

Fundacja Hospicjum Onkologiczne św. Krzysztofa w Warszawie

est. 1990



Standardy świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej NZOZ Fundacji Hospicjum Onkologiczne św. Krzysztofa w Warszawie

Warszawa, lipiec 2020 r.

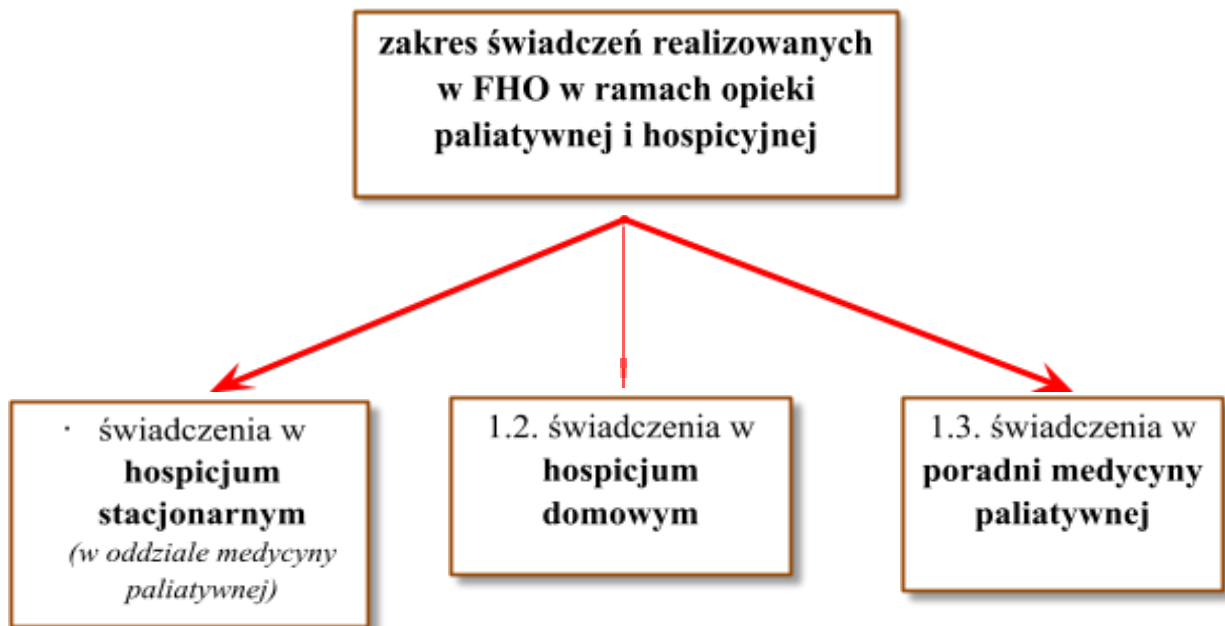
SPIS TREŚCI:

I. PRZEDMIOT ORAZ ZAKRES OPIEKI PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ	3
II. FILOZOFIA OPIEKI PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ W NZOZ FHO	8
<input type="checkbox"/> Wizja Fundacji Hospicjum Onkologiczne św. Krzysztofa	9
<input type="checkbox"/> Misja Fundacji Hospicjum Onkologiczne św. Krzysztofa	9
<input type="checkbox"/> Cele standardów FHO	9
<input type="checkbox"/> Podstawowe wartości opieki paliatywnej i hospicyjnej	9
<input type="checkbox"/> Standardy organizacji FHO	11
Ocena jakości	11
Działalność Public Relations i Marketing	12
Badania i edukacja	13
III. STANDARDY FHO – OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA	14
IV. STANDARDY W ZAKRESIE OBJĘCIA OPIEKĄ PALIATYWNĄ I HOSPICYJNĄ	17
V. STANDARDY OPIEKI PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ W FHO	23
VI. STANDARDY OPIEKI PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ W WARUNKACH ODDZIAŁU MEDYCyny PALIATYWNEJ / HOSPICJUM STACJONARNEGO	26
VI.1. Standardy opieki lekarskiej w Hospicjum Stacjonarnym	26
VI.2. Standardy opieki pielęgniarstwa	33
VII. STANDARDY OPIEKI W HOSPICJUM DOMOWYM	48
VIII. STANDARDY OPIEKI PSYCHOLOGICZNEJ	56
IX. STANDARDY ŚWIADCZEŃ FIZJOTERAPII	61
X. STANDARDY ŚWIADCZEŃ W PORADNI MEDYCyny PALIATYWNEJ	72

I. PRZEDMIOT ORAZ ZAKRES OPIEKI PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ

Realizowane w FHO świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej mają charakter wszechstronnej, całościowej opieki i leczenia objawowego osób chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzenie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych.

FHO gwarantuje pełen zakres świadczeń w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna.



1.1.

Świadczenia w hospicjum stacjonarnym / oddziale medycyny paliatywnej mają charakter świadczeń całodobowych, stacjonarnych tj. realizowanych w warunkach oddziału zamkniętego, gwarantujących dostępność produktów leczniczych i wyrobów medycznych, a także całodobowego wyżywienia z dietą dopasowaną do potrzeb pacjenta.

Świadczenia te obejmują:

- świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy;
- świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki;
- leczenie farmakologiczne;
- leczenie bólu zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (drabina analgetyczna);
- leczenie innych objawów somatycznych;
- opiekę psychologiczną nad świadczeniobiorcą, a także jego rodziną;
- rehabilitację;
- zapobieganie powikłaniom;
- dostępność do wszelkich badań zleconych przez lekarzy zatrudnionych w NZOZ FHO;
- zaopatrzenie w wyroby medyczne niezbędne w procesie leczenia pacjentów w hospicjum stacjonarnym.

Świadczenia obejmują również opiekę wyręczającą. FHO gwarantuje możliwość takiej opieki, która obejmuje przyjmowanie na okres nie dłuższy niż 10 dni do hospicjum stacjonarnego pacjentów znajdujących się pod opieką hospicjum domowego.

Hospicjum stacjonarne NZOZ FHO gwarantuje:

- ✓ całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza

oraz

- ✓ całodobowe świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarkę przez 7 dni w tygodniu.

Świadczenia fizjoterapeuty oraz psychologa udzielane są na zlecenia lekarza w zależności od potrzeb i wskazań medycznych.

1.2.

Świadczenia w hospicjum domowym obejmują:

- świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy;
- świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki;
- leczenie bólu zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (drabina analgetyczna);
- leczenie innych objawów somatycznych;
- opiekę psychologiczną nad świadczeniobiorcą, a także jego rodziną;
- rehabilitację;
- zapobieganie powikłaniom.

Ponadto NZOZ FHO gwarantuje pacjentom znajdującym się pod opieką Hospicjum Domowego NZOZ FHO:

- badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum domowym, ordynację leków,

a także

- możliwość bezpłatnego wypożyczenia następujących wyrobów medycznych.

Wyroby medyczne bezpłatnie wypożyczane pacjentom przez hospicjum domowe NZOZ FHO:

- ✓ koncentratory tlenu
- ✓ ssaki elektryczne
- ✓ inhalatory
- ✓ glukometry
- ✓ aparaty do pomiaru ciśnienia tętniczego
- ✓ pompy infuzyjne
- ✓ kule, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie

Hospicjum domowe NZOZ FHO gwarantuje:

- całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza, nie rzadziej niż **2 razy w miesiącu** oraz
- całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez pielęgniarkę; wizyty pielęgniarskie w zależności od potrzeb, nie rzadziej niż **2 razy w tygodniu**.

Świadczenia fizjoterapeuty oraz psychologa udzielane są na zlecenia lekarza w zależności od potrzeb i wskazań medycznych.

W sytuacji, gdy lekarz prowadzący lub dedykowana pielęgniarka nie są fizycznie w stanie zapewnić świadczenia w domu pacjenta (np. szczególnie w porze nocnej) - FHO posiada w takim przypadku systemowe rozwiązania zapewniające dostęp do świadczeń w takich sytuacjach.

Z jednej strony jest to system dyżurów telefonicznych lekarzy i pielęgniarek zapewniający możliwość udzielania teleporady lub w sytuacji tego wymagającej umożliwiający realizację wizyty interwencyjnej.

Z drugiej strony są to umowy z podwykonawcami - kwalifikowanymi i sprawdzonymi podmiotami medycznymi, którzy - szczególnie w porze nocnej - udzielą świadczenia choremu znajdującemu się pod opieką hospicjum domowego.

1.3.

Świadczenia w poradni medycyny paliatywnej obejmują:

- porady i konsultacje lekarskie w poradni lub w domu świadczeniobiorcy, w tym również świadczeniobiorcy, który nie został zakwalifikowany do hospicjum domowego;
- porady psychologa w poradni lub w domu świadczeniobiorcy;
- świadczenia pielęgniarskie w poradni lub w domu świadczeniobiorcy.

Porada w poradni medycyny paliatywnej
obejmuje:

- ✓ badanie podmiotowe;
- ✓ badanie przedmiotowe;
- ✓ ordynację leków, w tym leków przeciwbólowych;
- ✓ zapewnienie niezbędnych badań diagnostycznych;
- ✓ zlecenie zabiegów pielęgnacyjnych;
- ✓ kierowanie do podmiotów leczniczych, w tym udzielających świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych lub domowych;

- ✓ wydawanie niezbędnych w procesie leczenia orzeczeń i opinii o stanie zdrowia pacjenta;
- ✓ poradę lekarską w domu pacjenta;
- ✓ poradę psychologiczną lub wizytę psychologa w domu pacjenta;
- ✓ zabieg pielęgniarski lub wizytę pielęgniarki w domu pacjenta.

1.4.

Jednostki chorobowe objęte opieką paliatywną i hospicyjną

Wykaz nieuleczalnych, postępujących, ograniczających życie chorób nowotworowych i nienowotworowych, w których NZOZ FHO udziela świadczeń w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Lp.	Kod ICD-10	Jednostki chorobowe kwalifikujące do leczenia
1	B20-B24	Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV)
2	C00-D48	Nowotwory
3	G09	Następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego
4	G10-G13,	Układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy
5	G35	Stwardnienie rozsiane
6	I42-I43	Kardiomiopatia
7	J96	Niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej
8	L89	Owrzodzenia odleżynowe

II. FILOZOFIA OPIEKI PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ W NZOZ FHO

Filozofia leżąca u podstaw działalności FHO jako podmiotu leczniczego funkcjonującego w obrębie opieki paliatywnej i hospicyjnej, jaką od momentu swego powstania kieruje się FHO, pozwoliła na przestrzeni 30 lat jej istnienia na wypracowanie wewnętrznych standardów, które oparte są na następujących trzech filarach.



