

Województwo Mazowieckie

03-719 Warszawa, ul. Jagiellońska 26

tel. (22) 59-79-100, e-mail: urzed_marszalkowski@mazovia.pl



Program Wsparcia Hospicjów Domowych

Okres realizacji: 2025-2028 r.

Warszawa, 2024 r.

Słownik

Program – program wsparcia hospicjów domowych.

Uczestnik – osoba spełniająca kryteria włączenia, zakwalifikowana przez lekarza/lekarza specjalistę lub pielęgniarkę do korzystania ze wsparcia w ramach programu wsparcia hospicjów domowych.

Pielęgniarka – osoba, o której mowa w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, spełniająca wymagania dot. personelu w hospicjum domowym dla dorosłych oraz dla dzieci do ukończenia 18 roku życia zgodnie z załącznikiem nr 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Koordynator opieki – pielęgniarka zajmująca się organizacją wsparcia medycznego, społecznego, transportu i innych usług niezbędnych dla uczestnika, a także ustalająca indywidualne plany opieki dla uczestników.

Fizjoterapeuta - osoba o której mowa w części I ust. 1 pkt 4 załącznika nr 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Lekarz specjalista – osoba wykonująca zawód medyczny i posiadająca aktualnie obowiązujące uprawnienia w zgodzie z przedmiotowymi przepisami, tj. zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz spełniająca wymagania dot. personelu w hospicjum domowym dla dorosłych oraz dla dzieci do ukończenia 18 roku życia zgodnie z załącznikiem nr 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Lekarz – osoba, o której mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, spełniająca wymagania dotyczące personelu w podstawowej opiece zdrowotnej, zgodnie z załącznikiem nr 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Choroby wymagające opieki paliatywnej i hospicyjnej – choroby, o których mowa w załączniku nr 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej z wyłączeniem owrzodzeń odleżynowych jako główne schorzenie, na podstawie którego uczestnik miałby zostać zakwalifikowany do programu.

Dietetyk – osoba, o której mowa w załączniku do ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych.

Opiekun środowiskowy – osoba, która pomaga uczestnikom w życiu codziennym. Opiekun środowiskowy pomaga w czynnościach takich jak sprzątanie, robienie zakupów czy inne działania wspomagająco-opiekuńcze.

Psycholog/psychoonkolog – osoba, o której mowa w ustawie z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów, spełniająca wymagania dot. personelu w hospicjum domowym dla dorosłych oraz dla dzieci do ukończenia 18 roku życia zgodnie z załącznikiem nr 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Pracownik socjalny – osoba, o której mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, posiadająca wyższe wykształcenie na kierunku praca socjalna lub pokrewnym, oraz wpisana do rejestru pracowników socjalnych prowadzonego przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

Beneficjent – podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej posiadający lub deklarujący posiadanie kodu resortowego komórki organizacyjnej – 2180 Hospicjum domowe. Dodatkowo premiovane będzie partnerstwo z ośrodkami pomocy społecznej poprzez zapewnienie udziału pracownika socjalnego w programie.

Rodzina/opiekun faktyczny (nieformalny) – osoba opiekująca się osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, niebędąca opiekunem formalnym (zawodowym) i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu sprawowania takiej opieki (nie dotyczy rodziców zastępczych), najczęściej członek rodziny, osoba sprawująca rodzinną pieczę zastępczą, osoba bliska, wolontariusz.

Teleporada – konsultacja z personelem udzielającym świadczeń w ramach programu z wykorzystaniem systemów łączności na odległość.

I. Opis problemu i epidemiologia

Opieka paliatywna i hospicyjna to szczególne, całościowe podejście do opieki nad osobami nieuleczalnie chorymi, ze schorzeniami postępującymi, niepoddającymi się leczeniu przyczynowemu, zagrażającymi życiu i ograniczającymi funkcjonowanie osoby chorej [1].

Zgodnie z Mapami Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 w 2019 roku wskaźnik liczby pacjentów objętych opieką paliatywną i hospicyjną na 100 tys. mieszkańców na terenie województwa mazowieckiego był niższy od średniej ogólnopolskiej (223,89 – Mazowsze (-11% w stosunku do Polski), 251,26 – Polska). W 2023 roku wskaźnik liczby pacjentów objętych opieką paliatywną i hospicyjną na 100 tys. mieszkańców na terenie województwa mazowieckiego był niższy od średniej ogólnopolskiej (243,86 – Mazowsze (-13% w stosunku do Polski), 279,36 – Polska).

Jeszcze słabiej w stosunku do średniej krajowej przedstawia się sytuacja na Mazowszu w zakresie opieki hospicyjnej dla dzieci. W Polsce w 2023 r. liczba pacjentów w hospicjach domowych dla dzieci na 100 tys. ludności wynosiła 6,50, natomiast w województwie mazowieckim: 3,36 i jest o 48% niższa od wartości dla Polski. Niższy wskaźnik od województwa mazowieckiego mają tylko dwa województwa tj. świętokrzyskie i opolskie.

