

Anna Rutkowska

Ekonomiczny, społeczny i egzystencjalny wymiar funkcjonowania placówek hospicyjnych i wolontariatu hospicyjnego

Annales. Etyka w życiu gospodarczym 16/1, 171-185

2013

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Anna Rutkowska

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski
e-mail: anna.rutkowska@uwm.edu.pl

Ekonomiczny, społeczny i egzystencjalny wymiar funkcjonowania placówek hospicyjnych i wolontariatu hospicyjnego

1. Wstęp

Proces intensywnych przemian ustrojowych i ekonomiczno-społecznych w Polsce zaowocował zmianą w zakresie stosunku społeczeństwa do problemu choroby – w tym choroby terminalnej – i do śmierci. Ze względu na pogarszający się stan zdrowia społeczeństwa oraz niekorzystną charakterystykę procesów demograficznych, mamy do czynienia z gwałtownym wzrostem liczby ludności w podeszłym wieku na tle całej populacji. Z tego względu dotychczasowa działalność instytucji opieki zdrowotnej w stosunku do osób chorych terminalnie obciążona jest wieloma zagrożeniami¹. Ponadto stały wzrost zachorowań na choroby nowotworowe, jak i zwiększający się odsetek zgonów spowodowany zaawansowaną chorobą nowotworową powodują, że zapotrzebowanie na opiekę hospicyjną w najbliższych latach będzie nadal wzrastać. Zasadne jest tym samym bardziej niż kiedykolwiek istnienie ośrodków pomocy paliatywnej². Celem niniejszego artykułu jest próba identyfikacji ekonomicznego, społecznego i egzystencjalnego wymiaru funkcjonowania placówek hospicyjnych oraz wolontariatu hospicyjnego.

Praca ma charakter przeglądowy – opiera się na krytycznej analizie literatury z zakresu podjętego tematu. Pracę wzbogacono także o dwuletnie doświadczenia własne pracy wolontarystycznej. W celu realizacji podjętego tematu przeprowadzono również własne badania empiryczne w oparciu o metodę cen dualnych i macierz logiczną. Ceny dualne stanowią podstawę oceny efektywności inwestycji, której często nie można pozytywnie wycenić w oparciu wyłącznie o sformalizowane metody ekonomiczne. Konstrukcja ceny dualnej opierała się na zsumowaniu miesięcznej wartości potencjalnej utraty zarobków członka

¹ J. Flakus, *Hospicjum jako instytucjonalna forma pomocy i wsparcia społecznego w chorobie terminalnej*, Instytut Pedagogiki Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2008 (rozprawa doktorska).

² A. Rutkowska, *Ekonomiczne, społeczne i egzystencjalne funkcje wolontariatu na przykładzie hospicjum „Pomocy Maltańskiej” w Olsztynie*, Katedra Makroekonomii UWM, Olsztyn 2008 (praca licencjacka), s. 7.

rodziny w wyniku domowej opieki nad chorym oraz średnich miesięcznych kosztów artykułów higienicznych i produktów do inkontynencji. Matryca logiczna jest zaś metodą planowania, realizacji i oceny określonych projektów w formie tabeli podzielonej na cztery kolumny i cztery wiersze³. Układ pionowy objaśnia związki przyczynowe i precyzuje ważne założenia i obszary problemowe funkcjonowania hospicjów. Logika pozioma odnosi się natomiast do mierzenia efektów funkcjonowania placówki i zasobów używanych w trakcie jej istnienia, poprzez określenie kluczowych wskaźników pomiaru i środków, dzięki którym pomiar będzie weryfikowany.

W świetle przeprowadzonych badań można stwierdzić, że zarówno hospicja, jak i wolontariat hospicyjny odgrywają niezmiernie istotną rolę w kształtowaniu sfery społeczno-gospodarczej.

2. Egzystencjalny wymiar funkcjonowania placówek hospicyjnych i wolontariatu hospicyjnego

Hospicjum to „program lub placówka zaspokajająca potrzeby psychiczne, społeczne i fizyczne pacjentów umierających i ich rodzin lub też miejsce, a zarazem filozofia opieki nad człowiekiem cierpiącym i umierającym”⁴. Działalność hospicjów, ukierunkowana jest przede wszystkim na człowieka, dlatego też funkcja egzystencjalna realizowana jest w odniesieniu do poszczególnych jednostki – osoby cierpiącej fizycznie, potrzebującej kompleksowego wsparcia i fachowej opieki medycznej⁵. Zgodnie z definicją opracowaną przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) mianem opieki paliatywnej określa się „działanie, które poprawia jakość życia chorych i ich rodzin stających wobec problemów związanych z zagrażającą życiu chorobą, poprzez zapobieganie i znoszenie cierpienia dzięki wczesnej identyfikacji oraz bardzo starannej ocenie i leczeniu bólu i innych problemów: somatycznych, psychosocjalnych i duchowych”⁶. Celem całościowej i aktywnej opieki paliatywnej sprawowanej nad chorymi jest przede wszystkim łagodzenie wszechogarniającego bólu towarzyszącego postępującej chorobie. Kluczowe znaczenie ma również leczenie objawowe innych dolegliwości somatycznych oraz odpowiednia pielęgnacja⁷. Kompleksowa opieka nad chorym obejmuje równocześnie łagodzenie cierpienia psychicznych i duchowych. Prawo do ochrony zdrowia – przysługujące każdemu człowiekowi – ma na celu zapewnienie

³ S. Biernat, *Prywatyzacja zadań publicznych*, PWE, Warszawa 1994.