Założenia opieki paliatywnej i hospicyjnej w NZOZ FHO zostały wypracowane w oparciu o:

- wymagania prawne określone w stosownych przepisach prawa;
- zespół norm i wartości zalecanych przez Europejskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej (**EAPC, *European Association for Palliative Care***);
- wieloletnią praktykę i doświadczenia FHO jako jednej z wiodących placówek realizujących świadczenia w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna.

Na bazie tych filarów FHO wypracowała spójny system składający się z następujących elementów mających bezpośrednie przełożenie do obszaru działania, jakim jest opieka paliatywna i hospicyjna. Tymi elementami są:

- ✓ misja;
- ✓ wizja;
- ✓ cele przyświecające standardom;
- ✓ podstawowe wartości, którymi kieruje się FHO w swej działalności;
- ✓ standardy organizacji jako podmiotu zapewniającego realizację świadczeń zdrowotnych;
- ✓ standardy postępowania w konkretnych obszarach - jednostkach i komórkach organizacyjnych.

□ Wizja Fundacji Hospicjum Onkologiczne św. Krzysztofa

Dążymy do niezależności finansowej i do bycia międzynarodowym autorytetem naukowo-dydaktycznym w dziedzinie medycyny paliatywnej. Będziemy stale poszerzać swoją działalność o nowe obszary. Chcemy wyznaczać i podnosić standardy opieki nad pacjentem, zarówno te medyczne, jak fizyczne i psychologiczne. Naszym celem jest uwrażliwianie społeczeństwa na potrzeby pacjentów i ciągle odczarowywanie wizerunku hospicjum jako miejsca kojarzonego ze śmiercią na takie, w którym chorzy otaczani są profesjonalną opieką.

□ Misja Fundacji Hospicjum Onkologiczne św. Krzysztofa

Nasze usługi świadczy wysoko wykwalifikowany zespół lekarzy, pielęgniarek, psychologów, fizjoterapeutów, opiekunów medycznych, wolontariuszy oraz duchownego. Jakość opieki jest dla nas najważniejsza, dlatego stale rozwijamy naszą działalność naukowo-dydaktyczną. Specjalizujemy się w prowadzeniu szkoleń dla wielu grup zawodowych. Współpracujemy z wieloma uczelniami.

□ Cele standardów FHO

Celem standardów FHO jest:

- ✓ ustalenie wymagań dotyczących jakości działania FHO jako organizacji;
- ✓ ustalenie wymagań dotyczących oceny jakości działań poszczególnych jednostek FHO, zbierania i analizowania danych i dokumentacji;
- ✓ wsparcie rozwoju w realizacji wizji i misji;
- ✓ promowanie jakości w realizacji wizji i misji;
- ✓ ustanowienie podstawy do rozwoju certyfikacji opieki paliatywnej świadczonej przez FHO.

□ Podstawowe wartości opieki paliatywnej i hospicyjnej

Zespół podstawowych wartości, jakimi kieruje się FHO w organizacji opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz jej organizacji jest konkretyzacją zarówno misji

jak i wizji na poziomie ogólnych wytycznych. Wartości są rodzajem kryteriów, punktów orientacyjnych pozwalających weryfikować przyjęte rozwiązania szczegółowe, jakimi są zarówno standardy organizacyjne jak i standardy postępowania. Podstawowymi wartościami, jakimi w swym działania kieruje się FHO są:

1. Podmiotowość i autonomia osoby żyjącej z zaawansowaną chorobą, opiekuna i rodziny objętych opieką jest naczelną zasadą kierującą działalnością FHO. Polega na rozpoznaniu unikalnego charakteru, zasobów oraz ograniczeń, nieoceniającym i niedyskryminującym uznaniu różnic.
2. Opieka jest skoncentrowana na potrzebach pacjenta, opiekunów i rodziny w zindywidualizowany sposób; nie pomija żadnej w wymienionych osób, z wiodącą rolą pacjenta oraz poszanowaniem jego potrzeb i ról społecznych.
3. Opieka obejmuje dorosłe osoby w każdym wieku i etapie życia, opierając się na rozpoznaniu ich unikalnych potrzeb fizycznych, psychicznych, społecznych, egzystencjalnych i duchowych.
4. Opieka i wsparcie są realizowane przez współpracę członków interdyscyplinarnego zespołu leczącego skupionego na współpracy z pacjentem, opiekunem i rodziną, przy wsparciu pozostałych jednostek organizacji FHO.
5. Osoby objęte opieką (pacjenci, opiekunowie i rodziny) mają prawo do podejmowania poinformowanych decyzji dotyczących wszystkich aspektów opieki, adekwatnie do stopnia w jakim tego oczekują.
6. Opieka FHO realizowana poprzez utrzymywanie relacji terapeutycznej obejmuje pierwszy konieczny moment w przebiegu choroby, opiekę końca życia, towarzyszenie umieraniu i śmierci oraz okres żałoby dla rodziny.
7. Zdrowie jest rozumiane jako stan fizycznego, psychicznego, społecznego i duchowego dobrostanu, dynamicznie zmieniającego się w przebiegu życia, którego ostatnim etapem jest śmierć, postrzegana jako proces naturalny.
8. Każdy pacjent oraz opiekun/rodzina definiują własną jakość życia we wszystkich medycznych i niemedycznych aspektach. Opieka FHO wspiera osoby w osiągnięciu optymalnego dla niego poziomu zdrowia i dobrostanu w czasie choroby oraz ostatnim okresie życia, szczególnie poprzez uznanie wartości życia, wspieranie zasobów, odbudowywania

- zerwanych przez chorobę więzów z bliskimi, działanie na rzecz, budowanie poczucia sensu oraz odbudowywanie poczucia integralności.
9. Okres życia z zaawansowaną chorobą, okres końca życia oraz towarzyszenie im mogą być okazją do osobistego oraz duchowego rozwoju dla każdej jednostki – osoby chorej, opiekuna/rodziny, członka zespołu interdyscyplinarnego.
 10. Wolne od cierpienia życie w najwyższej z możliwych jakości życia oraz spokojna godna śmierć w warunkach i otoczeniu wybranym przez pacjenta są prawem każdej osoby.
 11. Opieka świadczona przez FHO jest oparta na dowodach najnowszej dostępnej wiedzy oraz dobrych praktykach, jest aktywna w wykorzystywaniu wiedzy umiejętności i pożądanego nastawienia oraz ich ciągłym doskonaleniu.
 12. FHO jako cała organizacja oraz wszyscy jej przedstawiciele działają na rzecz kreowania społecznej zmiany postrzegania opieki paliatywnej, śmierci i umierania
 13. Zasady etyczne autonomii, poszanowania praw, godności, uczciwości, prawdomówności i zasad komunikacji są integralną częścią świadczenia opieki i jej doskonalenia.

□ Standardy organizacji FHO

Podstawowym założeniem, leżącym u podstaw formowania organizacji FHO - jej struktury, wzajemnych oddziaływań poszczególnych elementów organizacyjnych jest budowanie kultury jakości i zaufania poprzez organizację opartą na współpracy i komunikacji w każdym aspekcie działalności.

Ocena jakości

FHO ma procedury monitorowania i przeglądu wszystkich aspektów działalności, zasobów i funkcji organizacji oraz oceny ich skuteczności i zmiany w razie potrzeby.

Kryteria

1. FHO posiada mechanizmy identyfikacji obszarów poprawy świadczenia usług (zarządzanie listą oczekujących, jakość opieki itp.).
2. W miarę możliwości działania i praktyka obejmują podejście oparte na dowodach.

3. Organizacja posiada strategię monitorowania i poprawy jakości, która obejmuje zarządzanie, kulturę organizacji i personel, która jest regularnie przedkładana zarządowi.
4. Proces zarządzania jakością obejmuje kwestionariusze zwrotne, audyt itp.

Działalność Public Relations i Marketing

FHO ma procedury budowania świadomości swoich usług w społeczności, wśród interesariuszy oraz usługodawców.

Kryteria

1. FHO dopełnia starań, aby członkowie społeczności, na rzecz której działa, byli świadomi:
 - a. oferowanych usługi;
 - b. możliwości uzyskania dostępu do usług;
 - c. świadczeniodawcy;
 - d. świadczeniobiorcy;
 - e. możliwości czasowych odbioru usług;
 - f. miejsca odbioru usług (lokalizacja opieki: przychodnie, HS, HD);
 - g. granic geograficznych usług.
2. FHO wykorzystuje różne mechanizmy w celu podniesienia świadomości na temat jego usług. Mogą one obejmować między innymi:
 - a. materiały drukowane (broszury, poczta bezpośrednia, reklamy drukowane itp.);
 - b. materiały elektroniczne (strona internetowa, media społecznościowe, e-mail itp.)
 - c. możliwości twarzą w twarz (spotkania, sesje edukacyjne, targi wolontariatu, społeczność;
 - d. wydarzenia, itp.;
 - e. inne możliwości medialne (radio, telewizja itp.).
3. FHO nieustannie stara się, aby jego materiały marketingowe były wrażliwe na potrzeby konkretnych niedostatecznie obsługiwanych grup w swojej społeczności. Mogą to być grupy etnokulturowe/językowe, seniorzy i inne grupy o specjalnych potrzebach.

4. W przypadku, gdy istnieje bariera w komunikacji (zidentyfikowana przez społeczność lub pracowników / wolontariuszy organizacji), hospicjum dąży do uzyskania dostępu do tłumacza ustnego, usług wspomagających i/lub narzędzi komunikacyjnych w celu dostarczenia informacji zrozumiałych dla członków tej społeczności.
5. Każda osoba reprezentująca FHO dopełnia starań, aby przekazywać informacje na temat jego działalności zgodnie z aktualnie obowiązującym stanem.

Badania i edukacja

FHO uczestniczy w badaniach i działalności edukacyjnej, w takiej skali w jakiej jest to tylko możliwe, uznając znaczenie edukacji i prowadzenia badań dla jakości świadczonej opieki opartej na dowodach oraz znajomości osiągnięć nauki i dobrych praktyk. Uczestnicząc w badaniach i edukacji, FHO będzie miało plan i politykę kierowania jego zaangażowaniem.