W województwie mazowieckim jest 81 ośrodków świadczących domową opiekę paliatywno-hospicyjną. Liczba ośrodków na 100 tys. ludności dla Polski w 2023 r. wyniosła 1,57, natomiast w województwie mazowieckim wyniosła 1,47.

Rosną potrzeby w zakresie opieki hospicyjnej, rośnie liczba pacjentów w województwie mazowieckim, którzy korzystają z opieki domowej w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej: liczba pacjentów na 100 tys. ludności w 2022 r. wynosiła 159, natomiast w 2023 r. 163 pacjentów na 100 tys. ludności. Zgodnie z rekomendacją 10.2 wskazaną w Wojewódzkim Planie Transformacji w rozdziale 3.8 *Opieka paliatywna i hospicyjna należy dążyć do zwiększenia dostępności domowej formy opieki paliatywnej i hospicyjnej do średniego poziomu dla Polski.*

1. Palliative care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>, Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), 2020.

II. Cele zadania

II.1 Cel główny

Zwiększenie dostępności do opieki środowiskowej świadczonej przez hospicja domowe oraz wspieranie przechodzenia od opieki instytucjonalnej do opieki środowiskowej świadczonej poprzez hospicja domowe.

II.2 Cele szczegółowe

1. Utworzenie miejsc świadczenia usług w społeczności lokalnej w formie hospicjów domowych.
2. Objęcie osób usługami świadczonymi w społeczności lokalnej przez hospicja domowe.

III. Populacja docelowa

Osoby z postawioną diagnozą choroby na podstawie załącznika nr 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (z wyłączeniem owrzodzeń odleżynowych jako główne schorzenie).

Kryteria kwalifikacji do wsparcia w ramach opieki środowiskowej

IV.1 Kryteria włączenia

Do programu mogą być zakwalifikowane osoby, które w momencie aplikacji spełniają łącznie następujące kryteria:

- 1) mają postawioną diagnozę choroby z rozporządzenia Ministra Zdrowia z 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (z wyłączeniem owrzodzeń odleżynowych jako główne schorzenie, na podstawie którego uczestnik miałby zostać zakwalifikowany do programu);
- 2) ze względu na chorobę wymagającą opieki paliatywnej i hospicyjnej;
- 3) ich stan zdrowia nie wymaga całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarstwa realizowanego w trybie stacjonarnym, ale wymaga dodatkowego wsparcia poza opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Świadczenia w hospicjach domowych

udzielane będą osobom wymagającym, ze względu na stan zdrowia, świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych, fizjoterapeutycznych, pielęgniarских, psychologicznych, jednakże niewymagającym hospitalizacji w oddziale szpitalnym;

- 4) zamieszkałe na terenie województwa mazowieckiego, tj. będące osobą fizyczną mieszkającą na terenie województwa mazowieckiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego;
- 5) nie korzystają równocześnie ze świadczeń w ramach hospicjów domowych finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 6) udzieliły lub ich rodzina/opiekunowie faktyczni (nieformalni) świadomej zgody w formie pisemnej na udział w programie [2].

Decyzję o zakwalifikowaniu osoby aplikującej do hospicjum domowego podejmuje działający w podmiocie prowadzącym hospicjum lekarz/lekarz specjalista lub pielęgniarz na podstawie rozmowy z potencjalnym uczestnikiem lub jego rodziną/opiekunem faktycznym (nieformalnym), analizy dokumentacji medycznej, wywiadów z rodziną/opiekunami faktycznymi (nieformalnymi) potencjalnych uczestników oraz ich ewentualnej obserwacji.

IV.2 Kryteria wyłączenia

Osoba będzie wykluczona z udziału we wsparciu w ramach programu w przypadku gdy:

- 1) nie spełnia któregoś z wymienionych w podrozdziale IV.1 kryteriów włączenia;
- 2) wymaga całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarzkiego, realizowanego w trybie stacjonarnym, tj. nie jest w stanie funkcjonować bez stałej, intensywnej opieki medycznej;
- 3) jest aktualnie hospitalizowana na oddziale szpitalnym lub wymaga hospitalizacji z powodu stanu zdrowia;
- 4) z własnej woli zrezygnuje z możliwości korzystania ze świadczeń w ramach hospicjum domowego;
- 5) jej warunki mieszkaniowe nie pozwalają na realizację opieki domowej;
- 6) korzysta z innego wsparcia w ramach hospicjów domowych;

- 7) jej stan pogorszy się na tyle, że wymagała będzie realizacji świadczeń zdrowotnych w warunkach stacjonarnych (leczenie szpitalne, stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne).