⁴ P. Kaniok, *Historia rozwoju opieki hospicyjnej*, [w:] *Formy opieki, wychowania i wsparcia w reformowanym systemie pomocy społecznej*, red. J. Brągiel, S. Badora, Wyd. Uniwersytet Opolski, Opole 2005, s. 579.

⁵ A. Rutkowska, *op. cit.*, s. 31.

⁶ WHO 2002, <http://www.hospicja.pl/biblioteka/article/116/574.html> (dostęp 02.12.2010).

⁷ Poradnik pacjenta, <http://www.prywatnezdrowie.pl/artykuly/poradnik-pacjenta/opieka-hospicyjna-i-paliatywna/> (dostęp 02.12.2010).

choremu jak najwyższej jakości życia, należytego traktowania przez pracowników służby zdrowia oraz uszanowania godności i autonomii chorego jako niezwykłych, głównych praw pacjenta potrzebującego opieki paliatywnej, niezależnie od wieku, pochodzenia etnicznego, pozycji ekonomicznej lub społecznej oraz rodzaju choroby lub ułomności⁸. „Niesienie pomocy mężczyznom, kobietom i dzieciom z zaawansowanymi chorobami, oparte jest zatem na dążeniu do stworzenia godnych warunków życia chorych i ich rodzin do końca, nie przyspieszając ani nie odraczając śmierci”⁹. Działania te, wynikają z celów statutowych hospicjów, jak również z przyjętej przez nie filozofii – „afirmacji życia i postrzegania umierania jako naturalnego procesu, nie kierując się natomiast poczuciem beznadziejności i fatalizmu”¹⁰.

Podstawową funkcją pełnioną przez hospicja jest funkcja egzystencjalna. Realizacja tej funkcji wymaga przede wszystkim kierowania się zasadami etyki opieki stanowiącej nieodzowną część posługi paliatywnej¹¹. Fundament opieki hospicyjnej tworzą cztery główne zasady moralne sformułowane przez Beauchampa i Childresse. Należą do nich: poszanowanie autonomii, czynienie dobra, nie czynienie zła oraz sprawiedliwość¹². Zasady te powinny być realizowane przez interdyscyplinarny zespół hospicyjny składający się z lekarzy, pielęgniarek, pracowników socjalnych, rehabilitantów, psychoterapeutów oraz kapelana. Dopełnieniem tego zespołu jest działalność wolontariuszy, która we współczesnych realiach przybiera na znaczeniu. Wolontariat bowiem zawsze odgrywał znaczącą rolę, zwłaszcza w opiece hospicyjnej. Funkcja egzystencjalna wolontariatu hospicyjnego wyraża się zatem poprzez umiejętność i zdolność udzielania chorym praktycznej pomocy przez wolontariuszy. W ośrodkach hospicyjnych wolontariat może przybierać formę medyczną i akcyjną.

*Wolontariusz medyczny ma bezpośredni kontakt z pacjentem, pomagając przy zabiegach pielęgnacyjnych, karmieniu, a przede wszystkim – towarzysząc mu. Wolontariusz akcyjny natomiast, wspiera działalność hospicjów poprzez czynny udział w akcjach charytatywnych lub w codziennym jego funkcjonowaniu. Bardzo często wolontariusze akcyjni w pracy na rzecz hospicjum wykorzystują umiejętności zawodowe związane ze swoimi zainteresowaniami*¹³.

Rosnące zapotrzebowanie na działania wolontarystyczne wynikają przede wszystkim z faktu, iż przyczyniają się one do tworzenia i kształtowania

⁸ Opieka paliatywna. http://opiekapaliatywna.org/Rec_2003_24.htm (dostęp 01.12.2010).

⁹ Rekomendacje Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczące organizacji opieki paliatywnej. Przyjęte przez Komitet Ministrów 12 listopada 2003 na 860 Konferencji Zastępców Ministrów.

¹⁰ Program rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa 1998.

¹¹ A. Rutkowska, *op. cit.*, s. 34.

¹² Hospicjum bonifratrów, <http://www.hospicjumbonifratrow.pl/download/Opieka4.pdf> (dostęp 06.12.2007).

¹³ Poradnik pacjenta, <http://www.prywatnezdrowie.pl/artykuly/poradnik-pacjenta/opieka-hospicyjna-i-paliatywna/> (dostęp 02.12.2010).

pozytywnego klimatu w hospicjach, co jest szczególnie ważne w ośrodkach tego typu. Wolontariusze reprezentując postawy takie jak: rzetelność w wykonywaniu swoich działań, gotowość do podejmowania współpracy z ludźmi potrzebującymi, troskliwa i zindywidualizowana opieka dotycząca zarówno sfery cielesnej, jak i duchowej, nadają głębszy wymiar funkcjonowaniu tych ośrodków, przyczyniając się do upowszechniania poglądu, że „hospicjum to też życie”.

