

Opieka paliatywna na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym

Palliative care in Emergency Department

Anna Ingielewicz^{1,2}, Zuzanna Brunka¹

¹Katedra i Klinika Medycyny Ratunkowej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, Polska

²Fundacja Hospicyjna, Gdańsk, Polska

Streszczenie

Wzrost liczby nieuleczalnie chorych przebywających na szpitalnych oddziałach ratunkowych sprawia, że należy skupić się na problemie zapewnienia tym pacjentom odpowiedniej opieki, kontroli objawów końca życia oraz wsparcia w uzyskaniu celowanej opieki paliatywnej. Podczas pracy badawczej dokonano przeglądu artykułów naukowych dostępnych w ogólnosięciowych bazach, takich jak Google Scholar, Medline/PubMed i Cochrane Library z lat 2014–2023. Pod uwagę wzięto zarówno przeglądy systematyczne, metaanalizy, jak i serie opisów przypadków. Wybrano 24 artykuły, których treść poddano krytycznej analizie. Większość z nich wskazuje na konieczność podjęcia interwencji paliatywnej zainicjowanej na oddziale ratunkowym jako elementu poprawiającego jakość życia pacjentów i mogącego zmienić jego trajektorię. Ogólnosięciowe trendy w nauce wskazują na konieczność zaimplementowania elementów opieki paliatywnej na szpitalnych oddziałach ratunkowych w celu poprawy jakości opieki nad pacjentami z terminalnymi jednostkami chorobowymi. Interwencja paliatywna jest wymieniana jako poprawiająca jakość życia bez jego skrócenia. Konieczne są dalsze badania nad tym tematem, szczególnie w populacji polskiej.

Słowa kluczowe: medycyna ratunkowa, szpitalny oddział ratunkowy, medycyna paliatywna, opieka u schyłku życia.

Abstract

Due to the increasing number of terminally ill patients in emergency departments (EDs), there is a need to provide them with appropriate care, treat end of life symptoms and support in obtaining targeted palliative care. A review of scientific articles available in global databases such as Google Scholar, Medline/Pubmed and Cochrane Library from 2014–2023 was performed. Systematic reviews, meta-analyses and case series were considered. 24 articles were selected, and their content critically analyzed. Most of them indicate the need for palliative intervention initiated in the emergency department as an element that can both change the trajectory of life of patients and improve its quality. Global scientific trends indicate the need to implement elements of palliative care in hospital emergency departments in order to improve the quality of care for patients with terminal diseases. Palliative intervention is mentioned as improving the quality of life without shortening it. Further research on this topic is necessary, especially in the Polish population.

Key words: emergency medicine, emergency department, palliative medicine, end-of-life care.

Adres do korespondencji:

Anna Ingielewicz, Katedra i Klinika Medycyny Ratunkowej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Gdański Uniwersytet Medyczny, ul. Mariana Smoluchowskiego 17, 80-214 Gdańsk, Polska, e-mail: anna.ingielewicz@gumed.edu.pl

WSTĘP

W ostatnich latach liczba pacjentów zgłaszających się na szpitalne oddziały ratunkowe (SOR) stale rośnie, zarówno w Polsce, jak i na świecie [1, 2]. Wśród ogromnej liczby zgłoszeń znajdują się pacjenci obciążeni chorobami o ograniczonym przewidywanym czasie przeżycia, często u schyłku życia.

Najczęstszą przyczyną stanów terminalnych jest zaawansowana choroba nowotworowa, poza tym odnotowywane są przewlekłe choroby obturacyjne płuc, choroby degeneracyjne układu nerwowego, choroby układu krążenia oraz przewlekłe niewydolności nerek [3]. Liczba wizyt pacjentów w ciężkim stanie na SOR waha się 2,5–42/1000 rocznie [4]. Chorzy zgłaszają się na oddział ratunkowy samodzielnie bądź po

decyzji rodziny, nawet pomimo pozostawania pod opieką paliatywną w warunkach domowych, np. hospicjum domowego [5]. Często tego powodem jest zaostrzenie stanu klinicznego, progresja choroby nowotworowej, ale również lęk i niepewność dotyczące dalszego przebiegu dolegliwości [6, 7]. Znaczna liczba zgłoszeń ma miejsce w godzinach popołudniowych i w weekendy, kiedy jest ograniczony dostęp do leczenia ambulatoryjnego, a oddziały onkologiczne nie pełnią ostrych dyżurów, przez co brak jest możliwości konsultacji z lekarzem prowadzącym [8].

