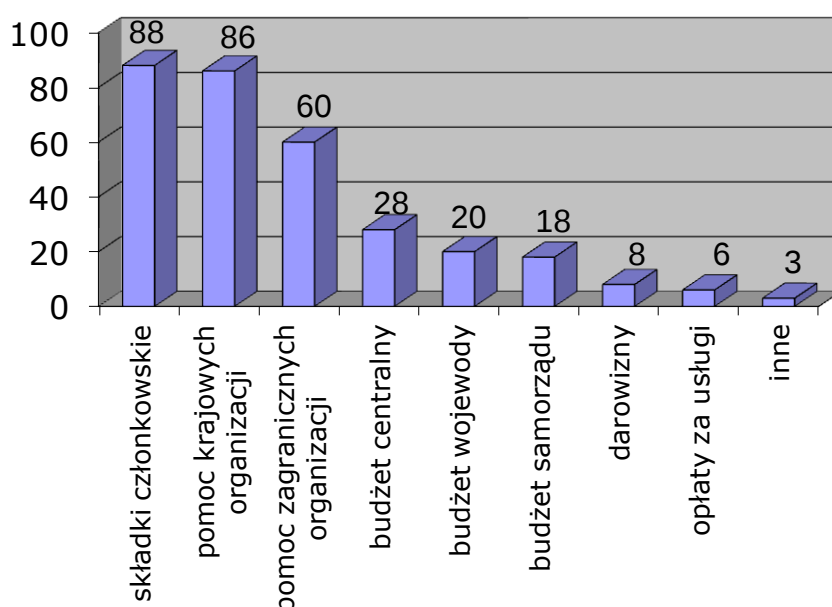
Zaliczenie instytucji ochrony zdrowia do sektora organizacji non-profit może budzić pewne zastrzeżenia. Jednak jak argumentuje Sargeant (2004, s.10) analizując otoczenie tych instytucji zaobserwować można, iż wykazuje ono cechy podobne do cech typowych dla pozostałych kategorii organizacji non-profit – istnieje m.in. rozróżnienie pomiędzy rynkiem pozyskiwania zasobów a rynkiem ich przeznaczenia (alokacji).

Dodatkowo portal organizacji pozarządowych - www.ngo.pl (02.2009) zwraca uwagę na szczególny typ fundacji, które „powstały przy instytucjach publicznych i zajmują się ich wspieraniem (szczególnie w publicznej służbie zdrowia) – często w istocie stanowiąc mechanizm legalizacji opłat (darowizn) za teoretycznie bezpłatne usługi.”

Cechą charakterystyczną sektora non-profit we współczesnych społeczeństwach jest „troska o poszkodowanych i zainteresowanie zagadnieniami mającymi wpływ na ogólny dobrobyt poszczególnych społeczeństw. Sektor ten ma zatem silne powiązanie ze społeczeństwem obywatelskim [...]” (Sargeant, 2004, s.21) Z drugiej jednak strony jak pisze Sargeant (2004) „organizacje non profit mogą też mieć silne powiązania z organizacjami komercyjnymi, czy to dostarczając dobra czy świadcząc usługi, czy też starając się o fundusze na rzecz swych podopiecznych”(s.21)

Jak podają Głogosz i Strzezińska (1999b) wysokość finansów, którymi dysponowały organizacje pozarządowe w Polsce pod koniec lat 90-tych była silnie zróżnicowana. Część organizacji nie dysponowała żadnymi środkami, podczas gdy 2% organizacji skupiało blisko 60% wszystkich środków jakimi dysponował w tym czasie cały trzeci sektor. Pochodziły one (wg częstości występowania) głównie ze składek członkowskich, darowizn osób prywatnych i firm, budżetu samorządów, budżetu państwa, od innych organizacji, z opłat za usługi i działalności gospodarczej, innych źródeł (m.in. dochody z kapitału) (Głogosz i Strzezińska, 1999b, s. 170 i s.190). Szczegółowy udział procentowy poszczególnych źródeł finansowania organizacji non-profit przedstawia rycina 10.

Wyniki badań opublikowane przez Stowarzyszenie Klon/Jawor¹³ wskazują, iż w 2010 roku polski sektor pozarządowy charakteryzował się znacznym rozwarstwieniem – budżet 11% organizacji nie przekracza 100 złotych, jednocześnie 5% najbogatszych organizacji odnotowuje roczny przychód rzędu około miliona złotych lub wyższy. Budżet roczny przeciętnej organizacji wynosi ok. 20 tys. Analizując źródło finansowania wyniki pokazały, że 43% organizacji bazuje na środkach publicznych, na składkach członkowskich oraz na datkach/darowiznach – 17%, 7% organizacji opiera się na wypracowanym zysku, 3% na wsparciu innych organizacji lub oddziałów, a ok. 11% organizacji pozostaje bez środków (Przewłocka, 2010).



źródło: Głogosz D., Strzezińska H. „Charakterystyka organizacji pozarządowych” s. 190 (W: Pozarządowe Instytucje Społeczne. Między państwem a społeczeństwem. Opracowania PBZ, Zeszyt nr 14, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych IPiSS, Instytut Polityki Społecznej UW, Warszawa 1999)

Ryc. 10. Najczęściej występujące źródła dochodów organizacji pozarządowych (%) pod koniec lat 90-tych.

Wraz z uchwaleniem ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz. U. 2003 Nr 96 poz. 873) nową możliwością pozyskania funduszy na działalność organizacji pozarządowych stał się 1% podatku przekazywany

¹³ Publikacja przygotowana na podstawie danych z dwóch badań: „Kondycja sektora organizacji pozarządowych w Polsce 2010” Stowarzyszenia Klon/Jawor oraz „Indeks jakości współpracy” Instytutu Spraw Publicznych przeprowadzonych w ramach wspólnego przedsięwzięcia na ogólnopolskiej, reprezentatywnej próbie 3766 stowarzyszeń i fundacji na przełomie 2010 i 2011 roku przez ankieterów firmy PBS DGA.

dobrowolnie przez podatników na dowolnie wybraną przez siebie organizację. Darowizny te obwarowane są jednakże pewnymi warunkami. Po pierwsze 1% podatku może zostać przekazany tylko organizacji posiadającej status organizacji pożytku publicznego. Baza tych organizacji jest dostępna m.in. poprzez wyszukiwarkę internetową na stronie www.pozytek.ngo.pl.

Pod koniec każdego roku podatkowego obserwujemy nasiloną działalność organizacji (np. w środkach masowego przekazu) na rzecz przekazywania 1%. Warunkiem koniecznym do spełnienia było do 2006 roku dokonanie przez podatnika wpłaty przed rozliczeniem dochodów w danym roku podatkowym – tylko wtedy o wysokość wpłaty pomniejszony mógł zostać należny podatek. Od roku podatkowego 2007 podatnik deklaruje w zeznaniu podatkowym organizację pożytku publicznego (poprzez podanie numeru KRS w odpowiedniej rubryce formularza), której chce przekazać 1% należnego podatku, a wszelkie czynności z tym związane dokonuje Urząd Skarbowy. Zmiana ta miała na celu ułatwienie i upowszechnienie tej formy dobroczynności. Podobna forma dotacji stosowana jest również w innych państwach m.in. Węgry i Czechy wprowadziły zasadę alokacji 1% należnego podatku na cele dobroczynne.

Niewątpliwym przełomem w pozyskiwaniu środków na działalność organizacji pozarządowych było przystąpienie Polski do struktur Unii Europejskiej, które otworzyło przed organizacjami możliwości aplikowania o środki finansowe z programów strukturalnych UE i innych funduszy międzynarodowych. Przykładami takich programów są chociażby EFS (Europejski Fundusz Społeczny) czy Mechanizmy Finansowe (Norweski i EOG).

Problem stabilności i płynności finansowej organizacji non-profit w Polsce związany jest „bezpośrednio z problemem braku klarownych i stałych zasad jego współpracy z administracją publiczną, tym samym – zasad dostępu do środków publicznych, a także z problemem pozyskiwania alternatywnych źródeł finansowania, głównie sponsorów i donatorów indywidualnych, prywatnych.” (Głogosz, 1999a, s.167). Stwierdzenie to aktualne w latach 90-tych nie traci jako problem na znaczeniu i współcześnie. Szczególnie odczuwalne jest to w zarządzaniu organizacjami prowadzącymi jakiekolwiek instytucje czy placówki stałe (noclegownie, hospicja) i zatrudniającymi z tego tytułu personel.

Jak podkreśla Styś (2003) „niezależnie od charakteru prowadzonej działalności usługowej i powiązań z fundatorami i klientami, organizacje niedochodowe dążą do wypracowania nadwyżki przychodów nad rozchodami, która nie tylko jest źródłem finansowania ich działalności, ale także stanowi zabezpieczenie ich przyszłego rozwoju oraz podnosi wiarygodność intencji i celów tych organizacji.” (s.185)

Jak podaje Głogosz i Strzezińska (1999b) „w Polsce organizacje pozarządowe są obecne w sferze społecznej nie krócej niż w krajach zachodnich”(s.174). Jednakże ze względu na przemiany polityczno-kulturowe możemy wyróżnić pewne fazy aktywności trzeciego sektora w historii naszego Państwa. Jak podaje Wygnański „instytucje filantropijne funkcjonowały [...] w Polsce już w XII wieku (np. Fundacja Rodu Odrowążów powołana dla opieki nad chorymi). Wiele instytucji o charakterze fundacji funkcjonowało też w okresie zaborów stanowiąc istotny element obrony narodowej tożsamości” (Wygnański, 2008). W 1918 roku Naczelnik Józef Piłsudski prawnie usankcjonował na mocy dekretu działalność fundacji. W okresie międzywojennym znanych jest wiele Towarzystw podejmujących działalność filantropijną w znacznej mierze przyczyniając się do rozwoju niepodległego państwa polskiego. Niestety po II wojnie światowej dziedzictwo to zostało praktycznie zaprzepaszczone, a przynajmniej odniosło znaczny uszczerbek gdy na mocy dekretu Rady Państwa w roku 1952 wszystkie fundacje zostały rozwiązane a ich majątek znacjonalizowany. W 1984 roku jako konsekwencja stopniowej liberalizacji uchwalona została Ustawa o Fundacjach. Ustawą o fundamentalnym znaczeniu dla istnienia i działalności organizacji non-profit jest wspomniana wcześniej ustawa o działalności pożytku publicznego i wolontariacie wprowadzona w życie z dniem 1 stycznia 2004 roku¹⁴ (z późniejszymi modyfikacjami).

Taki rozwój wydarzeń w trzecim sektorze wydaje się być zgodny z doktryną Hayeka zakładającą, że społeczeństwo obywatelskie, tworzy się w procesie ewolucji, a nie intencjonalnej reformy. Zjawisko to możemy obserwować w społeczeństwie polskim, gdzie silny rozwój sektora pozarządowego odnotowywany jest właśnie w ostatnich kilkunastu latach. W dziejach historii udokumentowany został szereg organizacji o charakterze społecznym. W okresie międzywojennym i wcześniej

¹⁴ dane Stowarzyszenia KLON/JAWOR www.ngo.pl i www.pozYTEK.ngo.pl [z dnia 14.11.2007]

istniał szereg towarzystw filantropijnych, które jednakże w latach powojennych na mocy dekretu znoszącego wolność zrzeszania zostały rozwiązane, co było zgodne z ówczesną polityką państwa. W efekcie osiągnięcia wypracowane w latach wcześniejszych zostały praktycznie zaprzepaszczone.

Niestety ze względu na brak konieczności zgłaszania ustania działalności, liczba organizacji aktywnie funkcjonujących jest trudna do oszacowania. Jak podają Głogosz i Strzezińska (1999c) pod koniec lat 90-tych sektor pozarządowy skupiał około 2 milionów osób. Ponadto na jedną osobę zatrudnioną w sektorze przypada 10 wolontariuszy (s.175). Natomiast z informacji podanych na stronach portalu www.ngo.pl (2008) wynika, iż fundacje zatrudniają obecnie ponad 13000 osób. Te znaczne rozbieżności w liczbie osób zaangażowanych w pracę w sektorze społecznym należy przypisać z jednej strony trudnościom z ewidencjonowaniem pracowników, co jest bezpośrednio związane z wolontaryjnym charakterem sektora, a z drugiej intensywnym przemianom związanym z rozwojem organizacji pozarządowych w ostatnich latach. Niewielki odsetek osób zatrudnionych w formie umowy o pracę w stosunku do wolontariuszy to kolejna cecha charakterystyczna dla sektora. Wygnański podaje, że „posiadanie etatowych pracowników jest wśród polskich fundacji zjawiskiem raczej rzadkim: 2/3 fundacji nie zatrudniała nikogo do prowadzenia swojej działalności statutowej” (Wygnański, 2008).¹⁵

Jedną z kluczowych kwestii efektywnego zarządzania organizacjami non-profit jest prowadzenie dialogu między sektorami publicznym i pozarządowym. Współpraca nie powinna jednak być inicjowana jedynie dla celów pozyskania środków na działalność organizacji. Podstawą pozytywnych relacji winna być troska o dobro często wspólnych podopiecznych – odbiorców świadczeń, beneficjentów. Z praktycznego punktu widzenia partnerstwo ponad sektorami bywa warunkiem *sine qua non* przy aplikowaniu o fundusze, a w innych przypadkach zwiększa prawdopodobieństwo przyznania środków (na drodze konkursowej).

W obszarze pozarządowym funkcjonują ponadto organizacje parasolowe umożliwiające współdziałanie między samymi organizacjami non profit, wspomagają większą koordynację ich pracy oraz zamierzeń.

¹⁵ Fenomen tej często czysto wolontaryjnej pracy (bez wynagrodzenia) był trudny do wytłumaczenia i zrozumienia rozmówcom podczas moich spotkań w Niemczech i w Wielkiej Brytanii. Jednakże jak podaje Polak (2013) od kilku lat ok. 85% hospicjów zatrudnia etatowych pracowników, a 15% prowadzonych jest w dalszym ciągu na zasadzie wolontariatu.

Głogosz i Strzemińska (1999c) podkreśliły ponadto w charakterystyce sektora NGO istotną kwestię konieczności przeprowadzania szkoleń dla działaczy organizacji pozarządowych wynikającą często ze znacznego zróżnicowania poziomu wiedzy ludzi, którzy „jako przedstawiciele różnych, przypadkowo dobranych profesji nie zawsze są odpowiednimi partnerami do realizacji zadań publicznych wspólnie ze specjalistami zajmującymi się danym problemem w instytucjach publicznych” (s.226).

Wniosek ten znajduje odzwierciedlenie w wynikach badań, w świetle których do form oczekiwanego przez NGOs wsparcia należą obok pomocy finansowego/dotacji czy lokalowego również szkolenia oraz dostęp do informacji (Głogosz i Strzemińska, 1999c, s.196).

Dane Centrum Informacji dla Organizacji Pozarządowych określiły udział organizacji pozarządowych w Polsce w 1997r. prowadzących działalność w zakresie ochrony zdrowia na poziomie ok. 34%, a w obszarze pomocy społecznej – 33% (Styś, 2003b, s.187).

3. Hospicyjne organizacje non-profit w Polsce i na świecie

Wśród licznych organizacji o charakterze non-profit funkcjonujących w obszarze ochrony zdrowia nieliczną grupę stanowią podmioty dedykowane działalności paliatywno-hospicyjnej. W 2008 roku na terenie Polski działało 140 pozarządowych hospicjów, z czego większość (112) powołała i zarejestrowała do prowadzenia opieki hospicyjnej niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej (NZOZ). (Stokłosa, 2013) Tak jak w przypadku organizacji pozarządowych dedykowanych innej tematyce, także tu wskazać można stowarzyszenia, fundacje, zrzeszenia czy grupy zadaniowe funkcjonujące bądź jako organizacje „parasolowe” bądź jako podmioty o bardziej indywidualnie zdefiniowanej grupie odbiorców. Widoczną grupę stanowią organizacje powołane by uzupełniać podstawową działalność medyczną danego hospicjum, w tym pozyskiwać dodatkowe środki na jego działalność np. poprzez 1% podatku.

Organizacją pozarządową szczególnie aktywną w środkach masowego przekazu jest Fundacja Hospicyjna, ustanowiona przez Fundatora: ks. dr Piotra Krakowiaka w dniu 21. stycznia 2004. Fundacja działa na obszarze całej Polski jednak jej siedziba mieści się w Gdańsku. Organizacja ta nie opiera się jedynie na

pracy wolontariuszy, lecz także, co zostało zawarte w Statucie Fundacji. „może zatrudniać pracowników na podstawie umowy o pracę, jak również powierzać w ramach innego stosunku prawnego wykonywanie określonych zadań lub czynności” (§2 punkt 5).

Cele główne Fundacji odnoszą się do: promocji i rozwoju opieki paliatywno-hospicyjnej nad chorymi, opieki nad rodzinami i bliskimi osób terminalnie chorych (dzieci i dorosłych), rozwoju wolontariatu, edukacji społecznej. Zwrócić należy uwagę, na jednoznaczne wskazanie w Statucie Fundacji działań informacyjnych i edukacyjnych w formie kampanii reklamowych, promocyjnych przy użyciu środków masowego przekazu, (§5 punkt 3a) (rycina 11).

Pomimo zadeklarowanego w Statucie tej organizacji zasięgu ogólnopolskiego głównym beneficjentem finansowym Fundacji Hospicyjnej na Pomorzu jest gdańskie Hospicjum im. ks. E. Dutkiewicza SAC. Ponadto zgodnie z celami statutowymi prowadzona jest działalność informacyjna za pośrednictwem mediów ogólnopolskich. Wspomnieć należy tutaj realizowaną od blisko 10 lat kampanię „Hospicjum to też życie”, która co roku rozpoczyna się w październiku w Światowym Dniu Hospicjów i Opieki Paliatywnej (www.worlddday.org.) - jest to zawsze druga sobota października. Inicjatorem obchodów Światowego Dnia Hospicjów i Opieki Paliatywnej jest wcześniej wspomniana organizacja o charakterze parasolowym - Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA). Znacznym wsparciem promocyjnym jest prowadzona przez Fundację działalność wydawnicza (kwartalnik „Hospicjum to też życie”) oraz w sposób ciągły rozwijany portal internetowy stanowiący źródło informacji o aktualnych wydarzeniach w ruchu hospicyjnym, dostępny pod adresem www.hospicja.pl (rycina 12).

Do innych hospicyjnych organizacji non-profit o zasięgu ogólnopolskim wymienić można m.in. Ogólnopolskie Forum Ruchu Hospicyjnego, Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej im. Aleksandra Lewińskiego i Antoniny Mazur (rycina 13), Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej, Forum Hospicjów Polskich. Na szczególną uwagę zasługuje Stowarzyszenie Rozwijania Opieki Paliatywnej w krajach Europy Środkowo-Wschodniej (ECEPT) prowadzące działalność o zasięgu międzynarodowym m.in. organizujące szkolenia i wspierające ośrodki na terenie Europy Środkowowschodniej (Bogusz i Łuczak, 2012).


Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej
 im. Aleksandra Lewińskiego i Antoniny Mazur
 >> WWW.OPIEKAPALIATYWNA.COM.PL <<

Login:
 Hasło:
 Rejestracja | Zapomniałem Hasła

Strona główna >> Aktualności >> Forum >> KROPH MZ >> OFRH Kraków >> Pro memoria >> Mapa strony >> O nas >> Kontakt

MENU

- Władze i siedziba
- Statut PTO
- Hospicja i oddziały
- Oddziały PTO
- Konsultanci w dziedzinie medycyny paliatywnej
- Forum medyczne
- Porady prawne
- Linki
- Nasi przyjaciele
- Strony reklamowe

AKTUALNOŚCI

INFORMACJE ORGANIZACYJNE PTO

30-01-2012

W związku z przygotowaniem Walnego Zjazdu Sprawozdawczo-Wyborczego PTO uprzejmie prosimy o przesyłanie na adres do korespondencji Prezesa Zbigniewa Kaczmarska informacji związanych z bieżącą działalnością Oddziałów PTO. Do 30.01.2012 nie odpowiadaliśmy na ...

STANOWISKO ORGANIZATORÓW I ZJAZDU KIEROWNIKÓW OPH

07-11-2008

STANOWISKO ORGANIZATORÓW I Zjazdu Kierowników i Liderów Hospicjów i Zespołów Opieki Paliatywnej

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia dotyczącego standardów opieki paliatywnej

16-10-2006

Poniżej projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia dotyczącego standardów opieki paliatywnej - pliki do pobrania.

Uwagi do projektu standardów opieki paliatywnej Konsultanta Krajowego

16-10-2006

Uwagi do projektu standardów opieki paliatywnej Konsultanta Krajowego - autorstwa ZG PTO, Zespołu Domu Sue Ryder w Bydgoszczy i kilkunastu hospicjów w Polsce ze spotkania roboczego w dniu 4.07.2006 w Bydgoszczy.

Projekt standardów opieki paliatywnej w opracowaniu Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej

16-10-2006

Poniżej pliki do pobrania Projektu standardów opieki paliatywnej w opracowaniu Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej.

[Więcej aktualności]

OPIEKA PALIATYWNA I HOSPICYJNA



Całościowe postępowanie medyczne, psychologiczne, rehabilitacyjne oraz wsparcie socjalne i duchowe dla chorych na przewlekłe choroby niepoddające się leczeniu przyczynowemu, choroby znacznie ograniczające egzystencję oraz na choroby nowotworowe w stadium znacznego zaawansowania i okresie terminalnym. To czynne wspieranie rodziny chorego w okresie choroby ich bliskiego oraz po jego śmierci, o ile tego wymagają.

BIBLIOTEKA PTO



- Książki ✓
- Czasopisma ✓
- Prezentacje Prac ✓
- Artykuły Sponsorowane ✓
- Nowości o Lekach i Metodach ✓
- Archiwum ✓

KONFERENCJE I SZKOLENIA

X Jubileuszowa Ogólnopolska Konferencja

05-05-2004

X Jubileuszowa Ogólnopolska Konferencja "Postępy w leczeniu bólów nowotworowych" Centrum Onkologii – Instytut im. Marii ...

I OGÓLNOPOLSKI ZJAZD MEDYCYN PALIATYWNEJ GDAŃSK 8-9.10.2004

07-03-2004

Szanowni Państwo

W imieniu Komitetu Organizacyjnego mamy zaszczyt i przyjemność zaprosić Państwa do udziału w I Ogólnopolskim Zjeździe ...

ADVANCED COURSE IN PAIN AND SYMPTOM MANAGEMENT - GDAŃSK 23-24.04.2004

07-03-2004

Honorary patronage of the Conference is held by European Association for Palliative Care

www.eapcnet.org

ANKIETA

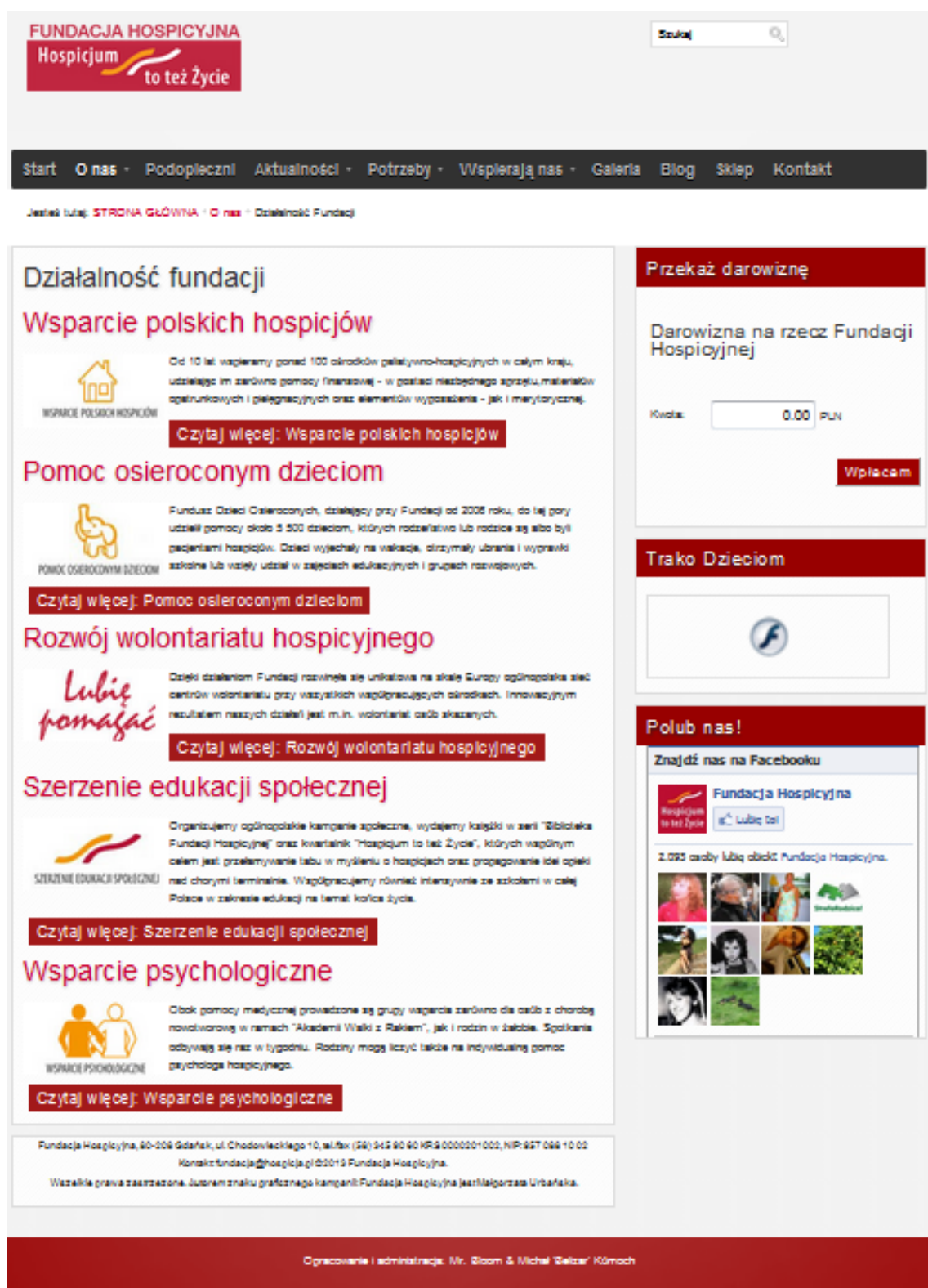
Czy specjalizacja z medycyny paliatywnej będzie Ci pomocna w leczeniu chorych w hospicjum/opiece paliatywnej?

☐ tak, jak najbardziej
☐ chyba tak
☐ nie
☐ raczej nie
☐ nie wiem
☐ nie ma takiej specjalności

SUBSKRYPCJA

wpisz swój adres

Ryc. 11. Fragment strony internetowej Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej



Ryc. 12. Fragment witryny internetowej Fundacji Hospicyjnej



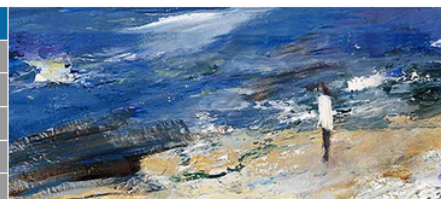
Ryc. 13. Fragment witryny internetowej portalu www.hospicja.pl

Wśród licznie działających hospicyjnych organizacji pozarządowych w Polsce większość prowadzona jest jako wsparcie istniejących hospicjów stacjonarnych i domowych. Część organizacji była organem założycielskim dla hospicjów. W innych przypadkach stowarzyszenia powstawały przy już istniejących placówkach. Lista większości funkcjonujących w 2013 roku organizacji non-profit w obszarze opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce została zamieszczona w załączniku 2 (Forum Hospicjów Polskich, 2013; Baza organizacji pozarządowych i instytucji, 2013).

Również hospicja poza granicami Polski wspierane są przez organizacje pozarządowe dedykowane opiece paliatywnej. Przy istniejącym od 2005 roku Hospicjum w Kilonii funkcjonuje Hospiz Kieler Förde-Stiftung (2013) powołane wyłącznie do celów pozyskiwania funduszy na działalność tego hospicjum (rycina 14). Zgodnie z regulacjami prawnymi na terenie Niemiec, przynajmniej 10% kosztów eksploatacji musi być ponoszone z własnych środków hospicjum. Z tego względu placówki prowadzą działania w celu pozyskania funduszy zachęcając m.in. do objęcia patronatem (sponsoringiem) jak ma to miejsce w przypadku Hospiz-Verein Bergstraße e.V. (2013) czy też wpłacania składek członkowskich na rzecz stowarzyszenia wspierającego daną placówkę np. Förderverein Hospiz St. Vinzenz e.V. (2013). Na terenie Niemiec funkcjonują również organizacje pozarządowe o zasięgu ogólnokrajowym zrzeszające interdyscyplinarne i międzysektorowe jednostki aktywne w dziedzinie opieki paliatywnej jak np. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) czy Palliativ- und Hospiznetzwerk e.V. w Kolonii.

Przy tym samym hospicjum działa również Hospiz Kieler Förde-Förderverein e.V. – stowarzyszenie na rzecz tej placówki (rycina 15). Jego działalność obejmuje obok promowania idei opieki hospicyjnej także pozyskiwanie środków na wyposażenie i prowadzenie opieki.

Stiftung
Spenden
Aktuelles
Stiftungsgremien
Satzung
Kontakt / Anfahrt



Aktuelle Seite: Startseite

Hospiz Kieler Förde-Stiftung

Jeder Mensch, unabhängig von seiner Herkunft, Religion, Weltanschauung oder seinen finanziellen Mitteln braucht einen Ort, an dem er das Leben in Würde und Geborgenheit loslassen kann, an dem er und seine Angehörigen liebevollen Beistand und qualifizierte Unterstützung finden.

Einen solchen Ort zu schaffen und zu erhalten setzt den Einsatz erheblicher finanzieller Mittel voraus. Die Hospiz Kieler Förde - Stiftung setzt sich mit allen ihren Kräften dafür ein, durch Gewinnung von Spenden und Zuwendungen aus der Gesellschaft finanzielle Beiträge für das stationäre Hospiz zur Verfügung zu stellen.

- » Die Hospiz Kieler Förde-Stiftung ist eine rechtsfähige Stiftung des bürgerlichen Rechts.
- » Sie ist gemeinnützig tätig und verfolgt ausschließlich und unmittelbar mildtätige Zwecke.

Engagierte Bürger haben die Gründung der Stiftung und ihre bisherige Vermögensentwicklung ermöglicht. Sie tun dies aus ethischer Verantwortung und in dem Bewusstsein, einen notwendigen und wichtigen Beitrag zum Erhalt und zur Leistungssicherung des stationären Hospiz für Kiel und Umgebung zu leisten.



Danke, jede Spende trägt zum Erhalt des Hospizes bei.

Ryc. 14. Witryna internetowa Hospiz Kieler Förde-Stiftung

Förderverein
Hospizidee
Spende/Mitgliedschaft
Aktuelles
Unser Vorstand
Satzung
Kontakt/ Anfahrt



Aktuelle Seite: Startseite

Hospiz Kieler Förde-Förderverein e.V.

Mit großem Einsatz hat der Hospiz Kieler Förde-Förderverein e.V. seit über zehn Jahren für ein eigenständiges Haus in der Landeshauptstadt Kiel gekämpft.

Mit Hilfe und großem Einsatz vieler aktiver Bürger haben wir es erreicht, dass dieses Haus nun gebaut werden konnte.

Der Hospiz Kieler Förde-Förderverein e.V. mit dem Förderverein Gabriel e.V. und der Stiftung muss jährlich 10% der Betriebskosten von ca. 160.000 Euro aufbringen um den Gästen unseres Hauses einen liebevollen und behüteten Aufenthalt zu garantieren.

Wir bitten um Ihre Unterstützung und Hilfe, damit wir den letzten Tagen mehr Leben geben können. Wir möchten uns liebevoll um die Menschen kümmern, die als Gäste in das Hospiz Kieler Förde einziehen.

Wir wünschen uns ehrenamtliche Mitarbeit und viele Mitglieder, die diesen zutiefst menschlichen Hospizgedanken weiter tragen!

[Beltrittserklärung](#)

[Spendenformular](#)

Hinweis: Sie können die Beltrittserklärung und/oder das Spendenformular direkt am PC ausfüllen. Nach dem Ausdrucken der Datei(en) unterschreiben und senden Sie sie an unsere Adresse.



Danke, jede Spende trägt zum Erhalt des Hospizes bei.

Ryc. 15. Witryna internetowa Hospiz Kieler Förde-Förderverein e.V.

Interesującym przykładem współpracy w obszarze opieki hospicyjnej jest zrzeszanie w sieci poszczególnych jednostek paliatywnych. Fundacja Marie Curie Cancer Care (MCCC) jako organizacja charytatywna działająca na terenie Wielkiej Brytanii, stawia sobie za cel lepszy poziom, szerszy zasięg oraz silniejsze fundamenty opieki nad chorymi na raka obejmujące zarówno lepsze finansowanie jak i rozwój wolontariatu oraz wspieranie społeczności lokalnych. Projekty realizowane pod jej patronatem obejmują istnienie stacjonarnych hospicjów, opiekę pielęgniarzką w domach pacjentów, działalność badawczą i szkoleniową oraz promującą idee hospicyjne (rycina 16).



Ryc. 16. Fragment witryny Fundacji Marie Curie Cancer Care

Od 60 lat Fundacja prowadzi program zwany Polami Nadziei, którego celem jest pozyskiwanie środków finansowych na prowadzoną działalność oraz zwrócenie uwagi społeczeństwa na los człowieka chorego terminalnie. Inicjatywa ta od szesnastu lat zaadaptowana została także w Polsce (również w ramach międzynarodowego projektu popieranego przez Międzynarodowy Fundusz Wyszehradzki, we współpracy z organizacjami z Czech, Węgier i Słowacji). Symbolem programu jest żonkil (który jest także elementem logotypu Fundacji MCCC), a czas jego przeprowadzania zbiega się z okresem kwitnienia tej rośliny (marzec-maj). Pierwotnie w Polsce do programu Pól Nadziei została zaproszona przez Fundację MCCC jedna organizacja – Hospicjum św. Łazarza w Krakowie. Od 2003 roku pełni ono funkcję koordynatora w Polsce, a do działań przyłączyły się także inne hospicja na terenie kraju. Pola Nadziei to długotrwała akcja edukacyjna, w 2013 roku obejmowała także konkursy tematyczne (dotyczące bezinteresownej pomocy i wolontariatu) w szkołach i przedszkolach, koncerty oraz zbiórki pieniężne (rycina 17).

Pola Nadziei 47 marca - 26 maja 2013 | XVI edycja

Pola Nadziei to organizowana od 16 lat kampania zbierania funduszy na rzecz opieki dla osób terminalnie chorych, którą od 1981 roku prowadzi Towarzystwo Przyjaciół Chorych "Hospicjum im. św. Łazarza" w Krakowie.