Kryteria

Tam, gdzie to możliwe, FHO:

- ✓ posiada zasady i procedury realizowania praktyk, staży studenckich i zawodowych z różnych programów edukacyjnych;
- ✓ posiada politykę i procedury zachęcające i uwzględniające w ocenie pracowników prezentację dokonań na konferencjach, dalszą edukację i mentoring;
- ✓ zachęca pracowników i wolontariuszy do stałego kształcenia się. Prowadzi szkolenia i kursy na potrzeby wewnętrzne organizacji oraz zewnętrzne społeczności i interesariuszy.
- ✓ maksymalizuje możliwości uczestniczenia w badaniach związanych z opieką paliatywną;
- ✓ działa na rzecz edukacji społeczności oraz środowisk medycznych i około medycznych dotyczących nowoczesnych osiągnięć opieki paliatywną na świecie.

III. STANDARDY FHO – OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA

Standard FHO to charakterystyczny dla FHO model, norma, wzorzec profesjonalny, uzgodniony poziom wykonawstwa jakiegoś działania, stosownie do potrzeb określonej grupy pacjentów, który jest:

- osiągalny,
- mierzalny,
- pożądany,
- monitorowany,
- doskonalony.

Jest wzorcem, do którego aktualna/bieżąca praktyka jest porównywalna.

Opracowane w ramach FHO standardy stanowią zespół wzajemnie powiązanych ze sobą „modeli postępowania”, obejmujących wszystkie aspekty działalności medycznej FHO jako podmiotu medycznego - wszystkie rodzaje oraz zakresy świadczeń. Obejmują one zatem:

- wszystkie komórki organizacyjne NZOZ FHO,
- wszystkie aspekty działalności medycznej NZOZ FHO,

tworząc tym samym wielopoziomą strukturę, której celem jest odpowiadanie potrzebom i oczekiwaniom pacjentów NZOZ FHO, która zarazem ma możliwość samodoskonalenia.

Elementy doskonalenia zawarte są zarówno w ocenie realizacji standardów (działania audytowe), jak i w szerszej rozumianych procesach zarządczych: monitorowaniu, ocenie, wnioskach, działaniach korygujących i zapobiegawczych.

Obowiązujące w FHO Standardy odnoszą się do następujących trzech poziomów:

- a) kryteriów struktury;
- b) kryteriów procesu;
- c) kryteriów wyniku.

ad a)

kryteria struktury charakteryzują zespół wymagań dotyczących personelu, infrastruktury, edukacji i komunikacji organizacji wewnętrznej.

ad b)

kryteria procesu definiują ustalone tryby postępowania, związane z:

- planowaniem procesu opieki paliatywnej i hospicyjnej, poprzez m.in. rozpoznanie potrzeb i oczekiwań pacjenta, potrzeb i oczekiwań środowiska, rodziny oraz bliskich, planowanie procesu opieki nad pacjentem, organizację pracy zespołów terapeutycznych, współpracę i komunikowanie się wewnątrz zespołów;
- realizacją opieki paliatywnej i hospicyjnej zgodnie z rozpoznanymi potrzebami i oczekiwaniami pacjentów oraz możliwościami organizacyjnymi FHO;
- monitorowaniem procesu planowania i realizacji.

ad c)

kryteria wyniku związane są z określeniem w sposób jasny i precyzyjny (przede wszystkim dla chorych, ale także ich środowiska) tego, co jest efektem procesu opieki paliatywnej i hospicyjnej. W NZOZ FHO przyjęto, iż naczelnymi kryteriami są dostępność i efektywność świadczeń. W ocenie efektywności stosujemy kryteria oceny oparte o tzw. system BOHIPSZO (wg. H. Lenartowicza):

- ✓ ocena **B**ezpieczeństwa pacjenta;
- ✓ **O**chrona przed zakażeniami;
- ✓ „**H**otelowa” część świadczenia zdrowotnego - ocena stanu infrastruktury, warunków pobytu, cateringu itp.;
- ✓ obowiązek **I**nformacyjny;
- ✓ **P**odmiotowość pacjenta (respektowanie prawa pacjenta zgodnie z Ustawą o prawach pacjenta oraz zgodnie z filozofią FHO); włączanie pacjenta w proces terapeutyczny;
- ✓ **S**amopielęgnacja - instruktaże dla pacjentów i „środowiska”, przewodniki nt. pielęgnacji pacjenta w opiece hospicyjno-paliatywnej;
- ✓ realizowane **Z**abiegi terapeutyczne i pielęgnacyjne;
- ✓ **O**rganizowanie i dokumentowanie świadczeń.

Standardy FHO w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej obejmują następujące procesy:

działania wstępne poprzedzające objęcie opieką medyczną

opiekę na oddziale medycyny paliatywnej/ w hospicjum stacjonarnym

opiekę w hospicjum domowym

świadczenia psychologa i opiekę psychologiczną nad środowiskiem pacjenta


świadczenia fizjoterapii

opiekę w warunkach poradni medycyny paliatywnej

IV. STANDARDY W ZAKRESIE OBJĘCIA OPIEKĄ PALIATYWNĄ I HOSPICYJNĄ

□ kryteria struktury

Za wszelkie działania poprzedzające objęcie opieką paliatywną i hospicyjną, tj. związane z obowiązkiem informacyjnym jak i przyjęciem skierowania/wniosku do objęcia opieką medyczną w ramach świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej, odpowiadają:



Rejestracja ogólna/ rejestracja hospicjum stacjonarnego	Biuro hospicjum domowego	Rejestracja Poradni Medycyny Paliatywnej
Sekretariat medyczny		

NZOZ FHO posiada system informatyczny (e-Opieka) umożliwiający wpisywanie osób oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej. Osoby zajmujące się obsługą pacjentów i ich bliskich w tym zakresie zostały odpowiednio przeszkolone zarówno w zakresie posługiwania się przedmiotowym systemem, jak również posiadające wiedzę w zakresie niezbędnych dokumentów potrzebnych do złożenia w NZOZ FHO celem objęcia opieką zdrowotną w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna.

Dni i godziny przyjmowania dokumentacji medycznej oraz sposoby składania wniosków:

Sekretariat medyczny

Poniedziałek – piątek
9:00 – 14:00

Recepcja FHO

Codziennie
7:00 – 18:00

Biuro hospicjum domowego

w dni powszednie od 8.30 do 14.00

Istnieje możliwość złożenia dokumentacji zarówno osobiście, jak i za pośrednictwem osób trzecich (rodziny, bliskich, znajomych) zarówno w sekretariacie medycznym, w recepcji, odpowiednio w biurze hospicjum domowego lub rejestracji Poradni Medycyny Paliatywnej.

Istnieje również możliwość złożenia dokumentów listownie na adres:

Fundacja Hospicjum Onkologiczne Św. Krzysztofa 02-781 Warszawa,
ul. Pileckiego 105;

lub drogą mailową na następujące adresy:

agnieszka.magierowska@fho.org.pl

informacja@fho.org.pl

fho@fho.org.pl

W przypadku hospicjum domowego dokumentacji składana jest osobiście w biurze hospicjum domowego.

Wzory wymaganej dokumentacji medycznej dostępne są:

✓ w postaci papierowej:

w rejestracji, sekretariacie medycznym lub biurze hospicjum domowego;

✓ w postaci elektronicznej:

na stronie internetowej fho.org.pl w zakładkach:

fho.org.pl/hospicjum-stacjonarne

fho.org.pl/hospicjum-domowe

pod hasłem „*Wymagane dokumenty*”.

Wymagania dotyczące niezbędnej dokumentacji medycznej

Komplet dokumentów niezbędnych dla szybkiego procesu kwalifikacji pacjenta do objęcia opieką paliatywną i hospicyjną obejmuje:

- ✓ orzeczenie lekarskie (jedynie w przypadku skierowania do hospicjum stacjonarnego);
- ✓ skierowanie (odpowiednio dla hospicjum stacjonarnego, hospicjum domowego lub Poradni Medycyny Paliatywnej);
- ✓ dokumentacja medyczna:
 - o wypis ze szpitala / wstępny wypis ze szpitala,
 - o potwierdzenie aktywnej choroby nowotworowej.
- ✓ zgoda pacjenta (podpisana przez pacjenta lub opiekuna);
- ✓ oświadczenie pacjenta. Upoważnienie dotyczące uzyskiwania dokumentacji medycznej (podpisane przez pacjenta / opiekuna prawnego / lekarza z dopiskiem o braku możliwości podpisania przez pacjenta / wcale);
- ✓ oświadczenie pacjenta. Upoważnienie dotyczące uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach (podpisane przez pacjenta / opiekuna prawnego/ lekarza z dopiskiem o braku możliwości podpisania przez pacjenta/ wcale);
- ✓ dane z dowodu osobistego;
- ✓ dokument potwierdzający ubezpieczenie;
- ✓ oświadczenie RODO pacjenta (podpisane przez pacjenta/ opiekuna prawnego/ lekarza z dopiskiem o braku możliwości podpisania przez pacjenta/ wcale);
- ✓ Braki w dokumentach nie uniemożliwiają złożenia wniosku o przyjęcie. Do wpisania pacjenta w kolejkę oczekujących konieczne są orzeczenie lekarskie, skierowanie. Reszta dokumentów musi zostać doniesiona nie później niż w dniu przyjęcia na oddział.
- ✓ Wniosek o przyjęcie pacjenta może złożyć każdy w imieniu pacjenta.

□ kryteria procesu

I. Czas akceptacji/odrzućenia wniosku

Od dnia złożenia odrzućenie wniosku, prośba o uzupełnienie dokumentacji lub akceptacja następuje do 80 godzin (*bywają wyjątki, kiedy termin może się wydłużyć*).

- ❖ ODRZUCENIE – gdy brak jest wskazań na pobyt w oddziale opieki paliatywnej.

W takim przypadku w ciągu 48 godzin następuje poinformowanie telefoniczne/mailowe rodziny/opiekuna o zaistniałej sytuacji oraz wskazanie możliwych miejsc, w których pacjent może złożyć dokumenty (ZOL, dom opieki).

- ❖ PROŚBA O UZUPEŁNIENIE DOKUMENTACJI – gdy jest zbyt mało informacji o chorobie lub gdy są wymagane dodatkowe dokumenty, np. wyniki posiewów, karta kwalifikacji do żywienia itp. W takim przypadku w ciągu 48 godzin następuje poinformowanie telefoniczne/mailowe rodziny/opiekuna o konieczności uzupełnienia wymaganych dokumentów. Informacja o kontakcie zostaje odnotowana na wniosku wraz z datą. W przypadku nieuzupełnienia dokumentacji po upływie 3 miesięcy, następuje ponowny kontakt z rodziną/opiekunem w celu ustalenia dalszych losów wniosku. W razie braku kontaktu (próby kontaktu 3 razy w odstępie kilku dni) wniosek zostaje wycofany i przekazany do archiwum.
- ❖ AKCEPTACJA – w tym przypadku pacjent czeka na miejsce.