V. Organizacja pobytu w hospicjum domowym

Hospicjum domowe będzie działało przez cały rok, zapewniając możliwość opieki we wszystkie dni tygodnia, w tym święta, z dostępnością przez co najmniej 12 godzin dziennie zapewniając opiekę dostosowaną do potrzeb uczestników i ich rodzin. Regularne wizyty lekarskie i pielęgniarskie będą planowane zgodnie z indywidualnym planem opieki, uwzględniając stan zdrowia uczestnika i potrzeby jego bliskich.

Świadczenia w ramach programu udzielane są nieodpłatnie. W ramach programu nie będzie finansowane leczenie farmakologiczne.

Beneficjent zobowiązany jest do opracowania regulaminu organizacji i wsparcia w ramach programu, który opublikowany będzie na stronie internetowej beneficjenta oraz w jego siedzibie. W regulaminie zostaną wskazane szczegółowe zasady organizacji programu.

Beneficjent w ramach działania hospicjum domowego może zapewnić (poprzez zakup/wynajem) [3] niezbędny sprzęt medyczny. Sprzęt będzie dostosowywany do indywidualnych potrzeb uczestników zgodnie z oceną lekarza specjalisty lub pielęgniarki lub fizjoterapeuty.

W ramach programu nie ma możliwości zakupu środków transportu. Możliwy natomiast jest wynajem.

Beneficjent będzie prowadził w zależności od potrzeb instruktaż dla rodzin i opiekunów faktycznych (nieformalnych) uczestników, aby pomóc im w codziennej opiece nad chorym. Instruktaże mogą być prowadzone przez każdego członka wykwalifikowanego personelu w zakresie swoich czynności.

Finansowanie świadczeń udzielonych w programie będzie odbywało się w formie płatności za osobodzień. Za początek tygodnia w programie uznaje się dzień zakwalifikowania uczestnika do programu. Zgodnie z przeprowadzoną wyceną świadczeń wskazanych w programie średni koszt osobodnia dla uczestnika Programu Wsparcia Hospicjów Domowych wynosi 230 zł.

3. Możliwy będzie zakup sprzętu do 15% wartości projektu w ramach cross-financingu.

Czas trwania pobytu w hospicjum domowym będzie ustalany indywidualnie przez lekarza/lekarza specjalistę/pielęgniarkę/koordynatora opieki w czasie przyjęcia do hospicjum domowego.

Okres realizacji projektu nie może trwać krócej niż 12 miesięcy kalendarzowych, jednak nie dłużej niż do 31 grudnia 2028 r.

Ewaluacja uczestników musi być prowadzona co 3 miesiące, na podstawie obserwacji ich stanu psychicznego i fizycznego, analizy dokumentacji prowadzonej w hospicjum domowym oraz wywiadów wśród kadry podmiotu i rodzin/opiekunów faktycznych (nieformalnych) uczestników. Wynik ewaluacji będzie decydował o możliwości dalszego uczestnictwa w programie. Ewaluacja będzie przeprowadzana przez lekarza specjalistę/pielęgniarkę/koordynatora opieki.

VI. Personel zaangażowany w realizację programu oraz zakres świadczeń i działań udzielanych w ramach programu

VI.1. Personel zaangażowany w realizację projektu:

- 1) koordynator opieki;
- 2) lekarz/lekarz specjalista;
- 3) pielęgniarka;
- 4) fizjoterapeuta;
- 5) psycholog/psychoonkolog;
- 6) opiekun środowiskowy;
- 7) dietetyk;
- 8) pracownik socjalny – fakultatywnie - dodatkowo premiovany na podstawie partnerstwa z ośrodkiem pomocy społecznej.

VI.2. Świadczenia i działania, które Beneficjent musi zapewnić w ramach realizacji programu (poszczególne świadczenia udzielane będą według indywidualnych potrzeb uczestników)

VI.2.1. Świadczenia i działania dla uczestników (pacjentów):

- 1) opieka lekarska;
- 2) opieka pielęgniarska;
- 3) zabiegi fizjoterapeutyczne;