Aktualności **Uczestnicy** **Program** **Hospicjum** **Wolontariat** **Historia** **Szkoły** **Kontakt**

Program Pól Nadziei 2013

17 marca - niedziela godz. 11:00 - Inauguracja Pól Nadziei - rozpoczęcie kwiatów przy krakowskich kościołach

Kwiecień - konkursy szkolne

- specjalny konkurs „Żonkilew Dytando” dla Szkoł Klubów Przyjaciół Żonkila
- konkurs literacki „Radość pomagania” dla uczniów szkół podstawowych i gimnazjów

Kwiecień - konkursy plastyczne

- „Żonkilew kartka dla chorego” dla przedszkoli i szkół podstawowych
- „Plakat Pola Nadziei 2014” dla gimnazjów i liceów

13 kwietnia - Parafia p.w. św. Brata Alberta, os. Dąbrowa 303 - Koncert Zespołu YesKieZSirumem - 35. koncert z cyklu Nowa Huta. Dlaczego Nie? -- dedykowany Polom Nadziei przez Porozumienie Dzielnice Nowohutskich i Ośrodek Kultury Kraków-Nowa Huta

7, 8, 9 maja - Żonkilew Tramwaj NPK w Krakowie - linia nr 24

20 maja - podsumowanie akcji szkolnej, rozstrzygnięcie konkursów szkolnych

28-29 czerwca - piątek, sobota - spotkanie przedstawicieli hospicjów biorących udział w ogólnopolskiej akcji Pola Nadziei

Celem prowadzonej akcji jest również szerzenie idei hospicyjnej oraz uświadomienie dzieci i młodzieży na potrzeby osób chorych. Honorowy Patronat nad krakowską akcją sprawuje Ksiądz Kardynał Franciszek Macharski.

Od 2003 roku Pola Nadziei

KRK

YESKIEZSIRUMEM

DLA PÓŁ NADZIEI

13/04/2013

Pola Nadziei to coroczna kampania prowadzona przez Hospicjum im. św. Łazarza w Krakowie. Żonkile są międzynarodowym symbolem nadziei. Przypominają nam o ludziach cierpiących, oczekujących naszej pomocy i opieki w trudnym okresie odchodzenia z tego świata.

1%

W roku 2013 w terminie od 1 stycznia do 30 kwietnia, rozliczając się z Urzędem Skarbowym za rok 2012 możemy przekazać 1% swojego podatku na rzecz Hospicjum im. św. Łazarza w Krakowie. Skorzystaj z prawa decydując o swoim podatku!

POZYTYCZNY 1% Twoja pomoc w opiece nad chorym u kresu życia

W formularzu PIT, znajduje się okienko, w którym, poprzez odpowiednie zaznaczenie, możemy wyrazić zgodę na przekazanie, do wiadomości Hospicjum, danych takich jak: imię, nazwisko, adres oraz kwota 1% podatku.

PIT 2012

Specjalnie dla Przyjaciół TPCh "Hospicjum im. św. Łazarza" udostępniłmy bezpłatny program, który ułatwi wypełnienie deklaracji. Program został przygotowany dla Hospicjum im. św. Łazarza przez Przedsiębiorstwo Informatyczne IPS z Siedlec.

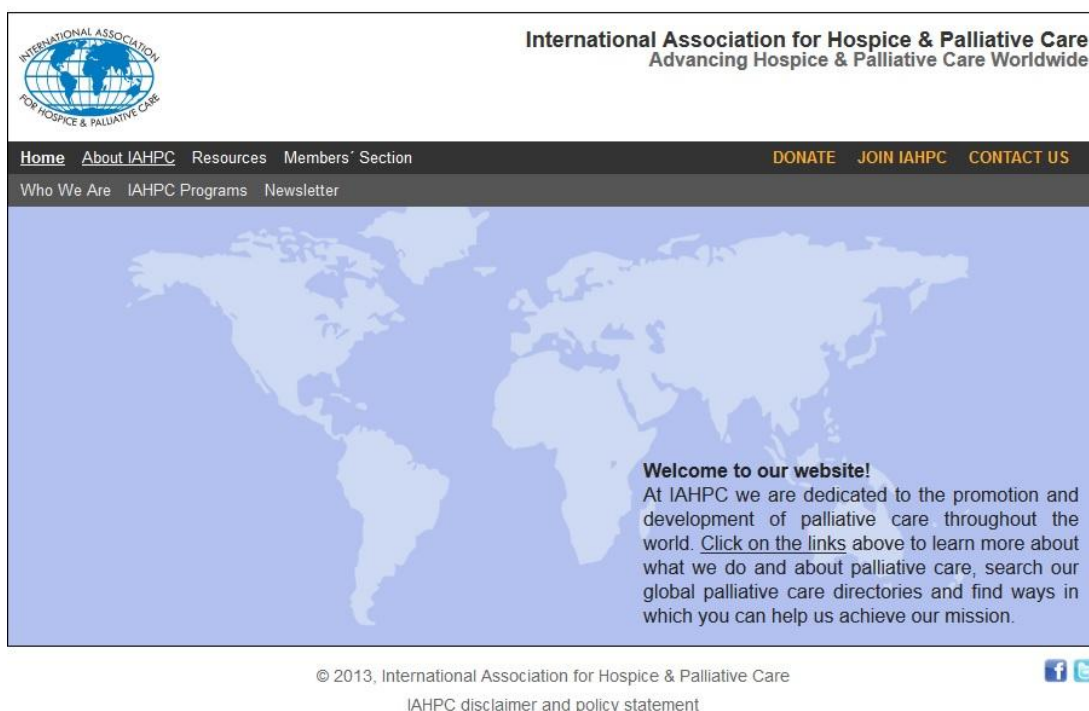
Ryc. 17. Fragment witryny promującej inicjatywę Pól Nadziei

Podobnie jak w Niemczech, Wielkiej Brytanii i Polsce także w innych państwach funkcjonują organizacje pozarządowe wspierające pojedyncze hospicja, bądź też zrzeszające jednostki opieki paliatywnej i pełniące rolę przedstawiciela ruchu hospicyjnego. Na uwagę zasługuje Hungarian Hospice Palliative Association (2013) jako organizacja ogólnokrajowa zrzeszająca w 2008 roku 55 organizacji członkowskich. Prowadzi ona cykliczne badania monitorujące aktywność organizacji oraz publikuje ich wyniki, a ponadto opracowuje i opiniuje dokumenty prawne (w tym standardy postępowania), organizuje konferencje, kursy i szkolenia tematyczne, a także wspiera współpracę organizacji członkowskich.

W regionie europejskim liczne działania w obszarze opieki paliatywnej realizowane są pod egidą European Association for Palliative Care (EAPC) – organizacji non profit uznanej przez Radę Europy. Istniejąca od 1988 roku zrzesza obecnie (w 2013 roku) członków indywidualnych z 47 nacji z całego świata oraz członków zbiorowych z 54 stowarzyszeń narodowych z 32 krajów europejskich. Istotą działania jest otwartość na propozycje członków EAPC w formie projektów czy też powoływania grup zadaniowych, a następnie udzielanie wsparcia w ich realizacji. Może ono obejmować pośrednictwo w nawiązywaniu współpracy, udostępnianie przestrzeni na stronie internetowej EAPC oraz stworzenie strony dedykowanej inicjatywnie, pomoc w aplikowaniu o środki finansowe na realizację zadań czy też promocję działań na kongresach organizowanych przez EAPC (także w formie udostępniania pomieszczeń na posiedzenia grup zadaniowych podczas konferencji).

International Association for Hospice & Palliative Care - IAHPC (2013) to globalna organizacja non-profit, wspierająca rozwój i promująca idee opieki paliatywnej. Organizacja ta w jasno zdefiniowanej misji stawia sobie za cel współpracę i działania na rzecz poprawy jakości opieki nad pacjentami ze schorzeniami zagrażającymi życiu oraz ich rodzinami poprzez dokonywanie postępu w obszarze programów opieki paliatywno-hospicyjnej, edukację, badania i tworzenie sprzyjających zasad postępowania na świecie. Organizacja oferuje m.in. stypendia szkoleniowe umożliwiające pracownikom opieki paliatywnej udział w sympozjach, kongresach czy innych formach edukacyjnych oraz stypendia wyjazdowe dla osób, które chcą przez okres minimum 3 tygodni uczyć w krajach rozwijających się (w hospicjach i innych jednostkach opieki paliatywnej). Jednym ze stypendystów IAHPC

jest prof. Jacek Łuczak. IAHPC prowadzi ponadto działalność badawczą oraz wydawniczą (wytyczne, podręczniki) oraz przyznaje coroczne honorowe wyróżnienia dla osób i instytucji, które w sposób wyjątkowy przyczyniły się do rozwoju opieki paliatywnej. Organizacja wykorzystuje także takie narzędzia komunikacji jak newsletter oraz blog „Friends of IAHPC”, a także serwis społecznościowe (Facebook, Twitter).



Ryc. 18. Fragment witryny internetowej International Association for Hospice & Palliative Care - IAHPC

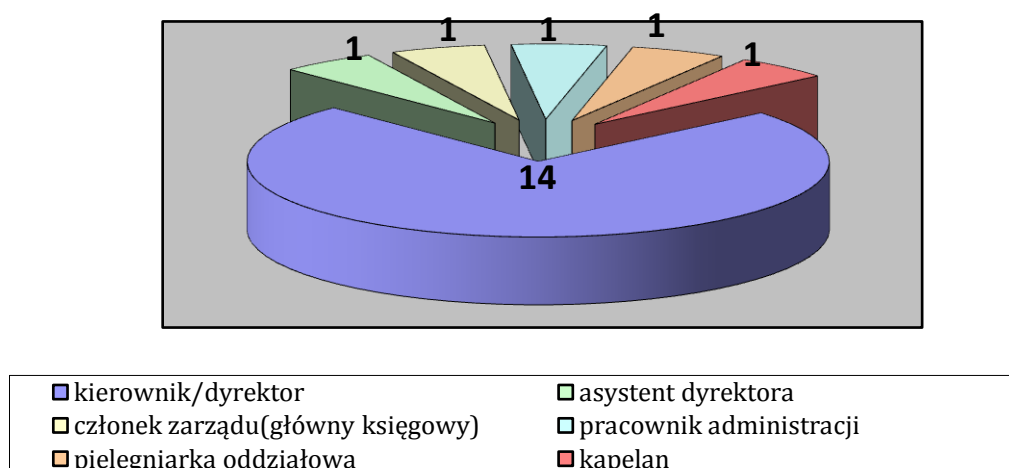
Analiza przyczyn podejmowania pozamedycznych działań przez zagraniczne organizacje w opiece paliatywno-hospicyjnej wskazuje przede wszystkim na potrzeby związane z pozyskiwaniem środków finansowych. W dalszej kolejności aktywność skierowana jest na tworzenie środowisk wspierających osoby u kresu życia oraz ich rodziny oraz promowania idei hospicyjnej. W przypadku organizacji o znacznym zasięgu geograficznym przeważa działalność skoncentrowana na integrowaniu środowisk, promowaniu współpracy dla wspólnej realizacji idei opieki hospicyjnej, jak również inicjatywy badawczo-monitorujące oraz tworzenie warunków politycznych sprzyjających rozwojowi opieki paliatywnej.

IV. Wyniki

1. Ogólna charakterystyka badanej grupy

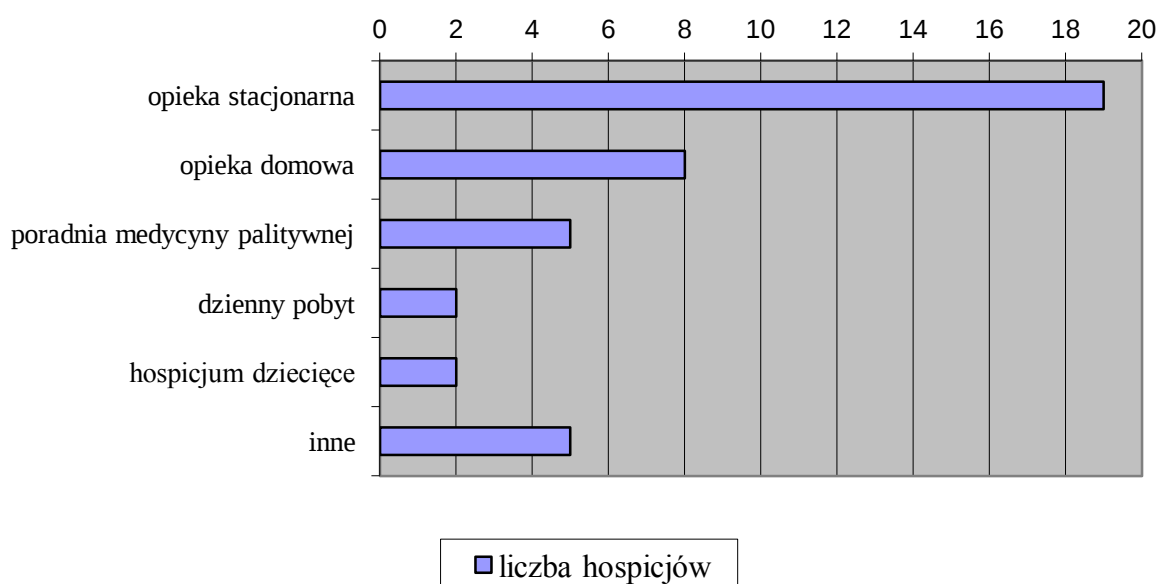
W części 1 omówione zostaną dane ogólnie charakteryzujące badaną grupę hospicjów stacjonarnych, zebrane w oparciu o kwestionariusz ankiety. W większości uzyskano odpowiedź na wszystkie zawarte w kwestionariuszu pytania.

Jak przedstawiono na rycinie 19, osobami wypełniającymi ankietę byli najczęściej dyrektorzy/kierownicy hospicjów.



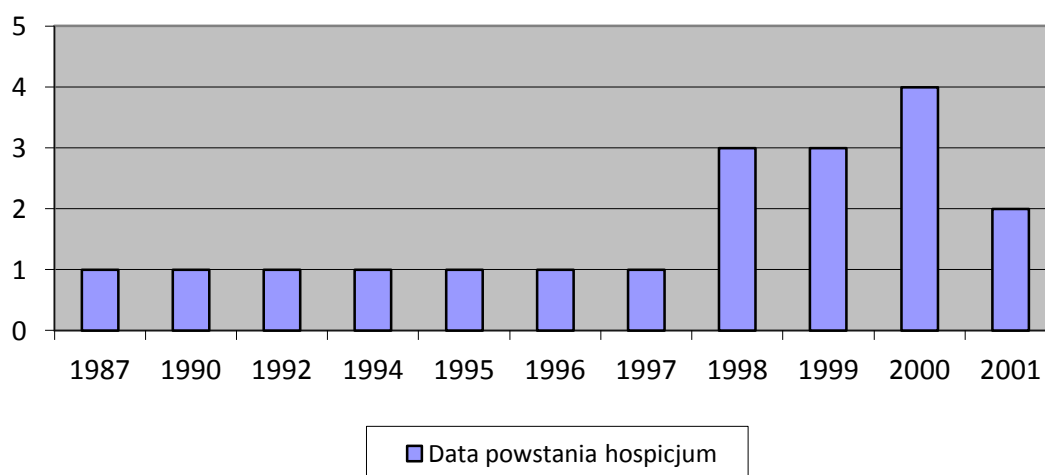
Ryc. 19. Osoba wypełniająca ankietę (źródło: pyt. 36 kwestionariusza ankiety)

Z uzyskanych danych wynika, że hospicja stacjonarne często prowadzą działalność dodatkową, obok stacjonarnej opieki paliatywnej - najczęściej podawaną odpowiedzią była opieka domowa. Wśród opcji „inne” deklarowano prowadzenie następujących form działalności: rehabilitacja, oddział lub zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, zakład leczniczo-opiekuńczy ogólny, apaliczny, psychiatryczny. Szczegółowe wyniki przedstawia rycina 20.



Ryc. 20. Zakres działalności hospicjów stacjonarnych w Polsce (źródło: pyt.1 kwestionariusza ankiety)

Najliczniejszą grupę stanowiły hospicja, które powstały w 2000 roku. Najstarsze badane hospicjum powstało w 1987 roku. 7 spośród badanych hospicjów powstało przed 1997 rokiem. Szczegółowy podział hospicjów ze względu na datę powstania placówki przedstawia rycina 21.



Ryc. 21. Respondenci ze względu na datę powstania placówki (źródło: pyt. 2 kwestionariusza ankiety)

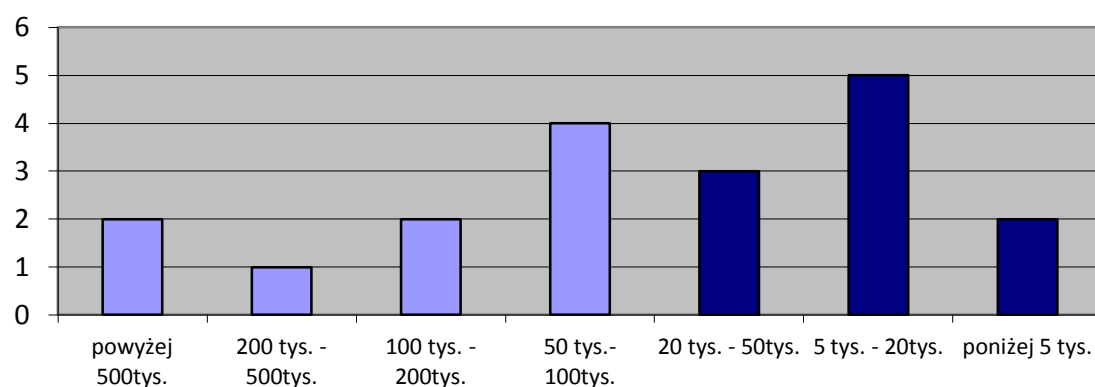
Spośród badanych hospicjów najliczniejszą grupę stanowiły hospicja, których organem założycielskim był kościół (organizacja kościelna). 2 respondentów nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie. Hospicja w podziale ze względu na organ założycielski przedstawia tabela 6.

Tab. 6. Hospicja ze względu na organ założycielski (źródło: pyt. 2 kwestionariusza ankiety)

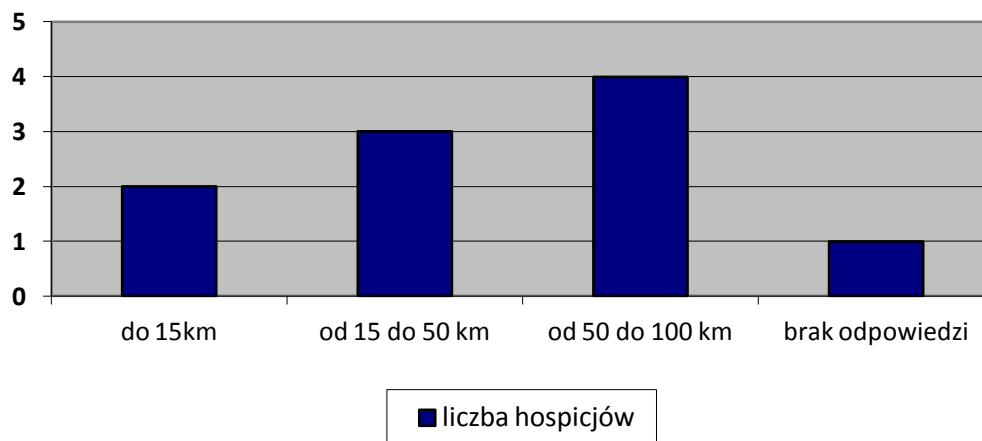
Organ założycielski	Kościół (organizacja kościelna)	Organizacja pozarządowa	Samorząd	Szkoła wyższa	Osoba fizyczna	Brak odpowiedzi
Liczba hospicjów	8	4	4	1	1	1

Posiadanie statusu organizacji pożytku publicznego zadeklarowało 7 hospicjów (pytanie 39). Jednocześnie 6 hospicjów podało jako jedno ze źródeł finansowania 1% podatku (pytanie 10).

Pod względem lokalizacji 10 hospicjów znajdowało się w miejscowościach poniżej 50000 mieszkańców. Spośród nich 4 były umiejscowione w odległości od 50 do 100km od dużego ośrodka miejskiego. Umiejscowienie hospicjum przedstawiają kolejno rycina 22 i 23.

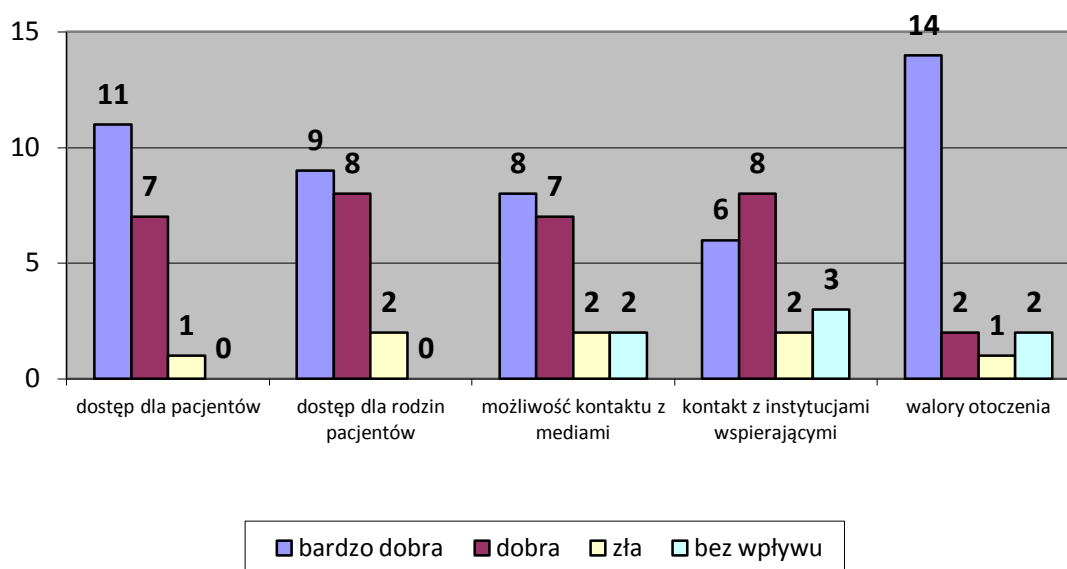


Ryc. 22. Lokalizacja hospicjum (źródło: pyt. 47 kwestionariusza ankiety)



Ryc. 23. Odległość do dużego ośrodka miejskiego – hospicja zlokalizowane w miejscowościach poniżej 50000 mieszkańców. (źródło: pyt. 48 kwestionariusza ankiety)

Respondenci mieli także w pytaniu 29 kwestionariusza ankiety dokonać subiektywnej oceny lokalizacji hospicjum z punktu widzenia pięciu kryteriów: dostępu dla pacjentów, dostępu dla rodzin pacjentów, możliwości kontaktu z mediami i instytucjami wspierającymi oraz walorów otoczenia. Szczegółowe wyniki zaprezentowano na rycinie 24.



Ryc. 24. Ocena lokalizacji hospicjum (źródło: pyt. 29 kwestionariusza ankiety)

Hospicjom zadano również pytanie dotyczące bieżącej liczby łóżek. 2 spośród badanych jednostek dysponowały 5 łózkami. Najliczniejszą grupę

stanowiły hospicja posiadające 15-17 łóżek. W tabeli 7 zaprezentowano podział hospicjów ze względu na liczbę łóżek.

Tab. 7. Hospicja ze względu na liczbę łóżek (źródło: pyt.43 kwestionariusza ankiety)

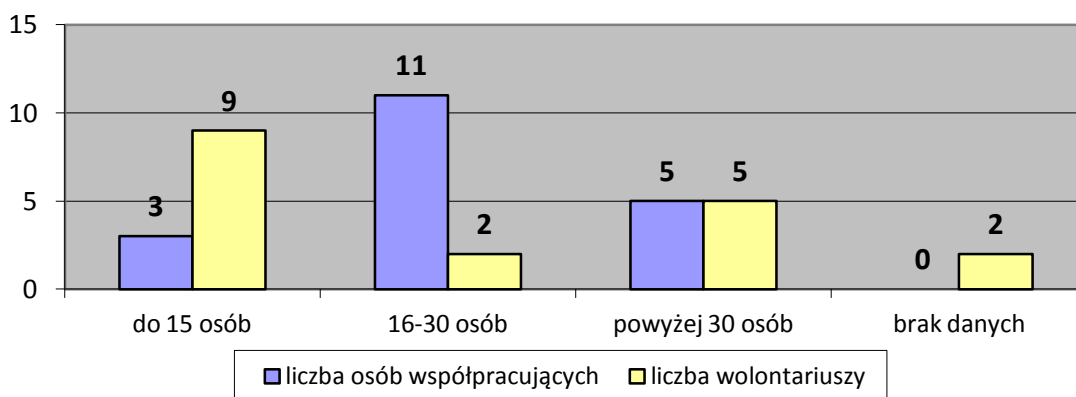
Liczba łóżek	5	6	9	10	11	12	14	15	16	17	24	25	47
Liczba hospicjów	2	1	1	1	1	1	1	2	3	3	1	1	1

Na pytanie o obecną liczbę pacjentów 2 hospicja nie udzieliły odpowiedzi. Najczęściej hospicja zapewniały opiekę stacjonarną 15-17 pacjentom. Szczegółowo dane dotyczące liczby pacjentów zawarte zostały w tabeli 8.

Tab. 8. Liczba pacjentów pozostająca w momencie badania pod opieką hospicjum (źródło: pyt. 43 kwestionariusza ankiety)

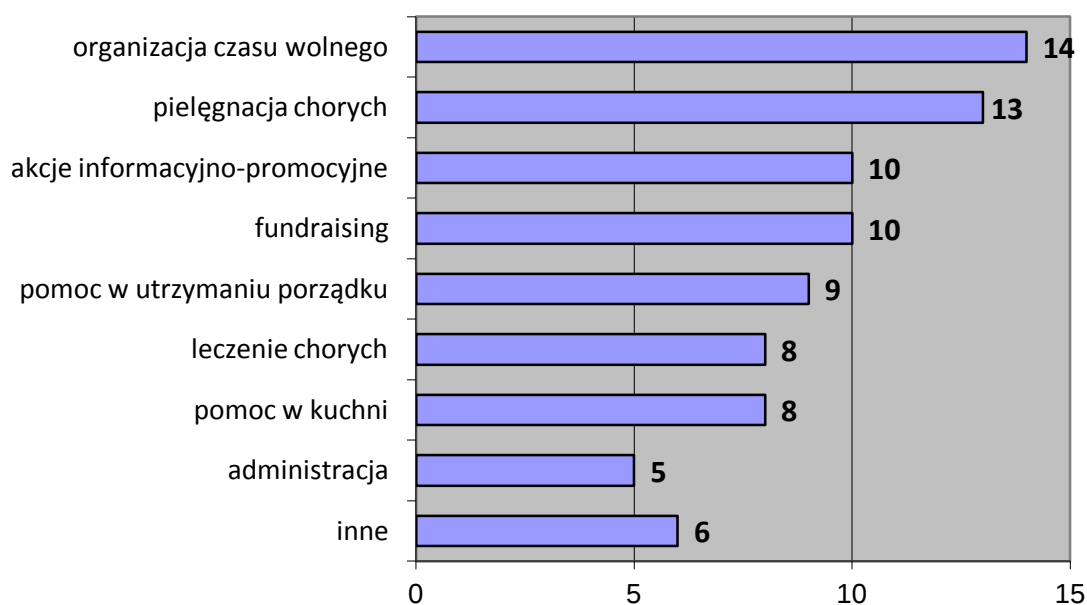
Liczba pacjentów	4	6	8	9	12	14	15	17	25	40	62	134	500	Brak danych
Liczba hospicjów	1	2	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1

Respondentom zadano pytanie o liczbę osób współpracujących z hospicjum (pyt.6) oraz oddzielnie o liczbę wolontariuszy (pyt.7). Z danych wynika, że najliczniejszą grupę stanowią hospicja współpracujące z grupą od 16 do 30 osób. Liczba osób współpracujących w publicznych zakładach jest niższa (do 20) niż w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej (powyżej), jest to zależność istotna statystycznie ($p=0,04997$). Jednocześnie najwięcej hospicjów deklarowało, że korzysta ze wsparcia maksymalnie do 15 wolontariuszy. Szczegółowe wyniki uzyskane w odpowiedzi na pytania 6 i 7 kwestionariusza ankiety zostały zaprezentowane na rycinie 25.



Ryc. 25. Współpracownicy i wolontariusze wspierający działalność hospicjum (źródło: pyt. 6 i 7 kwestionariusza ankiety)

Pytanie 7 kwestionariusza ankiety odnosiło się ponadto do zadań jakie są stawiane przed wolontariuszami pracującymi w hospicjum. Odpowiedzi udzielane w ankietach przedstawione zostały na rycinie 26.



Ryc. 26. Zadania wolontariuszy w hospicjach (źródło: pyt.7 kwestionariusza ankiety)

Wśród odpowiedzi „inne” podawano następujące zadania stawiane wolontariuszom: modlitwa (1), pralnia (1), szycie (1), przygotowanie liturgii (1), zakupy (1), fizjoterapia (1)

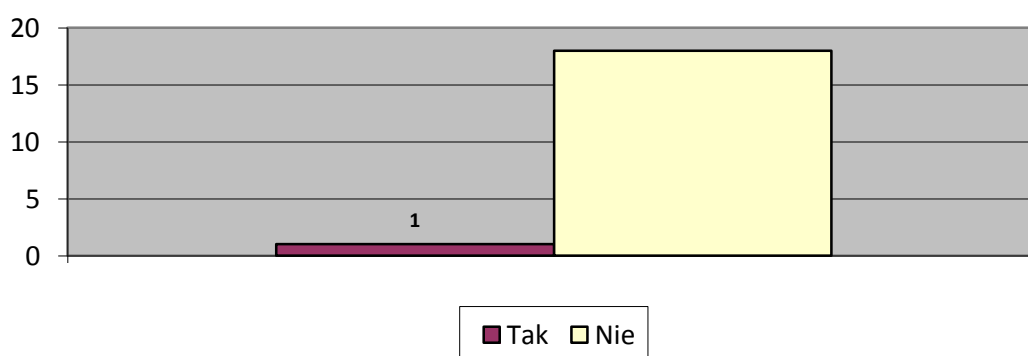
Kwalifikacja pacjentów do hospicjum odbywała się najczęściej na podstawie skierowania od lekarza POZ (17) lub skierowania z oddziału szpitalnego

(16). W przypadku tego pytania można było udzielić więcej niż jednej odpowiedzi. Szczegółowe dane przedstawia tabela 9.

Tab. 9. Sposób kierowania pacjentów do hospicjum (źródło: pyt. 8 kwestionariusza ankiety)

Sposób kwalifikacji	Skierowanie od lekarza POZ	Skierowanie z oddziału szpitalnego	Stan nagły	Prośby prywatne	Lista oczekujących	Skierowanie z hospicjum domowego	Inne
Liczba odpowiedzi	17	16	11	9	2	2	1

Na pytanie 9 „Czy obecne finansowanie z budżetu państwa (m.in. kontrakty z NFZ) wystarcza na pokrycie wydatków funkcjonowania hospicjum?” zdecydowana większość respondentów udzieliła odpowiedzi negatywnej. Tylko jedno hospicjum udzieliło odpowiedzi twierdzącej (rycina 27).



Ryc. 27. Czy obecne finansowanie z budżetu państwa wystarcza na pokrycie wydatków funkcjonowania hospicjum? (źródło: pyt. 9 kwestionariusza ankiety)

Ze względu na niewystarczające w opinii respondentów środki z budżetu państwa przeznaczone na funkcjonowanie hospicjów zadano pytanie o dodatkowe źródła finansowania działalności, z których korzysta dany ośrodek. Pytanie to miało charakter wielokrotnego wyboru. Z odpowiedzi wynika, iż najczęściej są to

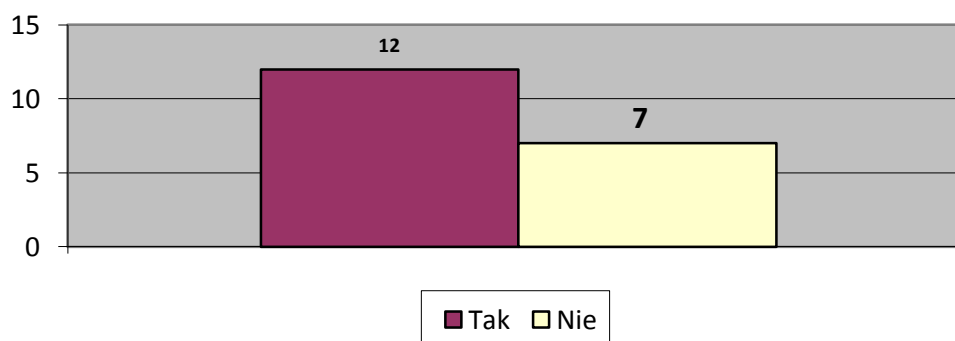
darowizny od darczyńców jawnych, rzadziej anonimowych. Pełne informacje o dodatkowych źródłach przedstawia tabela 10.

Tab. 10. Dodatkowe źródła finansowania działalności hospicjów stacjonarnych (źródło: pyt. 10 kwestionariusza ankiety)

Źródło dodatkowego finansowania	Liczba respondentów
Darowizny	16
- jawne	14
-anonimowe	7
Aukcje	4
Dotacje (w tym z Urzędu Miasta)	2
Kwesty / zbieranie do „puszek”	5
1%	5
Loterie	4
Fundacje	3
Sprzedaż	2
Spadki	2
Koncerty	2
Renty	1
Bal	1
Nawiązki sądowe	1
Wystawy	1
Pomoc materialna (w tym z Zakonu, Caritas)	3

W pytaniu 30 kwestionariusza ankiety pytano także o podejmowanie przez hospicja starań o dofinansowanie ich działalności z funduszy Unii Europejskiej. Twierdząco odpowiedziało 5 hospicjów tj. 26% respondentów.

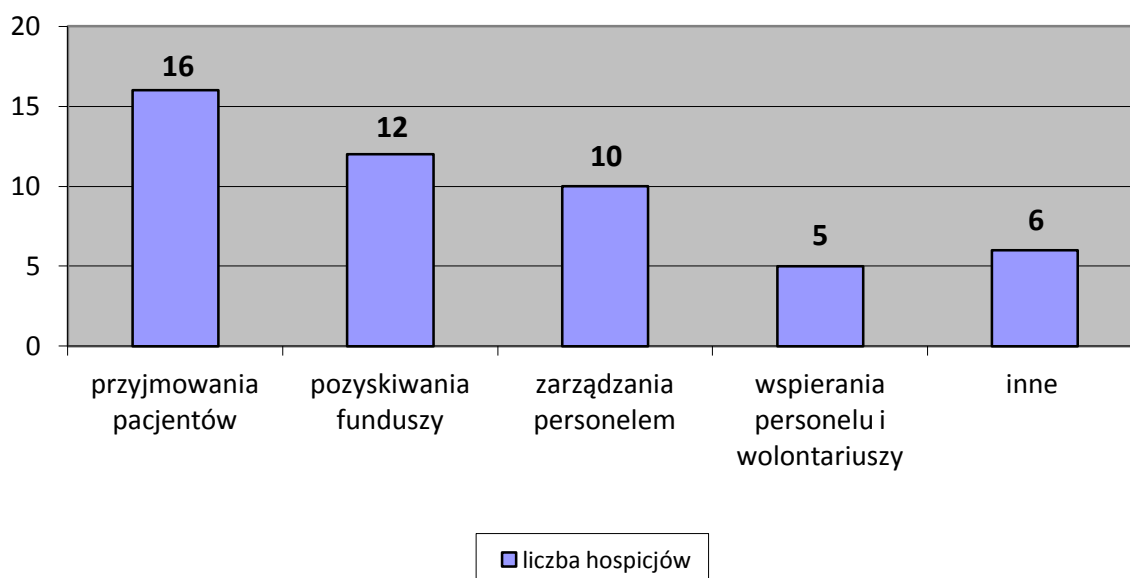
Spośród badanych hospicjów, 12 ośrodków deklarowało utrzymywanie kontaktów zagranicznych – rycina 28.