Oceny wniosku (dokumentacji) o przyjęcie:

- do hospicjum stacjonarnego/na oddział medycyny paliatywnej NZOZ FHO dokonuje ordynator oddziału lub lekarz zastępujący;
- do hospicjum domowego dokonuje lekarz koordynujący opieki domowej lub lekarz kwalifikujący wskazany przez koordynatora.

II. Czas oczekiwania na miejsce (kolejka oczekujących).

1. Czas przyjęcia jest uzależniony od zwalniania się miejsc na oddziale lub możliwości objęcia opieką paliatywną w hospicjum domowym.
2. Kolejka oczekujących jest podzielona na cztery grupy: STABILNI, PILNI, NOWE WNIOSKI, IZOLATKA.
 - ❖ STABILNI (podział na płeć) – na tej liście znajdują się pacjenci, których wnioski zostały złożone ponad pół roku wcześniej, a przy próbie umówienia osoby na przyjęcie została udzielona informacja: rodzina sobie radzi, trwa jeszcze próba leczenia itp. W takim przypadku czekamy na informację od rodziny (opiekuna) o

pogorszeniu się stanu lub o zakończonym leczeniu. W chwili otrzymania takiej informacji wniosek jest przynoszony do kolejki PILNI.

- ❖ PILNI (podział na płęć) – na tej liście znajdują się wnioski pacjentów w pierwszej kolejności do przyjęcia:
 - zasłużeni Honorowi Dawcy Krwi,
 - zasłużeni Dawcy przeszczepu,
 - inwalidzi wojenni i wojskowi,
 - uprawnieni żołnierze lub pracownicy oraz weterani,
 - wnioski pacjentów przeniesionych z kolejki „STABILNI”,
 - wnioski oznaczone przez HD jako bardzo pilne.
- ❖ NOWE WNIOSKI (podział na płęć) – na tej liście znajdują się wnioski według kolejności złożenia (po dacie złożenia dokumentów).
- ❖ IZOLATKA (bez podziału na płęć) – na tej liście znajdują się wnioski pacjentów wymagających izolacji ze względu na nosicielstwo bakterii chorobotwórczych. Decyzja o izolacji ostatecznie należy do ordynatora oddziału.

WYJĄTKI – OPIEKA WYRĘCZAJĄCA (w przepisach pobyt do 10 dni, jednak decyzja o długości pobytu ostatecznie należy do ordynatora oddziału).

W przypadku wniosku na pobyt wyręczający staramy się przyjąć pacjenta w terminie pasującym rodzinie (opiekunowi). Dobrze, gdy do wniosku jest dołączone podanie, z którym jest wskazany termin.

W chwili składania dokumentów rodzina/opiekun są informowani o przewidywanym terminie przyjęcia z zaznaczeniem, że może być krócej lub dłużej. Podawana jest również informacja o możliwości składania dokumentów do innych hospicjów jednocześnie oraz o możliwości objęcia pacjenta opieką HD na czas oczekiwania na przyjęcie do HS (rejonizacja HD).

III. Informacje o przyjęciu na oddział

1. Dzień przed przyjęciem (wyjątkiem jest piątek – pacjent jest wtedy umawiany na poniedziałek) rodzina/opiekun są informowani telefonicznie o możliwości przyjęcia pacjenta na oddział. Przyjęcia odbywają się

w godzinach 8:00 - 12:00 (w wyjątkowych sytuacjach godzina po uzgodnieniu z lekarzami może być inna).

2. W przypadku braku kontaktu pod wskazanymi numerami telefonów na wniosku zamieszcza się notatkę o zaistniałej sytuacji i dzwoni się do następnej osoby z listy (próba dodzwonienia się jest podejmowana kilkakrotnie w przeciągu 2-3 godzin). Jeśli sytuacja powtarza się 3-4 razy w ciągu 1-2 miesięcy na dokumentach umieszcza się notatkę o wycofaniu dokumentów i umieszcza się je w archiwum.

IV. Informacje o objęciu opieką w ramach hospicjum domowego

1. Po złożeniu niezbędnego kompletu dokumentów do objęcia opieką paliatywno-hospicyjną w hospicjum domowym w ciągu 48 godzin pracownicy biura hospicjum domowego umawiają wizytę lekarza koordynatora (lub wskazanego przez niego lekarza kwalifikującego).
2. Lekarz koordynator/lekarz kwalifikujący podejmuje decyzję o objęciu opieką w ramach hospicjum domowego lub o uzasadnionej odmowie objęcia taką opieką (brak wskazań medycznych). Informuje o tej decyzji pacjenta/opiekunów oraz biuro hospicjum domowego.
3. Biuro hospicjum domowego ustala skład zespołu terapeutycznego składającego się początkowo jedynie z lekarza i pielęgniarki, który samodzielnie ustala z chorym lub jego opiekunami termin pierwszej wizyty.

kryteria wyniku

Sekretariat medyczny oraz pracownicy biura hospicjum domowego oraz rejestracji Poradni Medycyny Paliatywnej monitorują przestrzeganie zasad prowadzenia kolejki oczekujących na świadczenia zdrowotne w NZOZ FHO i raportują w okresach tygodniowych wyniki do Dyrektora NZOZ FHO.

Informacja obejmuje:

- średni czas oczekiwania na świadczenie;
- ilość osób oczekujących na uzyskanie świadczenia;
- respektowanie zasad dostępu do świadczeń poza kolejnością z tytułu uprawnień, który wynikają z obowiązujących ustaw.

V. STANDARDY OPIEKI PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ W FHO

STANDARDY W OPIECE PALIATYWNEJ – uwagi ogólne

W 2004 r. National Consensus Project zidentyfikował osiem dziedzin jako ramy Wytycznych Praktyki Klinicznej dla Jakości Opieki Paliatywnej. W 2018 r. powstała 4. wersja wytycznych definiujących zakresy poniższych domen:

1. Struktura i procesy opieki - interdyscyplinarny zespół realizujący cele opieki nad pacjentem, rodziną, opiekunami oraz osobami bliskimi; rokowanie; dyspozycja (poziom opieki - oddział szpitalny, dom); bezpieczeństwo;
2. Fizyczne aspekty opieki - ból, duszność, nudności / wymioty, zmęczenie, zaparcia, stan sprawności, diagnozy medyczne, leki (dodawanie / odstawianie / miareczkowanie);
3. Psychologiczne aspekty opieki - lęk, depresja, majaczenie, zaburzenia poznawcze; stres, smutek przewidujący, strategie radzenia sobie; leczenie pharm / non-pharm; żal / cierpienie rodziny / żałoba;
4. Społeczne aspekty opieki - komunikacja / interakcja / wsparcie rodziny / przyjaciela; kryzys opiekuna
5. Duchowe aspekty opieki - duchowe / religijne / egzystencjalne; nadzieje / obawy; przebaczenie;
6. Kulturowe aspekty opieki - język, rytuał, dieta, inne;
7. Opieka nad pacjentami zbliżającymi się do śmierci - obecność; uznanie i komunikacja, edukacja na temat znaczenia objawów / normalizacją pacjenta / rodziny; rokowanie (np. godziny do dni, bardzo mało dni; itp.);
8. Etyczne i prawne aspekty opieki - osoba podejmująca decyzje, wcześniejsze dyrektywy;
9. Dla opieki nad osobami dorosłymi w okresie ostatnich dni życia powstały dodatkowe zalecenia, w tym Wytyczne NICE [NG31] z grudnia 2015 r.

Wstęp

Aby stworzyć miejsce przyjazne pacjentowi i jego rodzinie, bardzo ważnym, a może nawet najważniejszym, jest zapewnienie nie tylko właściwej opieki, ale także poczucia bezpieczeństwa.

To właśnie standardy określają wzór postępowania i stanowią wiodącą rolę w jej zapewnieniu.

Przedstawiony przez nas zbiór standardów dotyczy zarówno sprawowania opieki nad pacjentem i rodziną, sposobów zapewnienia poczucia bezpieczeństwa czy ochrony godności osobistej w hospicjum oraz łagodzenia niepożądanych objawów takich jak ból, duszność, nudności i inne, ale również zapewnieniem wysokiej jakości opieki sprawowanej we wszystkich ośmiu domenach opieki paliatywnej przez wysoko wyspecjalizowany zespół interdyscyplinarny, w którego skład wchodzi lekarze, pielęgniarki, psychologowie, rehabilitanci i fizjoterapeuci i opiekunowie medyczni i wolontariusze.

Standardy są praktycznymi zaleceniami pozwalającymi na realizację klinicznych wymagań zgodnie z wartościami przestrzegany w FHO na rzecz jakości życia pacjentów, ich rodzin i opiekunów a także pracowników.

Dekalog FHO

1. Bądź obecny i pomocny.
2. Bądź życzliwy i taktowny.
3. Bądź wyrozumiały i kompetentny.
4. Bądź odważny i rozważny.
5. Bądź empatyczny.
6. Wzbudzaj i ofiaruj zaufanie.
7. Twórz atmosferę ciepła i bezpieczeństwa.
8. Potrzeby pacjenta stawiaj nad swoimi.
9. Szanuj i wspieraj i twórz więź.
10. Bądź autentyczny – bądź sobą!

STANDARDY OGÓLNE

1. Współpraca interdyscyplinarna

Zespół interdyscyplinarny – grupa osób uczestnicząca w codziennym sprawowaniu opieki nad pacjentem przebywającym w hospicjum stacjonarnym lub domowym objęta standardem.

W skład zespołu wchodzi: lekarze, pielęgniarki, psychologowie, fizjoterapeuci i rehabilitanci, opiekunowie medyczni, osoby duchowne, wolontariusz i personel pomocniczy.

2. Jakość życia pacjentów i ich rodzin

Nadrzędnymi wytycznymi obowiązującymi w NZOZ FHO standardów opieki jest:

- a) zapewnienie pełnej, kwalifikowanej i opartej na wieloletnim doświadczeniu opieki medycznej nad pacjentem paliatywnym przez cały okres jego pobytu w hospicjum;
- b) zapewnienie opieki zdrowotnej odpowiadającej wskazaniom medycznym, potrzebom i oczekiwaniom pacjenta;
- c) dążenie do zapewnienia choremu jego godności, intymności, a przede wszystkim jego podmiotowości przez cały okres choroby;
- d) zapewnienie choremu pozostawanie w możliwie pełnej interakcji z ich rodziną i bliskimi.