Egzystencjalna funkcja wolontariatu przejawia się nie tylko w sferze ideowej. Może ona bowiem mieć również swoje wymierne i mierzalne odzwierciedlenie. Obecnie coraz większego znaczenia w procesie oceny jakości świadczą zdrowotnych nabiera mierzenie poziomu satysfakcji pacjentów z doświadczonej usługi, która wynika ze stopnia spełnienia wymagań, potrzeb i oczekiwań pacjentów. W przypadku zaawansowanej choroby w zakres tych potrzeb wchodzi również umiejętność łagodzenia cierpień psychicznych i duchowych¹⁴. Propozycją autorki dotyczącą pomiaru skuteczności działań podejmowanych przez wolontariuszy w omawianym aspekcie jest przeprowadzenie badań ankietowych w oparciu o metodę SERVPREF¹⁵. Pogłębioną analizę użyteczności wolontariatu można zaś uzyskać uzupełniając dane dotyczące pomiaru jakości opieki wolontariuszy nad pacjentami o pomiar poziomu satysfakcji z wykonywanej pracy¹⁶. W tym celu należałoby posłużyć się skalą JSI (*Job Satisfaction Inventory*) opracowaną przez Wooda, Chonko i Hunta¹⁷. Zaangażowanie wolontariuszy stanowi niewątpliwie bardzo ważny aspekt opieki hospicyjnej, który ma pozytywny wydźwięk zarówno wśród samych pacjentów, jak i ich rodzin. Działania wolontarystyczne sprzyjają bowiem propagowaniu idei opieki hospicyjnej także wśród społeczeństwa, nadając jej ludzki wymiar i odchodząc od średniowiecznych przekonań o hospicjach jako „umieralniach” i „poczekalniach śmierci”.

3. Ekonomia społeczna w praktyce

Organizacje ekonomii społecznej – do których zaliczają się hospicja – mają do spełnienia dwie zasadnicze funkcje. Po pierwsze, stwarzają możliwość twórczej i pożytecznej działalności na rzecz poszczególnych osób lub ogółu społeczeństwa. Po drugie, przyczyniają się do budowy sprawnie funkcjonującego

¹⁴ A. Rutkowska, *op. cit.*, s. 71.

¹⁵ N. Hill, J. Aleksander, *Pomiar satysfakcji i lojalności klientów*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2003.

¹⁶ Nowiny lekarskie, <http://www.nowinylekarskie.pl/index.php?go=abstract&ID=1818> (dostęp 11.03.2008).

¹⁷ A. Sagan, *Skale jako podstawowy instrument pomiaru w badaniach satysfakcji i lojalności*, Akademia Ekonomiczna w Krakowie, Katedra Analizy Rynku i Badań Marketingowych, 2003, s. 33; Skale, <http://www.statsoft.pl/czytelnia/marketing/skale.pdf> (dostęp 11.03.2008).

społeczeństwa obywatelskiego¹⁸. Funkcję społeczną wolontariatu hospicyjnego rozpatrywać można pod kątem sensu istnienia i funkcjonowania placówek hospicyjnych. Działalność charytatywna, nauka i edukacja w zakresie ochrony zdrowia oraz promocja i organizacja wolontariatu to główne kierunki działalności hospicjów w sferze kształtowania pozytywnego klimatu społecznego. Funkcja społeczna rozumiana może być zatem jako „sposób na świadczenie w specyficzny sposób szczególnej jakości usług społecznych oraz próbę kształtowania nowego typu więzi społecznych, wzbudzanie poczucia solidarności i postaw zorientowanych na rozumienie istoty ludzkich problemów oraz chęci czynnego uczestnictwa w ich rozwiązywaniu”¹⁹.

Jedną z podstawowych funkcji społecznych hospicjów jest świadczenie usług społecznych. Realizacja tego zadania wymaga wszechstronnych działań, takich jak: zapewnienie wsparcia psychologicznego, społecznego, socjalnego i duchowego rodzinom w czasie trwania choroby i osierocenia oraz dążenie do osiągnięcia wysokiej jakości opieki sprawowanej zgodnie z zasadami humanizmu²⁰. Ważną formą pomocy jest tzw. „opieka wyręczająca”. Ma ona na celu czasowe odciążenie rodziny w opiece nad chorym. Zadaniem wolontariuszy jest umożliwienie członkom rodziny uzyskania wolnego czasu, który nie jest poświęcany opiece nad osobą chorą, co często łagodzi poczucie winy. Szczególną uwagę należy tutaj zwrócić na zapobieganie depresji wywoływanej przez wyczerpanie. Niezmiernie istotnym aspektem działalności hospicjów jest podejmowanie działań mających na celu wyrównywanie szans społecznych. Celem funkcjonowania placówek hospicyjnych jest m.in. zabezpieczenie równego i sprawiedliwego dostępu do opieki długoterminowej potrzebującym.

Zadaniem realizowanym przez hospicja jest wyjście naprzeciw problemom społecznym w dziedzinie edukacji zdrowotnej. W ramach edukacji społecznej hospicja przyczyniają się do kreowania pozytywnych postaw społecznych poprzez m.in. poradnictwo zdrowotne osób objętych opieką, członków ich rodzin oraz pracowników, prowadząc także działania edukacyjne objaśniające ważną rolę opieki paliatywnej²¹. Cel ten osiągnąć jest poprzez gromadzenie i rozpowszechnianie materiałów szkoleniowych, informacyjnych, a także literatury z dziedziny opieki paliatywnej. Gwarancją prawidłowego funkcjonowania placówek hospicyjnych jest aktywna obecność ludzi dobrej woli, dlatego też istotnym elementem życia hospicyjnego jest organizowanie naboru i szkoleń dla wolontariuszy sprawujących opiekę hospicyjną. W czasach, gdy zagadnienia związane ze śmiercią stanowią temat tabu, obecność wolontariuszy obok zawodowych opiekunów ma dużą wartość symboliczną. Ponad i poza ich

¹⁸ M. Bsoul, *Społeczeństwo obywatelskie – mit czy rzeczywistość?*, [w:] *Demokracja, liberalizm, społeczeństwo obywatelskie: doktryna i myśl polityczna*, red. W. Kaute, Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2004.