Ryc. 28. Utrzymywanie kontaktów zagranicznych (źródło: pyt. 11 kwestionariusza ankiety)

Współpraca z ośrodkami zagranicznymi odbywała się na zasadzie otrzymywania pomocy rzeczowej (8 hospicjów) lub finansowej (7 hospicjów) oraz w pojedynczych przypadkach na edukacji i wymianie personelu.

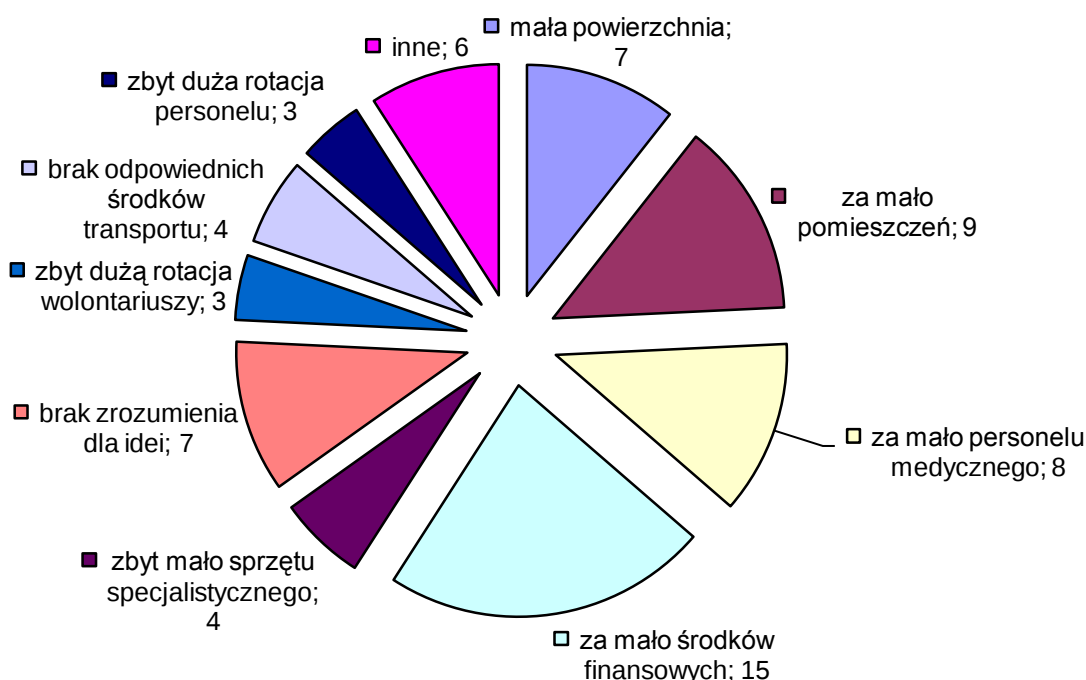
Pytanie nr 12 kwestionariusza ankiety (pytanie wielokrotnego wyboru) dotyczyło zdefiniowania przez hospicjum standardów lub procedur działania. W odpowiedziach najczęściej pojawiały się standardy przyjmowania pacjentów jako te obowiązujące. Dodatkowo w odpowiedzi „inne” 6 hospicjów podkreśliło wywiązywanie się ze standardów medycznych. Pozostałe rodzaje standardów w kategorii „inne” dotyczyły: standardów ogólnych SPZOZ (1), kompetencji zespołów (1), procedur sanitarno-epidemiologicznych. Zdefiniowane standardy pozyskiwania funduszy na działalność najczęściej nie są obecne w organizacjach nie posiadających statusu organizacji pożytku publicznego (OPP), standardy te są zdefiniowane w organizacjach posiadających status OPP – zależność istotna statystycznie $p=0,0491$. Standardy zarządzania personelem najczęściej nie są obecne w publicznych, a są zdefiniowane w przypadku niepublicznych zakładów – zależność bliska granicy istotności ($p=0,0568$). Standardy wspierania personelu najczęściej nie były zdefiniowane w publicznych zakładach, a były obecne w zakładach niepublicznych ($p=0,02941$). Szczegółowe wyniki przedstawia rycina 29.



Ryc. 29. Standardy obowiązujące w badanych hospicjach (źródło: pyt.12 kwestionariusza ankiety)

Z 19 poddanych badaniu hospicjów stacjonarnych 5 zapoznało się z dokumentem Rady Europy - Rec (2003) 24; Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczącymi organizacji opieki paliatywnej; 3 – nie zapoznały się, 1 było w trakcie, a 8 planowało zapoznanie się. Badanie zostało przeprowadzone w okresie letnio/jesiennym w roku 2005 tj. blisko 2 lata po ukazaniu się Rekomendacji i ponad rok od ukazania się polskiego tłumaczenia Wytycznych (część 1 badań).

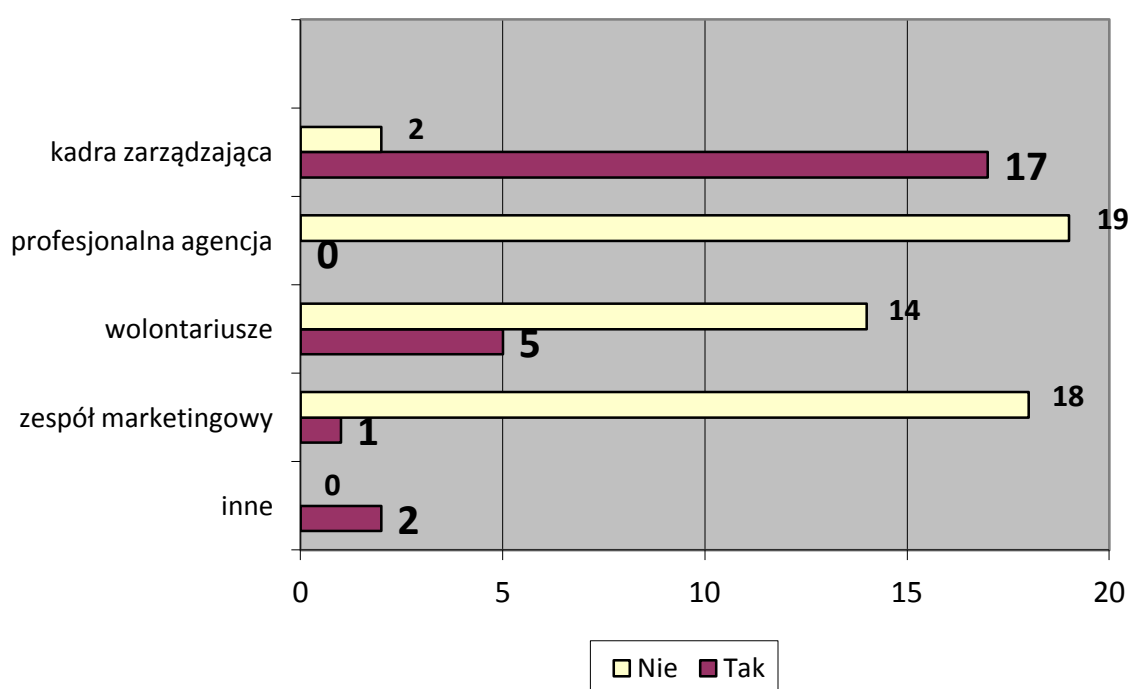
W ankiecie zadano również badanym pytanie o trudności jakie napotykają w codziennym funkcjonowaniu hospicjum. W pytaniu tym można było udzielić więcej niż jednej odpowiedzi. Wyniki uzyskane w odpowiedzi na to pytanie przedstawione zostały na rycinie 30. Jak można zauważyć, najczęściej zgłaszaną trudnością w funkcjonowaniu na jaką natrafia hospicjum są ograniczone środki finansowe, co znalazło również odzwierciedlenie w odpowiedziach na inne pytania kwestionariusza. Wśród innych pojedynczo zgłaszanych problemów należały: brak specjalistów, niedostateczna liczba środków transportu, niechęć otoczenia, problemy organizacyjne, mało wygodna bądź utrudniająca dostęp lokalizacja.



Ryc. 30. Trudności w funkcjonowaniu hospicjum (źródło: pyt. 14 kwestionariusza ankiety)

2. Działalność marketingowa hospicjów stacjonarnych w Polsce – 1 część badań

Kwestionariusz ankiety obejmował pytania odnoszące się do prowadzonej w hospicjach działalności o charakterze marketingowym. Pytanie 16 ankiety dotyczyło tego kto podejmuje inicjatywę działań na rzecz hospicjum. W pytaniu tym można było udzielić więcej niż jednej odpowiedzi. Najczęściej, w przypadku 17 hospicjów działania o charakterze marketingowym podejmuje kadra zarządzająca hospicjum, a w 5 hospicjach także wolontariusze. Żadne z badanych hospicjów nie zatrudnia do działań marketingowych zewnętrznej, profesjonalnej agencji reklamowej. Respondenci z 2 hospicjów podkreślili natomiast zaangażowanie całego zespołu pracowników hospicjum w działania marketingowe (w odpowiedzi „inne”). Na rycinie 31 przedstawiono odpowiedzi respondentów na pytanie 16.

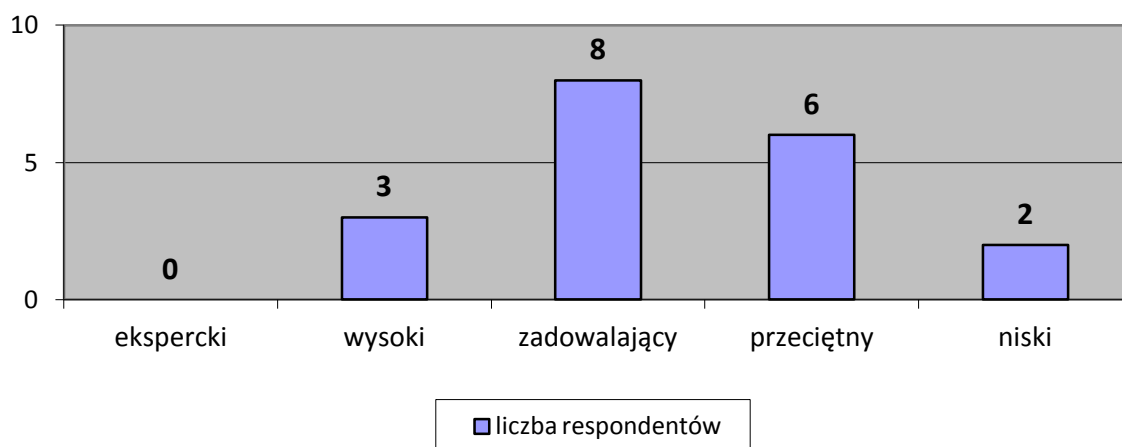


Ryc. 31 Osoby podejmujące działania o charakterze marketingowym w hospicjum
(źródło: pyt. 16 kwestionariusza ankiety)

W 6 hospicjach (spośród 19 badanych) osoby zajmujące się marketingiem posiadają, w opinii badanych, przygotowanie fachowe (w formie wykształcenia kierunkowego bądź kursów) do prowadzenia tego typu

działań. Przygotowanie fachowe dotyczy częściej hospicjów założonych przez inne organy założycielskie niż organizacje pozarządowe, w których przygotowanie fachowe najczęściej nie występuje (zależność istotna statystycznie $p=0,02763$).

Osoby wypełniające ankietę oceniały w zróżnicowany sposób poziom wiedzy teoretycznej z zakresu marketingu osób zajmujących się tą działalnością w hospicjum. Dane te zostały szczegółowo przedstawione na rycinie 32.



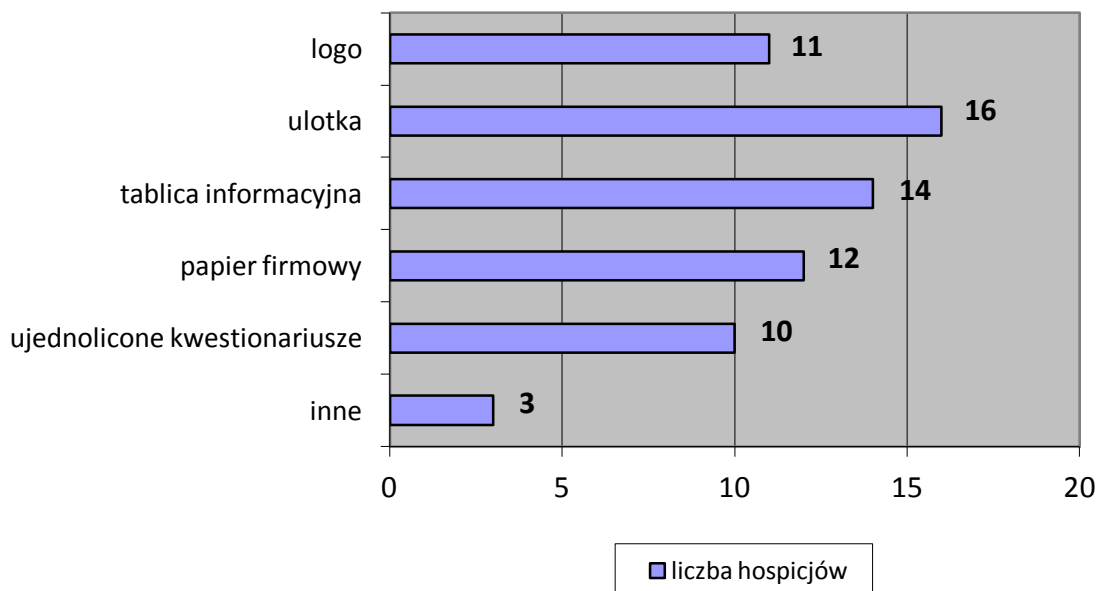
Ryc. 32. Ocena wiedzy teoretycznej z zakresu marketingu wśród respondentów w opinii respondentów (źródło: pyt. 18 kwestionariusza)

14 respondentów byłoby zainteresowanych przeprowadzeniem szkoleń z zakresu marketingu dla osób zaangażowanych w pracę w hospicjum (pytanie 34). Wśród innych zaproponowanych tematów (pytanie 35) najczęściej zgłaszano chęć udziału w szkoleniach dotyczących pozyskiwania funduszy (14 hospicjów), komunikacji w zespole (13 hospicjów) oraz zarządzania zasobami ludzkimi (9 hospicjów).

Na pytanie czy w hospicjum została wyznaczona osoba do kontaktów z mediami 7 hospicjów odpowiedziało twierdząco, a 11 negatywnie, natomiast jedno hospicjum wstrzymało się od odpowiedzi. Dodatkowo w pytaniu tym zaznaczono, iż „na stałe” funkcja ta pełniona jest w 5 hospicjach, a w 9 ustalana jest ona doraźnie.

W grupie badanej 8 hospicjów deklarowało posiadanie zdefiniowanej misji (pytanie 24), a 2 przeprowadzenie analizy SWOT dla placówki (pytanie 25). 14 hospicjów udzieliło odpowiedzi twierdzącej na pytanie 26 tj. „Czy zostały wytyczone cele związane ze strategią rozwoju hospicjum?” W przypadku 6 hospicjów nie uzyskano odpowiedzi na pytanie o wizję placówki za 5 lat.

W grupie badanej najczęściej wybieraną odpowiedzią dotyczącą materiałów promocyjno-informacyjnych stanowiła „ulotka” - 16 hospicjów. W odpowiedzi „inne” podano prezentacje DVD i VHS, wizytówki oraz pocztówki.(rycina 33)



Ryc. 33. Rodzaj materiałów promocyjno-informacyjnych (źródło: pyt. 19 kwestionariusza ankiety)

Stacjonarne jednostki opieki paliatywno-hospicyjnej podejmują różnorodne działania na ich rzecz. Dane uzyskane z ankiety – pytanie wielokrotnego wyboru (pytanie 15 kwestionariusza) - pozwalają na stwierdzenie, iż najczęściej są to akcje o charakterze informacyjno-promocyjnym (15) oraz koncerty (11). Wszystkie formy działań zadeklarowane w ankietach przez hospicja przedstawia tabela 11.

Pytanie 28 kwestionariusza ankiety dotyczyło sposobów informowania otoczenia o istnieniu i funkcjonowaniu hospicjum. Najczęściej komunikacja odbywała się poprzez artykuły w lokalnych gazetach – 18 respondentów. Najrzadziej wykorzystywanym narzędziem kreowania wizerunku były konferencje prasowe – 4 hospicja. Uzyskane wyniki zaprezentowano w tabeli 12.

Tab. 11. Rodzaj działań na rzecz hospicjum podejmowanych przez same placówki
(źródło: pyt. 15 kwestionariusza ankiety)

Rodzaj działania	Liczba hospicjów
Akcje informacyjno-promocyjne	15
Koncerty	11
Aukcje	4
Loterie	5
Wystawy	2
Spotkania z rodzinami chorych	1
Wystąpienia w mediach	1
„puszki”	1
Konferencje naukowe	1
Nagrody	1
Informacje w placówkach medycznych o warunkach przyjmowania chorych	1

Tab. 12. Sposób informowania środowiska o istnieniu i funkcjonowaniu hospicjum
(źródło: pyt. 28 kwestionariusza ankiety)

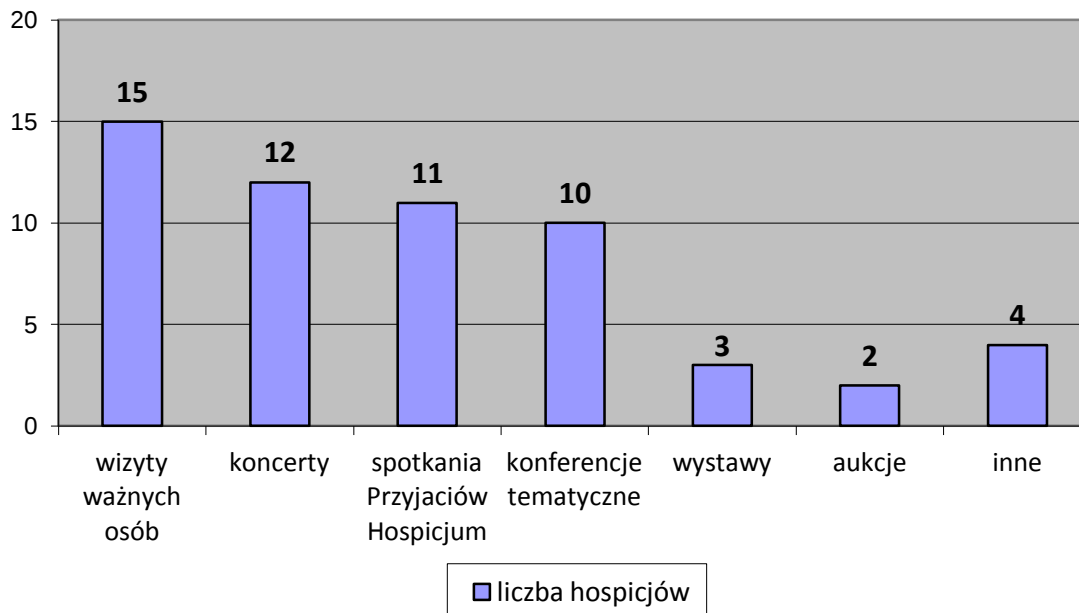
Rodzaj działania	Liczba hospicjów
Audycje radiowe	13
Audycje telewizyjne	12
Artykuły w lokalnych gazetach	18
Konferencje prasowe	4
Informacje w poz	12
Informacje w szpitalu	14
Plakaty	11
Ulotki	12
Inne	5

W badanej grupie 5 hospicjów zadeklarowało posiadanie strony internetowej i prawidłowo podało adres WWW (pytanie 19a). 1 hospicjum było w

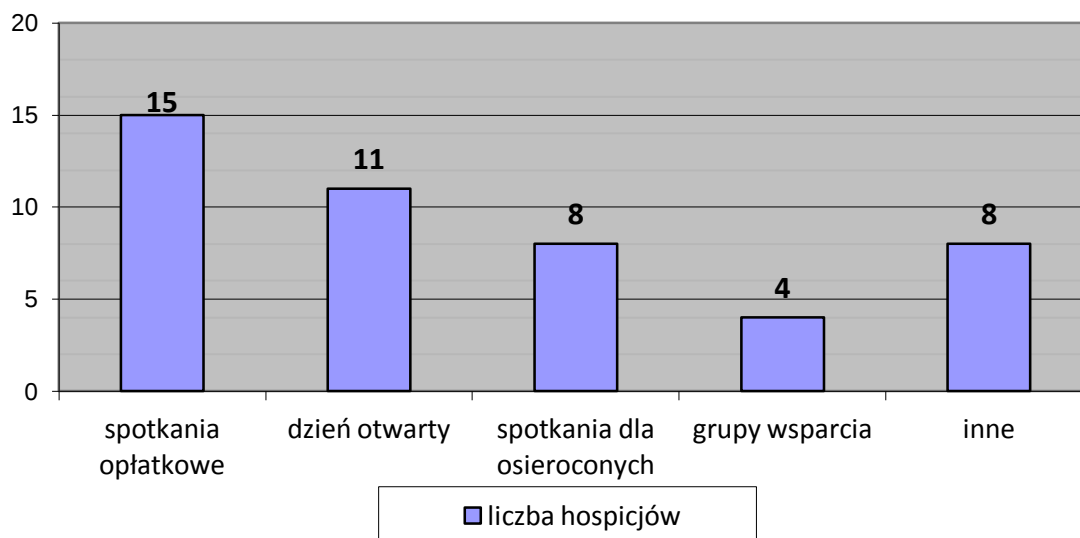
trakcie tworzenia, 7 hospicjów nie posiadało strony, 3 hospicja odpowiedziały twierdząco, ale na prośbę o podanie adresu strony podały adres poczty internetowej, 1 hospicjum nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie. Większość kont pocztowych, z których korzystały badane hospicja znajduje się na serwerach ogólnodostępnych, a nie w domenach „tematycznych”.

Do najczęstszych wydarzeń, które miały miejsce w hospicjach podano wizyty ważnych osób, koncerty oraz spotkania Przyjaciół Hospicjum. Wśród odpowiedzi „inne” podano: dni otwarte (1), Pola Nadziei (1), kursy (1), kwesty uliczne. Szczegółowe dane przedstawia rycina 34.

We wszystkich badanych hospicjach odbywały się wydarzenia o charakterze cyklicznym. Najczęściej hospicja deklarowały organizację spotkań opłatkowych (15 hospicjów). Wśród odpowiedzi „inne” przedstawiciele hospicjów wymieniali: msze za zmarłych (1), konferencje i prelekcje dla uczniów (1), szkolenia dla personelu i wolontariuszy (1), rekolekcje (1), dni skupienia (1), jasełka (2), uroczystość Patronki hospicjum (1). Uzyskane odpowiedzi przedstawiono na rycinie 35.



Ryc. 34. Wydarzenia ważne dla hospicjów stacjonarnych (źródło: pyt. 4 kwestionariusza ankiety)



Ryc. 35. Wydarzenia o charakterze cyklicznym w hospicjach stacjonarnych (źródło: pyt. 5 kwestionariusza ankiety)

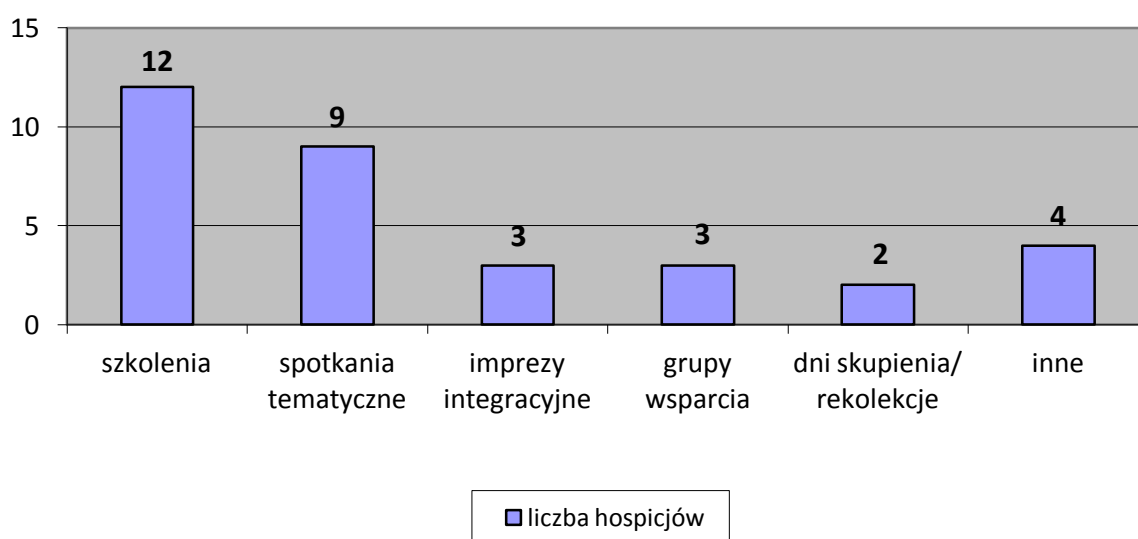
W grupie badanej 8 hospicjów deklarowało przeprowadzanie ankiety satysfakcji wśród pacjentów lub ich rodzin, a 11 udzieliło odpowiedzi przeczącej.

Z kolei większość hospicjów deklarowała zbieranie opinii wśród personelu. Satysfakcję z rodzaju wykonywanej pracy badało 12 hospicjów, 11 hospicjów deklarowało monitorowanie satysfakcji z miejsca wykonywanej pracy, 10 pytało o ogólną ocenę funkcjonowania placówki. Najliczniejsza grupa 16 hospicjów zbierała wśród personelu informacje na temat problemów, z jakimi personel spotyka się w pracy. Ocena satysfakcji personelu przeprowadzana była najczęściej w hospicjach powołanych przez inne organy założycielskie niż organizacja pozarządowa, w których nie były zbierane opinie dotyczące satysfakcji personelu z rodzaju wykonywanej pracy ($p=0,02763$). Opinie na temat satysfakcji personelu dotyczące miejsca pracy zbierane były najczęściej w hospicjach, których organem założycielskim nie była organizacja pozarządowa. W hospicjach, których założycielem była organizacja non-profit nie zbierano wśród personelu opinii na temat satysfakcji z miejsca pracy ($p=0,0345$).

Ta część ankiety obejmowała również pytania co do częstotliwości i formy zbierania informacji wśród personelu (pytanie wielokrotnego wyboru). 4 hospicja deklarowały zbieranie informacji w sposób pisemny, a 16 w sposób ustny. 7 hospicjów deklarowało sporadyczne badanie satysfakcji wśród personelu, 8 w

sposób regularny (1 x w miesiącu podczas spotkań lub 1 x na kwartał), a 4 hospicja nie udzieliły odpowiedzi na to pytanie.

W ankiecie pytano również respondentów o działania wspierające personel. 17 hospicjów zadeklarowało prowadzenie działań o charakterze wspierającym. Do najczęstszych form zaliczono szkolenia o różnorodnej tematyce związanej z pracą hospicyjną – 12 hospicjów oraz spotkania tematyczne – 9 hospicjów. Otrzymane wyniki przedstawiono na rycinie 36.



Ryc. 36. Działania wspierające personel hospicjum (źródło: pyt. 23 kwestionariusza ankiety)

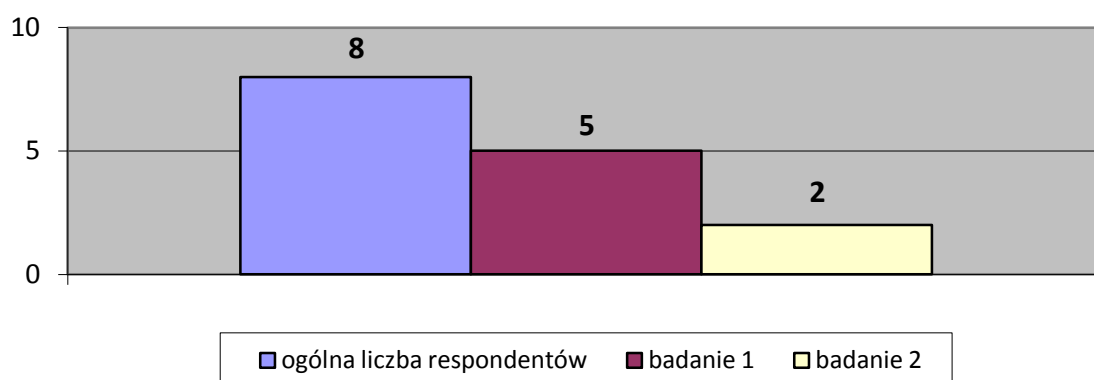
3. Zmiany w działalności marketingowej hospicjów stacjonarnych w Polsce – 2 część badań

Wyniki uzyskane od 8 hospicjów stacjonarnych w drugiej części badań porównano z danymi uzyskanymi z pierwszej części badań od tych samych hospicjów stacjonarnych. Ogólną charakterystykę grupy przedstawiono w tabeli 13.

W badaniu 2 zaobserwowano następujące zmiany. Na pytanie o wyznaczenie osoby do kontaktu z mediami w badaniu powtórzonym tylko dwa hospicja udzieliły odpowiedzi twierdzącej. Były to te same placówki, które posiadały wskazaną osobę kontaktową w 2005 roku (rycina 37).

Tab. 13. Ogólna charakterystyka hospicjów z 2 części badań

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
Data powstania	2001	1994	2000	1990	1998	1999	1987	1997
Organ założycielski	org. kościelna	stowarzyszenie	osoba fizyczna	org. kościelna	org. kościelna	org. kościelna	Szkoła wyższa	towarzystwo
Miejscowość (liczba mieszkańców)	20000 - 50000	20000 - 50000	Poniżej 5000	200000-500000	<5000	5000-20000	>50000	50000-100000



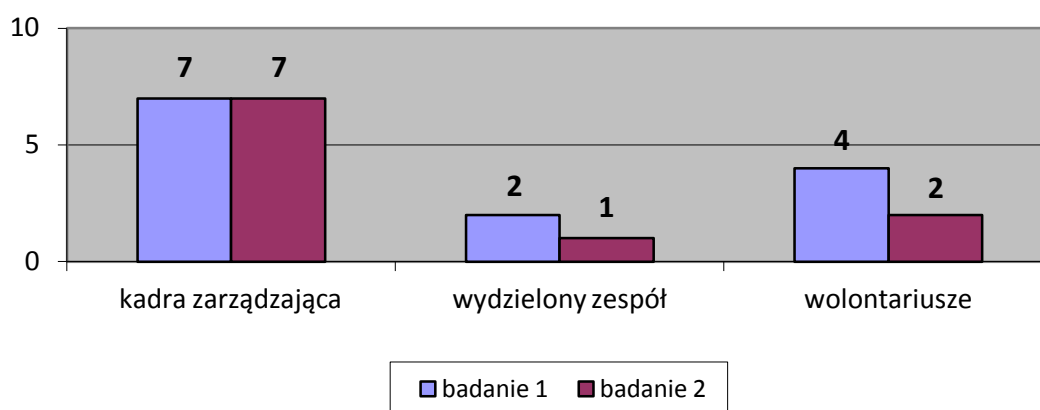
Ryc. 37. Obecność wyznaczonej osoby do kontaktów z mediami (źródło: pyt. 3 kwestionariusza ankiety)

W 2009 roku wszystkie badane hospicja deklarowały organizację wydarzeń o charakterze cyklicznym. Sytuacja ta nie zmieniła się w porównaniu z badaniem 1. Podobnie jak w przypadku pozyskiwania dodatkowych środków na działalność oraz nie korzystania z pomocy profesjonalnych agencji reklamowych. Zmiana miała miejsce w odpowiedzi na pytanie „Czy środki przeznaczone z budżetu państwa są wystarczające?” W badaniu 1 jedno hospicjum odpowiedziało twierdząco podczas gdy w badaniu 2 wszystkie odpowiedzi były negatywne.

W badaniu 1, 4 hospicja deklarowały utrzymywanie kontaktów zagranicznych. W badaniu 3 hospicja podtrzymywały sytuację z 2005 roku, 1 hospicjum odpowiedziało negatywnie, a 1 nawiązało kontakty zagraniczne - w porównaniu z badaniem 1. Podobne wyniki dotyczą pytania o zdefiniowanie standardów pozyskiwania funduszy na działalność.

W pytaniu o zdefiniowane standardy postępowania nie zaobserwowano zmian w przypadku standardów przyjmowania pacjentów. W badaniu 2, 4 hospicja deklarowały zdefiniowanie standardów zarządzania personelem (w badaniu 1 – 3 hospicja), a jedynie 2 hospicja zdefiniowanie standardów wspierania personelu (w badaniu 1 – 4 hospicja).

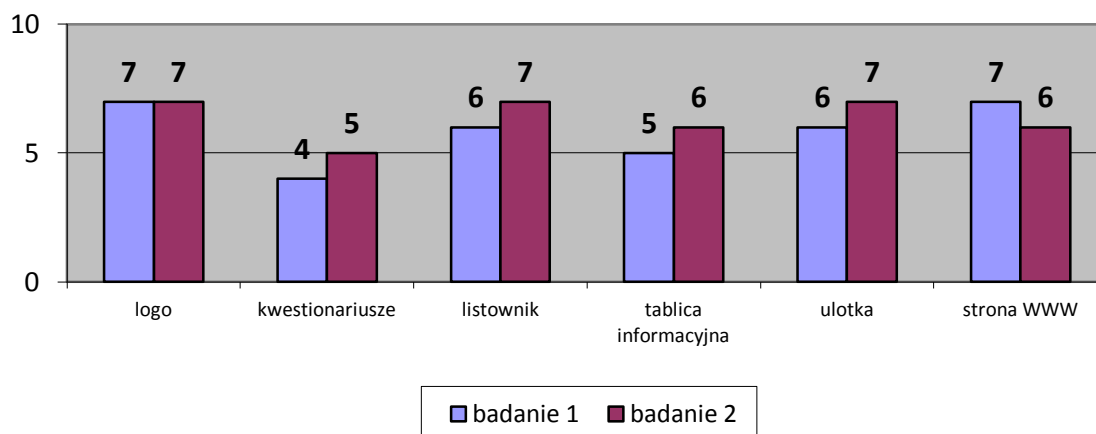
Odpowiedzi na pytania dotyczące osób podejmujących działania o charakterze marketingowym wskazują na zmniejszenie roli wolontariuszy w tych działaniach (rycina 38).



Ryc. 38. Osoby podejmujące działania o charakterze marketingowym w hospicjum (źródło: pyt. 16 kwestionariusza ankiety)

W badaniu 1, respondenci z 2 hospicjów subiektywnie ocenili poziom wiedzy osób zajmujących się marketingiem jako „wysoki”. W badaniu powtórzonym nikt nie udzielił tej odpowiedzi, a przeważała ocena poziomu jako „zadowalający” - 5 hospicjów (w badaniu 1 – 2 respondentów).