3. Działania na rzecz jakości opieki – monitoring, edukacja, rozwój, przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu

W celu realizacji swej podstawowej misji FHO stwarza warunki dla:

- a) stałego podnoszenia kwalifikacji zawodowych całego personelu medycznego, uczestniczenia w działalności naukowej a także dydaktycznej;
- b) systematycznego monitorowania efektów pracy personelu medycznego; analizy oraz doskonalenia codziennej praktyki w opiece nad chorym paliatywnym;
- c) uczestnictwa personelu medycznego NZOZ FHO w ruchu naukowym a także w dydaktyce adresowanej do studentów kierunków medycznych oraz personelu medycznego innych placówek podnoszącego swoje kwalifikacje w zakresie medycyny paliatywnej;
- d) eliminowania stresów związanych z wypaleniem zawodowym.

STANDARDY SZCZEGÓŁOWE

VI. STANDARDY OPIEKI PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ W WARUNKACH ODDZIAŁU MEDYCyny PALIATYWNEJ / HOSPICJUM STACJONARNEGO

VI.1. Standardy opieki lekarskiej w Hospicjum Stacjonarnym

kryteria struktury

Personel spełnia wymogi zgodne z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Dodatkowo preferowane jest, aby dla zatrudnionych lekarzy Hospicjum Stacjonarne FHO było głównym miejscem pracy.

Lekarze zatrudnieni hospicjum stacjonarnym posiadają:

- w 100% kursy kwalifikacyjne z medycyny paliatywnej;
- 1 osoba posiada specjalizację w dziedzinie medycyny paliatywnej.

Świadczenia opieki lekarskiej na oddziale medycyny paliatywnej NZOZ FHO realizowane są przez lekarzy w ilości 4,5 etatu przeliczeniowego. Wszyscy lekarze posiadają kursy w zakresie opieki paliatywnej. Oznacza to następującą organizację pracy:

- ✓ zmianę dzienną – od godziny 7:00 do 14:35,
- ✓ dyżur lekarski – od 12:25 do 19:00,
- ✓ nocny dyżur telefoniczny lekarza dyżurującego.

rozkład godzin pracy personelu lekarskiego w ciągu doby																										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23			
							zmiana dzienna: 3 lekarzy																			
											lekarz dyżurny: 1 lekarz															
dyżur nocny tel.: 1 lekarz dyżurny																			dyżur nocny tel.: 1 lekarz dyżurny							

Świadczenia realizowane na Oddziale są zgodne z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 29 października 2013 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, ze szczególnym uwzględnieniem leczenia bólu i innych objawów somatycznych

□ kryteria procesu

A. Przyjęcie do Hospicjum Stacjonarnego

Przyjęcia do Hospicjum Stacjonarnego odbywają się:

- w sposób planowy, po wcześniejszym uzgodnieniu przez Sekretariat Medyczny;
- w dni powszednie od 7:30 do 13:00;
- w sytuacjach wyjątkowych przyjęcie może odbyć się w godzinach późniejszych w porozumieniu z lekarzem dyżurnym lub ordynatorem Hospicjum;
- w sytuacjach wyjątkowych przyjęcie może się odbyć w dni świąteczne w porozumieniu z lekarzem dyżurnym i ordynatorem Hospicjum w godzinach 8:00 – 10:00.

Pacjent przyjmowany jest na kolejne wolne łóżko; w sytuacjach szczególnych (np. nosicielstwo patogenu alarmowego, rozległe owrzodzenie nowotworowe, konieczność intensywnego nadzoru pielęgniarstwa) przyjęcie następuje na salę pojedynczą (stwarzającą możliwość separacji pacjenta w przypadku wskazań medycznych); przy braku takiej możliwości personel stara się zapewnić niezbędne warunki na sali kilkusobowej do czasu zwolnienia sali pojedynczej.

Pacjenta przyjmuje lekarz oddziału, który:

- odbiera pisemną zgodę chorego na pobyt w Hospicjum;
- przeprowadza badanie podmiotowe, badanie przedmiotowe, wywiad epidemiologiczny;
- przeprowadza rozmowę z osobą bliską/ opiekunem faktycznym;
- zakłada dokumentację elektroniczną i wkładkę papierową;
- zleca w systemie elektronicznym leki oraz zalecenia pozafarmakologiczne, wpisuje rozpoznania – główne i dodatkowe;
- informuje pacjenta i osobę bliską / opiekuna faktycznego o planowanym postępowaniu.

W przypadku braku rodziny/osób bliskich przy przyjęciu lekarz kontaktuje się ze wskazaną przez chorego (ustnie bądź w Orzeczeniu lekarskim) osobą i informuje o przyjęciu chorego do Hospicjum.

B. Pobyty chorego w Hospicjum Stacjonarnym

ocena stanu pacjenta

Ocena stanu pacjenta dokonywana jest codziennie przez lekarza prowadzącego lub lekarza oddziału – przynajmniej 1 raz dziennie.

Codziennie lekarz obowiązany jest do sprawdzenia przepisanych leków i ich modyfikacji w zależności od potrzeb chorego.

Obserwacje lekarskie wpisywane są przynajmniej 2 razy w tygodniu i dodatkowo w każdym przypadku zmiany w stanie ogólnym chorego bądź zmiany w leczeniu.

kontrola zakażeń

Lekarze są zobowiązani do przestrzegania procedur związanych z kontrolą zakażeń.

ustalenie sposobu odżywiania

Lekarz w porozumieniu z pielęgniarkami ustala sposób żywienia i diety chorego; zalecenia są modyfikowane w miarę zmiany stanu chorego. W Hospicjum prowadzone jest żywienie do- i pozajelitowe, uwzględniając wytyczne zawarte w Standardach Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu, Zarządzeniu Nr 90/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dn. 11 grudnia 2012 r. i Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 29 października 2013 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

1. Żywienie dojelitowe

Żywienie dojelitowe prowadzone jest u pacjentów ze sztucznym dostępem do przewodu pokarmowego (sonda odżywcza, PEG, jejunostomia).

Lekarz prowadzący zleca preparat żywieniowy, jego objętość i sposób podania oraz zakłada Kartę Kwalifikacji do Żywienia i Kartę Monitorowania Żywienia – wypełniane codziennie.

Przynajmniej raz na 3 miesiące wykonywane są badania laboratoryjne określone wymogami NFZ; pierwsze badanie – w ciągu 2 pierwszych tygodni pobytu.

2. Żywnienie pozajelitowe

Żywnienie pozajelitowe prowadzone jest u pacjentów zakwalifikowanych do takiego żywienia w warunkach szpitalnych (dołączona kserokopia karty kwalifikacji do żywienia), z założonym wkłuciem centralnym (w wyjątkowych sytuacjach – po uzgodnieniu z Ordynatorem, z wkłuciem obwodowym).

Lekarz prowadzący zaleca preparat żywieniowy, jego objętość i sposób podania, zakłada Kartę Kwalifikacji do Żywienia i Kartę Monitorowania Żywienia – wypełniane codziennie.

Przynajmniej raz na 3 miesiące wykonywane są badania laboratoryjne określone wymogami NFZ; pierwsze badanie – w ciągu pierwszych 5 dni hospitalizacji.

konsultacje

Lekarze zlecają objęcie chorego opieką psychologiczną i opieką fizjoterapeuty w zależności od potrzeb.

Hospicjum współpracuje z lekarzem psychiatrą, umożliwiając konsultację psychiatryczną na miejscu – do 4 dni od zgłoszenia.

W uzasadnionych przypadkach lekarz kieruje chorego na konsultacje specjalistyczne w trybie ambulatoryjnym.

Hospicjum współpracuje z laboratorium zewnętrznym („Diagnostyka”). Zlecenia na badania laboratoryjne wystawia lekarz w zależności od potrzeb. Materiał do badań jest pobierany w dni powszednie do godziny 10:00, a w dni świąteczne – w wyjątkowych sytuacjach, na zasadach uzgodnionych z „Diagnostyką”.

prawa pacjenta

Pracownicy NZOZ FHO w swej codziennej pracy kierują się dyspozycjami, jakie w zakresie praw pacjenta wynika z obowiązującego w Polsce porządku prawnego, w tym w szczególności z Konstytucji RP, Ustawy o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta, Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej i in.

Specyfika świadczeń zdrowotnych świadczonych w NZOZ FHO powoduje, iż specjalny nacisk kładziony jest na prawa osób w ostatniej fazie ich choroby:

- Prawo do traktowania należnego osobie aż do śmierci
- Prawo do informacji o własnym stanie i udziału w podejmowaniu decyzji

- Prawo do ulgi w bólu fizycznym
- Prawo do odmowy terapii przedłużających proces umierania
- Prawo do pomocy psychologicznej i wsparcia duchowego, zgodnie ze swoim światopoglądem
- Prawo do kontaktu z rodziną i swoim środowiskiem, aby nie umierać w samotności
- Prawo do wyrażania swoich uczuć na temat śmierci
- Prawo do naturalnej i godnej śmierci

W istocie, celem podejmowanych przez pracowników NZOZ FHO działań medycznych jest stwarzanie takich warunków, aby opieka paliatywna nie sprowadzała się do udzielania wsparcia w procesie umierania, ale wspierała chorego w procesie godnego i integralnego życia aż do śmierci.

farmakoterapia

W Hospicjum Stacjonarnym obowiązuje Receptariusz modyfikowany co 2 lata w porozumieniu z Pielęgniarką Oddziałową i Kierownikiem Działu Farmacji. Istnieje procedura stosowania środków leczniczych spoza Receptariusza.

informacja dla pacjenta

Lekarze po rozpoznaniu potrzeb pacjenta przekazują, w sposób możliwie najbardziej zrozumiały dla pacjenta i jego rodziny / osoby bliskiej / osoby upoważnionej wszelkie informacje na temat działań terapeutycznych zgodnych z aktualną wiedzą medyczną.

C. Postępowanie w przypadku wypisu / zgonu chorego

1. Postępowanie w przypadku zgonu pacjenta

Lekarz stwierdza zgon chorego:

- w dni powszednie przy zgonach mających miejsce w godz. 7:00 – 19:00 natychmiast po informacji od pielęgniarki / opiekuna medycznego;
- w dni powszednie i święta przy zgonach mających miejsce od 19:00 do 7:00 / 8:00; o 7:00 / 8:00 przez lekarza oddziału / lekarza dyżurnego;
- w dni świąteczne przy zgonach mających miejsce od 8:00 do 13:00 natychmiast; w godz. 13:00 – 19:00 lekarz dyżurny ma obowiązek przyjazdu do Hospicjum celem stwierdzenia zgonu.