Najistotniejszymi przyczynami skłaniającymi pacjentów do przybycia na SOR są objawy końca życia (ang. *end of life*), takie jak ostra duszność, zaburzenia neurologiczne (śpiączka lub drgawki) czy silny ból [9, 10].

Świadczenia z zakresu opieki paliatywnej nie są standardowymi zadaniami SOR, jednak ze względu na całodobową dostępność i możliwość szybkiej konsultacji są często jedyną możliwością uzyskania pomocy, gdy pacjent jest w ciężkim stanie. Medycyna ratunkowa zaopatrjuje ostre stany spotykane w onkologii, takie jak zespół lizy guza czy działania niepożądane chemioterapii (np. odwodnienie, dyselektrolitemia), jednak w kwestii standardów opieki paliatywnej, szczególnie stanu terminalnego, specjaliści SOR czują się mniej pewnie [11, 12].

Badania wykazały, że lekarze medycyny ratunkowej trafnie rozpoznają stan terminalny i potrafią rozpoznać objawy zbliżającej się śmierci, a podjęte przez nich decyzje często zmieniają trajektorię życia pacjentów [9–11]. Istnieją doniesienia wskazujące, że rozpoznanie w czasie wizyty na SOR konieczności wdrożenia opieki paliatywnej może poprawić jakość życia (ang. *quality of life* – QoL) pacjentów wymagających leczenia objawowego bez jego skrócenia [13, 14].

W ostatnich latach pojawiło się wiele publikacji dotyczących interwencji paliatywnej (IntPal) inicjowanej na SOR jako elementu strategii odpowiednio dobranej do pacjenta, umożliwiającej skuteczne wsparcie [8, 13, 15].

Założeniem niniejszego opracowania jest przegląd strategii świadczeń proponowanych pacjentom paliatywnym na SOR i rozważenie celowości wprowadzenia narzędzi do oceny i wsparcia tych chorych w warunkach polskich.

MATERIAŁ I METODY

Dokonano przeglądu baz danych medycznych Medline/PubMed, Google Scholar i Cochrane Library w poszukiwaniu artykułów opublikowanych w latach 2014–2023. Użyto słów kluczowych „palliative medicine”, „emergency medicine” oraz „palliative intervention” wraz z separatorem AND. Spośród 191 publikacji wybrano 24 artykuły. Znalazły się wśród nich metaanalizy, prace pogładowe, badania obserwacyjne oraz

opis serii przypadków. Dokonano krytycznej analizy ich treści, wyniki przedstawiając poniżej.

WYNIKI

W większości wziętych pod uwagę prac podkreśla się zwiększenie liczby pacjentów wymagających opieki paliatywnej na oddziałach pomocy doraźnej, szczególnie chorych obciążonych zaawansowaną lub rozsianą chorobą nowotworową, jednocześnie wskazując na konieczność zapewnienia opieki paliatywnej w ramach SOR. W licznych badaniach udowodniono, że właściwe rozpoznanie stanu wymagającego leczenia objawowego i zaniechania inwazyjnych procedur jest często obserwowaną kompetencją lekarzy medycyny ratunkowej oraz lekarzy udzielających świadczeń na SOR.

W dostępnych badaniach wyróżniono czynniki związane ze złym rokowaniem w czasie pobytu na SOR, równocześnie mogące być oznakami zbliżającej się śmierci (tab. 1).