¹⁹ Biuletyn Prasowy Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, <http://www.mpips.gov.pl/index.php?gid=1256> (dostęp 14.12.2008).

²⁰ *Rekomendacje Komitetu Ministrów...*, *op. cit.*

²¹ *Ibidem.*

osobistym oddaniem, reprezentują oni społeczeństwo wokół osoby umierającej. Mają oni wpływ na „resocjalizację” śmierci i uświadomienie, że waga tego problemu dotyczy całego społeczeństwa, a nie tylko jest przedmiotem zainteresowania personelu medycznego. Funkcja społeczna wolontariatu, przejawia się także w kultywowaniu i propagowaniu chrześcijańskich wartości etycznych i moralnych oraz kierowaniu się nimi w działalności statutowej.

4. Ekonomiczny aspekt działalności hospicyjnej

Funkcjonowanie placówek hospicyjnych nie ogranicza się tylko i wyłącznie do opieki medycznej nad chorym. Ma ono bowiem szerokie spektrum działania, wpływające zarówno na kształtowanie pozytywnych postaw społecznych, jak i na funkcjonowanie sfery życia gospodarczego, dlatego też zasadnym wydaje się uwzględnienie aspektu ekonomicznego w całościowej ocenie działalności hospicjów. Funkcja ekonomiczna rozumiana może być zatem jako współprzyczynianie się do racjonalnego, skutecznego i korzystnego ekonomicznie funkcjonowania infrastruktury społecznej. Poszanowanie wrodzonej godności i wartości każdego ludzkiego życia nie wyklucza bowiem analizy zarówno ekonomicznej, jak i politycznej. Na pytanie odnośnie wartości życia ludzkiego, ekonomista nie musi koniecznie określać jasnej „pieniężnej ceny”. Jednocześnie dobrowolna i nieodpłatna praca wolontariuszy nie oznacza, że dobro w sensie ekonomicznym nie ma ceny. Podjęta przez G. Gronbachera próba połączenia dwóch ważnych wymiarów życia człowieka – sfery moralnej oraz sfery gospodarczej – staje się niejako punktem zwrotnym w analizie relacji człowiek-rynek. Proponowana przez autora koncepcja personalizmu oznacza postawienie człowieka w centrum życia gospodarczego bowiem: „gospodarka istnieje dla osoby, a nie osoba dla gospodarki”²².

Mając na uwadze powyższe, należałoby zastanowić się nad tym, czy człowiek słaby, umierający, pozbawiony sił witalnych i często niezdolny już do generowania zysku, będący jednocześnie w opozycji do współczesnego modelu człowieka sukcesu, ma prawo do życia we współczesnej gospodarce rynkowej? Opieka hospicyjna jest integralną częścią systemu opieki zdrowotnej i niezbywalną składową prawa obywatela do opieki medycznej, hospicja zaś są takimi ośrodkami, które – dysponując wykwalifikowaną kadrą i specjalistycznym wyposażeniem – otaczają opieką paliatywną osoby nierokujące szans na poprawę stanu zdrowia²³. Specyfika usługi świadczonej przez placówki hospicyjne wynika z tego, że opieka nad chorym sprawowana jest w systemie całodobowym. Czas sprawowania opieki paliatywnej kończy się w momencie śmierci chorego, ale opieka nad jego rodziną i osieroconymi trwa nadal i sprawowana jest w zależności od potrzeb również w okresie osierocenia.

²² Koncepcja personalizmu ekonomicznego, <http://www.ekpu.lublin.pl/naukidni/rogowski/rogowski.html> (dostęp 15.04.2008).

²³ Non-Governmental Organization, <http://www.ngo.pl/> (dostęp 16.04.2008).

Zabezpieczenie jej rozwoju i funkcjonalnej integracji powinno być zawarte w strategiach państwa w zakresie ochrony zdrowia²⁴.

Obecna sytuacja służby zdrowia powoduje, że wydłuża się „kolejka” oczekujących na szpitalne „wolne łóżko”, co może być szczególnie uciążliwe dla pacjentów opieki paliatywnej, bowiem mają oni krótki czas życia, w którym mogliby odnieść korzyść z zastosowanego tam leczenia. W związku z tym proponuje się, aby chorzy ci mieli preferencyjny dostęp do tych świadczeń. Jedynym rozwiązaniem tego problemu jest więc umieszczenie terminalnie chorych pacjentów w placówkach zajmujących się opieką nad chorymi w zaawansowanym stadium choroby i nierokujących szans na całkowite wyleczenie. Hospicja zaliczane są do organizacji *non-profit*. Wynika to z faktu, iż nie prowadzą one działalności nastawionej na zysk. Są jednak społecznie użyteczne. Z makroekonomicznego punktu widzenia stanowią poważne odciążenie służby zdrowia. Pacjent w terminalnym stadium choroby jest bowiem nieekonomiczny i nierentowny dla funkcjonowania szpitali publicznych. Długotrwała i specjalistyczna opieka medyczna jakiej wymaga, pociąga za sobą ogromne koszty leczenia. Kluczowymi korzyściami wynikającymi z działalności placówek hospicyjnych są zatem przyszłe oszczędności w kosztach opieki zdrowotnej, wprost proporcjonalne do zmniejszenia liczby pacjentów opieki paliatywnej poddawanych hospitalizacji w szpitalach państwowych. Działalność hospicyjna umożliwia także uniknięcie strat w produkcji, dzięki mniejszej liczbie dni roboczych utraconych przez członków rodziny na całodobową, domową opiekę nad pacjentem.