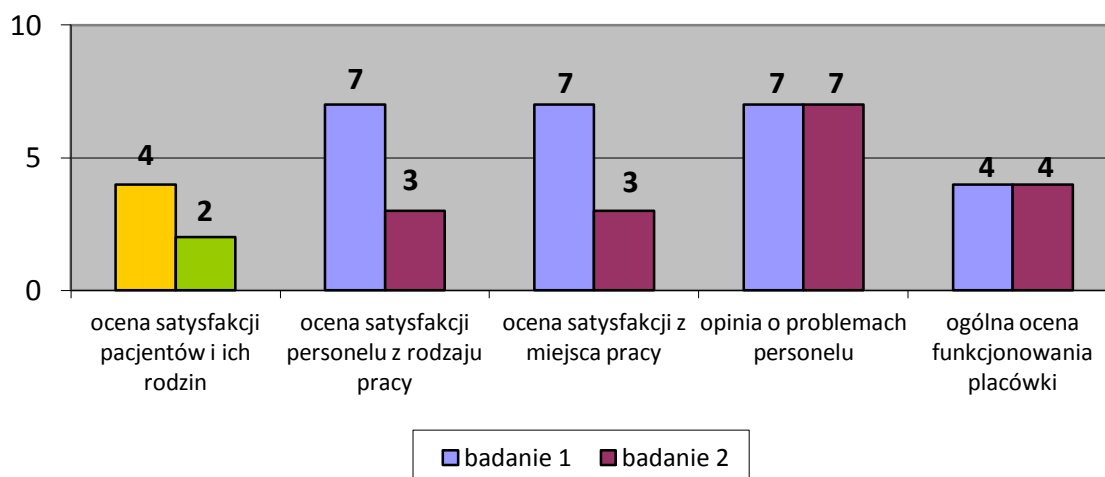
W badaniu 2 posiadanie ujednoliconych kwestionariuszy zadeklarowało 5 hospicjów – o jedno więcej niż w badaniu 1, podobnie jak w przypadku listownika/papieru firmowego (7 hospicjów w badaniu 2, a 6 w badaniu 1) oraz tablicy informacyjnej i ulotki. Szczegółowe wyniki prezentuje rycina 39.



Ryc. 39. Materiały informacyjne posiadane przez badane hospicja (źródło: pyt. 18 kwestionariusza ankiety)

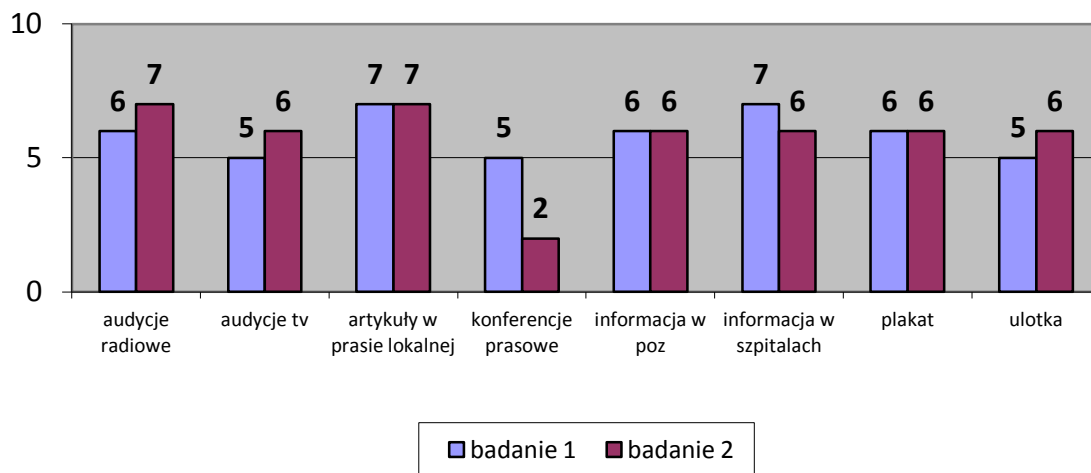
W badaniu 2 tylko 3 hospicja tj. połowa z deklarujących posiadanie strony internetowej, podała jej adres. W badaniu 1 wszystkie zakłady deklarujące posiadanie strony WWW podały również jej adres (7 hospicjów).

W badaniu 2 rzadziej deklarowano prowadzenie oceny satysfakcji zarówno wśród pacjentów i ich rodzin, jak i wśród personelu na temat rodzaju i miejsca pracy. Odpowiedzi dotyczące zbierania opinii o problemach, z którymi spotyka się personel oraz ogólnej oceny funkcjonowania placówki kształtowały się w obu badaniach na tym samym poziomie. Uzyskane wyniki prezentuje rycina 40.



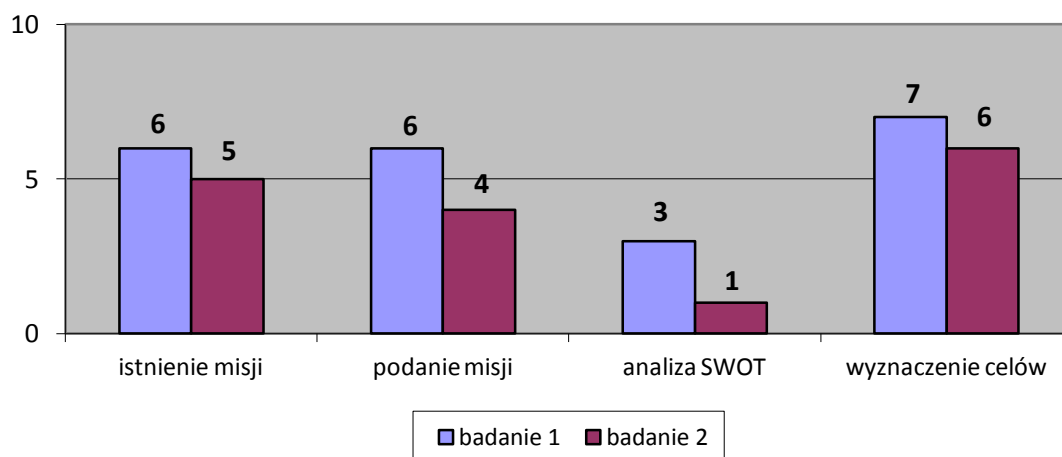
Ryc. 40. Dokonywanie oceny satysfakcji pacjentów i personelu w grupie badanych hospicjów. (źródło: pyt. 20 i 21 kwestionariusza ankiety)

W badaniu 2 zdecydowanie mniej hospicjów korzystało z konferencji prasowych jako formy komunikacji z otoczeniem, natomiast częściej deklarowano audycje radiowe i telewizyjne. Na rycinie 41 zaprezentowano uzyskane dane.



Ryc. 41. Sposoby informowania otoczenia o istnieniu i funkcjonowaniu hospicjum (źródło: pyt. 28 kwestionariusza ankiety)

Na pytania dotyczące zdefiniowania misji organizacji, wytyczenia celów oraz przeprowadzenia analizy SWOT w badaniu 2 odpowiedziała twierdząco mniejsza liczba respondentów. Uzyskane wyniki przedstawiono na rycinie 42.

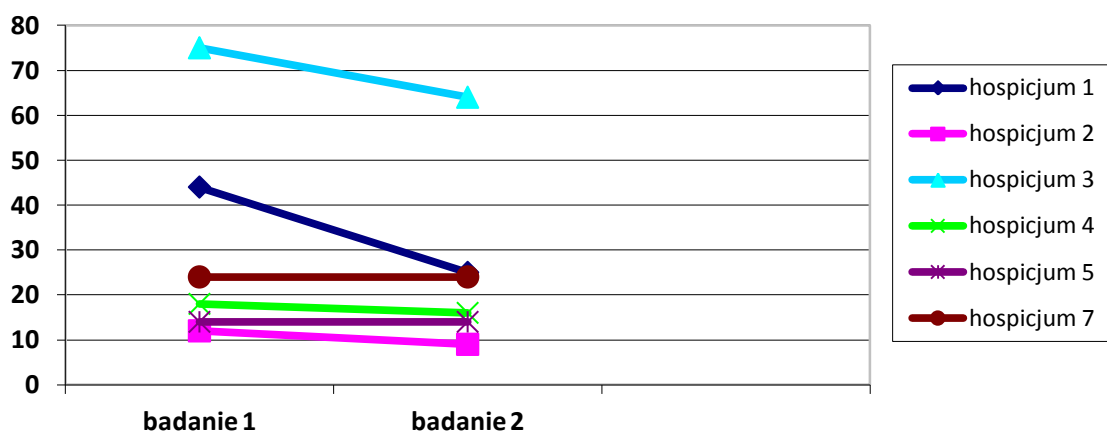


Ryc. 42. Deklarowane działania w obszarze planowania marketingowego (źródło: pyt. 24, 25, 26 kwestionariusza ankiety)

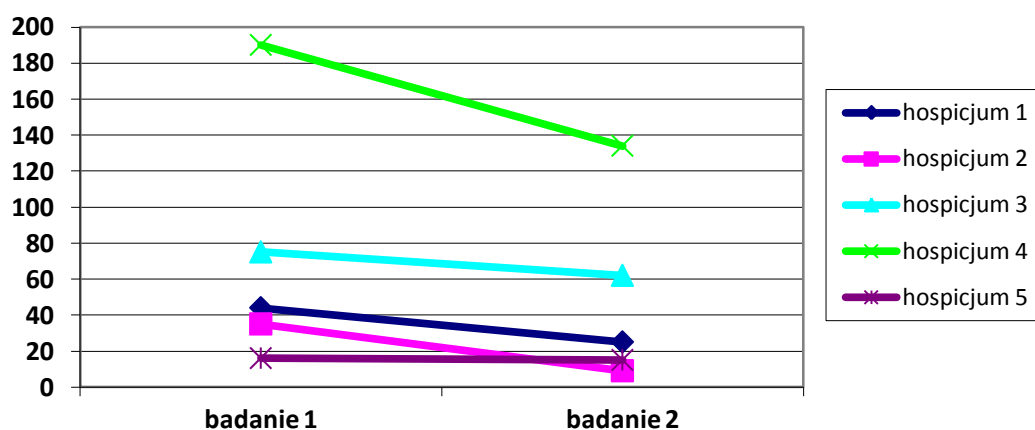
Zarówno w badaniu w 2005 jak i 2009 roku 5 hospicjów wyraziło chęć udziału w szkoleniach z marketingu.

W badaniu 2 połowa badanych hospicjów deklarowała podejmowanie starań o pozyskanie dofinansowania z Unii Europejskiej.

Uzyskane wyniki wskazują na zmniejszenie liczby łóżek (rycina 43) i tym samym liczby pacjentów objętych opieką w ramach hospicjum stacjonarnego (rycina 44). Na poniższych wykresach nie ujęto danych z dwóch hospicjów, z uwagi na niekompletne informacje zwrotne w kwestionariuszach ankiet.



Ryc. 43. Porównanie liczby łóżek w badanych hospicjach w 2005 i 2009 roku. (źródło: pyt. 45 kwestionariusza ankiety)



Ryc. 44. Porównanie liczby pacjentów objętych opieką hospicjum stacjonarnego w 2005 i 2009 roku (źródło: pyt. 43 kwestionariusza ankiety)

4. Analiza materiałów informacyjno-promocyjnych

Wśród 19 badanych hospicjów stacjonarnych, 11 udostępniło swoje materiały informacyjno-promocyjne (10 hospicjów w badaniu 1 i 4 w badaniu drugim). 3 hospicja przysłały materiały zarówno z pierwszym jak i z drugim wypełnionym kwestionariuszem. W sumie uzyskano 34 egzemplarze różnorodnych materiałów marketingowych.

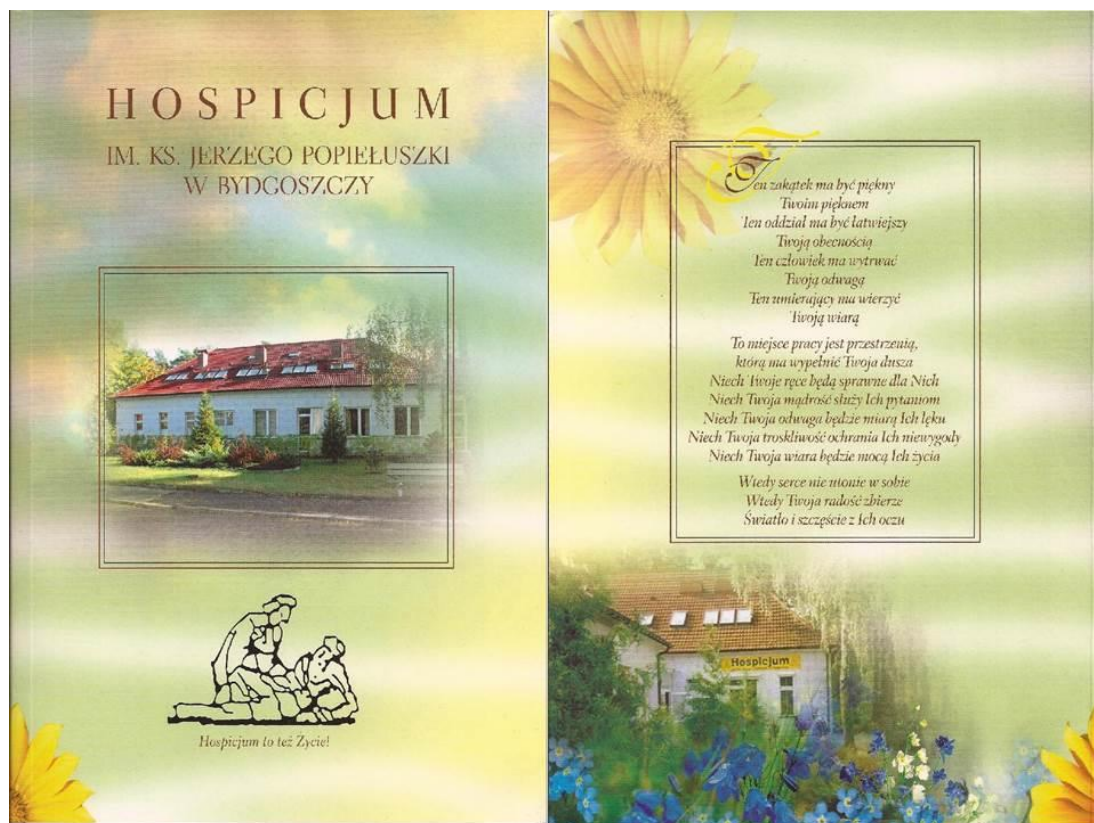
Dokonano analizy materiałów wg poniższych kryteriów.

4.1. Rodzaj udostępnionych materiałów

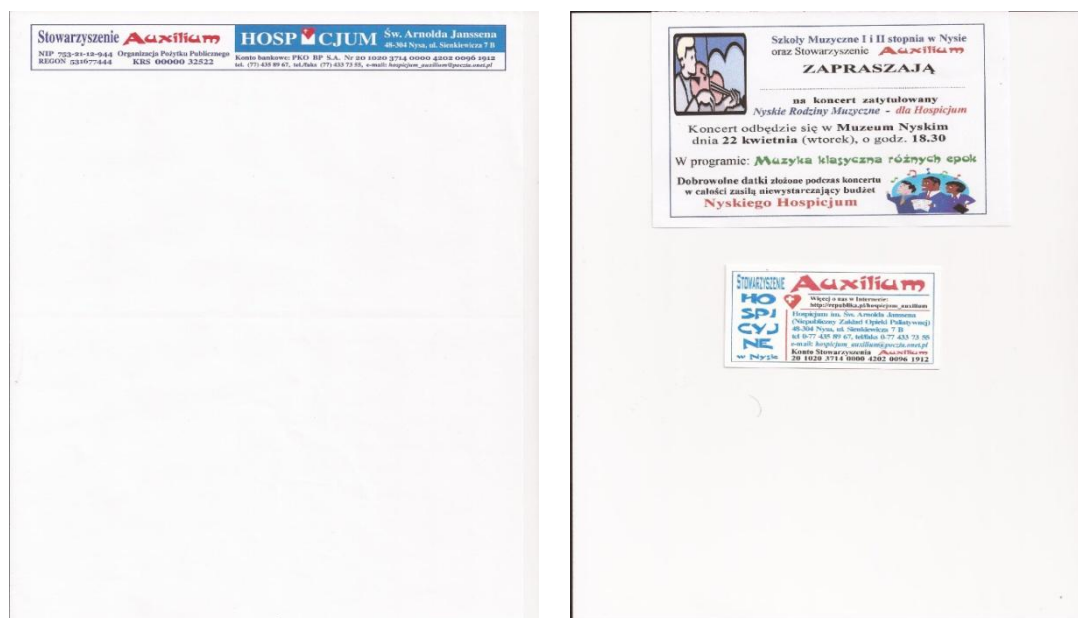
Badane hospicja najczęściej przysłały ulotkę – 18 egzemplarzy. Były to materiały informujące o funkcjonowaniu jednostki, a także promujące wydarzenia na rzecz placówki oraz dodatkową działalność prowadzoną przez hospicjum. W kategorii „inne” ujęto: listownik – rycina 46 - (1 respondent), książkę podsumowującą dotychczasową działalność– rycina 45 - (1), gazetę wraz z artykułem o hospicjum – rycina 47 - (1) oraz gotowe druki przekazu pocztowego – wpłaty na rzecz hospicjum - rycina 53- (2). W tabeli 14 przedstawiono podział uzyskanych materiałów ze względu na ich rodzaj.

Tab. 14. Materiały informacyjno-promocyjne ze względu na rodzaj

Rodzaj materiału informacyjno-promocyjnego	Ilość
Ulotka o hospicjum	13
Ulotka dotycząca działalności towarzyszącej	3
Ulotka dotycząca wydarzeń na rzecz hospicjum	2
Materiały z prośbą o przekazanie 1%	2
Plakat	4
Wizytówki	2
Pocztówki	2
Inne	6



Ryc. 45. Okładka książki opisującej dotychczasową działalność Hospicjum im. ks. Jerzego Popiełuszki w Bydgoszczy



Ryc. 46. Listownik, blankiet zaproszenia oraz ulotka w formacie wizytówki Stowarzyszenia Auxilium prowadzącego Hospicjum im. św. Arnolda Janssena w Nysie

Nowa szata Hospicjum



Koniec i początek Nowego Roku upłynęły na przygotowywaniu nowej szaty Hospicjum Palium. Wykonywane były drobne prace naprawcze wewnątrz budynku, zakupiono ze środków poznańskiego oddziału PTO nowe wygodniejsze łóżka dla pacjentów. Zadbano o zamontowanie zasłon na okna oraz zamocowanie nowych przesłon na salach chorych i co było niezwykle ważne wymalowano pomieszczenia służące chorym i ich rodzinom oraz pomieszczenia edukacyjne. Szczególnie wiele zawdzięczamy Panom Marianowi Binertowi i Andrzejowi Kaczmarkowi, którzy bardzo starannie wykonywali wszystkie prace malarskie.

Prof. Jacek Łuczak

Na zdjęciach: Marian Binert i Andrzej Kaczmarek pracownicy Sekcji konserwatorsko-remontowej podczas zabezpieczania pomieszczenia bibliotecznego przed malowaniem.



Fot. Archiwum

Język migowy

Informujemy, iż jedna z naszych Pielęgniarek – pani Ewa Napierała, zatrudniona w Pracowni Bronchofiberoskopii ukończyła kurs języka migowego. W razie potrzeby skorzystania z jej pomocy podajemy telefon kontaktowy: (061) 854 93 64.

Redakcja

Dni otwarte

W sobotę 31 stycznia 2009 roku w Poradni Leczenia Bólu, znajdującej się w budynku Hospicjum Palium na os. Rusa 25A odbyły się „drzwi otwarte”. W tym dniu wszystkie osoby cierpiące na bóle przewlekłe, niezależnie od etiologii, mogły skorzystać z fachowej porady. Od godziny 9:00-14:00 w Poradni dyżur pełnili: dr Grzegorz Kowalski (kierownik Poradni i Pracowni Badania Bólu), dr Justyna Bieda, dr Aleksandra Kotlińska-Lemieszek, Marta Fludra – mgr psychologii oraz piel. Janina Nogalska. Z porad skorzystało w tym dniu 36 osób. Wielu z nich zostało przekazanych do dalszego leczenia w Poradni Leczenia Bólu lub Poradni Medycyny Paliatywnej.

Drzwi otwarte w poradniach leczenia bólu organizowane są w ramach ogólnopolskiego programu „Ulga w bólu”. Patronem honorowym i merytorycznym tego projektu jest Polskie Towarzystwo Badania Bólu. Inaugura-

cja dni otwartych odbyła się w Poradni Leczenia Bólu w Krakowie. Kolejne „dni otwarte” miały miejsce w Poradni Leczenia Bólu w Katowicach, Tychach, Wrocławiu i Warszawie. Dalsze planowane są w Gdańsku i Szczecinie. Ideą ogólnopolskiego programu „Ulga w bólu” jest zwiększenie świadomości społecznej na temat skutecznego leczenia bólu przewlekłego, popularyzowanie wiedzy na temat dostępnych obecnie metod skutecznej i zarazem bezpiecznej terapii przeciwbólowej. Celem nadrzędnym tej i podobnych akcji jest upowszechnienie dobrych praktyk w farmakologicznym leczeniu bólu przewlekłego.

Przy okazji warto wspomnieć, że działająca od 2002 roku w budynku Hospicjum Palium Poradnia jest czynna od poniedziałku do czwartku. Konsultacji udzielają w poszczególne dni dr Ewa Bączek – neurolog oraz anestezjolog – dr Grzegorz Kowalski i dr

Krzysztof Bieda (wymagana jest wcześniejsza rejestracja). Obecna Poradnia, która w 2006 r. uzyskała akredytację Polskiego Towarzystwa Leczenia Bólu, jest sukcesorem pierwszej przy naszym Szpitalu „Poradni Walki z Bólem”, założonej z inicjatywy profesora Jacka Łuczaka w 1987 r. w gmachu Szpitala przy ul. Łąkowej. Mamy więc za sobą 23 lata działalności. Warto pamiętać, że tamtejsza poradnia stała się załącznikiem Poradni Medycyny Paliatywnej i Hospicjum Domowego.

Dr n. med. Aleksandra Kotlińska-Lemieszek



Ryc. 47. Informacja prasowa zamieszczona na łamach biuletynu Nowiny Szpitalne

4.2. Różnorodność materiałów

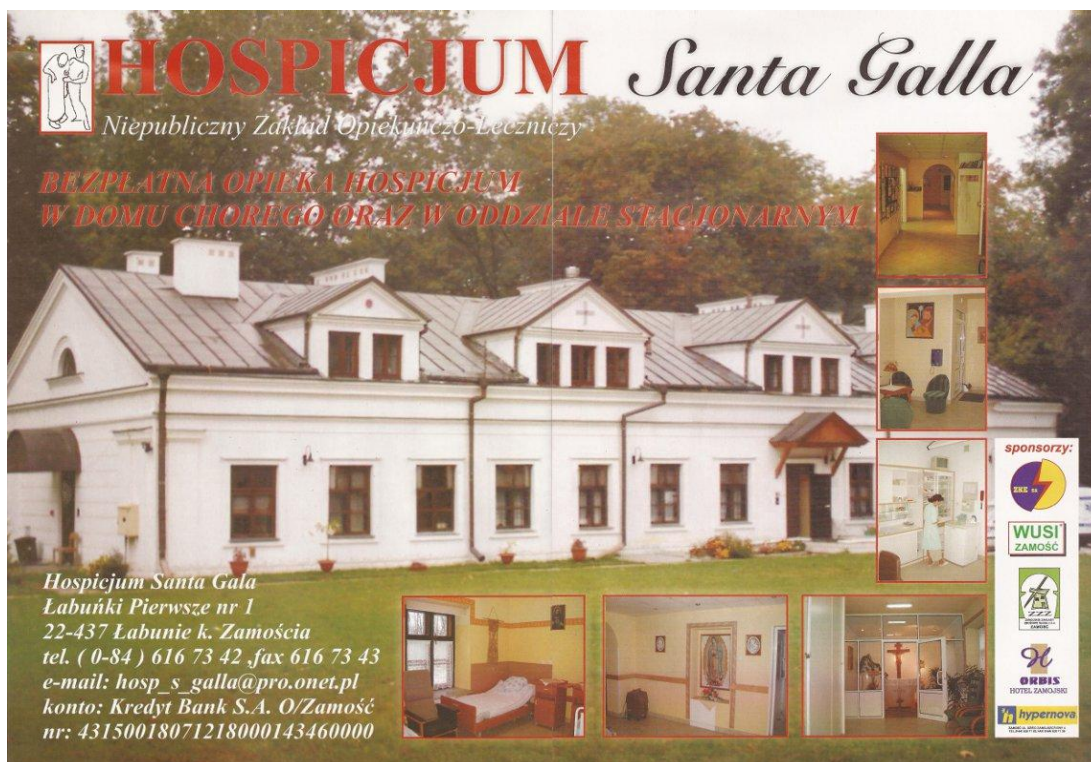
5 hospicjów udostępniło ulotkę jako jedyny materiał. 6 hospicjów przesłało większy ich wybór – ryciny 46 i 48. Porównując badanie 1 i 2 zaobserwowano wykorzystanie niezmienionych wizualnie materiałów przez 1 hospicjum. W przypadku pozostałych dwóch placówek materiały były bardziej różnorodne i stanowiły uzupełnienie udostępnionych w badaniu 1.



Ryc. 48. Ulotka informacyjna i plakat Ośrodka Medycyny Paliatywnej I Hospicyjnej w Będkowie k. Trzebnicy

4.3. Treść materiałów

Treść zawarta w materiałach dotyczyła bezpośrednio działalności hospicjów. W dwóch przypadkach materiał odnosił się w pierwszej kolejności do ogólnej działalności organizacji pozarządowej wspierającej (bądź będącej założycielem) hospicjum, a dopiero drugorzędnie dotyczyły hospicjum stacjonarnego. Najczęściej autorzy prezentowali ideę ruchu hospicyjnego, krótką historię danej placówki (rycina 52), liczbę pacjentów oraz rodzaj świadczonych usług. Wszystkie materiały zawierały zdjęcia oraz dane teleadresowe.



Ryc. 49. Plakat informacyjny Hospicjum Santa Galla w Łabuniach k. Zamościa



Ryc. 50. Poczтівka Hospicjum Miłosierdzia Bożego w Słupsku

Zdjęcia oraz treści zawarte w materiałach zostały dobrane trafnie, akcentując aspekt wspierania i otaczania opieką chorych.



Czym jest Hospicjum?

- * przedświadek nieba
- * dom miłości i przyjaźni
- * pragnienie opieki i życzliwości
- * gorące serce
- * nasz drugi dom
- * przystanek przed odejściem
- * uśmiech jesieni życia
- * miłość bliźniego
- * wspólna radość
- * ciepłe przekazywanie samego siebie
- * dom dla samotnych, osamotnionych i smutnych
- * azyl dla chorych
- * pełna miłość i opieka
- * miejsce godnego umierania
- * uczenie się życia

(wspowiedzi chorych naszego Hospicjum)



W troskę o chorych zaangażowani są:

- lekarze specjalizujący się w opiece hospicyjnej
- pielęgniarki
- pracownicy rehabilitacji
- psycholog
- prawnicy
- wolontariusze różnych zawodów
- kapłani i siostry zakonne





Hospicjum św. Kamila

Ul. Słodkowska 21
66-400 Gorzów Wlkp.
tel./fax: 095 / 732 - 26 - 80
Nr konta:
PKO BP II O/Gorzów Wlkp. 10201967 - 33444 - 270 - 1

Zgodnie z zasadami ruchu hospicyjnego preferujemy zasady:

- ponadpartyjności
- dobrovolności
- nirodzajności





Hospicjum św. Kamila

Pomóż mi!
Bądź przy mnie!
Nie opuszczaj mnie!

To ułanie człowieka chorego skierowane do każdego z nas.



Nasze Hospicjum

Żądła na rzecz chorych z chorobą nowotworową i innych chorych, będących w fazie terminalnej choroby, już od 1993 roku.




Misję swoją realizujemy w działach:

- Oddział Stacjonarny: czynny całodobowo
- Dział Dziennego Pobytu: poniedziałek - piątek (7.30 - 16.00)
- Dział Rehabilitacji: poniedziałek - piątek (8.00 - 18.00)
- Hospicjum Dziecięce: czynne całodobowo
- Poradnia Leczenia Bólu: poniedziałek, środa, piątek (14.00 - 18.00)
- Hospicjum Domowe: czynne całodobowo







Idea Hospicjum

Wzrastająca w ostatnich dziesięcioleciach liczba zachorowań na nowotwory złośliwe stawia coraz wyraźniej problem opieki nad chorymi, wobec których leczenie onkologiczne zakończyło się niepowodzeniem i choroba rozwinęła się nieuchronnie prowadząc do śmierci.

Chory wymaga w tym czasie wszechstronnej pomocy. Konieczne jest tuż, leczenie paliatywne, czyli skierowane na objawy choroby, a także staranna pielęgnacja oraz pomoc:

- psychologiczną,
- duchową, prawną i materialną w obliczu zbliżającej się śmierci.

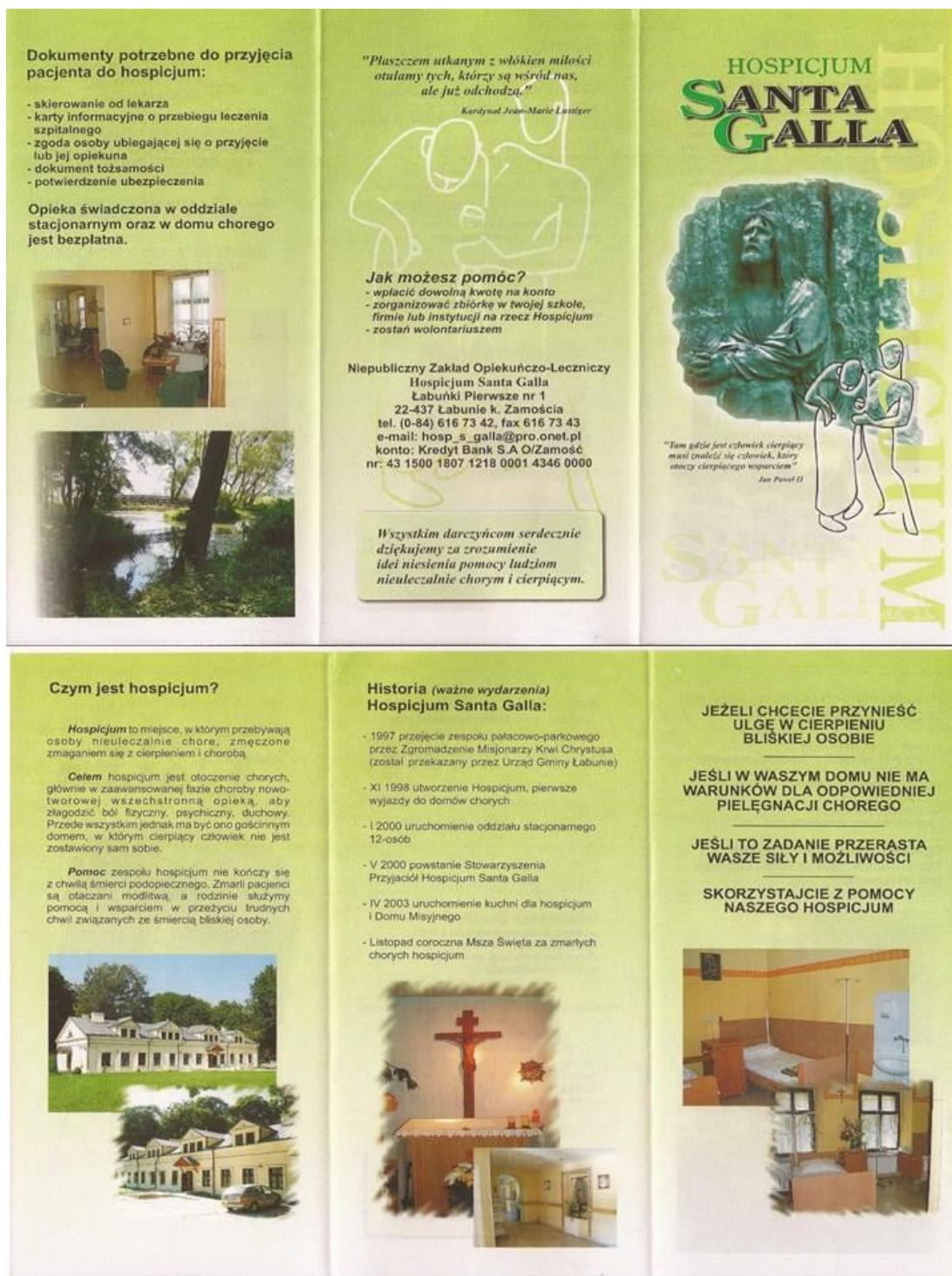
Nade wszystko potrzebna jest bliska obecność drugiego człowieka. Tradycyjne instytucje służby zdrowia z reguły nie są w stanie poradzić sobie z tak złożonymi problemami.

W tej sytuacji opieka hospicyjna pomaga przeżyć na siebie wszelkie zadania, które mają na celu pomóc choremu i jego rodzinie.





Ryc. 51. Ulotka informacyjno-promocyjna Hospicjum św. Kamila w Gorzowie Wielkopolskim



Ryc. 52. Ulotka informacyjno-promocyjna Hospicjum Santa Galla w Łabuńkach k. Zamościa

Większość hospicjów ograniczyła stylistykę logo jedynie do rodzaju czcionki, w przypadku 5 hospicjów wykorzystano elementy graficzne. W jednym przypadku stylistyka logo była dość abstrakcyjna (rycina 53).



Ryc. 53. Ulotka informacyjno-promocyjna Hospicjum im. Lady Ryder of Warsaw w Zielonej Górze

4.4. Spójność wizualna materiałów

Ocena spójności wizualnej była możliwa w przypadku hospicjów, które przysłały więcej niż jeden rodzaj materiałów. Spośród nich 3 hospicja wykorzystywały na wszystkich swoich materiałach identyczne logo, 2 hospicja jego fragment, a w przypadku 1 hospicjum nie została zachowana spójność wizualna (ryciny 46, 48 oraz 49, 52 i 54).