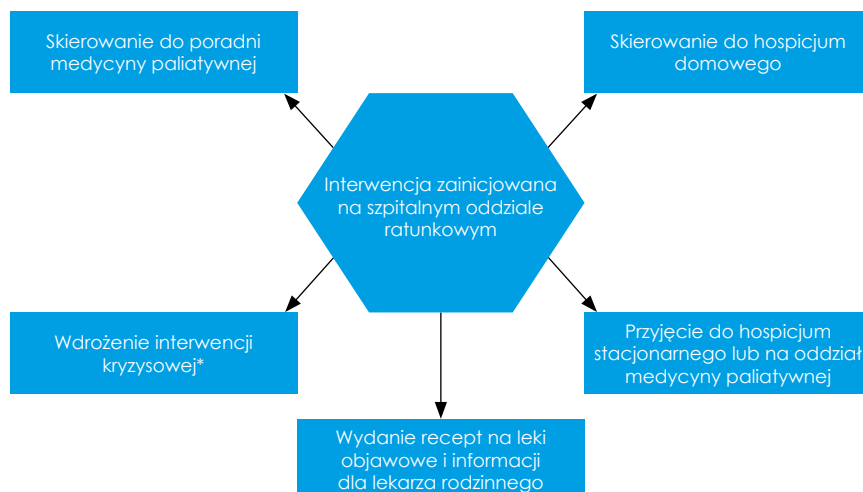
Interesującą koncepcją jest wdrożenie IntPal inicjowanej na SOR, która może się odbywać w różnorodny sposób (ryc. 1) [16]. Istnieją badania sugerujące, że taka procedura poprawia jakość życia pacjentów w stanie terminalnym lub u schyłku życia, nie skracając jego długości. Wpływ IntPal inicjowanej na SOR na depresję rozpoznawaną wśród pacjentów oraz na zużycie zasobów szpitalnych nie jest do końca jasny, ten aspekt wymaga dalszych badań.

DYSKUSJA

Na skutek wzrostu zainteresowania zapewnieniem opieki paliatywnej pacjentom SOR obserwuje się w ostatnich latach zwielokrotnienie publikacji na ten temat [3, 13]. W Polsce miejscami pomocy doraźnej są szpitalne oddziały ratunkowe, izby przyjęć szpitali oraz placówki nocnej i świątecznej opieki lekarskiej [17]. Pacjenci obciążeni chorobami ograniczającymi życie mogą skorzystać z ambulatoryjnej opieki paliatywnej w ramach hospicjum domowego (całodobowo) lub poradni medycyny paliatywnej (w godzinach pracy poradni) [18]. Wobec niedostatecznego poziomu finansowania oraz ograniczenia kontraktowania świadczeń z zakresu opieki i medy-

Tabela 1. Czynniki związane ze zbliżającą się śmiercią według Verhoef

Czynniki
Pierwotny rak płuc
Pogorszenie stanu neurologicznego
Duszność
Hiperkalcemia
Żółtaczką



Ryc. 1. Możliwe efekty zastosowania interwencji paliatywnej zainicjowanej na szpitalnym oddziale ratunkowym

* Dostępne w całej Polsce bezpłatnie, całodobowe dyżury telefoniczne psychologów udzielających wsparcia w sytuacji kryzysowej

cyny paliatywnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) w Polsce część pacjentów wymagających leczenia objawowego nie ma szansy z niego skorzystać. W niektórych krajach Europy obecne są oddziały medycyny paliatywnej pracujące w trybie nagłym i ostrym (ang. *acute palliative care units* – APCU), które zapewniają szeroki zakres świadczeń z zakresu medycyny paliatywnej [19]. Jakkolwiek według dostępnej literatury różnice pomiędzy tego typu oddziałami są duże, zarówno w zakresie ich dostępności w szpitalach specjalistycznych, jak i oferowanego leczenia. Dowiedziano, że APCU są w stanie przyjmować pacjentów w każdym stadium choroby ograniczającej życie oraz zapewnić efektywne wyniki leczenia [20]. W Polsce odpowiednikami APCU są oddziały medycyny paliatywnej, które spotykane są rzadko i pełnią funkcję raczej łącznika pomiędzy aktywnym leczeniem i opieką wspomagającą [21, 22].