Nie bez znaczenia jest również fakt, iż placówki opieki hospicyjnej umożliwiają pokonanie wielu barier prawnych, ustawowych, społecznych, ekonomicznych, kulturowych, administracyjnych i fizycznych w dostępie do opieki medycznej. Pożądane jest wprowadzanie inicjatyw i programów rządowych w celu zmniejszenia tych barier, które często są źródłem nierówności i ograniczeń w dostępie do opieki zdrowotnej. W większości dokumentów odnoszących się do polityki regionalnej coraz częściej dużą wagę przykładają do opinii publicznej i roli rządu, grup zawodowych i organizacji pozarządowych w promowaniu właściwego obrazu śmierci i umierania oraz opieki nad chorymi z zaawansowanymi, nieuleczalnymi chorobami. Tak ważne zatem jest powstające zarówno na poziomie krajowym, regionalnym, jak i lokalnym, interdyscyplinarnych, problemowych grup lub rad poświęconych opiece paliatywnej, w których skład wchodzi pacjenci, rodziny i inne zainteresowane osoby. Ma to bowiem na celu przede wszystkim podtrzymanie politycznej i społecznej rangi tej problematyki. Grupy te, współpracując z rządem i innymi instytucjami, mają większe możliwości we wprowadzaniu w życie niezbędnych programów²⁵. Realizacja wyżej wymienionych funkcji wymaga dużej sprawności działania ośrodków opieki paliatywnej – również finansowej. Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, organizacjom pożytku publicznego

²⁴ *Rekomendacje Komitetu Ministrów..., op. cit.*

²⁵ Program rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, 1998.

przysługują określone przywileje, m.in.: zwolnienie z opłat sądowych, możliwość odbywania służby zastępczej w postaci pracy w organizacji pożytku publicznego, możliwość nieodpłatnego informowania o działalności tych organizacji w publicznym radiu i telewizji, pierwszeństwo w wynajmowaniu nieruchomości publicznych, a także zwolnienie z podatku od czynności cywilnoprawnych. Niewątpliwie regulacje te są dużym ułatwieniem w funkcjonowaniu organizacji²⁶. Dużą rolę odgrywa również praca wolontariuszy. Taka forma nieodpłatnej pomocy zapewnia odciążenie finansowe placówki. Wiele osób traktuje bowiem sprawowanie opieki paliatywnej w różnym stopniu zarówno jako zaszczyt, jak i wyzwanie, co jest niewątpliwie korzyścią dla ośrodka, który w związku z tym nie musi ponosić kosztów związanych z wynagrodzeniem za pracę²⁷.

Działalność hospicjów można także rozpatrywać w ujęciu mikroekonomicznym. Hospicja znacząco wpływają bowiem na budżet gospodarstw domowych zapewniając pomoc rzeczową i finansową rodzinom pacjentów objętych opieką paliatywną. Możliwość wypożyczania sprzętu medycznego chorym będącym w terminalnej fazie choroby i przebywającym w domu znacząco ułatwia opiekę nad pacjentem i pozwala uniknąć ponoszenia kosztów związanych z zakupem niezbędnej aparatury, tak istotnej dla chorego. Zdecydowana większość rodzin sprawujących opiekę nad chorym nie miałaby finansowych możliwości na zapewnienie odpowiednich warunków, gdyby nie pomoc ośrodków pomocy hospicyjnej.

W celu określenia wpływu hospicjów na życie społeczno-gospodarcze autorka posłużyła się matrycą logiczną. Matryca stworzona dla placówek hospicyjnych w syntetyczny i logiczny sposób ukazuje obszary działalności tych organizacji. Jasno określone cele nadrzędne i szczegółowe stanowiące logikę pionową umożliwiają analizę związków przyczynowo-skutkowych działalności. Pomiar skutków oraz zasobów wykorzystywanych w opiece hospicyjnej (logika pozioma) możliwy jest dzięki określeniu kluczowych wskaźników oraz źródeł i sposobów weryfikacji problemu (Tabela 1).

²⁶ Non-governmental Organization, <http://www.ngo.pl/> (dostęp 16.04.2008).

²⁷ Rekomendacje Komitetu Ministrów..., *op. cit.*

Tabela 1. Matryca logiczna dla działalności i funkcjonowania hospicjów.