Po stwierdzeniu zgonu lekarz:

- informuje telefonicznie osobę wskazaną przez chorego / opiekuna faktycznego / osobę bliską o zgonie pacjenta;
- powiadamia Zakład Pogrzebowy wskazany przez rodzinę (po upewnieniu się, że rodzina podtrzymuje wybór);
- wypełnia Kartę Informacyjną, Kartę Statystyczną Zgonu i Kartę Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego.

Kartę Informacyjną, Kartę Statystyczną Zgonu i Karty Informacyjne Leczenia Szpitalnego z poprzednich hospitalizacji lekarz wydaje rodzinie. Przekazuje również podstawowe informacje dotyczące dalszych czynności związanych z pochówkiem, jak i informacje o możliwości skorzystania z pomocy psychologów (pomoc w żałobie).

Lekarz prowadzący uzupełnia dokumentację o epikryzę końcową.

Dokumentacja elektroniczna i papierowa jest zamykana przez Ordynatora w ciągu 3 dni roboczych od zgonu.

2. Postępowanie w przypadku wypisu chorego

- termin i miejsce wypisu następują w uzgodnieniu z chorym i jego opiekunami;
- lekarz prowadzący przygotowuje Kartę Informacyjną zawierającą informacje dotyczące pobytu w hospicjum, ze szczególnym uwzględnieniem zaleceń odnośnie do dalszego postępowania, zaleconych leków, kontynuacji leczenia ambulatoryjnego, np. w Hospicjum Domowym;
- w dniu wypisu lekarz prowadzący wydaje choremu Kartę Informacyjną, recepty na zalecane leki, skierowania do Hospicjum Domowego / Poradni Specjalistycznych;
- w przypadku kontynuacji opieki przez Hospicjum Domowe FHO lekarz prowadzący informuje koordynatora opieki domowej o powrocie pacjenta pod ich opiekę.

VI.2. Standardy opieki pielęgniarskiej

Przygotowane zostały na podstawie wytycznych dotyczących ogólnych standardów opieki pielęgniarskiej, które zawarte są w publikacji redagowanej przez A. Piątek „Standardy opieki pielęgniarskiej w praktyce. Przewodnik metodyczny” NIPiP, Warszawa 1999.; „Standardy w pielęgniarstwie onkologicznym i opiece paliatywnej” Akademia Medyczna im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie, Lublin 2005.

Uwzględniono w nich ogólne normy i wytyczne wykonywania zawodu pielęgniarki z uwzględnieniem dobranej koncepcji i celu pielęgnowania, praw pacjenta, metod pielęgnowania, obowiązujących przepisów prawnych oraz warunków techniczno-organizacyjnych wykonywania zawodu.

Podstawy teoretyczne

Teoretyczne pojęcia pielęgniarstwa opieki paliatywnej są ramami, które wyznaczają określone cele, a następnie pozwalają planować, realizować, a w konsekwencji oceniać opiekę nad pacjentem przebywającym w hospicjum, a także jego rodziną lub bliskimi. Dzięki nim posiadamy argumenty do uzasadnienia roli i miejsca pielęgniarki opieki paliatywnej pośród innych zawodów w ochronie zdrowia.

Pielęgniarstwo opieki paliatywnej jest od 1999 r. odrębną specjalnością pielęgniarską, której przedstawiciele zajmują się badaniem, analizą i rozwiązywaniem problemów związanych z zapewnieniem jak najlepszej jakości opieki, z poczuciem bezpieczeństwa i przede wszystkim zachowania godności osobistej pacjentów przebywających w hospicjum. Skupia się również na pozostałych problemach wynikających z codziennej pracy pielęgniarki hospicyjnej.

Pielęgniarka opieki paliatywnej jest to osoba uprawniona do wykonywania czynności pielęgniarskich, której podstawowym obowiązkiem jest całościowa, samodzielna i fachowa pomoc pacjentowi i jego rodzinie, którzy są beneficjentami hospicjum. Ze szczególnym naciskiem na zapewnienie pacjentowi poczucia godności i bezpieczeństwa, zarówno fizycznego, psychicznego jak i społecznego.

Swoją **praktykę zawodową** pielęgniarka opieki paliatywnej opiera na naukach pielęgniarskich, a w szczególności na pielęgniarstwie opieki paliatywnej oraz na

podstawach innych nauk takich jak nauki medyczne, społeczne i humanistyczne, które są bardzo ważne dla pielęgniarstwa.

Aby nabyć **uprawnienia do pracy** w charakterze pielęgniarki opieki paliatywnej należy:

- ✓ odbyć szkolenie do pracy na stanowisku pielęgniarki opieki paliatywnej pod nadzorem opiekuna procesu adaptacji, który posiada wiedzę i doświadczenie w zakresie pielęgniarstwa opieki paliatywnej – specjalisty opieki paliatywnej.

Szkolenie odbywa się według przyjętych w hospicjum zasad szkolenia nowych pracowników w obrębie oddziału. Aby zdobyć formalne uprawnienia (w terminie do 1 roku od momentu podjęcia pracy w hospicjum), pracodawca powinien umożliwić udział pielęgniarki w kursie kwalifikacyjnym lub specjalizacji. Pielęgniarka, która odbędzie szkolenie wewnętrzne jest zatrudniona na stanowisku pełniącej obowiązki pielęgniarki opieki paliatywnej z miejscem zatrudnienia hospicjum stacjonarne lub hospicjum domowe.

- ✓ ukończyć kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej.
- ✓ ukończyć specjalizację w dziedzinie opieki paliatywnej.

1. Troskliwość pielęgniarska w pielęgniarstwie opieki paliatywnej

UZASADNIENIE

„Wyjaśnienia troskliwości pielęgniarskiej mówią, że pielęgniarkę i jej postępowanie cechuje to, że lubi ludzi; ich los nie jest jej obojętny; chce im pomagać; dysponuje niezbędną wiedzą; opanowała konieczne sprawności; skupia uwagę na szczegółach w zapewnianiu pomocy; zna i rozumie tego, komu pomaga; zna jego problemy zdrowotne; swoją pomoc zapewnia przez ułatwianie, a nie przez wydawanie poleceń i kontrolowanie; zna siebie – swoje możliwości i ograniczenia; zasługuje na zaufanie”.

Na tej podstawie można stwierdzić, że troskliwość pielęgniarska w pielęgniarstwie opieki paliatywnej jest to sprawne działanie pielęgniarki oparte na wiedzy dotyczącej zarówno obszarów w jej specjalności oraz innych nauk istotnych dla pielęgniarstwa, jak i wiedzy o problemach konkretnego pacjenta przebywającego w hospicjum. Działania te dotyczą przede wszystkim

zapewnienia pacjentowi poczucia bezpieczeństwa i zachowania przez pacjenta godności osobistej oraz pracy z pełnym zaangażowaniem, ale nie przekraczania swoich uprawnień. Troskliwość pielęgniarska w tej dziedzinie to również inne czynności pielęgniarki opieki paliatywnej służące zapewnieniu ciągłości opieki pielęgniarskiej w miejscu pracy pielęgniarki.

□ **kryteria struktury (dla wszystkich podprocesów opieki pielęgniarskiej)**

Personel pielęgniarski zatrudniony w hospicjum stacjonarnym / oddziale medycyny paliatywnej NZOZ FHO spełnia wymagania określone w szczególności Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (z późn. zm.). Dodatkowo preferowane jest, aby dla zatrudnionych w Hospicjum Stacjonarnym pielęgniarek i opiekunów medycznych FHO było głównym miejscem pracy.

Przyjęty w NZOZ FHO model opieki pielęgniarskiej na oddziale medycyny paliatywnej / w hospicjum stacjonarnym zakłada, że:

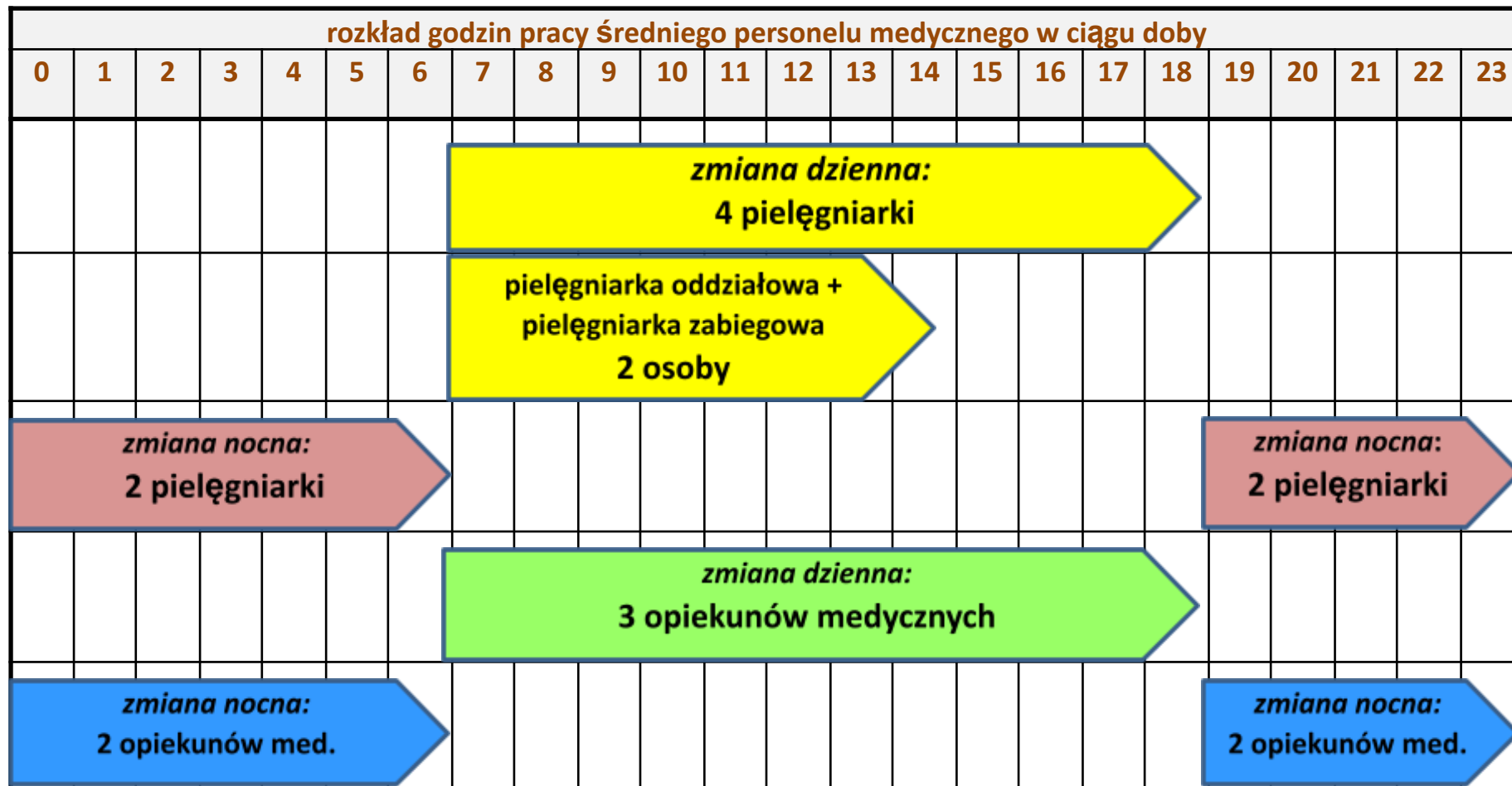
1. Filozofia opieki nad pacjentem jest zgodna z uznanymi pojęciami pielęgnowania pacjentów w warunkach hospicjum stacjonarnego.
2. Nowe rozwiązania praktyczne są oparte na studiowaniu podstaw teoretycznych, co jest cenione przez przełożonych.
3. W miejscu pracy są dostępne podręczne materiały dotyczące podstaw teoretycznych praktyki zawodowej.