*"Tam gdzie jest człowiek
cierpiący musi znaleźć się
człowiek, który otoczy
cierpiącego wsparciem"*

Łabuńki Pierwsze 1, 22-437 Łabunie
tel. 084 616 73 42, 084 616 73 41
fax 084 616 73 43

www.santagalla.pl

Nr KRS: 0000076900
Nr rachunku bankowego:
61 1240 2816 1111 0000 4017 6976



Odcinek dla poczty zł. _____ gr. _____ kwota złotych _____ kwota groszy _____ wypełnij _____ tytułem: Darowizna STOWARZYSZENIE PRZYJACIÓŁ HOSPICIUM SANTA GALLA Łabuńki Pierwsze 1, 22-437 Łabunie Nr rachunku : 61 1240 2816 1111 0000 4017 6976 Stempel dzienny (Podpis przyjmującego)	Odcinek dla posiadacza rachunku zł. _____ gr. _____ kwota złotych _____ kwota groszy _____ wypełnij _____ tytułem: Darowizna STOWARZYSZENIE PRZYJACIÓŁ HOSPICIUM SANTA GALLA Łabuńki Pierwsze 1, 22-437 Łabunie Nr rachunku : 61 1240 2816 1111 0000 4017 6976 Stempel dzienny (Podpis przyjmującego)	Odcinek dla ofiarodawcy zł. _____ gr. _____ kwota złotych _____ kwota groszy _____ wypełnij _____ tytułem: Darowizna STOWARZYSZENIE PRZYJACIÓŁ HOSPICIUM SANTA GALLA Łabuńki Pierwsze 1, 22-437 Łabunie Nr rachunku : 61 1240 2816 1111 0000 4017 6976 Stempel dzienny (Podpis przyjmującego)	<i>"Tam gdzie jest człowiek cierpiący musi znaleźć się człowiek, który otoczy cierpiącego wsparciem."</i> STOWARZYSZENIE PRZYJACIÓŁ HOSPICIUM SANTA GALLA Łabuńki Pierwsze 1, 22-437 Łabunie tel. /0-84/ 616 73 42, 616 73 41 fax. 616 73 43 e-mail: hosp_s_galla@pro.onet.pl www.cpps.pl/hospicjum.htm Nr KRS: 0000076900 Nr rachunku bankowego: 61 1240 2816 1111 0000 4017 6976 Wpłacając na konto Hospicjum Santa Galla pomagasz nieuleczalnie chorym. 
 Obserwowanie otaczającego nas świata, czytanie, myślenie, miłowanie, nadzieja, modlitwa - oto rzeczy, które uszczęśliwiają człowieka. I ty możesz mieć wkład w czyście... możesz kogoś uszczęśliwić.		Hospicjum to miejsce, w którym przebywają osoby nieuleczalnie chore, zmęczone zmaganiem z cierpieniem i chorobą. Celem hospicjum jest otoczenie chorych, głównie w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej, wszechstronną opieką, aby złagodzić ból fizyczny, psychiczny, duchowy. Do chorych potrzebujących pomocy w swoich domach dociera zespół wyjazdowy.	Opieka świadczona w oddziale stacjonarnym oraz w domu chorego jest bezpłatna. Pomoc hospicjum nie kończy się z chwilą śmierci podopiecznego. Zmarli pacjenci są o taczani modlitwą, a rodzinie służymy pomocą i wsparciem w przeżyciu trudnych chwil związanych ze śmiercią bliskiej osoby. TY TEŻ MOŻESZ POMÓC, TWOJE WSPARCIE POZWOLI CHORYM GODNIE SPĘDZIĆ OSTATNIE CHWILE ŻYCIA pomogli nam: Dariusz, Głódź, 2010 

Ryc. 54. Ulotka oraz blankiet wpłaty na rzecz hospicjum w Łabuńkach k. Zamościa

4.5. Sposób przygotowania materiałów

Jak wynika z uzyskanych materiałów, jedno hospicjum korzystało ze wsparcia biura reklamowego (przy przygotowaniu projektu graficznego) świadczy o tym informacja zawarta na ulotce i pocztówce (rycina 55). Większość materiałów powstała w oparciu o usługi drukarni, a 6 nosi cechy charakterystyczne dla nieprofesjonalnego zastosowania urządzeń biurowych (ksero, drukarka). Świadczy o tym także wykorzystanie ogólnodostępnych grafik, niespersonalizowanych, do opisu oferty danej placówki (rycina 56). W przypadku 1 hospicjum ulotka udostępniona w badaniu 2 była przygotowana w oparciu o drukarnię – inaczej niż w badaniu 1.



Ryc. 55. Ulotka informacyjna Hospicjum św. Elżbiety w Złotowie

Stowarzyszenie **AUXILIUM** w Nysie
zaprasza Panią/Pana

na

**KONCERT
CHARYTATYWNY**
w wykonaniu Zespołu

Stanisław Soyka Quartet

W przerwie koncertu:

**AUKCJA OBRAZÓW
ZNANYCH ARTYSTÓW NYSKICH**

Nyski Dom Kultury
15 listopada 2003 (sobota)
godz. 18.00

Cały dochód z koncertu i aukcji
przeznaczony jest na potrzeby
nyskiego Hospicjum (NZOP)

Stowarzyszenie
Auxilium

Bieżącą działalność Hospicjum (Niepublicznego Zakładu Opieki Paliatywnej) wspiera ciało społeczne. Jest nim liczące kilkadziesiąt osób Stowarzyszenie **AUXILIUM**. Stowarzyszenie troszczy się o środki materialne na funkcjonowanie i rozwój Hospicjum, uzupełniając skromne finanse gwarantowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Stowarzyszenie liczy na zrozumienie i szczodrość Darczyńców tak indywidualnych, jak i instytucjonalnych.



HOSPICJUM W NYSIE
(Niepubliczny Zakład
Opieki Paliatywnej)



Hospicjum sprawuje nad osobami dotkniętymi chorobą nowotworową opiekę paliatywną, tzn. wszechstronną i serdeczną (łac. **pallium** - płaszcz). Hospicjum otula więc swych Pacjentów płaszczem medycznej troski o uśmierzanie bólu, płaszczem opieki psychologicznej i duchowej oraz płaszczem zwykłego ludzkiego ciepła.



Stowarzyszenie **AUXILIUM** w Nysie
48-304 Nysa, ul. Siekiewicza 7 B
tel./faks (0-77) 433 73 55
e-mail: hospicjum_auxilium@poczta.onet.pl
http://republika.pl/hospicjum_auxilium

Konto Stowarzyszenia **AUXILIUM**:
PKO BP S.A. O/Kędzierzyn-Koźle
Nr 57 10203714 106090900

AUXILIUM



**ZAPROSZENIE
NA KONCERT
CHARYTATYWNY
I AUKCJĘ**

Ryc. 56. Zaproszenie na koncert charytatywny i aukcję na rzecz Hospicjum organizowany przez Stowarzyszenie Auxilium w Nysie

4.6. Analiza witryn internetowych wybranych hospicjów

W celu uzyskania pełniejszego obrazu danej placówki tj. jej wizerunku również w Internecie dokonano analizy witryn internetowych hospicjów. Analiza ta odniosła się jedynie do jednostek, które udostępniły drukowane materiały informacyjno-promocyjne. Wśród wskazanej próby 3 hospicja wykorzystały elementy graficzne (logo lub jego fragment, krój czcionki, kolorystyka) spójne z pozostałymi udostępnionymi materiałami wizerunkowymi (ryciny 57, 58, 59). Wśród pozostałych hospicjów szata graficzna materiałów elektronicznych oraz drukowanych była niejednolita.

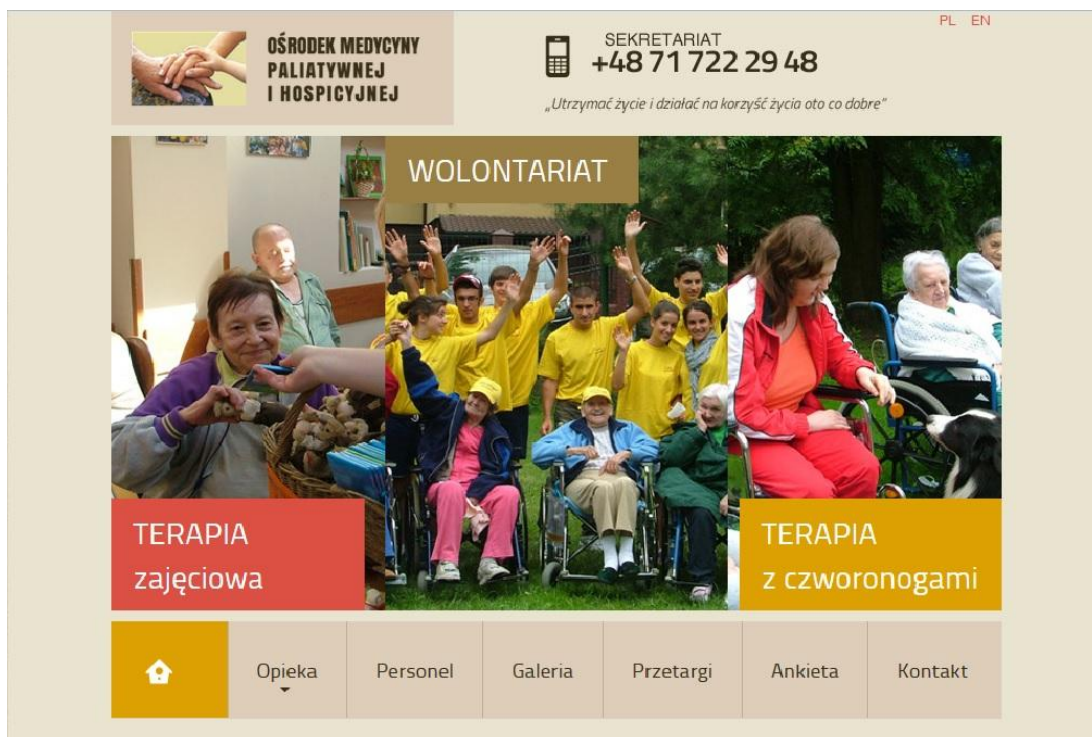
Cechy wspólne wykazywała zawartość witryn w obszarze umieszczanych treści. Wszystkie analizowane witryny internetowe zawierały informacje odnoszące się do charakterystyki danego hospicjum oraz danych kontaktowych. 1 hospicjum posiadało witrynę statyczną (rycina 64), a 8 dynamiczną o różnym stopniu rozbudowania. 6 hospicjów zawierało ponadto informacje na temat wolontariatu – zarówno w kontekście samej idei, jak i bardziej szczegółowych informacji dotyczących procedury stawania się wolontariuszem w danej placówce. W przypadku 5 hospicjów umieszczono zakładkę odnoszącą się do organizacji pozarządowej wspierającej lub prowadzącej hospicjum. Wszystkie analizowane hospicja, które posiadały status organizacji pozarządowej zamieściły na swojej stronie internetowej apele o przekazywanie 1% podatku na ich rzecz. 1 hospicjum poprzekło wszelkie dane dotyczące placówki informacją o uzyskaniu dofinansowania rozbudowy w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego (rycina 65). 4 hospicja w sposób bieżący i aktywny zamieszczały w witrynie aktualności dotyczące działań w hospicjum. Wszystkie analizowane hospicja posiadały czytelny adres strony internetowej i były dobrze pozycjonowane w wyszukiwarce Google.



Ryc. 57. Fragment witryny internetowej Hospicjum w Łabuńkach k. Zamościa



Ryc. 58. Fragment witryny internetowej Hospicjum im. św. Arnolda Janssena prowadzonego przez Stowarzyszenie Auxilium.



Ryc. 59. Fragment witryny internetowej Hospicjum w Będkowie k. Trzebnicy



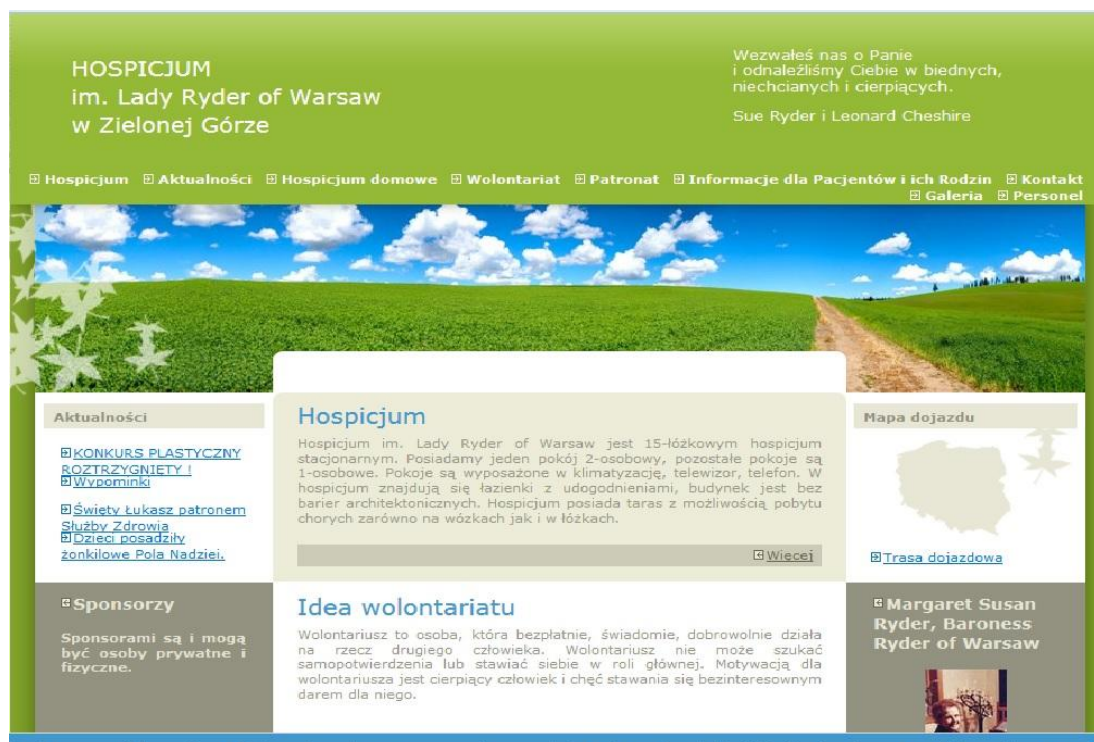
Ryc. 60. Fragment witryny internetowej Hospicjum św. Elżbiety w Złotowie



Ryc. 61. Fragment witryny internetowej Hospicjum św. Kamila w Gorzowie Wielkopolskim



Ryc. 62. Fragment witryny internetowej Hospicjum Palium w Poznaniu



Ryc. 63. Fragment witryny internetowej Hospicjum im. Lady Ryder of Warsaw w Zielonej Górze



„Hospicjum” p.w. Świętego Ducha w Łomży

18-400 Łomża
ul. Rybaki 3
Te./fax (0-86) 216-66-16

www.hospicjum.lomza.pl

Witaj na stronie „Hospicjum” p.w. Świętego Ducha w Łomży

Powstałe w 1992 r. Łomżyńskie Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum” p.w. Św. Ducha w Łomży podjęło się zorganizowania profesjonalnej opieki nad ludźmi z chorobą nowotworową w jej terminalnej fazie. Już 1 grudnia 1993 r. utworzone Hospicjum rozpoczęło świadczenie opieki obejmując swoim zasięgiem miasto Łomża oraz teren dawnego województwa łomżyńskiego.

W lutym 2003 r. po wybudowaniu nowego budynku zakład został przekształcony w Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej i dzięki temu opieką objęto również chorych z chorobą Parkinsona, ze stwardnieniem rozsianym i w stanach po udarach mózgu.

Obecnie ZZOZ rozszerza opiekę nad osobami z terenu województwa podlaskiego i mieści w swojej strukturze następujące formy działalności:

- hospicjum stacjonarne
- hospicjum domowe
- zakład opiekunczo-leczniczy

Do hospicjum przyjmowani są pacjenci kierowani przez lekarza pierwszego kontaktu, lekarzy z oddziałów szpitalnych oraz każdej poradni specjalistycznej po zakończeniu leczenia przyczynowego. Hospicjum dysponuje 7 łózkami.

W ramach hospicjum domowego świadczona jest opieka nad chorymi pozostającymi w domu zamieszkałymi w odległości 30 km od siedziby ZZOZ.

Korzystanie z opieki hospicyjnej stacjonarnej i domowej jest nieodpłatne.

Niepubliczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Łomżyńskiego Towarzystwa Przyjaciół Chorych

„Hospicjum” p.w. Świętego Ducha w Łomży

ZZOZ posiada status organizacji pożytku publicznego.

Konto:
PKO BP Białystok
70-1020 1332 0000
1402 0308 1205

KRS 0000012037

Ryc. 64. Fragment witryny internetowej Hospicjum p.w. Świętego Ducha w Łomży



Ryc. 65. Fragment witryny Hospicjum im. bł. ks. Jerzego Popiełuszki w Bydgoszczy

5. Informacje z hospicjów zagranicznych

Podczas wizyt studyjnych, a także w efekcie korespondencji z ośrodkami hospicyjnymi w Niemczech, Wielkiej Brytanii i na Węgrzech pozyskano materiały informacyjno-promocyjne, jak również wykonano zdjęcia prezentujące wybrane hospicja stacjonarne. Możliwość wykonania dokumentacji fotograficznej uzależniona była od decyzji osób zarządzających. W większości uzyskano zgodę na wykonanie fotografii miejsc neutralnych, nie zajmowanych w danym momencie przez pacjentów. W jednym hospicjum z uwagi na pełne obłożenie sal oraz obecność pacjentów w tzw. pobycie dziennym nie uzyskano zgody na dokumentację fotograficzną. Na podstawie wykonanych zdjęć porównano placówki, wyróżniając cechy wspólne, omówione poniżej.

5.1 Otoczenie hospicjów – strefa wejścia



Ryc. 66. Hospiz Haus Porsefeld – wejście (źródło: zdjęcie własne)

Odwiedzone hospicja różniły się wielkością budynku, liczbą łóżek stacjonarnych oraz dodatkową ofertą w obszarze opieki paliatywnej i np. fizjoterapeutycznej. Cechę wspólną stanowił dogodny dojazd, wejście oraz łatwa identyfikacja lokalizacji budynku.



Ryc. 67. Marie Curie Hospice Liverpool – wejście (źródło: zdjęcie własne)

W odwiedzanych placówkach uwagę zwracało otoczenie zapewniające obok walorów estetycznych zieleni także wygodne miejsca parkingowe. We wszystkich hospicjach zadbano o brak barier architektonicznych (np. progi) w strefie wejścia.

5.2. Miejsce pamięci

W odwiedzonych osobiście hospicjach w Liverpoolu oraz w Rendsburg i Kilonii w miejscu widocznym niedaleko wejścia lub w części centralnej placówki ustawiono dość dużą świecę (rycina 68). W przypadku jednego z hospicjów obok świecy znajdowała się ponadto księga pamiątkowa, z wpisami pacjentów i ich rodzin oraz gości hospicjum. Jak poinformował mnie personel świeca jest zapalana w czasie odchodzenia kogoś z grona pacjentów i gaszona po jego śmierci. Zwyczaj ten został przeniesiony także na grunt polski, o czym świadczyć może obecność podobnej świecy m.in. w Puckim Hospicjum św. Ojca Pio.



Ryc. 68. Miejsce pamięci: Hospiz Kieler Förde – po lewej oraz Hospiz Haus Porsefeld – po prawej (źródło: zdjęcia własne)

5.3 Miejsce wyciszenia i modlitwy

We wszystkich odwiedzonych hospicjach w miarę możliwości lokalowych wydzielono miejsce skupienia i modlitwy, najczęściej w formie oddzielnego pomieszczenia o różnej wielkości. W przypadku dwóch odwiedzonych hospicjów brak było jednoznacznie identyfikowalnych symboli religijnych (rycina 69), co znalazło również swoje odzwierciedlenie w wypowiedzi pracowników, iż dane hospicjum pomimo chrześcijańskich korzeni ideologicznych ruchu hospicyjnego, sprawuje opiekę także nad osobami o innych przekonaniach religijnych. Z tego względu podjęto decyzję o neutralnej aranżacji przestrzeni sprzyjającej kontemplacji i wyciszeniu. W przypadku pozostałych hospicjów w miejscu wyciszenia i modlitwy umieszczono symbol krzyża o niewielkich bądź średnich wymiarach, nie zainstalowany w sposób trwały (rycina 70).



Ryc. 69. Miejsce wyciszenia – Marie Curie Hospice, Liverpool (źródło: zdjęcia własne)



Ryc. 70. Miejsce wyciszenia Hospiz Haus Porsefeld (źródło: zdjęcia własne)

5.4. Strefa spotkań

W odwiedzonych hospicjach wydzielono część dedykowaną spotkaniom m.in. pacjentów, którzy byli w stanie poruszać się poza swoje pokoje, z osobami bliskimi. Aranżacja tych przestrzeni w zależności od możliwości danego hospicjum wykorzystywała zarówno różnorakie meble, rośliny zielone, a nawet zwierzęta (rycina 72) czy też kącik z zabawkami dla dzieci (rycina 71)



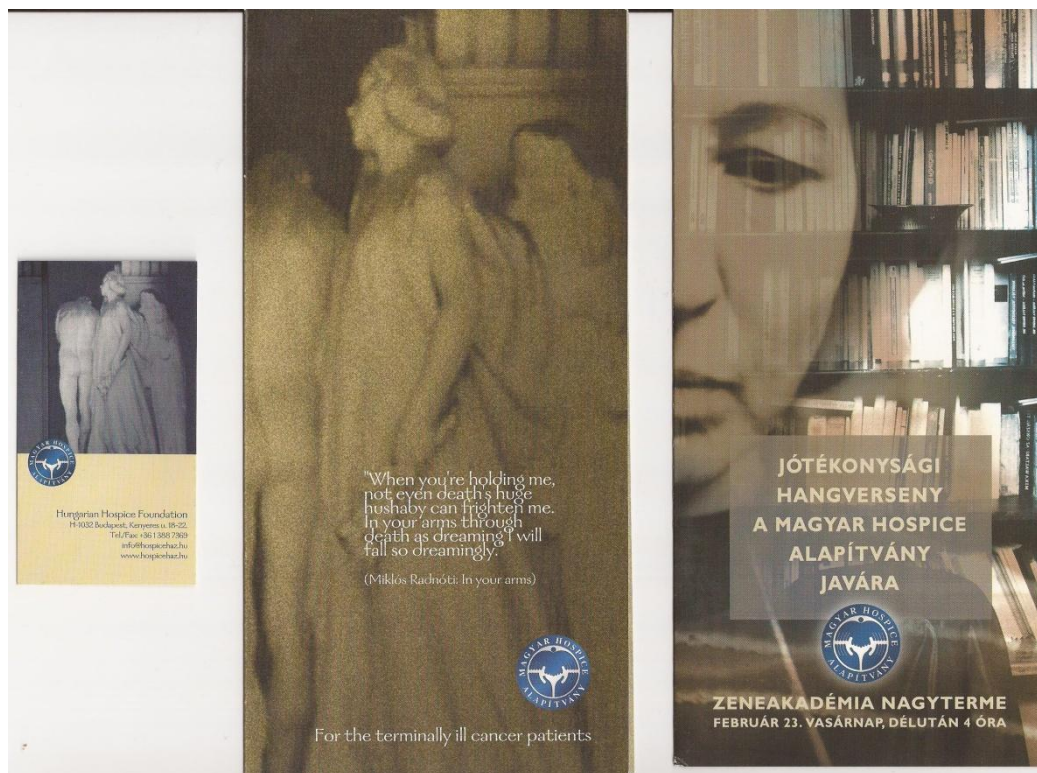
Ryc. 71. Strefa spotkań Hospiz Kieler Förde



Ryc. 72. Strefa spotkań Hospiz Haus Porsefeld, Rendsburg (źródło: zdjęcia własne)

5.5 Materiały informacyjno-promocyjne hospicjów zagranicznych

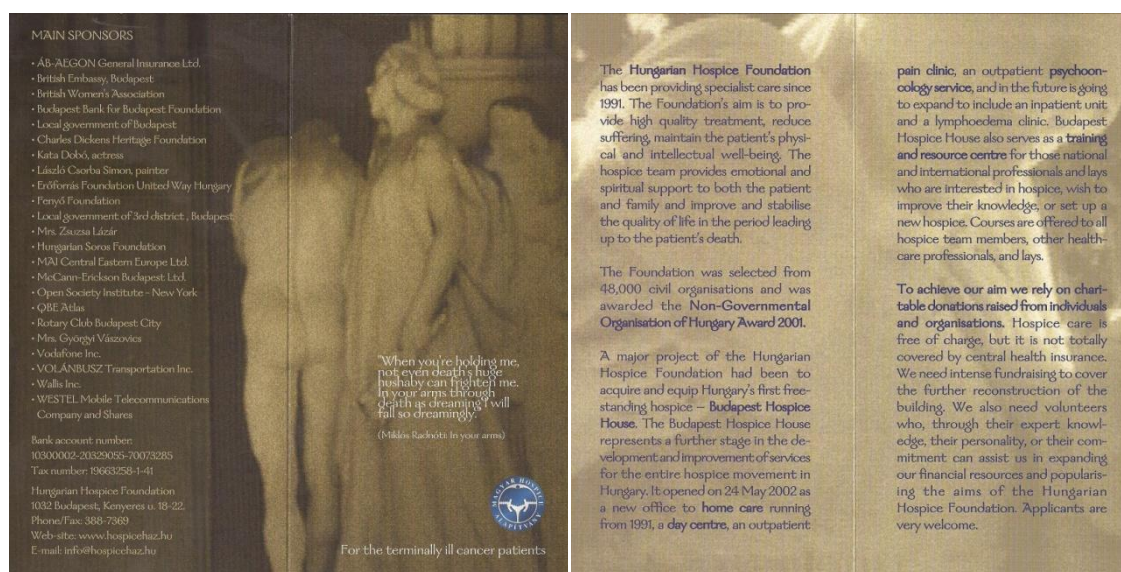
W efekcie nawiązania kontaktu bezpośredniego lub korespondencyjnego z placówkami hospicyjnymi z wybranych państw europejskich uzyskano ogółem 20 egzemplarzy materiałów informacyjno-promocyjnych. Najliczniej reprezentowanym rodzajem były ulotki informacyjne – 12 sztuk, ponadto otrzymano 1 wizytówkę, 1 plakat oraz 6 broszur. Uzyskane z 4 hospicjów różnorodne materiały pozwoliły na analizę ich spójności wizualnej, jak również dywersyfikację treści w nich zawartych. Prezentowane na rycinach 73, 74 i 75 materiały opublikowane przez Hungarian Hospice Foundation są przykładem współpracy z profesjonalną agencją marketingową. Stanowią one jednocześnie przykład spójnego kreowania wizerunku, wykorzystując zbliżoną kolorystykę oraz umieszczenie identycznego logo, co wpływa na jednoznaczną identyfikację materiałów dystrybuowanych przez Fundację. Wśród udostępnionych materiałów zarówno ulotka informacyjna o hospicjum jak i wizytówka przygotowane zostały w dwóch wersjach językowych (węgierskiej oraz angielskiej), natomiast ulotka i plakat promujący wydarzenia na rzecz hospicjum opracowane zostały jedynie w języku węgierskim.



Ryc. 73. Wizytówka oraz dwie ulotki informacyjno-promocyjne Hungarian Hospice Foundation

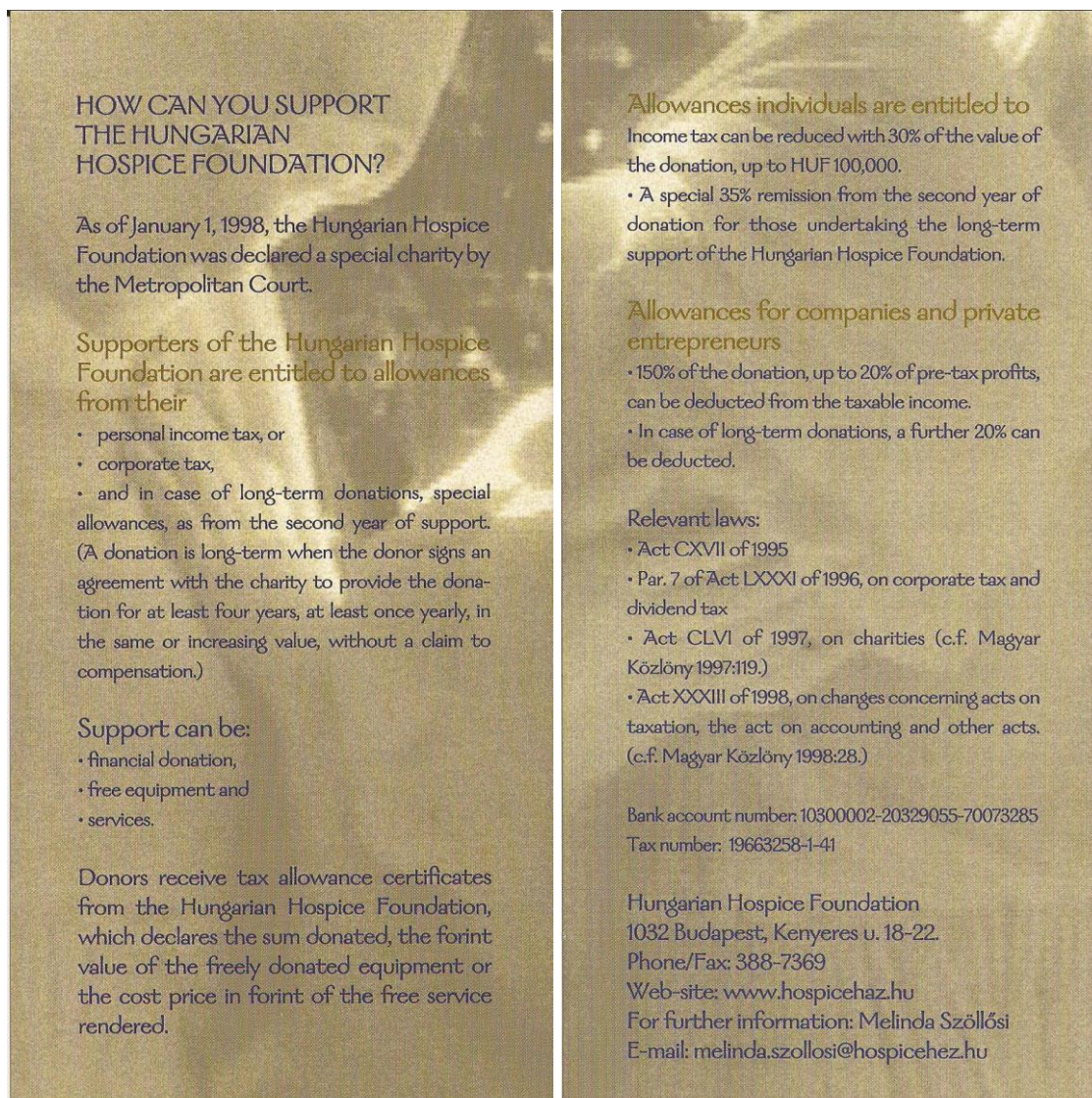


Ryc. 74. Plakat promujący wydarzenie na rzecz Hungarian Hospice Foundation



Ryc. 75. Ulotka informacyjna Hungarian Hospice Foundation

Na uwagę zasługuje ponadto dodatkowa strona ulotki informacyjnej Hungarian Hospice Foundation (rycina 75) prezentująca precyzyjnie aktualne możliwości udzielenia wsparcia Fundacji i odwołująca się do obowiązujących aktów prawnych wraz z podaniem limitów odliczeń przysługujących darczyńcom indywidualnym oraz firmom (rycina 76).



Ryc. 76. Fragment ulotki informacyjnej Hungarian Hospice Foundation

Prezentowane na rycinach 77 i 81 ulotki informacyjne nie odbiegają w zawartych treściach oraz stylistyce (m.in. wykorzystanie zdjęć otoczenia, wnętrz oraz pacjentów) od analizowanych wcześniej przykładów polskich hospicjów stacjonarnych. Każdorazowo prezentowane treści odnoszą się do idei opieki hospicyjnej oraz oferty danego hospicjum w tym zakresie.

Hospic Matky Terezy je otvorený od 1. 7. 2003. Poskytuje 20 lôžok pre pacientov a tiež izby pre príbuzných.

Prijímame klientov v rôznych vekových kategóriách. Najmladší klient mal 1 rok a najstarší 95 rokov.




	rok 2003 od 7/2003 do 12/2003	rok 2004 od 1/2004 do 9/2004
prijatí klienti	42	80
onkologickí	13	39
ostatní	29	41
zomrelo	17	37

Dvere hospicu sú otvorené pre každého, kto má záujem bližšie poznať prvý slovenský hospic - Hospic Matky Terezy. Dôkazom toho sú pobyty mnohých stážistov a domácich i zahraničných návštevných (USA, Veľká Británia, Rakúsko, Nemecko, Poľsko, Holandsko, Česko, Maďarsko, Írsko, Ukrajina atď.)

Nerobme veľké veci, ale malé veci s veľkou láskou



Matka Tereza

ARCIDIECÉZNA CHARITA KOŠICE

HOSPIC

MATKY TEREZY

BARDEJOVSKÁ NOVÁ VES

Hospic Matky Terezy
Pri štadióne 2
Bardejovská Nová Ves
085 01 Bardejov
tel.: 054/474 26 62
fax: 054/474 26 63
e-mail: hmt@pobox.sk

Arcidiecézna charita Košice
Bočná 2
040 01 Košice
tel.: 055/625 53 17
číslo účtu 8010-0513026193/7500

Prospekt bol vyrobený v spolupráci s firmou
ADLO
BEZPEČNOSTNÉ DVERE

ARCIDIECÉZNA CHARITA KOŠICE

HOSPIC

MATKY TEREZY

BARDEJOVSKÁ NOVÁ VES



Ak sa nedá naplniť život dňami, naplníme dni životom.

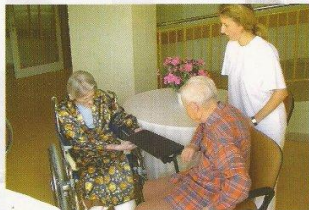
HOSPIC MATKY TEREZY



Hospic je zdravotnícke zariadenie zabezpečujúce komplexnú starostlivosť pre nevyliečiteľne chorých a zomierajúcich.




Myšlienka hospicu vychádza z úcty k životu a z úcty k človeku ako jedinečnej neopakovateľnej bytosti. Hospic znamená predovšetkým sprevádzanie. Sprevádzanie chorého, ale tiež jeho rodinu na náročnom a ťažkom úseku života.





Starostlivosť, ktorú hospic ponúka je nielen biologická, ale je to aj starostlivosť o psychologické, sociálne a spirituálne potreby klienta.




Režim dňa v hospici sa výrazne líši od režimu dňa v nemocnici. Ak to nenaruší pohodu ostatných pacientov, určuje si ho, pokiaľ je to možné, pacient sám. Obetavou prácou personálu a dobrovoľníkov sa hospic podobá viac láskyplnému a útulnému domovu než nemocnici.



Do hospicu sa pacient prijíma na vlastnú žiadosť a na základe žiadosti vyplnenej ošetrojúcim lekárom. Nerozhoduje bydlisko, vek, náboženské vyznanie ani národnosť. Rozhoduje diagnóza, prognóza a stav chorého. Do hospicu si môže chorý vziať i člena svojej rodiny. Ten sa v rámci svojich možností a schopností môže podieľať na ošetrovaní, ale nie je to nutné. Dôležitá je jeho prítomnosť.

HOSPIC CHORÉMU GARANTUJE:

- **Nebude trpieť neznesiteľnou bolesťou**
- **Vždy bude rešpektovaná jeho ľudská dôstojnosť**
- **Možnosť navštevovať chorého 24 hodín denne, alebo zostať s ním v hospici**
- **V posledných chvíľach života nezostane sám**

Pretože je možné, že niektorí pacienti, pre ktorých by bola hospicová starostlivosť vhodná, môžu byť z Vášho najbližšieho okolia, prosíme Vás o sprostredkovanie informácie o našom zariadení.