Przyczyny zgłoszeń pacjentów wymagających opieki paliatywnej na SOR obejmują przede wszystkim niewydolność oddechową, najczęściej pod postacią duszności oraz silnego bólu, który zwykle jest trudny do opanowania posiadanymi przez pacjenta lekami [23]. Dodatkowym aspektem jest częsty brak przedyskutowania przez lekarza onkologa opcji ograniczenia dalszego leczenia podtrzymującego życie w razie progresji choroby podstawowej przed wizytą na SOR. W jednym z badań odbycie takiej rozmowy zgłaszało jedynie 33,8% pacjentów. Dla porównania, po wizycie na SOR odsetek pacjentów mających szansę przeprowadzić takie rozmowy z lekarzem prowadzącym wzrósł do 70,7% [9].

Szpitalny oddział ratunkowy to często miejsce wizyt pacjentów z zaawansowaną chorobą onkologiczną, pomimo coraz większej dostępności i możliwości korzystania z pomocy hospicjów domowych oraz poradni medycyny paliatywnej [10, 11, 23]. Według niektórych badaczy około 50% pacjentów powyżej 65. roku życia będących u kresu życia trafia

na SOR co najmniej raz w ostatnim miesiącu życia, a około 75% w ostatnim półroczu. Wizyty pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową na SOR często prowadzą do hospitalizacji oraz zgonów wewnątrzszpitalnych, niezależnie od miejsca na świecie [4, 8]. Średni czas pobytu na SOR pacjenta obciążonego chorobą niepoddającą się leczeniu to w zależności od źródła między 3 a 3,5 godziny. Większość chorych, bo około 76%, jest przyjmowana do szpitala. Mediana czasu przeżycia chorego w takiej sytuacji to średnio 18 dni [9].

Kolejnym aspektem jest wzmacnianie świadomości personelu SOR dotyczącej potencjału opieki paliatywnej i korzyści, jakie przynosi ona pacjentom u kresu życia. Typowe konsultacje z zakresu medycyny paliatywnej odbywają się w ciągu tygodnia od przyjęcia pacjenta do szpitala [24]. Wsparcie medyczne, psychologiczne lub socjalne udzielane jest przez lekarza specjalistę medycyny paliatywnej lub członka zespołu ds. opieki paliatywnej, zależnie od organizacji pracy przyjętej w danej jednostce medycznej. Wydaje się więc, że przesunięcie tej procedury na początek pobytu pacjenta w szpitalu, czyli na SOR, może mieć pozytywne skutki pod postacią wcześniejszego podjęcia decyzji o ustaleniu dalszego postępowania w zagrażającej życiu chorobie. Już zidentyfikowanie potrzeb chorego z zaawansowaną chorobą nowotworową może polepszyć podejście do leczenia objawowego czy szybszej konsultacji z lekarzem specjalistą medycyny paliatywnej. Wszystkie te elementy wydają się poprawiać QoL, zmniejszać długość hospitalizacji (ang. *length of stay*) oraz mogą mieć wpływ na spadek śmiertelności 30-dniowej, choć w tym przypadku autorzy nie są zgodni [1, 12, 13].

Badania wskazują, że konieczne jest ciągłe szkolenie pracowników, zarówno SOR, jak i zespołów udzielających pomocy przedszpitalnej [25, 26]. Poza nauką podstaw medycyny paliatywnej istotna jest umiejętność komunikacji z pacjentem i jego rodzi-

na, będącymi często w kryzysie psychicznym związanym z niepewnością i lękiem. Autorzy opracowań zwracają uwagę na potrzebę skoordynowanej współpracy między pracownikami udzielającymi pomocy doraźnej a profesjonalistami medycyny paliatywnej [27].

Ważny w rozważaniach wydaje się punkt widzenia pracowników medycznych SOR oraz pacjentów i ich rodzin. W jednym z badań ankietowych wskazano obszary do poprawy w zakresie szkolenia pracowników SOR w tematach opieki paliatywnej oraz optymalizacji środowiska SOR w celu polepszenia warunków przebywania pacjenta w krańcowym stadium choroby na takim oddziale. Pomimo wielu trudności w opiece nad pacjentami terminalnie chorymi na SOR, takimi jak brak dostępu do pełnej historii choroby, uczestnictwo w emocjonalnym cierpieniu pacjenta i jego rodziny oraz problemy natury środowiskowej (hałas, ograniczenia czasowe, brak prywatności), większość pacjentów i ich rodzin była usatysfakcjonowana pomocą otrzymaną na SOR [26].