- 4) konsultacje psychologiczne;
- 5) porady dietetyka;
- 6) pomoc koordynatora opieki: ustalenie indywidualnych planów opieki dla uczestników, organizacja wsparcia medycznego, społecznego, transportu i innych niezbędnych usług;
- 7) teleporady, tj. umożliwienie uczestnikom programu konsultacji z personelem udzielającym świadczeń w ramach programu;
- 8) opieka społeczna obejmująca m.in.: pomoc w zakupie lub zamawianiu leków w aptece; dbanie o prawidłowość przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania; pomoc w zakupach i przygotowywaniu posiłków; pomoc w korzystaniu z materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych; pomoc w podstawowych czynnościach życiowych, w tym w zapewnieniu opieki higienicznej w niezbędnym zakresie;
- 9) zakup niezbędnych materiałów medycznych do opieki nad uczestnikami (pacjentami), m.in. rękawiczki nitrylowe oraz sterylne, aplikatory kroplówek, środki do dezynfekcji, pojemniki na ostre narzędzia, opatrunki specjalistyczne, pieluchomajtki jednorazowe, podkłady higieniczne;
- 10) dojazdy do uczestników;
- 11) przejazdy związane z zakupem m.in. żywności, leków;
- 12) transport uczestników do placówek ochrony zdrowia;
- 13) konsultacje z pracownikiem socjalnym polegające m.in. na podaniu informacji o formach pomocy dla osób wymagających opieki hospicyjnej i paliatywnej oraz pomoc w zależności od potrzeb na organizacji pomocy społecznej, załatwianiu formalności i wniosków o świadczenia, pomoc w dostępie do porad w kwestiach testamentowych, praw pacjentów oraz innych związanych z końcem życia;
- 14) zakup lub wynajem niezbędnego sprzętu medycznego takiego jak m.in.: podnośniki uczestnika, pompy infuzyjne, łóżka z materacami przeciwoodleżynowymi, koncentratory tlenu, inhalatory pneumatyczne, ssaki elektryczne, przenośne USG, aparaty EKG, przenośniki rolkowo-taśmowe, pulsoksymetry czy skanery żył.

VI.2.2. Świadczenia i działania dla opiekunów faktycznych/nieformalnych:

- 1) konsultacje psychologiczne;

- 2) opieka wytchnieniowa;
- 3) prowadzenie grup wsparcia w zakresie doświadczeń związanych z opieką nad uczestnikami;
- 4) edukacja na temat opieki nad osobami wymagającymi opieki hospicyjnej i paliatywnej dotycząca m.in. żywienia, pielęgnacji.

VI.2.3. Fakultatywne świadczenia i działania dla opiekunów środowiskowych i pracowników socjalnych - dodatkowo premiowane:

- 1) konsultacje psychologiczne;
- 2) szkolenia z zakresu świadczenia usług dla uczestników (pacjentów).

Szkolenie dla opiekunów środowiskowych i pracowników socjalnych, którzy udzielają świadczeń w ramach hospicjów domowych, ma na celu przygotowanie ich do pracy z osobami chorymi i ich rodzinami w warunkach domowych. Jest to bardzo odpowiedzialna i wymagająca emocjonalnie rola, dlatego szkolenie obejmować powinno zarówno aspekty medyczne, jak i psychospołeczne.

Wsparcie psychologiczne dla opiekunów środowiskowych i pracowników socjalnych jest niezwykle istotne, ponieważ ich praca często wiąże się z dużym obciążeniem emocjonalnym i psychologicznym. Pracując z osobami chorymi i ich rodzinami, mogą doświadczać stresu, wypalenia zawodowego oraz trudności w radzeniu sobie z własnymi emocjami. Wsparcie psychologiczne dla tych pracowników ma na celu pomóc im zachować równowagę psychiczną, zdrowie emocjonalne i efektywność w pracy.

VI.3. Częstotliwość świadczeń i działań

- 1) Opieka nad uczestnikami będzie sprawowana przez:
 - Koordynatora opieki;
 - Opiekuna środowiskowego – codziennie;
 - Pielęgniarkę – min. 3 razy w tygodniu;
 - Lekarz/lekarz specjalista – w zależności od potrzeb ale co najmniej 2 razy w miesiącu;
 - Fizjoterapeutę (jeśli uczestnik będzie wymagał zabiegów fizjoterapeutycznych) – średnio 2 razy w tygodniu, w zależności od

stanu uczestnika dopuszcza się ustalenie indywidualnej częstotliwości wizyt;

- Psychologa/psychoonkologa – 1 raz w tygodniu;
- Pracownika socjalnego – 1 raz w miesiącu;
- Dietetyka – min. 2 wizyty w pierwszych 2 tygodniach, następnie min. 1 raz na 3 miesiące;
- Opieka wytchnieniowa – 1 raz w tygodniu zapewniając ciągłą opiekę przez 12 godzin lub 2 razy w tygodniu zapewniając ciągłą opiekę przez 6 godzin.

W przypadku organizacji dodatkowych terapii/zajęć oraz innych działań należy zapewnić odpowiedni, wykwalifikowany personel do udzielania danej interwencji.

VII. Wskaźniki

W ramach sprawozdania z realizacji zadania, każdy beneficjent zobowiązany jest do przekazania informacji specyfikujących zadanie zawierających w szczególności:

- liczba utworzonych miejsc świadczenia usług w społeczności lokalnej w formie hospicjów domowych,
- liczba osób objętych usługami świadczonymi w społeczności lokalnej przez hospicja domowe.