	LOGIKA INTERWENCJI	WSKAŹNIKI I WYZNACZNIKI OSIĄGNIĘĆ	ŹRÓDŁA I SPOSOBY WERYFIKACJI	ZAŁOŻENIA
	(1)	(2)	(3)	(4)
CELE NADRZĘDNE	<p>Pomoc społeczna osobom chorym na przewlekłe, postępujące, zagrażające życiu choroby poprzez zapewnienie opieki medycznej, prawnej, psychologicznej i duchowej.</p> <p>Wspomaganie rodzin chorych zarówno w czasie choroby, jak i w okresie żałoby.</p>	<p>Model SERVVPREF ocena świadczonej przez wolontariuszy pomocy pacjentom hospicjów.</p> <p>Skala JSI (ocena zadowolenia i satysfakcji pracy wolontariusza).</p>	<p>Badania własne w oparciu o Model SERVVPREF i Skalę JSI.</p>	
CELE SZCZEGÓŁOWE	<p>Poprawa jakości życia chorych i ich rodzin w ostatnim okresie choroby.</p> <p>Zapewnienie wszechstronnej, kompleksowej opieki nad pacjentami chorującymi na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące choroby.</p> <p>Uśmierzanie bólu i innych objawów somatycznych, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych, socjalnych.</p> <p>Stworzenie godnych warunków umierania.</p> <p>Wspomaganie rodzin chorych w czasie trwania choroby, jak i po śmierci chorego w okresie osierocenia.</p> <p>Propagowanie idei opieki hospicyjnej.</p>	<p>Model SERVVPREF ocena świadczonej przez wolontariuszy pomocy pacjentom hospicjów.</p> <p>Liczba wolontariuszy w hospicjach.</p>	<p>Badania własne w oparciu o Model SERVVPREF i Skalę JSI.</p>	<p>Poprawa jakości życia chorych i ich rodzin wpływa na umożliwienie choremu najpełniejszego przeżycia terminalnego okresu choroby poprzez leczenie objawowe, pielęgnację oraz towarzyszenie choremu i jego rodzinie w trudnej drodze cierpienia, jaką przechodzą.</p> <p>Hospicjum może działać pod patronatem instytucji państwowych, organizacji społecznych, samorządowych, Kościoła i innych. Patronat określa założenia i zasady opieki hospicyjnej.</p>

	(1)	(2)	(3)	(4)
REZULTATY	<p>Uśmierzenie bólu.</p> <p>Łagodzenie cierpień psychicznych i duchowych.</p> <p>Pielęgnacja – całodobowa opieka stacjonarna.</p> <p>Edukacja zdrowotna osób objętych opieką, członków rodzin, oraz pracowników hospicjów (podniesienie świadomości społecznej).</p> <p>Cenienie życia uznając umieranie za proces naturalny.</p> <p>Tworzenie systemu wsparcia umożliwiającego choremu prowadzenie aż do zgonu, życia tak czynnego, jak to jest możliwe, poprzez pomoc m.in. wolontariuszy.</p> <p>Odciążenie służby zdrowia.</p> <p>Pomoc rzeczowa i finansowa rodzinom pacjenta (możliwość wypożyczenia sprzętu medycznego chorym będącym w terminalnej fazie choroby i przebywającym w domu znacząco ułatwia opiekę nad pacjentem i pozwala uniknąć ponoszenia kosztów związanych z zakupem niezbędnej aparatury).</p>	<p>Ocena stanu zdrowia pacjenta.</p> <p>Ocena postępu choroby.</p> <p>Poziom kwalifikacji i kompetencji pracowników hospicjów.</p>	<p>Liverpool Care Pathway for the terminal dying chase (<i>Care of the Dying</i>, J. Ellershaw, S. Wilkinson; Oxford Press 2003).</p> <p>Dokumentacja medyczna prowadzona zgodnie z Rozporządzeniem Ministra dotyczącym dokumentacji medycznej oraz zarządzeniami Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej.</p> <p>Sprawozdanie z działalności hospicjum, monitorowanie efektywności opieki oraz stanu podnoszenia kwalifikacji przez personel.</p> <p>Kompleksowe monitorowanie stanu zdrowia pacjenta za pomocą skali Likerta.</p> <p>Skierowanie lekarza, wskazania medyczne, które określa lekarz z zespołu opieki paliatywnej.</p> <p>Rozpoznanie lekarskie terminalnej fazy choroby przez lekarza hospicyjnego.</p> <p>Kontakt medyczny ukierunkowany na monitorowanie postępu dolegliwości somatycznych pacjenta.</p>	<p>Zapewnienie odpowiedniej i fachowej opieki medycznej, socjalnej, psychologicznej i duchowej.</p> <p>Powołanie i poprawne funkcjonowanie poradni opieki paliatywnej.</p> <p>Prowadzenie kampanii „Hospicjum to też życie” na rzecz edukacji społeczeństwa.</p>

	(1)	(2)	(3)	(4)
DZIAŁANIA	<p>Tworzenie hospicjów.</p> <p>Terapia radykalna, przedłużająca życie, wspomagająca (opieka paliatywna, rehabilitacja, pomoc socjalna, psychologiczna, duchowa).</p> <p>Prowadzenie Centrum informacyjnego z zakresu profilaktyki zdrowotnej, opieki paliatywnej, terapii przeciwbólowych.</p> <p>Promocja edukacji i idei integracji środowiska hospicyjnego.</p> <p>Organizowanie grup wsparcia psychologicznego dla chorych i ich rodzin.</p>	<p>ZASOBY:</p> <p>Interdyscyplinarny zespół hospicyjny: lekarz, pielęgniarka, pracownik socjalny, rehabilitant, psychoterapeuta, kapelan, wolontariusz.</p> <p>Warunki materialne: warunki lokalowe i sanitarne, wyposażenie w specjalistyczny sprzęt medyczny, materiały i leki niezbędne do wykonywanie procedur medycznych.</p> <p>Warunki pozamaterialne: możliwość odbywania praktyk religijnych, dopuszczania rodziny i osób bliskich do wykonywania czynności pielęgnacyjnych na życzenie chorego.</p>	<p>Ilość hospicjów.</p> <p>Ilość szkoleń i konferencji z zakresu propagowania idei opieki hospicyjnej i wolontariatu.</p> <p>Przyznawanie nagrody „Hospicyjnego Wolontariusza Roku”.</p>	<p>Realizacja zadań zgodnie z harmonogramem projektu.</p> <p>Uzyskanie poparcia społecznego.</p> <p>Możliwość pozyskania kompletnego i odpowiednio wykwalifikowanego zespołu hospicyjnego.</p> <p>Stworzenie niezbędnej bazy techniczno-edukacyjno-medycznej.</p> <p>Dostosowanie placówki do wymogów sanitarno-bytowych.</p> <p>Możliwość wypożyczenia sprzętu medycznego chorym będącym w terminalnej fazie choroby i przebywającym w domu.</p>

Źródło: opracowanie własne.