Szkolenie pracowników medycznych powinno się zacząć jak najwcześniej, tak aby opieka paliatywna była naturalnym elementem pracy. Z takiego założenia wyszli twórcy badania opisującego szkolenie symulacyjne na konkretnych przypadkach klinicznych zorganizowane dla rezydentów medycyny ratunkowej. Za największe wyzwania tego rozwiązania uznano ograniczenia czasowe i logistykę wdrożeniową, jednak efekty dowiodły znacznej poprawy znaczenia opieki paliatywnej na SOR, jak również pewności we wdrożeniu zdobytych umiejętności z zakresu opieki paliatywnej wśród badanej grupy lekarzy [25]. Warto wspomnieć, że w programach nauczania lekarzy w Polsce od wielu lat istnieją podobne szkolenia. Przykładem może być wdrożony na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym przedmiot medycyna paliatywna (5. rok wydziału lekarskiego, 30 godzin, 2 punkty ECTS [ang. European Credit Transfer and Accumulation System – Europejski system transferu i akumulacji punktów]) [28] czy zajęcia z opieki paliatywnej w *Collegium Medicum* Uniwersytetu Opolskiego (5. rok wydziału lekarskiego, symulacje niskiej wierności i wysokiej wierności, 4 punkty ECTS) [29]. Niestety, do tej pory brakuje elementów medycyny paliatywnej w szkoleniu specjalizacyjnym lekarzy medycyny ratunkowej.

Jednym z użytecznych narzędzi rozpoznania pacjentów mogących wymagać opieki paliatywnej wydaje się kwestionariusz SPEED [15]. Jest to 5-pytaniowy arkusz dotyczący potrzeb z zakresu medycyny paliatywnej i okresu schyłku życia będący badaniem przesiewowym przeprowadzanym przez pielęgniarki podczas przyjęcia na SOR. Według badaczy trafnie przewiduje on potrzeby pacjentów w zakresie opieki paliatywnej, co poprawia dostęp do usług medycyny paliatywnej bez wydłużania czasu pobytu pa-

cjenta na SOR. Kwestionariusz ten jest uznawany za kompleksowe narzędzie do oceny objawów wśród pacjentów oddziału ratunkowego wymagających opieki paliatywnej lub opieki u schyłku życia [30], jednak instrument ten nie został zwalidowany i nie jest dostępny w warunkach polskich.

Interwencja paliatywna inicjowana na SOR powinna polegać na możliwie szybkiej konsultacji specjalisty medycyny paliatywnej oraz podjęciu dalszych działań mających na celu zabezpieczenie potrzeb pacjenta (ryc. 1). Wyniki dostępnych badań wspierają znaczenie wczesnego objęcia opieką paliatywną chorych onkologicznie [31, 32], jednak podobna sytuacja może dotyczyć pacjentów obciążonych innymi chorobami nierokującymi wyleczenia [33]. Istotne jest trafne scharakteryzowanie potrzeb pacjenta wymagającego leczenia objawowego. Ponieważ IntPal inicjowana na oddziale ratunkowym pomaga zapewnić poprawę jakości życia, może zmniejszyć długość hospitalizacji, a według niektórych autorów nawet zredukować śmiertelność 30-dniową [5, 12]. Ponadto takie postępowanie zwiększa liczbę pacjentów pozostających pod opieką hospicjów, co poprawia komfort zarówno pacjenta, jak i jego opiekunów. Opierając się na aktualnej wiedzy, należy stwierdzić, że wdrożenie na SOR kompleksowej interwencji w zakresie medycyny paliatywnej dla pacjentów i ich rodzin może potencjalnie poprawić wiele aspektów opieki. Najistotniejsze parametry mogące ulec poprawie to: obciążenie objawami kresu życia, poprawa jakości życia pacjenta i jego rodziny oraz zadowolenie rodziny pacjenta. Opracowanie strategii postępowania i narzędzi przesiewowych gwarantujących, że osoby wymagające takiej interwencji nie zostaną pominięte, wymaga dalszych prac [13].