Opieka pielęgniarska w hospicjum stacjonarnym gwarantuje pacjentom jej dostępność przez 24 godziny, przez 7 dni w tygodniu.

Organizacja pracy:

Opieka realizowana jest w systemie zmianowym – 2 zmiany 12-godzinne:

- zmiana dzienna w godzinach od 7:00 do 19:00,
- zmiana nocna w godzinach od 19:00 do 7:00.



Standard organizacji procesu opieki pielęgniarskiej zakłada, iż:

- na zmianie dziennej każda pielęgniarka ma pod swoją opieką, w zależności od stanu zdrowia pacjenta, **od 8 do 10 pacjentów**. Powyższe oznacza, iż na zmianie dziennej przy normalnym obłożeniu oddziału powinno być nie mniej niż 3 pielęgniarki oraz jedna pielęgniarka zabiegowa;
- dodatkowo na zmianie dziennej podstawowy zespół pielęgniarski wsparty jest pielęgniarką zabiegową pracującą w godzinach od 7:00 do 14:35;
- zespół pielęgniarski na zmianie dziennej wsparty jest w swych działaniach przez 3 – 4 opiekunki medyczne;
- opiekę pielęgniarską na zmianie nocnej gwarantuje zespół składający się obowiązkowo z 2 pielęgniarek oraz dodatkowo 1 – 2 opiekunów medycznych.

Standardy w zakresie kwalifikacji

Zatrudniony w NZOZ FHO personel pielęgniarski posiada:

- ✓ w 100% ukończone kursy w zakresie pielęgniarstwa medycyny paliatywnej;
- ✓ w ponad 30% posiada tytuły magistra pielęgniarstwa – 10 osób;
- ✓ w ponad 30% posiada specjalizację z pielęgniarstwa medycyny paliatywnej lub epidemiologii – 11 osób.

Ponadto FHO wspiera aktywnie wszelkie działania związane z doskonaleniem zawodowym, np. w zakresie terapii przeciwbólowej, terapii przeciwoleżynowej; organizowane jest również kształcenie wewnętrzne, w ramach którego przekazywana jest wiedza zdobyta w trakcie szkoleń zewnętrznych.

Standardy w zakresie infrastruktury

Oddział medycyny paliatywnej NZOZ FHO posiada 38 łóżek rejestrowych, tym samym pełne obłożenie oddziału oznacza przebywanie jednocześnie na oddziale około 35 – 36 pacjentów.

Oddział posiada:

- ✓ 6 sal chorych jednoosobowych z możliwością przekształcenia ich w separatki;

- ✓ 3 sal 2-osobowych;
- ✓ 7 sal 3 i 4 osobowych.

Oddział wyposażony jest w odpowiedni sprzęt zapewniający przyjęty w FHO standard opieki, tak aby zapewnić dostęp każdemu choremu do niezbędnej aparatury lub sprzętu medycznego bez konieczności oczekiwania, tj.:

- ✓ nowoczesne łóżka szpitalne (zwykłe i łamane) o regulowanej wysokości, wyposażone w ruchome barierki zabezpieczające przed wypadnięciem;
- ✓ niezbędną ilość materacy przeciwodleżynowych;
- ✓ sprzęt przeciwodleżynowy – w szczególności poduszki, podpórki, wałki;
- ✓ sprzęt ułatwiający pielęgnację – zintegrowany system do higieny ciała, podnośniki, parawany, pasy ślizgowe;
- ✓ koncentrator tlenu lub inne dostępne źródło tlenu w liczbie co najmniej 1 szt. na każde rozpoczęte 3 łóżka;
- ✓ ssak elektryczny w liczbie co najmniej 1 szt. na każde rozpoczęte 5 łóżek;
- ✓ inhalatory;
- ✓ glukometry;
- ✓ aparaty do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi;
- ✓ zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej, 1 szt.;
- ✓ pompy infuzyjne w liczbie co najmniej 1 szt. na każde rozpoczęte 15 łóżek;
- ✓ kule, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie – znajdujące się w miejscu udzielania świadczeń;
- ✓ aparat EKG, który znajduje się na wyłącznym wyposażeniu oddziału.

□ kryteria procesu

1. Pielęgniarka w swojej praktyce stosuje wiedzę z pielęgniarstwa opieki paliatywnej i innych dyscyplin istotnych dla pielęgniarstwa, by właściwie sformułować swoje zadania w świadczeniu troskliwości pielęgniarzkiej w warunkach hospicjum.
2. Pielęgniarka posługuje się pojęciami teoretycznymi z pielęgniarstwa i innych nauk mających zastosowanie w ochronie zdrowia w celu uzasadniania roli i zadań pielęgniarki w interdyscyplinarnym zespole.
3. Pielęgniarka opieki paliatywnej w swojej praktyce – sprawdza istniejące teorie.

4. Pielęgniarka opieki paliatywnej formułuje i przedstawia wnioski dotyczące potrzeby badań naukowych wpływające z praktyki zawodowej.

□ **kryteria wyniku**

1. Działania pielęgniarek są zgodne z uznanymi teoriami pielęgniarskimi, mającymi zastosowanie w warunkach hospicjum, które są sprawdzane w praktyce oraz z aktualną wiedzą.
2. Uznane teorie oraz wiedza z dziedziny pielęgniarstwa opieki paliatywnej są sprawdzane i oceniane w praktyce.
3. Wnioski z praktyki działań pielęgniarskich w hospicjum stanowią wskazówki do rozwijania badań naukowych w tej dziedzinie.

Literatura

1. Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej [w:] Uchwała nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dn. 9 grudnia 2003 r. w sprawie uchwalenia „Kodeksu etyki zawodowej dla pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej”.
2. Piątek A. (red) Standardy opieki pielęgniarskiej w praktyce. Przewodnik metodyczny, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999.
3. Poznańska S., Pielęgniarstwo i jego istota, (w:) Podstawy pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo, t.1, (red.) B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek, Czelej, Lublin 2011.
4. Rozporządzenie MZiOS z dn. 29 października 2003 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne, oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych, *Ostatnia zmiana: Dz. U. Nr 102, poz. 708 z 200.*
5. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dn. 15 lipca 2011 r. (Dz. U. Nr 174, poz. 1039).

2. Edukacja pacjentów i ich rodzin / osób bliskich / osób upoważnionych w zakresie przebiegu dalszego pobytu w hospicjum oraz porady ułatwiające codzienne funkcjonowanie po opuszczeniu hospicjum.

□ kryterium procesu

Lekarze i pielęgniarki są zobowiązani do przekazywania i przekazują pacjentowi oraz jego rodzinie / osobie bliskiej / osobie upoważnionej, stosowną do aktualnego stanu zdrowia, zależną i weryfikowaną w trakcie procesu terapeutyczno-pielęgnacyjnego wiedzę konieczną / niezbędną do prawidłowego przebiegu leczenia, opieki i dalszego codziennego funkcjonowania.

□ kryterium struktury

Lekarze i pielęgniarki po rozpoznaniu potrzeb pacjenta przekazują, w możliwie najbardziej zrozumiały dla pacjenta i jego rodziny / osoby bliskiej / osoby upoważnionej sposób, wszelkie informacje na temat działań terapeutycznych i pielęgnacyjnych zgodnych z współczesną wiedzą medyczną i organizacją ochrony zdrowia w Polsce.

Hospicjum zapewnia materiały edukacyjne.

□ kryterium wyniku

Pacjenci, którym przekazano wiedzę na temat przebiegu procesu leczenia i pielęgnacji oraz wskazówki ułatwiające im lepsze funkcjonowanie na co dzień, mają większą szansę na poprawę stanu zdrowia.

1. Dla każdego pacjenta, w oparciu o wywiad lekarsko-pielęgniarSKI, badanie przedmiotowe, wyniki badań diagnostycznych, obserwacji prowadzonych w czasie pobytu, określany jest sposób leczenia i opieki w czasie pobytu w hospicjum i po jego opuszczeniu celem ułatwienia dalszego funkcjonowania w życiu codziennym.
2. W czasie pobytu w hospicjum lekarz i pielęgniarka:
 - a. przekazują pacjentowi i jego rodzinie / osobie bliskiej / osobie upoważnionej informacje dotyczące przebiegu procesu terapeutyczno-pielęgnacyjnego;

- b. prowadzą edukację bezpośrednią pacjenta i jego rodziny / osób bliskich / osób upoważnionych w zakresie współuczestnictwa w terapii i pielęgnacji celem uzyskania poprawy jakości życia;
 - c. dostarczają materiały edukacyjne;
 - d. umożliwiają uzyskanie porady psychologicznej;
 - e. w razie potrzeby przygotowują dokumentację / skierowanie do hospicjum, DPS-u lub ZOL-u zależności od potrzeb.
3. Przed wypisem z hospicjum lekarz i pielęgniarka przeprowadzają z pacjentem i jego rodziną / osobą bliską / osobą upoważnioną rozmowę na temat dalszego postępowania terapeutyczno-pielęgnacyjnego po opuszczeniu placówki.
4. Przy wypisie z hospicjum pacjent lub rodzina / osoba bliska / osoba upoważniona otrzymują:
- a. kartę informacyjną zawierającą zalecenia dotyczące dalszego leczenia farmakologicznego, postępowania pielęgnacyjno-opiekuńczego, prawidłowej diety, koniecznych kontroli;
 - b. skierowania do innych ośrodków ochrony zdrowia;
 - c. w przypadku pacjenta leżącego, z odleżynami rodzina pacjenta / osoba bliska / osoba uprawniona otrzymuje zalecenia dotyczące dalszej pielęgnacji i opieki.