Ryc. 77. Ulotka informacyjna Hospicjum Matki Teresy w Koszycach, Słowacja



Ryc. 78. Materiały informacyjno-promocyjne Hospicjum Stella Maris oraz Stowarzyszenia na rzecz Hospicjum Stella Maris, Mechnich, Niemcy

Przedstawione na rycinach 78, 79, 80 i 82 materiały informacyjno-promocyjne to kolejne przykłady spójnego kształtowania komunikatów odwołującego się do tożsamyh elementów graficznych (w tym logo), układu przekazu i kolorystyki. Na uwagę zasługuje ponadto fakt prezentowania w materiałach marketingowych placówek i ich oferty oraz dodatkowo niejako oddzielnie, ale w formie wizualnie pokrewnej, informacji na temat organizacji pozarządowych prowadzących bądź wspierających te hospicja.



Ryc. 79. Materiały informacyjno-promocyjne stacjonarnego oddziału opieki paliatywnej w ramach Kliniki Uniwersyteckiej, Kilonia, Niemcy

Elementem odróżniającym materiały pozyskane z ośrodków zagranicznych od udostępnionych przez polskie hospicja jest umieszczanie blankietów deklaracji wsparcia w formie dodatkowych stron ulotki z podanym adresem zwrotnym. Deklaracje te nie dotyczą jedynie wsparcia finansowego lecz także możliwość wyrażenia zainteresowania uzyskaniem dodatkowych informacji czy udzieleniem osobistego wsparcia na zasadach wolontariatu (ryciny 79 i 83).

Pflege LebensNah

HOSPIZ
HAUS PORSEFELD
 Koordinierungsstelle
 Haupt- und Ehrenamt
 Mühlengraben 2, 24768 Rendsburg
 Telefon 0 43 31 – 14 35 14
 Fax 0 43 31 – 14 35 35
 www.pflegelebensnah.de
 E-Mail: thaysen@pln-netz.de

Spendenkonto:
 Pflege LebensNah e.V.
 Sparkasse Mittelholstein AG
 BLZ 214 500 00
 Konto 42 215

Wir verstehen Pflege



Wir sind rund um die Uhr für Sie da
Telefon 0 43 31 / 13 99-0

Stationäres Hospiz
 Haus Porsefeld



Pflege LebensNah
Wir helfen, pflegen und beraten

Satz und Layout: Klaus Neugebauer, Rendsburg

Unsere Leistungen

Ryc. 80. Materiały informacyjne nt. działalności organizacji Pflege LebensNah



Die Koordinierungsstelle für Haupt- und Ehrenamt

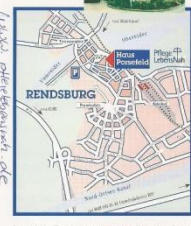
Zur Hospizarbeit gehört als ein wesentlicher Bereich der Dienst der ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Dieser wird von einer hauptamtlichen Koordinierungskraft geleitet, deren Aufgabe die Gewinnung, die Befähigung und der Einsatz Ehrenamtlicher sowie die Vernetzung mit anderen Stationen der Pflege LebensNah ist. Sie begleiten die Kranken, deren Familien und Freunde, bieten Gespräche und Spaziergänge, Vorlesungen, gemeinsames Kochen, etc. an.

Rituale und Trauerarbeit

werden durch Seelsorger, ausgebildete Trauerbegleiter und ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in regelmäßigen Abständen angeboten. Unser Haus ist offen für alle Menschen, die von dem Thema berührt sind.

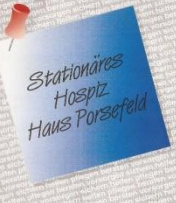
Es besteht ein Versorgungvertrag im Sinne des § 39a SGB V in Verb. mit § 72 SGB XI. Der Pflegeplatz ist in einer Vergütungsvereinbarung geregelt. Wir geben Ihnen gern Informationen und beantworten Ihre Fragen – wenden Sie sich telefonisch oder persönlich an:

Haus Porsefeld anerkannte Zweidienststelle
 Mühlengraben 2 (Parkleystem P7)
 Telefon 04331-14350 oder 143514
 Telefax 04331-143535
 Bankverbindung: Sparkasse Mittelholstein AG,
 Konto-Nr. 42215 (BLZ 214 500 00)



thaysen@pln-netz.de

Stationäres Hospiz
 Haus Porsefeld



Pflege LebensNah
Wir helfen, pflegen und beraten



Ein geschützter Ort mitten in der Stadt

Das Hospiz Haus Porsefeld befindet sich auf dem Gelände des Hospitals Zum Heiligen Geist. In sechs Einzelzimmern und zwei Zwei-Bett-Zimmern, die jeweils mit einem barrierefreien Bad ausgestattet sind, können Angehörige auf Wunsch in der Nähe des Bewohners bleiben.

Sterben ist Leben – Leben vor dem Tod

Neben dem ambulanten Angebot der Pflege LebensNah möchte das stationäre Hospiz Haus Porsefeld helfen, das Sterben wieder als bewusste Lebenszeit anzunehmen.

Eine Gruppe von Fachkräften – Pflegekräfte, Hausarzt, Facharzt, Seelsorger und Ehrenamtliche – gibt Hilfe.



Die Würde des Menschen ist unantastbar

Unabhängig von seiner Nationalität, seiner Weltanschauung und seiner finanziellen Situation wird der kranke Mensch beachtet.

Die Hospiz-Grundidee schließt aktive Sterbehilfe aus.

Die Zielgruppe sind kranke Menschen

- mit einer unheilbaren und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung
- bei denen eine stationäre Behandlung im Krankenhaus nicht erforderlich ist und eine ambulante Betreuung nicht – oder nicht mehr – möglich ist



Im stationären Hospiz Haus Porsefeld wird palliative – auf Linderung zielende – Medizin und Pflege angewandt

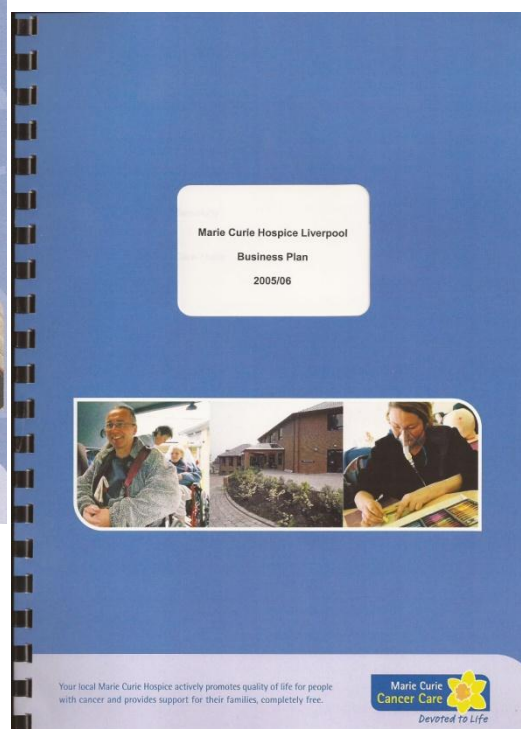
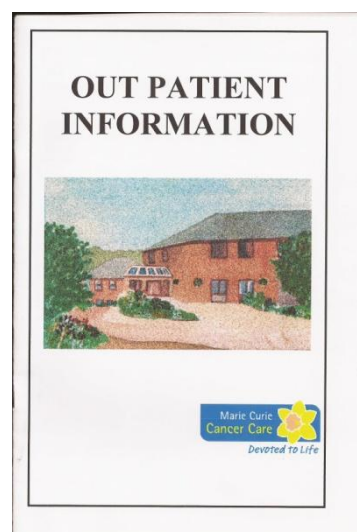
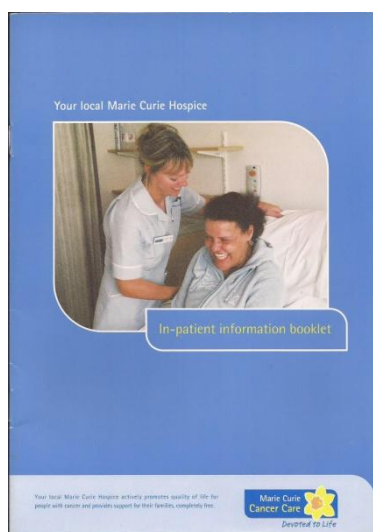
Das bedeutet:

- die Befreiung oder Linderung von Symptomen wie Schmerz, Übelkeit, Erbrechen, etc.
- Verbesserung der Lebensqualität und eine ganzheitliche Betreuung des Bewohners
- auf Wunsch Musik- und Maltherapie

Die ärztliche Betreuung

wird über niedergelassene Haus- und Fachärzte aus Rendsburg gewährleistet, die über entsprechende Erfahrung in der Palliativmedizin verfügen.

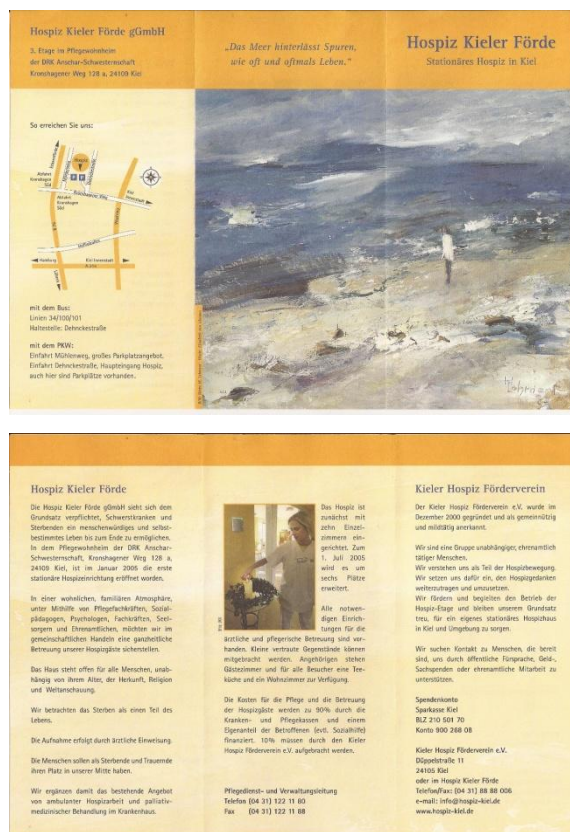
Ryc. 81. Ulotka informacyjna stacjonarnego Hospicjum Haus Porsefeld, Rendsburg, Niemcy



Ryc. 82. Materiały informacyjne organizacji Marie Curie Cancer Care oraz hospicjum Marie Curie, Liverpool, Wielka Brytania

Wśród pozyskanych materiałów na uwagę zasługują udostępnione na drodze korespondencji plany strategiczne oraz biznesplan jednej z organizacji prowadzącej sieć ośrodków opieki paliatywnej na terenie Wielkiej Brytanii. Tym samym można wnioskować, iż organizacja ta w sposób świadomy i zgodny z regułami marketingu

zarządza placówkami i dąży do osiągnięcia założonych celów na poziomie strategicznym i operacyjnym. Analizując powyższe dokumenty zauważyć można ponadto, iż odnoszą się one nie tylko do kwestii związanych z liczbą pacjentów czy udzielonymi świadczeniami, lecz także z rozwojem i modernizacją budynków czy prowadzeniem badań medycznych.



Wie Sie helfen können:

Sie können unsere Ziele unterstützen durch

- Ihre aktive Mitarbeit
- Ihre Mitgliedschaft
- Ihre Spende

☐ Ich möchte Mitglied des Kieler Hospiz Förderverein e.V. werden.

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

e-mail: _____

Bankverbindung zum Lastschriftinzug bis auf Widerruf:

Bank: _____

Konto-Nr.: _____

BLZ: _____

Mein Jahresbeitrag: _____

(Mindestbeitrag 30,- € pro Jahr, Institutionen 100,- € pro Jahr)

☐ Ich bitte um die Übersendung einer Spendenbescheinigung.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Die persönlichen Daten werden ausschließlich für Vereinszwecke gespeichert und verwendet.

*„Wir reichen den uns anvertrauten Menschen
sowie ihren Angehörigen und Freunden die Hand.“*

Haben Sie Interesse?

☐ Wir informieren in Vorlesungen, Benefizveranstaltungen, persönlichen Gesprächen und Pressearbeiten über den Hospizgedanken und das stationäre Hospiz.

☐ Wir suchen Kontakt zu allen Menschen, die bereit sind, uns durch öffentliche Fürsprache, Geld- oder Sachspenden sowie ehrenamtliche Mitarbeit zu unterstützen.

An den
Kieler Hospiz Förderverein e.V.
Düppelstraße 11
24105 Kiel

Ryc. 83. Ulotka informacyjna wraz z blankietem deklaracji darczyńcy Hospicjum Kieler Förde, Kiel, Niemcy

Prezentowane materiały zagraniczne w swojej treści nie odbiegają w sposób zasadniczy od przekazu umieszczanego w materiałach pochodzących z polskich placówek hospicyjnych. W analizowanych przykładach uwagę zwraca jednak większa dbałość o spójność wizualną, jak również podejmowane próby zachęcenia odbiorców do udzielenia informacji zwrotnej (reakcji) na przekazane im materiały i tym samym rozpoczęcie dialogu i potencjalnie współpracy na różnych płaszczyznach.

V. Omówienie wyników, weryfikacja hipotez i dyskusja

Celem pracy była analiza działań o charakterze marketingowym podejmowanych przez hospicja stacjonarne w Polsce. Badania przeprowadzono przy użyciu autorskiego kwestionariusza ankiety, drogą pocztową. Uzyskano zwrotność ankiet na poziomie 28% (standardowy poziom zwrotności dla badań prowadzonych drogą pocztową wynosi zazwyczaj ok. 20%¹⁶).

Uzyskane dane pokazują, iż hospicja stacjonarne w Polsce w sposób wybiórczy korzystają z narzędzi i technik marketingowych. Jedynie w nielicznych przypadkach hospicja posiadały jednoznacznie zdefiniowaną wizję placówki w perspektywie 5 lat. Zgodnie z piśmiennictwem tematu, jasno wytyczone cele oraz dobrze określona wizja przyszłości stanowią podstawę planowania marketingowego (Blery i in. 2010; Brody i Pedersen, 1988; Herbst i Cetti, 2001; Kotler 1999, 2005). Część badanych hospicjów podejmuje wyzwanie odnajdowania się w zmieniającej się dynamicznie rzeczywistości rynkowej podejmując działania związane ze strategicznym planowaniem. Jednakże odczuwają one w sposób znaczący trudności z implementacją szeroko pojętego zarządzania strategicznego z poziomu dużych korporacji na codzienną rzeczywistość małych, często nonprofitowych, jednostek, które w dużej mierze swoje działania opierają na pracy wolontariuszy (Brody i Pedersen, 1988). Planowanie krótkookresowe stanowiące element codziennego zarządzania nie jest sposobem wystarczającym, aby móc przewidzieć przyszłość i podejmować decyzje o charakterze strategicznym. Również w przypadku jednostek o niestabilnym systemie finansowania działalności (kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia) planowanie strategiczne jest metodą pozwalającą stopniowo osiągać założone cele. Wnioski badań nad sposobami myślenia (Kahneman, 2013) oraz tworzenia strategii (Rumelt, 2013) wskazują na istnienie istotnej luki edukacyjnej w zakresie budowania planów strategicznych, długofalowych w marketingowym zarządzaniu również hospicjami. Wyniki badań D. Ariely (2009) ilustrują skłonność menedżerów do skupiania uwagi na celach krótkookresowych. Nieodłącznym warunkiem skuteczności działania jest angażowanie wszystkich

¹⁶ Po pierwszej wysyłce otrzymywanych jest zazwyczaj ok. 25 proc. wypełnionych ankiet, po powtórnej odsetek wzrasta do ok. 40 (TNS Pentor, 2013)

zainteresowanych, a fakt ten bywa znakomicie realizowany zarówno ogólnie w jednostkach niedochodowych, jak i specyficznie w obszarze opieki paliatywno-hospicyjnej. Organizacje opierające swoją działalność na pracy wolontariuszy muszą posiadać dobrze rozwinięte umiejętności komunikacyjne, jak i kompetencje w obszarze zarządzania personelem. W tym aspekcie niepokój budzić może pewna niestabilność zespołów hospicyjnych, która związana być może ze znaczną rotacją personelu (fachowego oraz wolontariuszy) oraz wskazywaną przez respondentów ogólnie zbyt małą liczbą personelu. Również troska o satysfakcję personelu stanowi przedmiot zainteresowania w zakresie świadomie prowadzonego marketingu wewnętrznego wśród badanych jednostek. W przeprowadzonym badaniu zauważono ograniczenie tych narzędzi w perspektywie czasowej – co w połączeniu z deklarowanymi, a wspomnianymi wcześniej trudnościami hospicjów w zakresie zasobów ludzkich wskazuje na możliwość poprawy sytuacji poprzez zwrócenie szczególnej uwagi na ten obszar zarządzania placówkami. Z pomocą mogą w tym względzie przyjść wyniki badań związane z zastosowaniem dorobku ekonomii behawioralnej do tworzenia lepszego świata, do budowania lepszych relacji społecznych. Thaler i Sunstein (2012) pokazują, w jaki sposób zmiana podejścia do otoczenia może wpływać na zmianę zachowań. Pozytywne komunikaty, dystans do korzystania z autorytetów, a nawet zakaz reklam w pewnych obszarach społeczno – ekonomicznych, mogą przyczyniać się do budowania bardziej zintegrowanego społeczeństwa.

Na przykładzie hospicjum omawianym przez Brody i Pedersen (1988) podkreślono wspólną pracę zarówno personelu jak i zarządu w zarządzaniu wiedzą o hospicjum i kwestiach związanych z opieką zdrowotną. Dodatkowo ten szczególny plan obejmował wprowadzenie konkretnych narzędzi do implementacji i ewaluacji konkretnego planu strategicznego dla tego hospicjum co w opinii autorek stanowi dwie najtrudniejsze części planowania strategicznego. Także w badaniach prezentowanych w tej pracy respondenci podkreślali współpracę całego zespołu (personelu zarządzającego, medycznego oraz wolontariuszy) i wspólne zaangażowanie w działania marketingowe.

Do czynników, które wpływają na hospicja motywując je pozytywnie do podejmowania działań o charakterze marketingowym należy z całą pewnością

niewystarczająca kwota środków finansowych przekazywana z budżetu państwa (hipoteza 4).

Wśród innych trudności, 36% respondentów wskazało także na brak zrozumienia idei wśród społeczeństwa. Sposób w jaki hospicjum jest postrzegane przez bliższe i dalsze otoczenie uzależniony jest w dużej mierze od deklarowanych wartości i postaw prezentowanych przez przedstawicieli ruchu hospicyjnego. Sformułowana w sposób opisowy idea przyświecająca działalności hospicjum św. Łazarza w Krakowie przedstawia doskonale postawę charakteryzującą osoby zaangażowane w pracę hospicjum: „Budując i prowadząc Hospicjum chcemy zapewnić chorym opiekę, także duchową, a ich rodzinom psychologiczne i religijne oparcie w trudnych chwilach. Hospicjum ma posiadać pewne możliwości, jakie posiada szpital a zarazem ma być domem chorych, domem gościnnym, w którego prowadzeniu mają wielki udział tak parafianie i inni wolontariusze, jak i rodziny chorych. Ma to być dom pełen życia, gdzie zdrowi uczą się ludzkiej i chrześcijańskiej postawy wobec cierpienia, gdzie przychodzą dzielić się tym, czym dysponują, by zyskać nową siłę, przemyśleć swoje życie i odnaleźć właściwe priorytety.” (Hospicjum św. Łazarza, 2007)

Uzyskane wyniki wskazują na utrzymywane przez większość hospicjów kontakty zagraniczne (hipoteza 3). Jednakże częściej współpraca ta miała charakter wsparcia celowego, finansowego bądź rzeczowego, aniżeli wymiany doświadczeń czy też poznania „dobrych praktyk” w obszarze zastosowania marketingu w hospicjum. Tym samym można wnioskować, że wzorce zagraniczne w pojedynczych przypadkach implementowane w hospicjach w Polsce, stanowią rezultat indywidualnych obserwacji, a nie są efektem zamierzonych działań partnerskich.

Nieliczne publikacje dotyczące marketingu hospicjów w piśmiennictwie polskim wskazywać mogą na, z jednej strony ograniczone zainteresowanie zagadnieniem, jak i z drugiej strony na brak wiedzy merytorycznej u osób zajmujących się tym tematem w codziennej praktyce. Wyniki z przeprowadzonych badań pokazują, że fachowe przygotowanie dotyczyło częściej hospicjów prowadzonych przez organy inne niż pozarządowe. W przypadku organizacji non-profit przygotowanie takie (w formie wykształcenia czy kursów) nie występuje. Wart zastanowienia się jest fakt, iż w badanych dwukrotnie hospicjach, w drugim badaniu zaobserwować można deklarowany niższy poziom wiedzy (subiektywnie oceniany

przez respondentów) u osób zajmujących się marketingiem. Ocena taka może wynikać m.in. ze wskazywanej wcześniej rotacji personelu, także w obszarze działań o charakterze marketingowym. Jednocześnie w drugim badaniu zaobserwować można nieznaczne ograniczenie działań o charakterze marketingowym (m.in. rzadziej dokonywana ocena satysfakcji, niespójne wizerunkowo materiały informacyjno-promocyjne lub ich brak) co wydaje się potwierdzać hipotezę 1. Z drugiej jednak strony przyczyną tego stanu rzeczy mogą być ograniczenia finansowe oraz koncentracja głównie na działalności medycznej realizowanej często w formie wolontaryjnej. W działaniach na rzecz zwiększania skuteczności marketingowego zarządzania hospicjami należy zwracać szczególną uwagę na korzystanie z właściwych instrumentów w komunikowaniu się z otoczeniem. W obszarze organizacji społecznych, skuteczne jest odwoływanie się do argumentacji racjonalnej (Heath, 2014). Wzrost zróżnicowania społeczeństwa (wiek, dochody, status społeczny, urządzenia technologiczne) powoduje konieczność dostosowywania narzędzi do segmentów rynkowych (Wiktor, 2013). W odniesieniu do hospicjów jako organizacji działających przede wszystkim lokalnie, skuteczne jest z reguły wykorzystywanie instrumentów komunikacji związanych ze skalą regionalną, lokalną.

Jednocześnie większość badanych hospicjów deklarowała szkolenia jako najczęstszą formę wsparcia personelu i wyrażała zainteresowanie szkoleniami zarówno o tematyce marketingowej, jak i w innych obszarach dotyczących m.in. zarządzania personelem. Pozwala to domniemywać, iż osoby zarządzające hospicjami dostrzegają potrzeby personelu w tym zakresie.

W badaniu 1 – 12 respondentów, a w badaniu 2 – 6 respondentów podało organizację non-profit jako swój organ założycielski. Świadczyć to może o pewnej otwartości tych hospicjów na tematykę marketingową. Zależności istotne statystycznie wskazały, że ocena satysfakcji z rodzaju i miejsca wykonywanej pracy nie była przeprowadzana wśród personelu w hospicjach założonych przez organizację pozarządową. W badaniu 2 jednakże deklarowano rzadsze zbieranie tych informacji, głównie w formie nieregularnej i ustnej. Tym samym nasuwa się pytanie o rzetelność danych zbieranych w tej formie.

Zależnością istotną, którą należy podkreślić, jest fakt zdefiniowania standardów pozyskiwania środków finansowych przez organizacje posiadające status

organizacji pożytku publicznego tzn. tych które ubiegają się o 1% podatku. Taki stan rzeczy związany jest niewątpliwie z koniecznością zachowania procedur narzuconych na organizacje posiadające status organizacji pożytku publicznego w tym zakresie.

Uzyskane wyniki wskazują, że najczęściej inicjatorami działań o charakterze marketingowym są osoby zarządzające, co pozwoliło pozytywnie zweryfikować hipotezę 2 postawioną w niniejszej pracy. Niemniej jednak część respondentów podkreślała rolę całego zespołu (a więc i wolontariuszy) w podejmowaniu tych działań. Dane uzyskane w badaniu 2 wskazują na tendencję do zmniejszania roli wolontariuszy w podejmowaniu działań o charakterze marketingowym. Może być to związane z kompetencjami, czy też predyspozycjami wolontariuszy pracujących dla danego hospicjum w momencie wypełniania kwestionariusza. Wspomnieć tu należy, że działania o charakterze marketingowym (w tym m.in. zbiórki uliczne) stanowią jedynie (w świetle wyników badań ankietowych) niewielki obszar zadań, w które angażowani są wolontariusze. Przejmowanie inicjatywy przez decydentów może wpływać pozytywnie na ogólne procedury zarządzania daną placówką m.in. na kreowanie wizji czy też jasne definiowanie celów. Niepokój jednakże budzić może ogólnie przeciętny poziom deklarowanej wiedzy fachowej (popartej np. wykształceniem) u osób podejmujących działania o charakterze marketingowym.

Uzyskane dane nie wykazały różnic istotnych statystycznie w odniesieniu do częstotliwości i dynamiki podejmowanych działań w kontekście umiejscowienia hospicjum w pobliżu bądź w większym mieście. Dokonując oceny lokalizacji placówki, respondenci często podkreślali, że dostęp do mediów lokalnych nie wpływa na ich działalność. Jednocześnie jednak jedynie 5 hospicjów (w badaniu 1) deklarowało oddelegowanie na stałe jednej osoby do kontaktów z mediami. W badaniu 2 zaobserwowano wzrost wykorzystania mediów bezpośrednio poprzez audycje radiowe/telewizyjne, a zmniejszyła się częstotliwość wyboru konferencji prasowych jako narzędzia promocji.

Najczęściej pomijanym pytaniem w kwestionariuszu ankiety było pytanie dotyczące znajomości akcji marketingowych promujących idee hospicjum o zasięgu ponadlokalnym. Unikanie odpowiedzi świadczyć może o braku wiedzy, bądź też niechęci do szerszej wypowiedzi na ten temat.

Podkreślić należy, że zarówno w badaniu 1 jak i w drugim żaden z respondentów nie deklarował korzystania z usług profesjonalnej agencji marketingowej. Z obserwacji własnych wynika jednakże, iż działania takie były podejmowane na terenie Polski. Wyjątkowym przykładem w tym obszarze, gdzie przynajmniej jedna strona prezentuje wysoki poziom kompetencji w zakresie marketingu jest współpraca Warszawskiego Hospicjum dla Dzieci oraz Fundacji św. Mikołaja, która w latach 1998-2002 zrealizowała 5 kampanii na rzecz tego hospicjum. Celem kampanii było poinformowanie Polaków o istnieniu miejsca, jakim jest Warszawskie Hospicjum dla Dzieci. Adresatami kampanii byli potencjalni darczyńcy i rodzice dzieci nieuleczalnie chorych. Akcja informacyjna pomogła zebrać pieniądze (łącznie w wyniku wszystkich kampanii udało się zebrać prawie 4 mln zł.), które zostały przeznaczone na opiekę nad dziećmi przebywającymi w tej placówce. (Fundacja św. Mikołaja, 2013). Również niezależni twórcy, jak w przypadku Krzysztofa Wykrota, podejmowali często kontrowersyjne w wydźwięku działania mające na celu promowanie idei hospicyjnej przy użyciu technik i narzędzi marketingowych. Przygotowana przez twórcę reklama społeczna wywołał protesty ze strony środowisk medycznych. Przekaz prezentował, w kontraście do tradycyjnej medycyny naprawczej, opiekę paliatywną jako łagodniejszą, przyjaźniejszą i pełną zrozumienia i współczucia. Choć z punktu widzenia marketingu poprawnie opracowany, opierał się na negatywnych emocjach i tym samym przez wielu odbiorców odczytany został jako nieetyczny, szczególnie iż bohaterem przekazu uczyniono dziecko - wykreowane jako chore i bezbronne w rzeczywistości szpitalnej. To właśnie takie postrzeganie działań marketingowych (jako formy nieetycznej) stanowi jedno z zagrożeń implementacji marketingu w działalności organizacji niedochodowych. Często stanowi ono efekt niezrozumienia wynikającego niejednokrotnie z braku wiedzy. Podczas zbierania materiału badawczego do niniejszej rozprawy spotkałam się również z reakcją respondenta: „my nie zajmujemy się tym, jesteśmy organizacją charytatywną”. Sądzę, że cytat ten doskonale obrazuje punkt widzenia wielu pracowników organizacji pozarządowych.

Reklama społeczna może jednak stanowić dobre narzędzie wspomagające działalność hospicjów - ponieważ promuje ideę, a nie konkretny produkt czy usługę. Umiejętne kształtowanie przekazu sprzyjać zatem może zarówno promocji idei

hospicyjnej, jak i bardziej wymiernym efektem - pozyskiwaniu darczyńców czy wolontariuszy.

Jak wynika z badań własnych oraz obserwacji, współczesne działania hospicjów na terenie Polski (zarówno stacjonarnych jak i domowych) pokazują wzrost zainteresowania narzędziami i technikami marketingowymi. Szczególnie po 2004 roku kiedy to po raz pierwszy rozpoczęto społeczną kampanię *Hospicjum to też życie*. Kampania ta odbywająca się co roku pod różnym hasłami przewodnimi kieruje uwagę społeczeństwa i mediów m.in. na takie kwestie jak: godne życie do jego naturalnego końca, komunikacja z pacjentem w sytuacji niepomyślnej diagnozy, problem dzieci osieroconych czy trudności życia codziennego z chorym przewlekle.

W oparciu o zebrany materiał własny można przedstawić ciekawy przykład jakim jest szeroko zakrojona działalność Hospicjum w Pucku, które znacznie wychodzi poza obszar tradycyjnie rozumianej stacjonarnej opieki paliatywno-hospicyjnej wzorując się na najlepszych praktykach z zagranicy. Podkreślić należy, iż Puckie Hospicjum im. Św. Ojca Pio świadczy opiekę stacjonarną od września 2009 i z tego powodu nie zostało objęte badaniami w oparciu o kwestionariusz ankiety. Wszystkie informacje uzyskane zostały na drodze wywiadu bezpośredniego z osobą zarządzającą hospicjum przeprowadzonego w lipcu 2011.

Puckie Hospicjum im. św. Ojca Pio rozpoczęło swoją działalność jako hospicjum domowe z czasem tworząc również oddział stacjonarny. Swojej działalności nie ogranicza jednak do sprawowania opieki medycznej i duchowej wychodząc z ofertą edukacyjną do środowiska lokalnego m.in. do szkół, które wspierają działalność hospicjum przygotowując dla jego pacjentów koncerty czy też przedstawienia. Hospicjum Puckie troszczy się także o relacje z decydentami tworząc okazje do wizyt ważnych osobistości, którzy tym samym mają możliwość bezpośredniego zapoznania się z ofertą placówki. Obok przyłączania się do ogólnopolskich projektów jak Akcja Żonkil (Pola Nadziei), z inicjatywy zarządzających hospicjum realizowane są dodatkowe inicjatywy jak m.in. Areopag Etyczny, którego partnerem w 2013 roku jest Fundacja Hospicyjna czy Światelko dla Hospicjum (kwesta na cmentarzach w dniu 1 listopada).

Działalność gospodarcza służąca generowaniu zysku w organizacji niedochodowej nie musi być związana z rodzajem podstawowej działalności non-profit. Z obserwacji poczynionych w trakcie zbierania danych do niniejszej pracy

wynika, iż jedną z form pozyskiwania środków finansowych jest m.in. odpłatny wynajem pomieszczeń będących własnością danej organizacji w okresie gdy nie są one wykorzystywane do celów statutowych.

Z obserwacji wynika także, iż organizacje non profit posługują się różnymi poziomami cen. Uzależniając niejednokrotnie ich wysokość od możliwości finansowych odbiorców czy też atrakcyjności oferowanego produktu. I tak mogą oferować jednocześnie produkty całkowicie bezpłatne, częściowo lub całkowicie odpłatne kształtując ich ceny na poziomie, ale także powyżej bądź poniżej rzeczywistych kosztów danej usługi. Jednocześnie na przyjęcie danej strategii cenowej nierzadko ma również wpływ tzw. interes społeczny czy też odczucie co do etyczności danego postępowania.

Oba te zagadnienia mogą stanowić przedmiot rozważań jednostek opieki paliatywnej. Pamiętać jednak należy, iż żadna z organizacji nie działa w próżni. Zdecydowana większość podlega ścisłemu nadzorowi ze strony społeczeństwa, tym silniejszemu im bardziej odbiorcy utożsamiają się z charakterem danej firmy. Również organizacje sektora pozarządowego podlegają tym regułom. Szczególnie gdy podejmują działania mające na celu zbieranie funduszy.

Uzyskane w pracy wyniki nie wskazują, aby polskie hospicja stacjonarne stosowały w sposób świadomy procedury segmentacji rynku. Oczywiście kierując swoje działania do wybranych grup odbiorców (np. potencjalnych sponsorów) w pewnym stopniu odwołują się do ich wspólnych cech przygotowując komunikaty. Uzasadnieniem dla tego kierunku działań jest także rosnąca świadomość odpowiedzialności społecznej w biznesie, jako segmencie, do którego hospicja mogą kierować komunikaty marketingowe. Kotler wskazuje, że zaangażowanie przedsiębiorstw w CSR, czyli Społeczną Odpowiedzialność Biznesu oraz nawiązywanie współpracy z jednostkami publicznymi i społecznymi, to skuteczne instrumenty budowania wzrostu oraz pozycji rynkowej (Kotler i Kotler, 2013). Niemniej jednak, wydaje się że działania te niosą bardziej znamiona „aktywności”, aniżeli kształtowania długotrwałych relacji. W Polsce w dalszym ciągu większym problemem jest objęcie opieką pacjentów jej wymagających w obliczu niewystarczających zasobów, aniżeli walka o pacjenta jako źródła dochodu dla placówki. Jednakowoż obserwowane pojawianie się na rynku podmiotów świadczących komercyjnie ten rodzaj usług, sugerować może dalszy kierunek

rozwoju opieki paliatywno-hospicyjnej, jak miało to miejsce w Stanach Zjednoczonych w latach 80-tych i 90-tych XX wieku.

Gandhi (2012) podaje przykład marketingowego sterowania pozyskiwaniem pacjentów do hospicjów na terenie Stanów Zjednoczonych przez podmioty komercyjne. Z uwagi na fakt, że Medicare finansuje działalność hospicjów na zasadzie stałej stawki dziennej niezależnie od stanu czy też diagnozy z jaką pacjent zostaje przyjęty do programu, jednostki paliatywne nastawione na zysk chętniej przyjmują pacjentów, u których spodziewane koszty sprawowanej opieki są niższe. W efekcie skutkuje to selektywnym przyjmowaniem pacjentów na dłuższe okresy czasu. W świetle prawa takie postępowanie jest nielegalne, jednak jak pisze Gandhi, umiejętne dobranie narzędzi marketingowych sprzyja pozyskiwaniu pacjentów z określonego segmentu. Przykładowo, kierowanie informacji o charakterze marketingowym do ośrodków opieki długoterminowej częściej niż do lekarzy (droga tradycyjna) sprzyja zgłaszaniu pacjentów z preferowanej, wyżej wspomnianej grupy docelowej. Jednocześnie Gandhi podkreśla, że postępowanie takie nie jest obojętne dla jakości usług świadczonych w hospicjum. Sprzyja m.in. zastępowaniu wysoko wykwalifikowanego personelu, niżej wykształconym czy też wąskiej specjalizacji poszczególnych placówek. Jak wykazały wyniki badań prowadzonych przez Gandhi przy porównywalnej liczbie wizyt na pacjenta w hospicjach komercyjnych rzadziej korzystano z kwalifikowanej pomocy pielęgniarstwa, rzadziej także pacjentami byli chorzy onkologiczni.