Analiza mikroekonomiczna oparta o metodę cen dualnych wykazuje, iż przeciętny miesięczny koszt opieki domowej nad chorym przez co najmniej jednego członka rodziny wynosi 2950,95 zł (nie uwzględniając miesięcznego kosztu żywienia chorego i zakupu niezbędnych medykamentów).

Na cenę dualną złożyły się następujące elementy (Tabela 2):

- przeciętna miesięczna wartość potencjalnej utraty zarobków w wyniku domowej opieki nad chorym – 2605,95 zł;
- średni miesięczny koszt artykułów higienicznych i produktów do inkontynencji – 345 zł.

Tabela 2. Zestawienie danych do obliczenia cen dualnych

Wyszczególnienie	Wartość w zł
Koszty Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w 2009 r. związane z opieką długoterminową ²⁸	35 588 310,00
Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w województwie warmińsko-mazurskim w 2009 r. ²⁹	2605,95
Produkty do inkontynencji ³⁰ (koszt miesięczny)	345,00
w tym: prześcieradła/podkłady nieprzemakalne, 2 szt.	60,00
pieluchomajtki, 60 szt.	125,00
rękawiczki lateksowe, 100 szt.	16,00
chusteczki pielęgnacyjne, 30 szt.	12,00
preparaty pielęgnacyjne, 2 szt.	35,00
plastry opatrunkowe, 30 szt.	24,00
gaza jałowa	13,00
bandaż	20,00
inne materiały	40,00

Źródło: opracowanie własne.

- Koszt materiałów, artykułów higienicznych i produktów do inkontynencji (K_{mat}):

$$K_{mat} = 60 \text{ zł} + 125 \text{ zł} + 16 \text{ zł} + 12 \text{ zł} + 35 \text{ zł} + 24 \text{ zł} + 13 \text{ zł} + 20 \text{ zł} + 40 \text{ zł}$$

$$K_{mat} = \underline{345 \text{ zł/m-c}}$$
- Przeciętna, miesięczna wartość potencjalnej utraty zarobków w wyniku domowej opieki nad chorym (Z):

$$Z = \underline{2605,95 \text{ zł}}$$
- Miesięczny koszt opieki domowej nad chorym, przez co najmniej jednego członka rodziny (K_{calc}):

$$K_{calc} = K_{mat} + Z$$

$$K_{calc} = 345 \text{ zł} + 2605,95 \text{ zł}$$

$$K_{calc} = \underline{2950,95 \text{ zł}}$$

Biorąc pod uwagę fakt, iż hospicja mają większą siłę przetargową przy zakupie artykułów higienicznych i produktów do inkontynencji i zaopatrują się tym samym po cenach hurtowych, opieka nad pacjentem sprawowana w ośrodkach opieki paliatywnej i długoterminowej jest znacznie tańsza niż opieka domowa. Po pierwsze, nie powoduje strat w budżetach gospodarstw domowych, wynikających z utraty zarobków oraz nie pociąga za sobą konieczności indywidualnego zaopatrywania się w środki higieniczne, niezbędne do prawidłowej pielęgnacji chorego. Dodatkowo, zapewnia wzrost dobrobytu

²⁸ Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2009 rok, Warszawa 2010.

²⁹ Dane GUS, <http://www.stat.gov.pl> (dostęp 05.04.2011 r.).

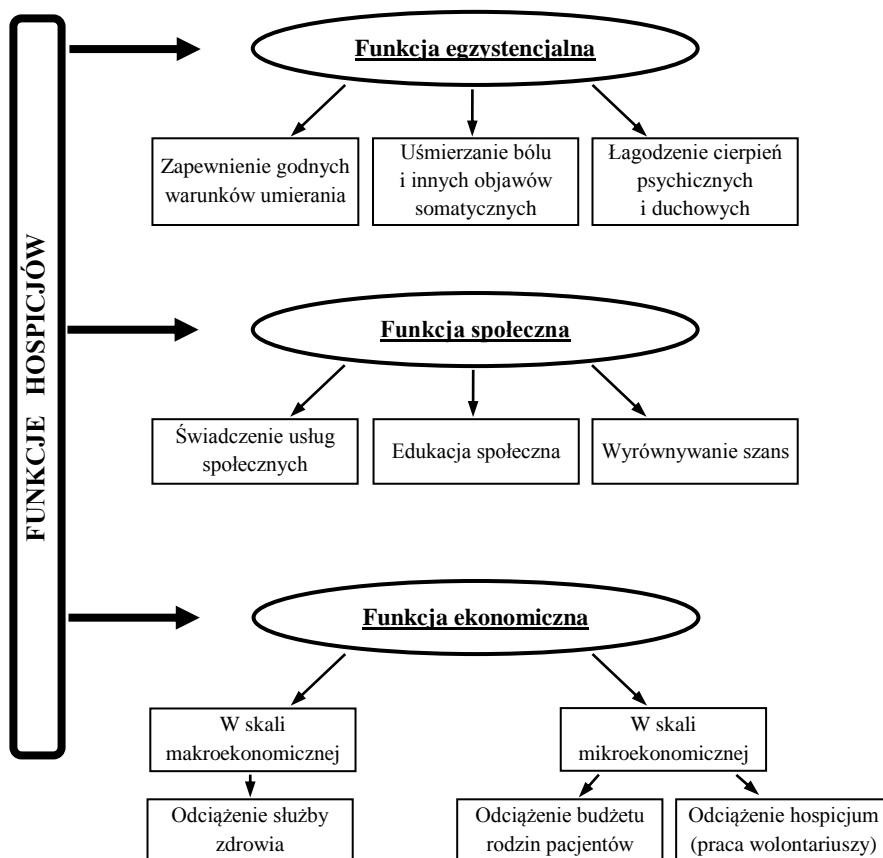
³⁰ Ceny na podstawie cennika Toruńskich Zakładów Materiałów Opatrunkowych S.A.