PODSUMOWANIE

Według dostępnej literatury SOR należy uznać za niepomijalne, choć nie najistotniejsze miejsce rozpoczęcia opieki paliatywnej. Dostęp do dobrej jakości wsparcia w chorobach niepoddających się leczeniu można osiągnąć poprzez rozpoznanie pacjentów wymagających leczenia objawowego oraz wdrażanie interwencji paliatywnej inicjowanej na SOR. Postępowanie takie ma szansę zmienić trajektorię życia pacjentów wymagających leczenia objawowego w zakresie chorób niemożliwych do wyleczenia i uniknięcie inwazyjnych metod przedłużania życia. Lekarze medycyny ratunkowej posiadają kompetencje do wprowadzania takich rozwiązań. W warunkach polskich brakuje wytycznych dotyczących opieki paliatywnej na oddziałach ratunkowych oraz narzędzi do identyfikacji chorych potrzebujących takiej opieki. Autorzy dostrzegają potrzebę dalszych badań w tym zakresie.

DEKLARACJE

1. Zgoda Komisji Bioetycznej na badania: Nie dotyczy.
2. Zewnętrzne źródła finansowania: Brak.
3. Konflikt interesów: Brak.

PIŚMIENNICTWO

1. Ramos-Fernández MR, Ortiz-Ortiz KJ, Torres-Cintrón CR, Tortolero-Luna G. Patterns of end-of-life care as measured by emergency room visits among cancer patients in Puerto Rico. *Am J Hosp Palliat Care* 2022; 39: 72-78.
2. Wydział Statystyki Zdrowia. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2021 r. Health and health care in 2021. Główny Urząd Statystyczny, Department Badań Społecznych Statistics Poland/Social Surveys Department Urząd Statystyczny w Krakowie, Ośrodek Statystyki Zdrowia i Ochrony Zdrowia Statistical Office in Krakow, Centre for Health and Health Care Statistics 2022.
3. Kirkland SW, Yang EH, Garrido Clua M i wsp. Comparison of the management and short-term outcomes between patients with advanced cancer and other end-of-life conditions presenting to two Canadian emergency departments. *J Palliat Med* 2022; 25: 915-924.
4. Gould Rothberg BE, Quest TE, Yeung SCJ i wsp. Oncologic emergencies and urgencies: a comprehensive review. *CA Cancer J Clin* 2022; 570-593.
5. Yilmaz S, Grudzen CR, Durham DD i wsp. Palliative care needs and clinical outcomes of patients with advanced cancer in the emergency department. *J Palliat Med* 2022; 25: 1115-1121.
6. Mierendorf SM, Gidvani V. Palliative care in the emergency department. *Perm J* 2014; 18: 77-85.
7. Carron PN, Dami F, Diawara F, Hurst S, Hugli O. Palliative care and prehospital emergency medicine: analysis of a case series. *Medicine (Baltimore)* 2014; 93: e128.
8. Wilson JG, English DP, Owyang CG i wsp. End-of-life care, palliative care consultation, and palliative care referral in the emergency department: a systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2020; 59: 372-383.e1.
9. Verhoef MJ, de Nijs E, Horeweg N i wsp. Palliative care needs of advanced cancer patients in the emergency department at the end of life: an observational cohort study. *Support Care Cancer* 2020; 28: 1097-1107.
10. Long DA, Koefman A, Long B. Oncologic emergencies: palliative care in the emergency department setting. *J Emerg Med* 2021; 60: 175-191.
11. Chan YC, Yang MLC, Ho HF. Characteristics and outcomes of patients referred to an emergency department-based end-of-life care service in Hong Kong: a retrospective cohort study. *Am J Hosp Palliat Care* 2021; 38: 25-31.
12. Grudzen CR, Richardson LD, Johnson PN i wsp. Emergency department-initiated palliative care in advanced cancer: a randomized clinical trial. *JAMA Oncol* 2016; 2: 591-598.
13. Bayuo J, Agbeko AE, Acheampong EK, Abu-Odah H, Davids J. Palliative care interventions for adults in the emergency department: a review of components, delivery models, and outcomes. *Acad Emerg Med* 2022; 29: 1357-1378.