Obok ograniczeń wynikających ze sposobu finansowania przez Medicare hospicja na terenie Stanów Zjednoczonych deklarują zbyt małą liczbę pacjentów obejmowanych opieką paliatywną w ramach istniejącej bazy łóżkowej (w opiece stacjonarnej) i w opiece domowej. Na początku XXI wieku mniej niż 1/3 Amerykanów korzystała ze świadczeń paliatywnych (w 1996 roku Conant i Lowney podali 15%) (Friedman i in., 2002). Przynajmniej jedno badanie opinii publicznej z kwietnia 1999 roku (NHPCO) wykazało, iż 80% respondentów nie wiedziało co oznacza słowo „hospicjum”, ani że są to świadczenia finansowane w ramach funduszy Medicare. Jednakże 65% respondentów popierało ideę zewnętrznej organizacji wspierającej w opiece nad osobami bliskimi. Przyczyn tego stanu rzeczy upatrują badacze w osobie lekarza.

Aby możliwe było skorzystanie z bezpłatnej dla pacjenta (finansowanej przez Medicare) opieki hospicyjnej konieczne jest spełnienie dwóch warunków. Pierwszy z nich to stwierdzenie przez lekarza ograniczenia dalszego trwania życia pacjenta do 6 miesięcy. Drugi to uzyskanie konsensusu w rozmowie z pacjentem, iż opieka paliatywno-hospicyjna stanowić będzie najlepsze rozwiązanie w zaistniałych warunkach i odstąpienie od postępowania leczniczego. Autorzy badania wskazują, iż brak tudzież zbyt rzadkie skierowania do opieki hospicyjnej są wynikiem bądź niewłaściwego rozpoznania co do stopnia zaawansowania choroby bądź też trudności w komunikowaniu choremu niepomyślnego rokowania w jego przypadku.

Sytuacja w Polsce, jak wskazują obserwacje, nie wykazuje cech nadwyżki podaży usług hospicyjnych nad popytem. Zdecydowanie częściej, jak wynikało z rozmów bezpośrednich deklarowane są ograniczone środki finansowe oraz zbyt mała liczba łóżek w stosunku do rzeczywistych potrzeb społeczeństwa.

Prezentowana praca prezentuje określone spektrum problemów organizacyjno-zarządczych z jakimi borykają się placówki hospicyjne. Wielokrotnie napotykanne trudności podczas zbierania danych w uzyskaniu informacji na temat działalności pozamedycznej hospicjów utwierdzały w celowości zainteresowania się kształtowaniem relacji marketingowych tych wyjątkowych placówek ochrony zdrowia. Zmiany w strukturze demograficznej społeczeństwa oraz rozwój technologii m.in. medycznych przy jednoczesnej coraz większej dostępności do różnych źródeł informacji powodują konieczność rzetelnego przygotowywania publikowanych komunikatów. I tak jak w obszarze interdyscyplinarnych zespołów hospicyjnych możliwa jest kompetentna i wielowymiarowa opieka nad pacjentem tak w przypadku marketingowego zarządzania placówką wymagana jest współpraca profesjonalistów z dziedzin medycznych, ekonomicznych i społecznych. Kompetentne prezentowanie tematu za pośrednictwem środków masowego przekazu oraz prostych interakcji międzyludzkich przyczyni się do większej wrażliwości społeczeństwa co przełożyć się może bezpośrednio na wsparcie udzielane placówkom opieki paliatywno-hospicyjnej.

Można wyrazić nadzieję, iż w miarę upływu czasu, praca obok swojej wartości poznawczej przyczyni się również do lepszego funkcjonowania placówek opieki paliatywno-hospicyjnej, pomagając im odnaleźć właściwe miejsce w realiach urynkwienia sektora usług zdrowotnych.

VI. Wnioski

Na podstawie uzyskanych danych sformułowano następujące wnioski:

1. Hospicja stacjonarne w Polsce w swojej działalności wykorzystują marketing w sposób wybiórczy.
2. Rodzaj organu założycielskiego nie jest czynnikiem różnicującym częstość i sposób podejmowania działań marketingowych.
3. Czynnikiem pozytywnie wpływającym na podejmowanie aktywności marketingowej w hospicjach są niewystarczające środki finansowe przeznaczone na opiekę paliatywną oraz znaczna rotacja personelu i wolontariuszy.
4. Hospicja stacjonarne w Polsce rzadko korzystają ze wsparcia merytorycznego i przykładów „dobrych praktyk”, a współpraca z ośrodkami zagranicznymi koncentruje się głównie na uzyskiwaniu wsparcia finansowego lub rzeczowego.
5. Niezadowalająca wiedza oraz niski poziom przygotowania merytorycznego w zakresie marketingu personelu potwierdzają istnienie potrzeb edukacyjnych w tym obszarze.
6. Istnieje potrzeba ukazania celowości marketingowego planowania strategicznego i operacyjnego w codziennym kierowaniu placówką, istotności świadomego kształtowania relacji z otoczeniem, jak również wskazanie możliwości wykorzystania technik i narzędzi marketingowych nie tylko w kontekście pozyskiwania środków na działalność.

VII. Bibliografia

1. Abdy M., Barclay J. (2001) Marketing collaborations in the voluntary sector, *International Journal of Nonprofit and Voluntary Sector Marketing*, Vol.6, No.3, 215-230.
2. Ahmed I., Newbald J.J., Prasad R. (2008) *The hospice care industry: marketing challenges*, Referat przedstawiony na corocznym spotkaniu Association of Collegiate Marketing Educators (ACME).
3. Ariely D. (2009), *Potęga irracjonalności* Wrocław: Wyd. Dolnośląskie
4. Asia Pacific Hospice Palliative Care Network – APHN. Pozyskano z: <http://aphn.wordpress.com/> (dostęp z dn. 3.10.2012)
5. Balfour M.M. (1992) Keeping the mission. *The American Journal of Hospice & Palliative Care September/October*, 32-37.
6. Barton M., Hood D., Roggy S. (1998) First know thyself... The value of a hospice environmental analysis, *The American Journal of Hospice&Palliative Care*, March/April, 87-92.
7. Bartoszek A. (2000) *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania*. Katowice: Księgarnia św. Jacka
8. Barzowska K. Śląska Samarytanka prekursorką ruchu hospicyjnego na ziemiach polskich. Pozyskano z: www.mpp.viamedica.pl (dostęp z dn. 23.05.2012)
9. Baumrucker S.J. (2004) Differential advantage and hospice care, *The American Journal of Hospice&Palliative Care*, Vol. 21, Number 1, January/February
10. Baza organizacji pozarządowych i instytucji. (2013) Pozyskano z: <http://www.bazy.ngo.pl>
11. Bennett R., Barkensjo A.(2005) Internal Marketing, Negative Experiences and Volunteers' Commitment to Providing High-Quality Services in a UK Helping and Caring Charitable Organization, *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, Vol. 16, No.3, September, 251-274.
12. Bernardo M., Valls J., Casadesus M. (2012) Strategic alliances: an analysis of Catalan hospitals, *Rev Panam Salud Publica* 31 (1)
13. Bielski I. (2006) Współczesny marketing. Filozofia/strategie/instrumenty. Warszawa: Wyd. Studio EMKA.
14. Biskupiak J., Korner E. (2005) Assessing the Value of Hospice Care: Is Documentation of Cost Savings Necessary?, *Journal of Pain&Palliative Care Pharmacotherapy*, Vol.19(4), 61-65 (Pozyskano z: <http://informahealthcare.com> dostęp z dn. 24.04.2012)
15. Blery E.K., Katseli E., Tsara N. (2010) Marketing for a non-profit organization, *International Review on Public Nonprofit Marketing* 7, 57-68
16. Bogunia-Borowska M. (2001) Koncepcja marketingu społecznego. *Marketing i Rynek* nr 2, 9
17. Bogusz H. (2012) Czy powstanie medycyny paliatywnej było antidotum na medykację śmierci? *Medycyna Paliatywna*, 1, 47-51
18. Bogusz H., Łuczak J. (2012) Historia opieki paliatywnej w Wielkopolsce. Część I. Dwa nurty poznańskiej opieki paliatywnej. *Medycyna Paliatywna*, 2, 95-99

19. Boulay Shirley du, Rankin M. (2009) *Okno nadziei. Cicely Saunders - założycielka ruchu hospicyjnego*, Kraków: Wyd. Znak
20. Brandt K. (2007) Marketing Hospice – A core competency in competitive markets. Referat zaprezentowany z ramienia National Hospice and Palliative Care Organization.
21. Breindel Ch.L., O'Hare T. (1979) Analyzing the hospice market, *Hospital Progress*, October, 52-55
22. Brody F., Pedersen J. (1988) Strategic planning for hospices, *The American Journal of Hospice Care*, January/February, 20-27.
23. Bukowska-Piestrzyńska A. (2008) *Marketing usług zdrowotnych. Od budowania wizerunku placówki do zadowolenia klientów*. Warszawa: Wyd. CeDeWu Sp. z o.o. Warszawa
24. Burzynski T.F. (1994) Marketing hospice services for survival in the approaching health care revolution, *The American Journal of Hospice&Palliative Care*, May/June
25. Burzynski T.F. (1989) Marketing hospice to the health care community, *The American Journal of Hospice Care*, September/October, 19-20.
26. Buss T., Lichodziejewska-Niemirko M. (2008) Opieka paliatywna w Polsce–od idei do praktyki (również lekarza rodzinnego). *Forum Medycyny Rodzinnej*, tom, nr 3, 277-285
27. Bylińska H. (2003) *Niepomocni pomocnicy: o Hospicjum św. Jana Kantego*; Poznań: Wyd. Hospicjum św. Jana Kantego
28. Cancer Pain Relief and Palliative Care, WHO Expert Committee Report. Technical Report Series No.804, World Health Organisation, Geneva, 1990 (wyd. polskie: 1- rozdz.: "Rozważania etyczne nad zwalczaniem bólu nowotworowego i opieką paliatywną." *Medicus 1992*, nr 1(6), 28-30; 2 – pełny tekst: Leczenie bólu w chorobach nowotworowych i opieka paliatywna. Sprawozdanie Ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia, Fundacja Pomocy Krakowskiemu Hospicjum, Kraków 1994)
29. Ciałkowska-Rysz A. (2009) Sytuacja i wyzwania opieki paliatywnej w Polsce, *Medycyna Paliatywna*; 1, 22–26
30. Ciałkowska-Rysz A., Dzierżanowski T. (2011) Ocena sytuacji w opiece paliatywnej w Polsce w 2011 roku, *Medycyna Paliatywna* , 4, 214-220
31. Ciałkowska-Rysz A., Dzierżanowski T. (2012) Ocena sytuacji w opiece paliatywnej w Polsce w 2012r. *Medycyna Paliatywna* , 4, 210-216
32. Ciałkowska-Rysz A. (2013, 14. kwietnia) *Medycynie paliatywnej potrzebny jest narodowy program rozwoju*. Pozyskano z: <http://www.termedia.pl/Medycynie-paliatywnej-potrzebny-jest-narodowy-program-rozwoju,8607.html>
33. Clark D., Wright M. Łuczak J. (2003) *Transitions in end of life care Hospice and related developments in Eastern Europe and Central Asia*. Buckingham: The Open University Press
34. Conant L., Lowney A. (1996) The Role of Hospice Philosophy of Care in Nonhospice Settings, *Journal of Law, Medicine&Ethics*, 24, 365-68
35. Cummings, I. (1998) Zespół interdyscyplinarny - The interdisciplinary team. W: Hanks G., Doyle D., MacDonald N. *Podręcznik Medycyny Paliatywnej - Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford / New York / Tokyo: Oxford University Press.

36. Dangel T., (2001) *Domowa opieka paliatywna nad dziećmi w Polsce. Model, potrzeby, możliwości i ich ocena*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar
37. de Conno F. (1996) Hospice—its meaning and aims. *pharmedicum*, Vol 4 No.3,24-25
38. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) (04.2013) Pozyskano z: <http://www.dgpalliativmedizin.de/>
39. DeVito R.A. (1991) Marketing hospice to community physicians, *The American Journal of Hospice&Palliative Care*, March/April, 45-47
40. de Walden-Gałaszko K. (1996) *U kresu. Opieka psychopaliatywna czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi*. Gdańsk: Wyd. Medyczne MAKmed
41. de Walden-Gałaszko K. Co opieka paliatywna wniosła do medycyny? *Polska Medycyna Rodzinna* 2004. 6, 3, 845-848
42. de Walden-Gałaszko K. (2008) Sprawozdanie konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej za 2007r. Pozyskano z: <http://www.opiekapaliatywna.org>
43. Doyle D., MacDonald N. (1993) *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, Oxford, Oxford Medical Publication
44. Drazba J. (1999) *Za parawanem powiek.*, Poznań: Wyd. Media Rodzina, 80-81
45. Ellershaw J., Gambles M., McGlinchy T. (2008) Benchmarking: a useful tool for informing and improving care of the dying? *Support Care Cancer* 16, 813-819
46. Elsey B., (1998) Hospice and palliative care as a new social movement: A case illustration from South Australia. *Journal of Palliative Care*, Winter; 14,4; ProQuest Medical Library pg.38
47. European Association for Palliative Care (2013) Pozyskano z: <http://www.eapcnet.eu/Corporate/AbouttheEAPC.aspx>
48. European Association for Palliative Care (2007) *EAPC Atlas of Palliative Care In Europe* 2007
49. Flakus J. (2009) Pozamedyczne aspekty opieki paliatywnej. Działalność hospicjów w opinii różnych grup społecznych. *Medycyna Paliatywna*, 1, 33-39
50. Ferris M.T. (2005) Practice Makes Perfect, *Caring*, September, 70-72
51. Forbes K.. (2003) Palliative medicine, *The Lancet*, Dec 13, s. 362, 9400; ProQuest Medical Library pg.2027
52. Forum Hospicjów Polskich (2012) Pozyskano z: www.forumhospicjum.pl (dostęp z dn.15.08.2012)
53. Foster E. (2002) Lessons We Learned: Stories of Volunteer-Patient Communication in Hospice, *Journal of Aging and Identity*, Vol. 7, No. 4, December, 245-256
54. Förderverein Hospiz St. Vinzenz e.V (2013) Pozyskano z: <http://www.st-vinzenz-hospiz.de/foerderverein/foerderverein/>
55. Friedman B.T., Harwood M.K., Shields M. (2002) Barriers and Enablers to Hospice Referrals: An Expert Overview, *Journal of palliative medicine*, Vol. 5 No 1, 73-84
56. Fundacja Hospicyjna www.hospicyjna.pl
57. Fundacja Hospicyjna. O nas (08.2012) Pozyskano z: http://www.httz.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=41&Itemid=43

58. Fundacja św. Mikołaja (2013) Pozyskano z: <http://www.mikolaj.org.pl/warszawskie-hospicjum-dla-dzieci>
59. Gandhi S.O. (2012) Differences between non-profit and for-profit hospices: patient selection and quality, *International journal of health care finance economics*, 12, 107-127
60. Genovese K. (1995) Marketing Hospice, *The American Journal of Hospice&Palliative Care*, November/December, 30-33
61. Go for awareness, not demand, to market a hospice (1986) *Hospitals*, 20 November, 68
62. Głogosz D. (1999) Problemy rozwoju sektora pozarządowego w Polsce – charakterystyka ogólna W: Pozarządowe Instytucje Społeczne. Między państwem a społeczeństwem. (w ramach Projektu Badawczego Zamawianego KBN Nr 02507 „Polityka społeczna państwa w procesie przebudowy ustroju u systemu społeczno-gospodarczego.” *Opracowania PBZ, Zeszyt nr 14*, Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych IPiSS, Instytut Polityki Społecznej UW, 167-173
63. Głogosz D., Strzezińska H. (1999) Charakterystyka organizacji pozarządowych. W: Pozarządowe Instytucje Społeczne. Między państwem a społeczeństwem. (w ramach Projektu Badawczego Zamawianego KBN Nr 02507 „Polityka społeczna państwa w procesie przebudowy ustroju u systemu społeczno-gospodarczego.”) *Opracowania PBZ, Zeszyt nr 14*, Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych IPiSS, Instytut Polityki Społecznej UW, 174-180
64. Głogosz D., Strzezińska H. (1999) Współpraca pozarządowych organizacji nonprofit z administracją publiczną. Raport z badań empirycznych IPiSS W: Pozarządowe Instytucje Społeczne. Między państwem a społeczeństwem. (w ramach Projektu Badawczego Zamawianego KBN Nr 02507 „Polityka społeczna państwa w procesie przebudowy ustroju u systemu społeczno-gospodarczego.”) *Opracowania PBZ, Zeszyt nr 14*, Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych IPiSS, Instytut Polityki Społecznej UW, 182-226
65. Golinowska S. (1999) Teoretyczne podstawy działania organizacji pozarządowych. W: Pozarządowe Instytucje Społeczne. Między państwem a społeczeństwem. (w ramach Projektu Badawczego Zamawianego KBN Nr 02507 „Polityka społeczna państwa w procesie przebudowy ustroju u systemu społeczno-gospodarczego.”) *Opracowania PBZ, Zeszyt nr 14*, Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych IPiSS, Instytut Polityki Społecznej UW, 11-20
66. Golinowska S., Głogosz D. (red.) (1999) Pozarządowe Instytucje Społeczne. Między państwem a społeczeństwem. (w ramach Projektu Badawczego Zamawianego KBN Nr 02507 „Polityka społeczna państwa w procesie przebudowy ustroju u systemu społeczno-gospodarczego.”) *Opracowania PBZ, Zeszyt nr 14*, Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych IPiSS, Instytut Polityki Społecznej UW
67. Harrison J.P., Ford D., Wilson K. (2005) The Impact of Hospice Programs On U.S.Hospitals. *Nursing economics*, March/April, Vol. 23, No. 2, 78-90
68. Hasitschka W., Hrushka H. (1982) *Nonprofit-Marketing*. München: Verlag Franz Vahlen GmbH
69. Heath R. (2014) *Uwieść podświadomość*. Sopot: Wyd. GWP
70. Herbst L.H., Cetti J. (2001) Management strategies for palliative care: Promoting quality, growth and opportunity, *American Journal of Hospice&Palliative Care*, Vol. 18, Number 5, September/October, 327-333

71. Hiatt K., Stelle Ch., Muslow M., Scott J.P. (2007) The Importance of Perspective: Evaluation of Hospice Care From Multiple Stakeholders, *American Journal of Hospice&Palliative Medicine*, Vol. 24, Number 5, October/November, 376-382
72. Hospice companies benefit from favorable Medicare rates (2004) *Health Care Strategic Management*, January; 22,1; ProQuest Medical Library, 13-14
73. *Hospice Marketing Strategies – Real-World Ideas To Improve Your Bottom Line and Increase Business* (2005) 2nd Edition, Health Resource Publishing
74. Hospice Care Network (10.2012) <http://www.hospice-care-network.org/HospiceWeb/index.cfm>
75. Hospice Action Network - NHPCO HAN (10.2012) Pozyskano z: <http://www.hospiceactionnetwork.org/>
76. Hospice Education Network. (10.2012) Pozyskano z: <http://www.hospiceonline.com/index.html>
77. Hospicjum im. Ks. Eugeniusza Dutkiewicza SAC w Gdańsku (11.2009) Pozyskano z: www.hospicjum.info
78. Hospicjum św. Łazarza w Krakowie (06.2007) Pozyskano z: www.hospicjum.krakow.pl
79. Hospicjum św. Jana Chrzcziciela w Reading, Wielka Brytania (05.2005) Pozyskano z: <http://www.readingabbey.fslife.co.uk/hospitium.htm>
80. Hospiz-Verein Bergstraße e.V. (2013) Pozyskano z: <http://www.hospiz-stiftung-bergstrasse.de/shb-paten-text.htm>
81. Hospiz Kieler Förde-Förderverein e.V (2013) Pozyskano z: (<http://foerderverein.hospiz-kiel.de/satzung.html>)
82. Hospiz Kieler Förde-Stiftung (2013) Pozyskano z: <http://stiftung.hospiz-kiel.de/>
83. Huczek M. (2003) *Marketing organizacji non profit*. Sosnowiec: Wyd. Wyższej Szkoły Zarządzania i Marketingu
84. Hungarian Hospice Palliative Association (2013) Pozyskano z: <http://www.hospice.hu/en/association/>
85. International Association for Hospice & Palliative Care (2013) Pozyskano z: <http://hospicecare.com/home/>
86. Internetowy Informator Opieki Paliatywnej (przed 2008r. Internetowy Informator Konsultanta Krajowego) www.opiekapaliatywna.org
87. Internetowy słownik polsko-łaciński i łacińsko-polski www.latina.ovh.org (10.2007)
88. Iwankiewicz-Rak B. (1997) *Marketing organizacji niedochodowych. Wybrane problemy adaptacji w warunkach polskich*. Wrocław: Wyd. Akademii Ekonomicznej im. Oskara Lanego we Wrocławiu
89. Iwankiewicz-Rak B. (1999) Warunki adaptacji marketingu firm usług profesjonalnych w organizacjach niedochodowych. W: *Marketing usług profesjonalnych. materiały konferencyjne*. Poznań: Wyd. Akademii Ekonomicznej w Poznaniu
90. Iwankiewicz-Rak B. (2011) *Marketing w organizacjach pozarządowych – obszary zastosowań*. Wrocław: Wyd. Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
91. Izdebski H (1999) *Fundacje i stowarzyszenia*, Warszawa: Transit
92. Jak to się zaczęło (06.2007) Pozyskano z: www.hospicjum.krakow.pl
93. Jan Paweł II *Evangelium vitae*

94. Kahneman D. (2013) *Pułapki myślowe*, Poznań: Media Rodzina
95. Kaluzny A.D. (1992) Strategic alliances: two perspectives for understanding their effects on health services, *Hospital & health services administration*, 37;4, Winter, 477-490
96. Kapp S.A., Nelson-Becker H.B. (2007) Evaluating Hospice Services for Improvement: A Manageable Approach, *Journal of Pain&Palliative Care Pharmacotherapy*, Vol. 21(2), s. 17-26 [dostęp poprzez informa healthcare 24.04.2012]
97. Karwowska K. (1991) *Podręczny słownik lekarski łacińsko-polski i polsko-łaciński* Warszawa: Wyd. PZWL, s.102
98. Kotler Ph, Levy S.J. (1969) Broadening the Concept of Marketing, *Journal of Marketing*, January
99. Kotler Ph., Andreasen A.R. (1996) *Strategic marketing for nonprofit organizations*. New Jersey: Wyd. Prentice Hall
100. Kotler Ph. (2005) *Marketing*. Poznań: Wyd. Rebis
101. Kotler Ph. (2005) The Role Played by the Broadening of Marketing Movement in the History of Marketing Thought. *Journal of Public Policy & Marketing*, Vol. 24 (1) Spring, 114–116
102. Kotler Ph., Shalowitz J., Stevens R.J. (2011) *Marketing strategiczny w opiece zdrowotnej*. Warszawa: Wyd. Wolters Kluwer Polska Sp. z o. o.
103. Kotler Ph., Kotler M. (2013) *Przez marketing do wzrostu. 8 zwycięskich strategii*, Poznań: Wyd. Rebis
104. Kozierekiewicz A., Stamirski M., Styło W., Trąbka W. (2006) The definition of prices for inpatient care in Poland In the absence of cost data, *Health Care Management Science*, 9, 281-286
105. Krasuska M.E., Stanisławek A., Lechicka J., Wrońska I. (2002) Wsparcie pacjenta i rodziny w chorobie, cierpieniu i śmierci, *Psychoonkologia*, , 6 (3), 65-69
106. Krueger J.E. (1989) „Six myths of hospice Care” W: Burzynski T.F. Marketing hospice services for survival in the approaching health care revolution *The American Journal of Hospice Care*, September/October, 19-20
107. Kübler-Ross E.(1969) *On Death and Dying*, Toronto: Macmillan
108. Kübler-Ross E. (2010) *Koło życia. Rozważania o życiu i umieraniu* Warszawa: Wyd. Laurum
109. Lamers W.M. Jr.(2002) Defining Hospice and Palliative Care: Some Further Thoughts, *Journal of Pain&Palliative Care Pharmacotherapy*, Vol.16(3), 65-71 [dostęp poprzez informa healthcare 24.04.2012]
110. Lamers W.M.Jr.(2005) Answering Questions on a Hospice Foundation Web Site: The First Five Years, *Journal of Pain&Palliative Care Pharmacotherapy*, Vol. 19(2), s. 37-40 [dostęp poprzez informa healthcare 24.04.2012]
111. Limański A., Drabik I. (2007) *Marketing w organizacjach non-profit*. Warszawa: Wyd. Difin
112. Lipman A.G., Rajagopal M.R., Mazza D. (2004) Commentary on the International Association for Hospice and Palliative Care Traveling Fellowships, *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, Vol. 17, No. 3-4, 199-200

113. Lynn J., Straube B.M., Bell K.M., Jencks S.F., Kambic R.T, (2007) Using Population Segmentation to Provide Better Health Care for All: The "Bridges to Health" Model, *The Milbank Quarterly*, Vol. 85, No.2, 185-208
114. Łuczak J. (1999) The Poznan's Declaration 1998. *European Journal of Palliative Care*;6(2), 61-62
115. Łuczak J. (1999) Życie przed śmiercią. Refleksje po 5 latach pracy w służbie umierającym chorym i ich bliskim. *Nowa medycyna*, VI, 92, 8
116. Łuczak J., Okupny M. et al. (1993) Kształcenie w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej, *Nowotwory*, 43, 301-306
117. Łuczak J., Kotlińska-Lemieszek A., Kluziak M., Bozewicz A. (2002) Poland: Cancer Pain and Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 24, No.2, August, 215-221
118. Łuczak J., Kotlińska-Lemieszek A., Bączyk E.(1999) Cierpienia chorych u kresu życia. Opieka paliatywna/hospicyjna. Rozwój opieki paliatywnej/hospicyjnej w Polsce. *Nowa Medycyna*, VI, 92, 8, 9-13
119. Łuczak J. Wytyczne Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczące organizacji opieki paliatywnej. Propagowanie rekomendacji Pozyskano z: www.hospicja.pl (dostęp z dn.7.10.2006)
120. Łuczak J. *Edukacja w opiece paliatywnej i hospicyjnej oraz medycynie paliatywnej w Polsce*. Referat przedstawiony na konferencji Hospicjum 2004, Toruń, 41
121. Łuczak J. (red. polskiej wersji) Rekomendacja Rec (2003). Memorandum wyjaśniające., <http://opiekapaliatywna.org/>
122. Mara C.M. (2000) A Strategic Planning Process for a Small Nonprofit Organization. A Hospice Example, *Nonprofit Management&Leadership*, vol. 11, no.2, Winter
123. McCracken S., Colburn K., Pastorik L. (1994) Hospice care: Mapping the message. *The American Journal of Hospice& Palliative Care*, May/June, 30-35
124. Meier D.E. (2009) Finding My Place, *Journal of palliative medicine*, Vol.12, Number 4, 331-335
125. Mendel T. (2010) *Metodyka pisania prac doktorskich*. Poznań: Wyd. Contact
126. Mount B.M. (1992) Keeping the mission, *The American Journal of Hospice& Palliative Care*, September/October
127. Mruk H., Pilarczyk B., Sojkin B., Szulce H. (1999) *Podstawy marketingu*. Poznań: Wyd. AE w Poznaniu
128. Mruk H. (2012) *Marketing. Satysfakcja klienta i rozwój przedsiębiorstwa*. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN
129. Müller-Busch H.C. (2011) Definitionen und Ziele in der Palliativmedizin, *Internist* 52, 7–14
130. Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych 2005. Zadanie: Program Rozwoju Opieki Paliatywnej w Onkologii, Warszawa 2005 Pozyskano z: <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m111111&ms=&ml=pl&mi=&mx=0&mt=&my=0&ma=05222> (dostęp z dn.14.08.2012)
<http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=b3&ms=0&ml=pl&mi=0&mx=0&mt=&my=247&ma=05222> (dostęp dn.6.10.2007)
131. National Hospice and Palliative Care Organization. (07.2012) Pozyskano z: <http://www.nhpco.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3285>

132. Nikbakht-Van de Sande et al. (2005) Function of Local Networks in Palliative Care: *A Dutch View. Journal of palliative medicine*, Vol. 8, Number 4
133. Nowotarska-Romaniak B. (2002) *Marketing usług zdrowotnych* Kraków: Wyd. Zakamycze
134. Ogólnopolskie Forum Ruchu Hospicyjnego. Pozyskano z: www.opiekapaliatywna.com.pl
135. Oliver D. (2003) Jak działa zespół interdyscyplinarny? *Polska Medycyna Paliatywna*, 2,3, 191-194
136. Organizacja opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce, dane OFRH (z dn.15.08.2012), Pozyskano z: www.hospicjum.krakow.pl/hospicjum/forum/organizacja_opieki.pdf
137. Orzechowski W. J. (1996) Census growth in hospices: Marketing techniques that work, *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, July/August, 10-15
138. Orzechowski W. J. (1996) How to integrate a hospice into your system. *Health Care Strategic Management*; April; 14,4; ProQuest Medical Library pg 17
139. Palczewska A. (2008) Jakość usług medycznych w opiece paliatywnej, *Problemy pielęgniarstwa*, 16, 1-2, 186-191
140. Palliativ- und Hospiznetzwerk e.V. (02.2013) Pozyskano z: <http://www.palliativnetz-koeln.de/cms/content/?id=1>
141. Pawlak Z. (2000) Opieka duchowa w terminalnej fazie choroby. *Nowa Medycyna* 97, VII,1
142. Pense C., Rollano M.A., (2005) *Hospice Marketing Strategies – Real-World Ideas To Improve Your Bottom Line and Increase Business*. New York: Health Resources Publishing
143. Periyakoil V.S. (2007) Wrap Your Worthy Cause In a Corporate Image, *Journal of palliative medicine*, Vol.10, Number 6, 1256-1257
144. Pinzón L.C.E., Weber M. et al. (2011) Factors Influencing Place of Death in Germany, *Journal of Pain and Symptom Management* Vol 41, No 5, May
145. Perry J.E., Stone R.C., (2011) In the Business of Dying: Questioning the Commercialization of Hospice, *Journal of Law, Medicine & Ethics. Cost and end-of-life care*, Summer, 224-234
146. Pola Nadziei (2013) Pozyskano z: www.polanadziei.pl
147. Polak G. (02.2013) *Kościół w Polsce prowadzi ponad jedną trzecią hospicjów* Pozyskano z: <http://ekai.pl/wydarzenia/x63305/kosciol-w-polsce-prowadzi-ponad-jedna-trzecia-hospicjow/>
148. Polskie Stowarzyszenie Fundraisingu (2013) www.fundraising.org.pl
149. Portal organizacji pozarządowych www.ngo.pl (10.2008)
150. Program rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce, MZiOS, Warszawa 1998
151. Przewłocka J. (2010) *Polskie Organizacje Pozarządowe. Najważniejsze pytania, podstawowe fakty.*, Warszawa: Wyd.Stowarzyszenie Klon/Jawor
152. Puckie Hospicjum p.w. Św. Ojca Pio (2013) Pozyskano z: www.hospitium.org
153. Radbruch L. (2009) White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. *European Journal of Palliative Care*; 16, 278-289

154. Radbruch L., (2010) White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. *European Journal of Palliative Care*, 17, 22-33
155. Reese D.J., Sontag M.A. (2001) Successful Interprofessional Collaboration on the Hospice Team, *Health&Social Work*, Vol. 26, No. 3, August, 167-175
156. Reguła J. (2003) Praktyczne zastosowanie narzędzi oceny jakości opieki – funkcjonalne standard oddziału paliatywnego *Psychoonkologia*, 7(1), 15-19
157. Rocafort J., Rocafort J., Centeno C.(red.) (2007) *Atlas of Palliative Care In Europe* Houston: IAHPC Press
158. Romanowski J., Barnes N.G. (1994) Attributes to Consider in the Marketing of Hospice Services, *Health Marketing Quartely*, Vol. 12 (1),2, 37-47
159. Rozwój opieki paliatywno-hospicyjnej na terenie Polski. (6.10.2007)
Pozyskano z:
<http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=b3&ms=0&ml=pl&mi=0&mx=0&mt=&my=247&ma=05222>
160. Rudawska I.(2007) *Opieka zdrowotna, aspekty rynkowe i marketingowe*. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN
161. Rumelt R. (2013) *Dobra zła strategia*. Warszawa: Wyd. MT Biznes
162. Ruszkowska J. (1989) Hospicjum. *Communio. Rok IX marzec-kwiecień Nr 2 (50)*, 91-110
163. Sargeant A. (2004) *Marketing w organizacjach non-profit*. Kraków: Wyd. Oficyna Ekonomiczna
164. Saunders C. (2001) The evolution of palliative care. Royal Society of Medicine (Great Britain), *Journal of the Royal Society of Medicine*, Sep. 2001; 94, 9; ProQuest Medical Librery, 430
165. Saunders C., (1998) „Foreward” W: Doyle D., Hanjs G.W.C., MacDonald (red.) *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, II wyd., Oxford University Press, Oxford – New York – Tokyo 1998, v-ix.
166. Schneider N., Bramesfeld A., Burruano L. (2007) Palliative care in public health: a formal and content-related analysis of European journals, *Journal of Public Health*, 15, 87-91
167. Self D.R., Starnes B.J. (1999) A model of strategic marketing alliances for hospices: vertical, internal, osmotic alliances and the complete model, *Journal of Hospital Marketing*,13(1), 43-56
168. Self D.R., Starnes B.J. (1999) A model of strategic marketing alliances for hospices: horizontal alliance, *Journal of Hospital Marketing*,13(2), 105-119
169. Senyszyn J. (1999) Marketing idei. *Marketing i Rynek*, 1, 2-4
170. Sepulveda C., Marlin A., Yoshida T., Ullrich A. (2002) Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective, *Journal of pain and symptom management*, Vol. 24, No. 2, August, 91-94
171. Singer P. A., Bowman K. W. (2002) Quality end-of-life care: A global perspective, *BMC Palliative Care*, 1, 4
172. Siwek B (red.). Abramczyk A. et al. (1996) *Problemy medycyny paliatywnej w onkologii* Wojewódzki Zespół Ekonomiki i Polityki Zdrowotnej w Lublinie. Zakład Szkolenia Podyplomowego, Lublin: Lubelskie Wydawnictwa Prawnicze

173. Słownik podręczny łacińsko-polski opracowany podług najlepszych źródeł przez Łukasza Koncewicza, Tow. S. Orgelbranda Synów, Warszawa 1908r. Za: Dangel (2001)
174. Słomski P. (1987) Słownik lekarski angielsko-polski, Warszawa: PZWL
175. Smith M.A., Seplaki Ch., Biagtan M., DuPreez A., Cleary J. Characterizing Hospice Services In the United States, *The Gerontologist* , Vol. 48, No.1, 25-31
176. Stanley J.M. What the People Would Want If They Knew More About It: A Case for the Social Marketing and Hospice Care,(2003) *Hastings Center Report, Special Supplement: Access to Hospice Care: Expanding Boundaries. Overcoming Barriers, March/April*
177. Stokłosa J. *Ile jest hospicjów w Polsce.(2013)* Pozyskano z: www.hospicja.pl (dostęp z dn. 23.03.2013)
178. Stokłosa J. (2012) Początki ruchu hospicyjnego w Polsce. *Medycyna Paliatywna*, 3, 185-187
179. Styś A. (red.) (2003) *Marketing usług*, Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne
180. Sullivan W.A., Chandra A. (2001, March) *Marketing hospice more effectively: grand strategy versus trivial tactics*. Referat wygłoszony podczas zjazdu Small Business Advancement National Center University of Central Arkansas i Association of Collegiate Marketing Educators (ACME) New Orleans, Louisiana
181. Szalonka K. (2002) *Marketing na rynku farmaceutycznym*, Wrocław: Wyd. Continuo
182. Szalonka K. (2012) Uwarunkowania prawne działalności marketingowej polskich aptek (po wprowadzeniu nowelizacji ustawy) W: *Opieka zdrowotna. Zagadnienia ekonomiczne*, Warszawa: Wyd. Difin
183. Tecca M., Merriman M.P., Wilson P.W. (04.2012) *QAPI A New Way to Manages Hospice Quality*. Materiały szkoleniowe OCS, Pozyskano z: www.ocsys.com
184. Thaler R. H., Sunstein C. R. (2012) *Impuls. Jak podejmować właściwe decyzje dotyczące zdrowia, dobrobytu i szczęścia*. Poznań: Wyd: Zysk i S-ka, s. 336
185. TNS Pentor (2013) *Ankieta pocztowa*. Pozyskano z: <http://pentor-arch.tnsglobal.pl/20758.xml>
186. Twardecki A. Słownik sztuki starożytnej Grecji i Rzymu. Pozyskano z: <http://www.wiw.pl/kulturaantyczna/twardecki/> (dostęp z dn. 6.06.2007)
187. Twycross R.G., (1992) Care of the terminally ill patient, *Triangle*, nr 31(1), 1-7
188. Twycross R.G., Frampton D.R. (1996) *Opieka paliatywna nad terminalnie chorym*. Bydgoszcz Wyd. Margrafesen
189. Twycross R.G. (2003) Wyzwania opieki paliatywnej. *Polska Medycyna Paliatywna*, 2, 1, 39-48
190. Tzuh Tang S., McCorkle R. (2001) Determinants of Place of Death for Terminal Cancer Patients *Cancer Investigation*, 19(2), 165–180
191. Ufema J. (2006) Marketing strategy. Hospice under pressure to admit, *Nursing*, May, 65
192. Walsh D., Gombeski W.R., Goldstein P., Hayes D., Armour M. (1994) Managing a Palliative Oncology Program: The Role of a Business Plan, *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 9 No.2 February, 109-118
193. Weiss R. (2004) Publicizing Hospice Care, *Health Progress*, July-August, 10,56

194. *Wielki słownik medyczny* (1996) Polska Akademia Nauk, Wydział Nauk Medycznych, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 483-484
195. Wiktor J.W. (2013) *Komunikacja marketingowa*, Warszawa: Wyd. WN PWN
196. Williams R.W. (1990) Which came first: The hospice, or the funding? *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, July/August, 21-26
197. Wittenberg-Lyles E., Oliver D.P., Demir G., Regehr K. (2010) Interdisciplinary collaboration in hospice team meetings, *Journal of Interprofessional Care*, May; 24(3), 264-273 Pozyskano z: <http://informahealthcare.com> (dostęp z dn. 24.04.2012]
198. Wolontariat hospicyjny Fundacja Hospicyjna Pozyskano z: <http://wolontariat.hospicja.pl/25.html> (dostęp z dn. 15.08.2012)
199. World Health Organization / Programmes and projects / Palliative Care. Pozyskano z: <http://www.who.int/cancer/palliative/en/> (dostęp dn. 2.08.2012)
200. Worldwide Palliative Care Alliance. Pozyskano z: <http://www.thewpca.org/welcome/> (dostęp z dn. 3.10.2012)
201. Wygnański J.J., (2008) *Ekonomizacja organizacji pozarządowych. Możliwość czy konieczność?*, Warszawa: Klon/Jawor, Pozyskano z: <http://www.ekonomiaspoleczna.pl/x/445734>
202. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2011 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opieki paliatywnej i hospicyjnej Dz.Urz.MZ.11.6.50 z dnia 1 września 2011 r. Pozyskano z: <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m111111&ms=&ml=pl&mi=&mx=0&mt=&my=&ma=018469> (dostęp z dn. 14.08.2012)
203. Żylicz Z. (2005) *Wspomnienie o Cicely Saunders*. Polska Medycyna Paliatywna, 2

VIII. Streszczenie

Trendy społeczno-demograficzne, w szczególności starzenie się społeczeństw oraz wzrost zachorowań na choroby cywilizacyjne w tym nowotwory, a także rozwój technologii medycznych i związane z tym narastające koszty to czynniki skłaniające do rozpatrywania opieki zdrowotnej w kategoriach ekonomicznych. Ewolucja w zarządzaniu zachodząca w całym sektorze opieki zdrowotnej w sposób nieuchronny dotyczy również opieki paliatywnej, tak na poziomie lokalnym jak i międzynarodowym.