i redukcję cierpienia dla pacjentów i ich rodzin, mierzalne w kategoriach poprawy jakości życia pacjenta i jego rodziny³¹.

5. Podsumowanie

Rozważając funkcjonowanie hospicjów w sferze społeczno-gospodarczej, można dokonać próby identyfikacji funkcji wolontariatu, dzieląc je na funkcje egzystencjalne, społeczne i ekonomiczne (Rysunek 1).

Rys. 1. Funkcje hospicjów



Źródło: Opracowanie własne.

³¹ A. Rutkowska, *op. cit.*, s. 39.

Z uwagi na fakt, iż działalność hospicjów ukierunkowana jest przede wszystkim na człowieka, funkcja egzystencjalna realizowana jest w odniesieniu do poszczególnej jednostki – osoby cierpiącej fizycznie, potrzebującej kompleksowego wsparcia i fachowej opieki medycznej. Należy jednocześnie podkreślić, iż opieka paliatywna jest alternatywą wobec eutanazji – przeciwstawiając pojęciu „eu-thanos” (śmierć łatwa, bezbolesna) pojęcie „kalos-thanos” (śmierć piękna, wzorcową)³². Społeczny wymiar wolontariatu obejmuje swym zakresem szeroki obszar działalności hospicjów, potwierdzając tym samym zasadność ich funkcjonowania. Należałoby jednak zastanowić się czy wolontariat hospicyjny – oprócz użyteczności społecznej – może przynosić także wymierne, ekonomiczne korzyści? Definiując wolontariat przez pryzmat ekonomii można określić go jako świadczenie pracy na rzecz zleceniodawcy bez pobierania wynagrodzenia za pracę. Specyficzny rodzaj pracy – która jest jednym z czynników produkcji – wykonywany przez wolontariuszy wiąże się jednocześnie z odpowiednim kapitałem ludzkim, którego składowymi są kompetencje, relacje oraz wartości³³. „Kompetencje to wiedza, chęci i umiejętności, (...) zdolność komunikacji z innymi i doświadczenie. Relacje natomiast rozumiane są jako zdolność dzielenia się ową wiedzą oraz zaufanie, które mają tworzyć wartość dla organizacji. Wartości z kolei, to koncepcje wyróżniające jednostkę, wpływające na wybór narzędzi oraz efekty działań poprzez określenie czy dane działanie jest właściwe czy nie”³⁴. W świetle przeprowadzonych badań można stwierdzić, że wolontariat hospicyjny może przyczyniać się do rozwoju organizacji i generowania wartości dodanej. Miejsce i rola wolontariatu hospicyjnego w systemie inicjatyw społecznych powinno zaś stanowić jedną z podstawowych wartości i zasad towarzyszących budowie społeczeństwa obywatelskiego, w warunkach społecznej gospodarki rynkowej bowiem – cytując A. Marshalla – „ze wszystkich kapitałów najcenniejszy jest ten zainwestowany w ludzkie życie”³⁵.

³² K. de Walden-Gałuszko, *Podstawy opieki paliatywnej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, s. 16.

³³ B. Skuza, *Zarządzanie kapitałem intelektualnym na przykładzie Grupy Skandia*, [w:] *Zarządzanie wiedzą w przedsiębiorstwie*, red. B. Wawrzyniak, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania im. L. Koźmińskiego, Warszawa 2002, s. 202.

³⁴ *Ibidem*.

³⁵ A. Marshall, *Principles of Economics*, Macmillan & Co., London 1947 (1920), s. 564.

Economic, social and existential dimension of the functioning of hospice institutions and hospice voluntary services

Summary

The functioning of hospice institutions may be considered based on three fundamental, functions accomplished by it, i.e. existential, social and economic ones. Holistic evaluation of hospice care requires taking into account actual and potential advantages, possible to achieve both through society represented by all citizens, and through the economy.

The article has a survey character – the literature is based on critical analysis within the scope of the subject raised. The work was made rich from two-year own experience of volunteer work. For the purpose of realization of the subject raised, empirical examinations were also conducted based on the method of shadow prices and logical matrix.

In this paper, the implementation of the function of an existential volunteer hospice is considered on the basis of its ability to alleviate the suffering of patients' mental and spiritual capacity and give them practical help by volunteers. The usefulness of hospices, which is a part of their social function, was studied by considering the point of existence and functioning of palliative and long-term care centres. In order to define the economic function of a voluntary service, micro and macroeconomic types of analysis were used. One should, however, emphasise that these examinations should have an interdisciplinary character.

Keywords: *social economy, hospice, palliative care, voluntary services*

JEL Classification: A13, I10