14. Kirkland SW, Ghalab A, Kruhlak M i wsp. An assessment of emergency department-based interventions for patients with advanced or end-stage illness: a systematic review. *J Palliat Med* 2021; 24: 605-618.
15. Reuter Q, Marshall A, Zaidi H i wsp. Emergency department-based palliative interventions: a novel approach to palliative care in the emergency department. *J Palliat Med* 2019; 22: 649-655.
16. Interwencja kryzysowa – Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Available from: <https://www.gov.pl/web/rodzina/interwencja-kryzysowa> (dostęp: 09.03.2024).
17. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 25 maja 2023 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego. Available from: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20230001225> (dostęp: 11.03.2024).
18. Opieka paliatywna i hospicyjna – Ministerstwo Zdrowia. Available from: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/opieka-paliatywna-i-hospicyjna> (dostęp: 11.03.2024).
19. Mercadante S, Bruera E. Acute palliative care units: characteristics, activities and outcomes – scoping review. *BMJ Support Palliat Care* 2023; 13: 386-392.
20. Mercadante S, Adile C, Ferrera P, Casuccio A. Characteristics of patients with an unplanned admission to an acute palliative care unit. *Intern Emerg Med* 2017; 12: 587-592.
21. Buss T, Lichodziejewska-Niemierko M. Opieka paliatywna w Polsce – od idei do praktyki (również lekarza rodzinnego). *Forum Med Rodz* 2008; 2: 277-285.
22. Mercadante S, Adile C, Ferrera P, Casuccio A. Factors influencing clinical and setting pathways after discharge from an acute palliative/supportive care unit. *Am J Clin Oncol* 2019; 42: 265-269.
23. Kruhlak M, Kirkland SW, Garrido Clua M i wsp. An assessment of the management of patients with advanced end-stage illness in the emergency department: an observational cohort study. *J Palliat Med* 2021; 24: 1840-1848.
24. Cassel JB, Bowman B, Rogers M, Spragens LH, Meier DE. Palliative care leadership centers are key to the diffusion of palliative care innovation. *Health Aff* 2018; 37: 231-239.
25. Goldonowicz JM, Runyon MS, Bullard MJ. Palliative care in the emergency department: an educational investigation and intervention. *BMC Palliat Care* 2018; 17: 43.
26. Di Leo S, Alquati S, Autelitano C i wsp. Palliative care in the emergency department as seen by providers and users: a qualitative study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2019; 27: 88.
27. Smith CB, Phillips T, Smith TJ. Using the new ASCO clinical practice guideline for palliative care concurrent with oncology care using the TEAM approach. *Am Soc Clin Oncol Educ Book* 2017; 37: 714-723.
28. Sylabus PL. Available from: https://esylabus.gumed.edu.pl/subjects/26941/fetch_document/PL (dostęp: 9.03.2024).
29. V rok – sylabusy przedmiotów | Wydział Lekarski. Available from: <https://im.wmnoz.uni.opole.pl/v-sylabusy-przedmiotow/> (dostęp: 11.03.2024).
30. Kirkland SW, Yang EH, Garrido Clua M i wsp. Screening tools to identify patients with unmet palliative care needs in the emergency department: a systematic review. *Acad Emerg Med* 2022; 29: 1229-1246.
31. Barbera L, Seow H, Sutradhar R i wsp. Quality indicators of end-of-life care in patients with cancer: what rate is right? *J Oncol Pract* 2015; 11: e279-287.
32. Scarborough B, Goldhirsch S, Chai E. Building a supportive oncology practice that impacts emergency department visits, hospice utilization, and hospital admission. *J Palliat Med* 2018; 21: 1499-1503.
33. Grudzen C, Richardson LD, Baumlin KM i wsp. Redesigned geriatric emergency care may have helped reduce admissions of older adults to intensive care units. *Health Aff (Millwood)* 2015; 34: 788-795.