Hospicja w swojej idei nie są nowymi instytucjami opieki zdrowotnej, jednak od lat 70-tych XX wieku rozwija się ona w sposób bardziej jawny i zauważalny również dla ogółu społeczeństwa.

W Polsce od 2004 roku, stopniowo w sposób widoczny zmienia się podejście do wsparcia finansowego czy organizacyjnego udzielanego hospicjom. Z pomocą przy wywiązywaniu się z tego zadania powinny przyjść rozwiązania z pogranicza marketingu i podejścia biznesowego do zarządzania tymi placówkami.

Celem pracy jest analiza działań marketingowych podejmowanych przez hospicja stacjonarne w Polsce oraz określenie czynników kształtujących te działania, a w szczególności uzyskanie odpowiedzi na pytania:

W jakim zakresie hospicja stacjonarne w Polsce podejmują działania o charakterze marketingowym?

- Jakie czynniki kształtują działania marketingowe hospicjów?
- Na ile hospicja korzystają z przykładów „dobrych praktyk” w obszarze marketingu z innych krajów?
- Jakie są potrzeby hospicjów w obszarze marketingowym w Polsce?

W pracy postawiono ponadto następujące hipotezy badawcze:

- Brak wiedzy i doświadczenia w zakresie marketingu nie pozwala w sposób profesjonalny wykorzystywać narzędzi marketingowych w zarządzaniu hospicjum.
- W hospicjach stacjonarnych działania marketingowe podejmuje kadra zarządzająca.
- Hospicja stacjonarne współpracują z ośrodkami zagranicznymi.

- Hospicja stacjonarne podejmują działania o charakterze marketingowym w celu pozyskiwania dodatkowych środków finansowych na swoją działalność.

Materiał badawczy został zebrany w oparciu o kwestionariusz autorskiej ankiety rozesłany drogą pocztową do 62 hospicjów stacjonarnych w Polsce. W I części badania (w 2005 roku) uzyskano ostateczną informację zwrotną od 23 respondentów w tym 20 hospicjów stacjonarnych z terenu całej Polski (zwrotność 37%). W 2009 roku powtórzono badania z wykorzystaniem tego samego autorskiego kwestionariusza ankiety, kierując go do 19 hospicjów, które w 2005 roku udzieliły odpowiedzi nt. prowadzonej działalności. W II części badań informację zwrotną uzyskano od 8 hospicjów (zwrotność 42%). Następnie materiał badany poddany został analizie jakościowej w odniesieniu do materiałów promocyjnych przesłanych przez hospicja. Uzyskane wyniki badania ankietowego poddano analizie statystycznej z wykorzystaniem pakietu SPSS for Windows oraz programu Statxact. Analizując wyniki uzyskane w I i II części badań wykorzystano test dokładny Fisher'a i test McNamara dla małych prób.

W większości hospicjów działania o charakterze marketingowym podejmuje kadra zarządzająca lub wolontariusze. Żadne z badanych hospicjów nie zatrudnia do działań marketingowych zewnętrznej, profesjonalnej agencji reklamowej. Przygotowanie fachowe do prowadzenia działalności marketingowej dotyczy częściej hospicjów założonych przez inne organy założycielskie niż organizacje pozarządowe. W grupie badanej 8 hospicjów deklaroowało posiadanie zdefiniowanej misji, a 2 przeprowadzenie analizy SWOT dla placówki. W przypadku 6 hospicjów nie uzyskano odpowiedzi na pytanie o wizję placówki za 5 lat. Zdefiniowane standardy pozyskiwania funduszy na działalność najczęściej nie są obecne w organizacjach nie posiadających statusu organizacji pożytku publicznego (OPP), standardy te są zdefiniowane w organizacjach posiadających status OPP. Standardy zarządzania personelem i jego wspierania, najczęściej nie są obecne w publicznych, a są zdefiniowane w przypadku niepublicznych zakładów. Ocena satysfakcji personelu przeprowadzana była najczęściej (badanie 1) w hospicjach powołanych przez inne organy założycielskie niż organizacja pozarządowa.

Porównania odpowiedzi na pytania dotyczące osób podejmujących działania o charakterze marketingowym w badaniu 1 i 2 wskazują na zmniejszenie roli wolontariuszy w tych działaniach. W badaniu 2 rzadziej deklarowano też

prorowadzenie oceny satysfakcji zarówno wśród pacjentów i ich rodzin, jak i wśród personelu na temat rodzaju i miejsca pracy. Podobnie jak mniejsza liczba respondentów zgłosiła zdefiniowanie misji organizacji, wytyczenia celów oraz przeprowadzenia analizy SWOT. Zarówno w badaniu w 2005 jak i 2009 roku 5 hospicjów wyraziło chęć udziału w szkoleniach z marketingu.

W badaniu pozyskano ponadto 34 egzemplarze różnorodnych materiałów marketingowych.

Na podstawie uzyskanych danych sformułowano następujące wnioski:

- Hospicja stacjonarne w Polsce w swojej działalności wykorzystują marketing w sposób wybiórczy.
- Rodzaj organu założycielskiego nie jest czynnikiem różnicującym częstość i sposób podejmowania działań marketingowych.
- Czynnikiem pozytywnie wpływającymi na podejmowanie aktywności marketingowej w hospicjach są niewystarczające środki finansowe przeznaczone na opiekę paliatywną oraz znaczna rotacja personelu i wolontariuszy.
- Hospicja stacjonarne w Polsce rzadko korzystają ze wsparcia merytorycznego i przykładów „dobrych praktyk”, a współpraca z ośrodkami zagranicznymi koncentruje się głównie na uzyskiwaniu wsparcia finansowego lub rzeczowego.
- Niezadowalająca wiedza oraz niski poziom przygotowania merytorycznego w zakresie marketingu personelu potwierdzają istnienie potrzeb edukacyjnych w tym obszarze.
- Istnieje potrzeba ukazania celowości marketingowego planowania strategicznego i operacyjnego w codziennym kierowaniu placówką, istotności świadomego kształtowania relacji z otoczeniem, jak również wskazanie możliwości wykorzystania technik i narzędzi marketingowych nie tylko w kontekście pozyskiwania środków na działalność.

Summary

A number of factors, such as sociodemographic trends, including in particular aging societies and greater incidence of lifestyle diseases such as cancer, coupled with advances in medical technologies and the related growth of cost, prompt one to consider health care from an economic perspective. The evolution in management observed in the entire health care sector inevitably affects palliative care as well, at both local and international levels.

The idea of a hospice is not a novelty in health care. However, since the 1970s the concept has been developing in a more transparent way, becoming noticeable for the general public.

Since 2004, Poland has seen a gradual change in the approach to financial and organizational support offered to hospices. This task should be assisted by solutions verging on marketing and business approach to hospice management.

The objective of this paper is to analyze marketing efforts taken by inpatient hospices in Poland and to identify the factors that determine these efforts. In particular, the authors set out to answer the following questions:

1. What is the extent of marketing efforts taken by inpatient hospices in Poland?
2. What factors determine marketing efforts taken by hospices?
3. What is the extent to which hospices rely on good marketing practice from other countries?
4. What are the marketing needs of hospices in Poland?

The following research hypotheses were assumed in the paper:

- Lack of marketing know-how and experience does not allow hospices to professionally use marketing tools in hospice management.
- Marketing efforts in inpatient hospices are initiated by the management.
- Inpatient hospices cooperate with foreign institutions.
- Inpatient hospices take marketing efforts to secure additional funds to finance their operations.

Study material was collected by means of a questionnaire developed by the author, sent by mail to 62 inpatient hospices in Poland. Stage 1 of the study (in 2005) provided feedback from 23 respondents, including 20 inpatient hospices from all over Poland (response rate of 37%). In 2009 the questionnaire was sent out once

more, to 19 hospices that had responded in 2005. In Stage 2 responses were received from 8 hospices (response rate of 42%). Subsequently the study material was qualitatively analyzed with regard to promotional materials submitted by hospices. The results of the survey were analyzed statistically by means of SPSS for Windows and Statxact software. The results obtained in Stages 1 and 2 of the study were analyzed by means of Fisher's exact test and McNemar's test for small sample sizes.

In most hospices marketing efforts are taken by the management or by volunteers. None of the hospices outsources marketing efforts to a professional advertising agency. Professional skills required for marketing efforts are more often observed in hospices founded by entities other than non-governmental organizations. In the analyzed group, 8 hospices declare having a defined mission, and 2 declare completion of a SWOT analysis. 6 hospices did not respond to the question about their 5-year vision. Defined fund-raising standards are usually absent from organizations that do not hold the status of a public benefit organization (PBO). In hospices enjoying the PBO status such standards are defined. Personnel management and assistance standards are usually absent from public hospices and are in place in non-public hospices. Personnel satisfaction surveys are usually (study 1) carried out in hospices founded by entities other than non-governmental organizations.

A comparison of answers provided in studies 1 and 2 in response to the question about the persons who initiate marketing efforts shows that the role of volunteers has decreased. Another conclusion from study 2 is a reduced frequency of satisfaction surveys for patients and their families and for personnel with regard to the type and place of their work. Similarly, the number of respondents declaring to have a defined mission, identified objectives and completed SWOT analyses is also lower. Both in 2005 and in 2009 5 hospices declared their willingness to attend marketing training courses.

In addition, 34 various marketing materials were collected in the study.

The following conclusions were drawn from the study material:

1. Inpatient hospices in Poland use marketing tools in an incomplete manner.
2. The frequency and methodology of marketing efforts does not depend on the type of the founding body.
3. Factors that contribute to the initiation of marketing efforts in hospices include insufficient funds and significant staff and volunteers' turnover.

4. Inpatient hospices in Poland rarely rely on the know-how and good practices of third parties, and their cooperation with foreign institutions concentrates mostly on obtaining financial or material support.
5. Unsatisfactory knowledge and low level of marketing know-how among the staff confirm the existence of training needs in this area.
6. There exists a need to demonstrate the importance of strategic marketing and operational planning in day-to-day management of hospices, as well as the relevance of well-designed public relations. It is also necessary to demonstrate the possibility of using marketing techniques and tools not only for fund-raising purposes.

IX. Spis tabel i rycin

Spis tabel

Tab. 1. Hospicja stacjonarne – grupa badana	10
Tab. 2. Lista respondentów w I części badań	15
Tab. 3. Lista badanych hospicjów w II części badań	17
Tab. 4. Historia rozwoju opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce.....	43
Tab. 5. Podział ośrodków hospicyjnych ze względu na rodzaj sprawowanej opieki	46
Tab. 6. Hospicja ze względu na organ założycielski (źródło: pyt. 2 kwestionariusza ankiety)	85
Tab. 7. Hospicja ze względu na liczbę łóżek (źródło: pyt. 43 kwestionariusza ankiety)	87
Tab. 8. Liczba pacjentów pozostająca w momencie badania pod opieką hospicjum (źródło: pyt. 43 kwestionariusza ankiety).....	87
Tab. 9. Sposób kierowania pacjentów do hospicjum (źródło: pyt. 8 kwestionariusza ankiety)	89
Tab. 10. Dodatkowe źródła finansowania działalności hospicjów stacjonarnych (źródło: pyt. 10 kwestionariusza ankiety).....	90
Tab. 11. Rodzaj działań na rzecz hospicjum podejmowanych przez same placówki (źródło: pyt. 15 kwestionariusza ankiety).....	96
Tab. 12. Sposób informowania środowiska o istnieniu i funkcjonowaniu hospicjum (źródło: pyt. 28 kwestionariusza ankiety).....	96
Tab. 13. Ogólna charakterystyka hospicjów z 2 części badań.....	100
Tab. 14. Materiały informacyjno-promocyjne ze względu na rodzaj	105

Spis rycin

Ryc. 1. Hospicja – non-profitowe stowarzyszenia i ośrodki pozarządowe w Polsce w latach 1989 – 2008 (opracowanie własne na podstawie danych OFRH)	3
Ryc. 2. Rozkład przestrzenny respondentów – I część badań (opracowanie własne) 16	
Ryc. 3. Rozkład przestrzenny badanych hospicjów na terenie Polski – II część badań (opracowanie własne).....	18
Ryc. 4. Model „domu-hospicjum” wg Roberta G. Twycrossa (1992).....	27
Ryc. 5 Witryna internetowa Worldwide palliative care alliance	37
Ryc. 6.Witryna internetowa Hospice Care Network.....	37
Ryc. 7. Witryna internetowa Hospice Action Network – NHPCO HAN	38
Ryc. 8.Witryna internetowa Health Education Network.....	39
Ryc. 9. Fragment witryny internetowej Asia Pacific Hospice Palliative Care Network – APHN	40
Ryc. 10. Najczęściej występujące źródła dochodów organizacji pozarządowych (%) pod koniec lat 90-tych.	67
Ryc. 11. Fragment strony internetowej Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej	73
Ryc. 12. Fragment witryny internetowej Fundacji Hospicyjnej	74
Ryc. 13. Fragment witryny internetowej portalu www.hospicja.pl	75
Ryc. 14. Witryna internetowa Hospiz Kieler Förde-Stiftung	77
Ryc. 15.Witryna internetowa Hospiz Kieler Förde-Förderverein e.V.	78
Ryc. 16. Fragment witryny Fundacji Marie Curie Cancer Care	79
Ryc. 17. Fragment witryny promującej inicjatywę Pół Nadziei	80
Ryc. 18. Fragment witryny internetowej International Association for Hospice & Palliative Care - IAHPC	82
Ryc. 19. Osoba wypełniająca ankietę (źródło: pyt. 36 kwestionariusza ankiety).....	83
Ryc. 20. Zakres działalności hospicjów stacjonarnych w Polsce (źródło: pyt. 1 kwestionariusza ankiety)	84
Ryc. 21. Respondenci ze względu na datę powstania placówki (źródło: pyt. 2 kwestionariusza ankiety)	84

Ryc. 22. Lokalizacja hospicjum (źródło: pyt. 47 kwestionariusza ankiety)	85
Ryc. 23. Odległość do dużego ośrodka miejskiego – hospicja zlokalizowane w miejscowościach poniżej 50000 mieszkańców. (źródło: pyt. 48 kwestionariusza ankiety)	86
Ryc. 24. Ocena lokalizacji hospicjum (źródło: pyt. 29 kwestionariusza ankiety)	86
Ryc. 25. Współpracownicy i wolontariusze wspierający działalność hospicjum (źródło: pyt. 6 i 7 kwestionariusza ankiety).....	88
Ryc. 26. Zadania wolontariuszy w hospicjach (źródło: pyt. 7 kwestionariusza ankiety)	88
Ryc. 27. Czy obecne finansowanie z budżetu państwa wystarcza na pokrycie wydatków funkcjonowania hospicjum? (źródło: pyt. 9 kwestionariusza ankiety)	89
Ryc. 28. Utrzymywanie kontaktów zagranicznych (źródło: pyt. 11 kwestionariusza ankiety)	90
Ryc. 29. Standardy obowiązujące w badanych hospicjach (źródło: pyt. 12 kwestionariusza ankiety)	91
Ryc. 30. Trudności w funkcjonowaniu hospicjum (źródło: pyt. 14 kwestionariusza ankiety)	92
Ryc. 31. Osoby podejmujące działania o charakterze marketingowym w hospicjum (źródło: pyt. 16 kwestionariusza ankiety).....	93
Ryc. 32. Ocena wiedzy teoretycznej z zakresu marketingu wśród respondentów w opinii respondentów (źródło: pyt. 18 kwestionariusza)	94
Ryc. 33. Rodzaj materiałów promocyjno-informacyjnych (źródło: pyt. 19 kwestionariusza ankiety)	95
Ryc. 34. Wydarzenia ważne dla hospicjów stacjonarnych (źródło: pyt. 4 kwestionariusza ankiety)	97
Ryc. 35. Wydarzenia o charakterze cyklicznym w hospicjach stacjonarnych (źródło: pyt. 5 kwestionariusza ankiety).....	98
Ryc. 36. Działania wspierające personel hospicjum (źródło: pyt. 23 kwestionariusza ankiety)	99
Ryc. 37. Obecność wyznaczonej osoby do kontaktów z mediami (źródło: pyt. 3 kwestionariusza ankiety)	100
Ryc. 38. Osoby podejmujące działania o charakterze marketingowym w hospicjum (źródło: pyt. 16 kwestionariusza ankiety).....	101

Ryc. 39. Materiały informacyjne posiadane przez badane hospicja (źródło: pyt. 18 kwestionariusza ankiety)	102
Ryc. 40. Dokonywanie oceny satysfakcji pacjentów i personelu w grupie badanych hospicjów. (źródło: pyt. 20 i 21 kwestionariusza ankiety)	102
Ryc. 41. Sposoby informowania otoczenia o istnieniu i funkcjonowaniu hospicjum (źródło: pyt. 28 kwestionariusza ankiety).....	103
Ryc. 42. Deklarowane działania w obszarze planowania marketingowego (źródło: pyt. 24, 25, 26 kwestionariusza ankiety)	103
Ryc. 43. Porównanie liczby łóżek w badanych hospicjach w 2005 i 2009 roku. (źródło: pyt. 45 kwestionariusza ankiety).....	104
Ryc. 44. Porównanie liczby pacjentów objętych opieką hospicjum stacjonarnego w 2005 i 2009 roku (źródło: pyt. 43 kwestionariusza ankiety)	104
Ryc. 45. Okładka książki opisującej dotychczasową działalność Hospicjum im. ks. Jerzego Popiełuszki w Bydgoszczy.....	106
Ryc. 46. Listownik, blankiet zaproszenia oraz ulotka w formacie wizytówki Stowarzyszenia Auxilium prowadzącego Hospicjum im. św. Arnolda Janssena w Nysie.....	106
Ryc. 47. Informacja prasowa zamieszczona na łamach biuletynu Nowiny Szpitalne	107
Ryc. 48. Ulotka informacyjna i plakat Ośrodka Medycyny Paliatywnej I Hospicyjnej w Będkowie k. Trzebnicy	108
Ryc. 49. Plakat informacyjny Hospicjum Santa Galla w Łabuniach k. Zamościa ..	109
Ryc. 50. Pocztówka Hospicjum Miłosierdzia Bożego w Słupsku	109
Ryc. 51. Ulotka informacyjno-promocyjna Hospicjum św. Kamila w Gorzowie Wielkopolskim	110
Ryc. 52. Ulotka informacyjno-promocyjna Hospicjum Santa Galla w Łabuńkach k. Zamościa.....	111
Ryc. 53. Ulotka informacyjno-promocyjna Hospicjum im. Lady Ryder of Warsaw w Zielonej Górze.....	112
Ryc. 54. Ulotka oraz blankiet wpłaty na rzecz hospicjum w Łabuńkach k. Zamościa	113
Ryc. 55. Ulotka informacyjna Hospicjum św. Elżbiety w Złotowie	114

Ryc. 56. Zaproszenie na koncert charytatywny i aukcję na rzecz Hospicjum organizowany przez Stowarzyszenie Auxilium w Nysie	115
Ryc. 57. Fragment witryny internetowej Hospicjum w Łabuńkach k. Zamościa....	117
Ryc. 58. Fragment witryny internetowej Hospicjum im. św. Arnolda Janssena prowadzonego przez Stowarzyszenie Auxilium.	117
Ryc. 59. Fragment witryny internetowej Hospicjum w Będkowie k. Trzebnicy	118
Ryc. 60. Fragment witryny internetowej Hospicjum św. Elżbiety w Złotowie.....	118
Ryc. 61. Fragment witryny internetowej Hospicjum św. Kamila w Gorzowie Wielkopolskim	119
Ryc. 62. Fragment witryny internetowej Hospicjum Palium w Poznaniu	119
Ryc. 63. Fragment witryny internetowej Hospicjum im. Lady Ryder of Warsaw w Zielonej Górze.....	120
Ryc. 64. Fragment witryny internetowej Hospicjum p.w. Świętego Ducha w Łomży	120
Ryc. 65. Fragment witryny Hospicjum im. bł. ks. Jerzego Popiełuszki w Bydgoszczy	121
Ryc. 66. Hospiz Haus Porsefeld – wejście (źródło: zdjęcie własne)	122
Ryc. 67. Marie Curie Hospice Liverpool – wejście (źródło: zdjęcie własne)	123
Ryc. 68. Miejsce pamięci: Hospiz Kieler Förde – po lewej oraz Hospiz Haus Porsefeld – po prawej (źródło: zdjęcia własne)	124
Ryc. 69. Miejsce wyciszenia – Marie Curie Hospice, Liverpool (źródło: zdjęcia własne).....	125
Ryc. 70. Miejsce wyciszenia Hospiz Haus Porsefeld (źródło: zdjęcia własne)	125
Ryc. 71. Strefa spotkań Hospiz Kieler Förde	126
Ryc. 72. Strefa spotkań Hospiz Haus Porsefeld, Rendsburg (źródło: zdjęcia własne)	126
Ryc. 73. Wizytówka oraz dwie ulotki informacyjno-promocyjne Hungarian Hospice Foundation	127
Ryc. 74. Plakat promujący wydarzenie na rzecz Hungarian Hospice Foundation .	128
Ryc. 75. Ulotka informacyjna Hungarian Hospice Foundation.....	128
Ryc. 76. Fragment ulotki informacyjnej Hungarian Hospice Foundation	129

Ryc. 77. Ulotka informacyjna Hospicjum Matki Teresy w Koszycach, Słowacja ..	130
Ryc. 78. Materiały informacyjno-promocyjne Hospicjum Stella Maris oraz Stowarzyszenia na rzecz Hospicjum Stella Maris, Mechernich, Niemcy	131
Ryc. 79. Materiały informacyjno-promocyjne stacjonarnego oddziału opieki paliatywnej w ramach Kliniki Uniwersyteckiej, Kilonia, Niemcy	132
Ryc. 80. Materiały informacyjne nt. działalności organizacji Pflege LebensNah ...	133
Ryc. 81. Ulotka informacyjna stacjonarnego Hospicjum Haus Porsefeld, Rendsburg, Niemcy.....	133
Ryc. 82. Materiały informacyjne organizacji Marie Curie Cancer Care oraz hospicjum Marie Curie, Liverpool, Wielka Brytania	134
Ryc. 83. Ulotka informacyjna wraz z blankietem deklaracji darczyńcy Hospicjum Kieler Förde, Kiel, Niemcy.....	135

X. Załączniki

1. Hospicyjne organizacje non-profit w Polsce w 2013r.
2. Dane teleadresowe hospicjów stacjonarnych w Polsce
3. Kwestionariusz ankiety

Hospicyjne organizacje non-profit w Polsce w 2013r.

1. Warmińsko - Mazurskie Stowarzyszenie Przyjaciół Opieki Paliatywnej w Bartoszychach
2. Stowarzyszenie Przyjaciół Chorych "Hospicjum" w Bełchatowie
3. Towarzystwo Przyjaciół Chorych "HOSPICJUM" w Białymstoku
4. Towarzystwo Przyjaciół Chorych Hospicjum im. Bł. Edmunda Bojanowskiego w Bochni
5. Stowarzyszenie "Hospicjum Ziemi Kluczborskie Św. Ojca Pio" w Byczynie
6. Stowarzyszenie Przyjaciół Hospicjum w Chojnicach
7. Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej i Paliatywnej „Hospicjum w Chorzowie”
8. Stowarzyszenie Przyjaciół Chorych Hospicjum im. Łukasza Ewangelisty w Cieszyń
9. Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej w Częstochowie
10. Człuchowskie Stowarzyszenie Przyjaciół Hospicjum w Człuchowie
11. Dom Hospicyjno-Opiekuńczy Caritas im. Biskupa Czesława Domina w Darłowie
12. Hospicjum św. Br. Alberta Caritas Diecezji Tarnowskiej w Dąbrowie Tarnowskiej
13. Stowarzyszenie Dębickie Hospicjum Domowe im. Jana Pawła II w Dębicy
14. Stowarzyszenie Przyjaciół Chorych na rzecz Hospicjum Gdańskiego im. Matki Teresy z Kalkuty w Gdańsku
15. Stowarzyszenie Hospicjum św. Wawrzyńca w Gdyni
16. Stowarzyszenie Przyjaciół Chorych Hospicjum Miłosierdzia Bożego w Gliwicach
17. Stowarzyszenie Hospicjum św. Kamila w Gorzowie Wielkopolskim
18. Stowarzyszenie HOSPICJUM w Katowicach
19. Społeczne Towarzystwo Hospicjum św. Krzyża w Kole
20. Towarzystwo Przyjaciół Chorych Hospicjum św. Łazarza w Krakowie
21. Fundacja Pomoc Krakowskiemu Hospicjum w Krakowie
22. Towarzystwo Przyjaciół Krośnieńskiego Hospicjum w Krośnie
23. Stowarzyszenie "Hospicjum Kutnowskie" w Kutnie

24. Lubelskie Towarzystwo Przyjaciół Chorych Hospicjum Dobrego Samarytanina w Lublinie
25. Lubelskie Hospicjum dla Dzieci im. Małego Księcia w Lublinie
26. Stowarzyszenie Przyjaciół Hospicjum Santa Galla w Łabuńkach
27. Łomżańskie Towarzystwo Przyjaciół Chorych "Hospicjum" p.w. Św. Ducha w Łomży
28. Społeczne Towarzystwo HOSPICJUM CORDIS w Mysłowicach
29. Towarzystwo Przyjaciół Chorych "Sądeckie Hospicjum" w Nowym Sączu
30. Stowarzyszenie AUXILIUM "Hospicjum im. Św. Arnolda Janssena" ul. Sienkiewicza 7b w Nysie
31. Olsztyńskie Stowarzyszenie Hospicyjne "Palium" Niepubliczny Zakład Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II w Olsztynie
32. Stowarzyszenie na rzecz Wspierania Hospicjum im. Jana Pawła II w Ostrowcu Świętokrzyskim
33. Towarzystwo Przyjaciół Chorych TPCCH Hospicjum Św. Józefa w Ostrowie Wielkopolskim
34. Fundacja "Pomnik - Hospicjum Miastu Oświęcim" w Oświęcimiu
35. Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Powiatu Pabianickiego w Pabianicach
36. Towarzystwo Pomocy Chorym im. Sługi Bożej Stanisławy Leszczyńskiej w Pile
37. Stowarzyszenie Opieki Hospicyjno – Paliatywnej Hospicjum Płockie p.w. BŁ. U. Ledóchowskiej w Płocku
38. Stowarzyszenie Hospicjum Królowej Apostołów w Policach
39. Wielkopolskie Stowarzyszenie Wolontariuszy Opieki paliatywnej w Poznaniu
40. Puckie Hospicjum p.w. Św. Ojca Pio w Pucku
41. Pucka Akademia Wolontariatu przy Puckim Hospicjum
42. Stowarzyszenie Hospicjum OJCA PIO w Pszczynie
43. Puławskie Towarzystwo Przyjaciół Chorych Hospicjum w Puławach
44. Stowarzyszenie im. Ojca Pio w Radomiu
45. Stowarzyszenie Hospicjum w Rawie Mazowieckiej
46. Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej i Paliatywnej im. Jana Pawła II w Rudzie Śląskiej

47. Stowarzyszenie Centrum Pomocy - Hospicjum Domowe im. Świętego Ojca Rafała Kalinowskiego w Rybniku
48. Stowarzyszenie Hospicjum im. Anny Olszewskiej Niepubliczny Zakład Domowej Opieki Hospicyjnej w Skierniewicach
49. Hospicjum Św. Wincentego A'Paulo w Słubicach
50. Towarzystwo Opieki Paliatywnej im. Janiny Różyckiej Hospicjum Miłosierdzia Bożego w Słupsku
51. Stowarzyszenie Hospicjum im św. s. Faustyny w Sopocie
52. Stowarzyszenie Hospicjum Św. Tomasza Ap. w Sosnowcu
53. Hospicjum im. Chrystusa Króla Fundacja Pomocy Osobom Niepełnosprawnym w Stróżach
54. Stowarzyszenie Hospicjum Suwalskie w Suwałkach
55. Hospicjum Domowe im. Św. Franciszka z Asyżu w Szczecinku
56. Towarzystwo Przyjaciół Chorych Hospicjum w Świdnicy Śląskiej
57. Stowarzyszenie Hospicjum Królowej Pokoju w Tarnowskich Górach
58. Stowarzyszenie Hospicjum "Światło" w Toruniu
59. Stowarzyszenie „Hospicjum-Trzcianka” im. dr nauk med. Ewy Dipont-Kukawskiej w Trzciance
60. Stowarzyszenie "Hospicjum im. Św. Małgorzaty" - Organizacja Katolicka przy Parafii Rzymskokatolickiej p.p. Bożego Ciała w Tucholi
61. Społeczne Stowarzyszenie Hospicjum św. Kaliksta I w Tychach
62. Stowarzyszenie Hospicjum Domowe im. Matki Teresy z Kalkuty w Wałcu
63. Stowarzyszenie Hospicjum Domowe w Warszawie
64. Fundacja Hospicjum Onkologiczne św. Krzysztofa w Warszawie
65. Warszawskie Hospicjum Społeczne w Warszawie
66. Apostolstwo Miłosierdzia - Hospicjum Domowe p.w. X Alojzego Orione w Warszawie
67. Stowarzyszenie im. Ks. Jerzego Niwarda Musolffa NZOZ Hospicjum Miłosiernego Samarytanina pl. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 1 w Wągrowcu
68. Włodawskie Towarzystwo Przyjaciół Chorych Hospicjum Społeczny Zakład Opieki Hospicyjnej we Włodawie
69. Fundacja "Wrocławskie Hospicjum dla Dzieci" we Wrocławiu

70. Towarzystwo Pomocy Hospicjum Bonifratrów we Wrocławiu
71. Stowarzyszenie Przyjaciół Chorych "Hospicjum" w Zabrze
72. Podhalańskie Stowarzyszenie Przyjaciół Chorych Hospicjum Jezusa Miłosiernego, w Zakopanem
73. Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Zakład Opieki Paliatywnej w Zduńskiej Woli
74. Stowarzyszenie Hospicjum przy Parafii NMP Różańcowej w Zgierzu
75. Towarzystwo Przyjaciół Chorych Hospicjum w Żarowie
76. Stowarzyszenie Przyjaciół Chorych Hospicjum im. Jana Pawła II w Żorach