Standardy opieki świadczonej przez zespół interdyscyplinarny

Lekarz lub pielęgniarka oddziałowa wybiera członka zespołu interdyscyplinarnego posiadającego odpowiednie kompetencje i predyspozycje do wykonania zadania realizującego poniższe standardy zależnie od potrzeb chorego i jego rodziny.

3. Adaptacja pacjenta, rodziny i bliskich do opieki hospicyjnej

UZASADNIENIE

Stres związany z zakończeniem leczenia przyczynowego i wejściem w opiekę paliatywną realizowaną w formie hospicjum stacjonarnego

połączony z koniecznością adaptacji do nowego miejsca, ludzi oraz reguł zachowania może być traktowany jako sytuacja kryzysowa naruszająca poczucie bezpieczeństwa i rodząca silny stres dla wszystkich członków rodziny pacjenta.

□ **kryteria struktury**

1. Wyodrębniona rola Asystenta ds. integracji realizującego zadania związane z przyjęciami pacjentów na oddział stacjonarny.
2. Podział ról wśród członków zespołu interdyscyplinarnego odpowiedzialnych za płynne, przyjazne i troskliwe włączenie w rytm funkcjonowania oddziału nowego pacjenta i jego bliskich.
3. Reguły i spisany regulamin czytelnych dla pacjenta i jego bliskich zasad funkcjonowania na oddziale.
4. Przyjazna pacjentom i bliskim identyfikacja osób, funkcji, ról oraz miejsc przeznaczonych dla pacjentów.

□ **kryteria procesu**

Przed pojawieniem się pacjenta na oddziale:

1. Przygotowanie informacji o przyjęciu: stan pacjenta, sala, skąd do nas przychodzi.
2. Przygotowanie formularzy do wywiadu oraz kartki / identyfikator z nazwiskiem pacjenta.
3. Przygotowanie materiałów dla opiekunów: namiary, godziny wizyt, zasady.
4. W przygotowaniu – kopia tych podpisanych dla nas.

W trakcie przyjęcia na oddział:

5. Kierowanie pacjenta i rodziny na przygotowaną salę.
6. Zawiadomienie pielęgniarki odcinkowej, zabiegowej oraz lekarza.
7. Poinformowanie pacjenta i rodziny o kolejnych czynnościach (badanie, wywiad lekarski, wywiad pielęgniarski).
8. Poinformowanie pacjenta o planie dnia, posiłkach, członkach zespołu leczącego oraz ich identyfikacji.
9. Wywiad z rodziną (wg załącznika), wypełnienie oświadczeń, przekazanie zobowiązania o wybraniu zakładu pogrzebowego. Przekazanie informacji

o planie dnia, odwiedzinach (poza porami pielęgnacji), identyfikacji osób pracujących, o zasadach konsultowania z pielęgniarkami dodatkowej pielęgnacji, wyjazdów na patio itp. (w formie pisemnej wraz ze stosownymi oświadczeniami).

W ciągu pierwszych godzin pobytu pacjenta na oddziale:

10. Wpisanie informacji do formularzy:
 - a. ocena sprawności i skóry pacjenta;
 - b. dane o pacjencie i rodzinie.
11. Przekazanie ustnie informacji pielęgnowarce zabiegowej.
12. Przekazanie informacji istotnych lekarzowi prowadzącemu przyjętego pacjenta (oraz psychologom w miarę potrzeby).
13. Umieszczenie notatek zawierających zebrane informacje – do wglądu dla pielęgniarek, lekarzy, psychologów i fizjoterapeutów.
14. Kontakt z rodzinami i pacjentami w trakcie pobytu (odpowiadanie na pytania lub kierowanie do osób kompetentnych); przekazywanie informacji między pacjentami a rodzinami i na odwrót (w miarę potrzeby).
15. Pomoc w codziennych zajęciach: karmienie, wyjazdy na patio itp. (w miarę dostępności).

Po śmierci pacjenta:

16. Wydawanie zwłok.
17. Kontakt z rodziną przy odbiorze rzeczy zmarłego – informowanie o objęciu opieką, przekazanie podziękowania za wspólnie przeżyty czas z danymi kontaktowymi psychologów oraz wolontariatu, zaproszenia do wizyt.

kryteria wyniku

1. Obniżenie poziomu stresu pacjenta i rodziny.
2. Umożliwienie skutecznego współdziałania pacjenta i rodziny w zabiegach pielęgnacyjno-leczniczych.
3. Poprawa jakości życia pacjenta poprzez uszanowanie jego tempa adaptacji do nowej trudnej sytuacji oraz odbudowywanie poczucia bezpieczeństwa.
4. Stworzenie poczucia zrozumienia i przewidywalności sytuacji.
5. Odbudowanie poczucia kontroli nad własnym życiem pacjenta i rodziny.

4. Gromadzenie danych o pacjencie

UZASADNIENIE

Gromadzenie danych jest niezwykle istotną czynnością, by dalsze etapy procesu pielęgnowania przebiegały prawidłowo, czyli stosownie do sytuacji zdrowotnej, w jakiej znalazł się pacjent.

Pielęgniarka ma obowiązek gromadzenia danych niezbędnych do postawienia diagnozy pielęgniarstwa, zaplanowania i zapewnienia właściwego poziomu troskliwości pielęgniarstwa wobec pacjenta przebywającego w hospicjum. Celem gromadzenia danych jest postawienie diagnozy pielęgniarstwa, zaplanowanie opieki i jej wykonanie, czyli właściwe przygotowanie się pielęgniarek do objęcia pacjenta przebywającego w hospicjum holistyczną opieką pielęgniarstwa w każdej fazie jego pobytu.

□ kryteria struktury

1. Pielęgniarka ma dostęp do aktualnego planu przyjęć pacjentów oraz dokumentów niezbędnych do postawienia diagnozy pielęgniarstwa, w tym procedur postępowania pielęgniarstwa i higienicznego.
2. Źródła danych to przede wszystkim:
 - wnioski z własnych obserwacji i/lub wywiadu z pacjentem,
 - historia choroby,
 - dokumentacja pielęgniarstwa
 - pielęgniarka ma kwalifikacje do zbierania danych o sytuacji pacjenta,
 - zakład pracy ma system gromadzenia, rejestrowania i odszukiwania danych o pacjencie, a pielęgniarka ma uprawnienia do posługiwania się nim w zakresie niezbędnym do świadczenia opieki,
 - stanowisko pracy pielęgniarki jest wyposażone w akcesoria niezbędne do gromadzenia danych o pacjencie.

□ kryteria procesu

1. Pielęgniarki gromadzą dane w zakresie oczekiwań zespołu interdyscyplinarnego.
2. Pielęgniarki gromadzą dane o stanie biopsychospołecznym pacjenta, zwłaszcza o dysfunkcjach narządów zmysłów: wzroku i słuchu oraz

o ograniczeniach ruchomości stawów, wyciągając wnioski na podstawie własnych obserwacji i/lub danych uzyskanych ze źródeł określonych w kryteriach struktury.

□ **kryteria wyniku**

1. Pielęgniarki zgromadziły dane dotyczące rodzaju procedury medycznej i metodzie interwencji medycznej,
2. Pielęgniarki zgromadziły dane o rodzaju akcesoriów medycznych, w tym sprzętu, które będą wykorzystane u danego pacjenta.
3. Pielęgniarki określiły stan biopsychospołeczny pacjenta, w tym dane o ewentualnych ograniczeniach ruchomości stawów oraz o dysfunkcjach narządu wzroku i słuchu.
4. Zebrane dane odzwierciedlają aktualną sytuację pacjenta.

Literatura

1. Piątek A. (red) Standardy opieki pielęgniarskiej w praktyce. Przewodnik metodyczny, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999.
2. Płaszewska – Żywko L., Założenia procesu pielęgnowania (w): Kózka, Płaszewska Żywko (red.), Diagnostyka i interwencje pielęgniarskie. Podręcznik dla studiów medycznych, PZWL, Warszawa 2008.

1. Diagnoza i realizacja opieki

UZASADNIENIE

Pielęgniarstwo opieki paliatywnej jest specjalnością z odrębną specyfiką zarówno czynności pielęgniarskich, jak i problemów pacjenta określonych w tej dziedzinie pielęgniarstwa.

Głównym celem opieki pielęgniarki opieki paliatywnej jest zapewnienie holistycznego i indywidualnego podejścia do pacjenta zgodnie z obowiązującym prawem, zasadami postępowania i zaleceniami. Istotą holistycznej opieki pielęgniarki opieki paliatywnej jest bezpieczne przeprowadzenie pacjenta przez cały okres jego pobytu w hospicjum, biorąc pod uwagę zakres swoich kompetencji.

W pracy pielęgniarek opieki hospicyjnej wyróżnić można:

1. Obszar związany z pracą w charakterze pielęgniarki zabiegowej.
2. Obszar związany z pracą o charakterze pielęgniarki odcinkowej.

□ **kryteria struktury**

1. Zespół pielęgniarek opieki paliatywnej jest przygotowany do świadczonej opieki zgodnie z wymaganiami.
2. W hospicjum powinny być zatrudnione specjalistki pielęgniarstwa opieki paliatywnej (minimum jedna na jedną zmianę roboczą).
3. Liczba pielęgniarek opieki paliatywnej jest ustalona na poziomie zapewniającym odpowiednią jakość usług. Aby było zapewnione bezpieczeństwo pacjenta, na każdy dyżur dzienny przypada 5 pielęgniarek, w tym pielęgniarka zabiegowa i pielęgniarka zajmująca się dystrybucją leków tabletkowych. W trakcie trwania dyżuru nocnego dyżur pełnią 2 pielęgniarki.
4. W hospicjum jest zapewniony dostęp do aktualnych regulaminów, standardów i procedur, które mają zastosowanie w danej sytuacji.
5. Hospicjum jest wyposażone w kanały łączności, w tym internet oraz system monitorowania oddziału.
6. Hospicjum jest wyposażone w niezbędną aparaturę, sprzęt, materiały do przeprowadzenia diagnostyki, leczenia i pielęgnacji.
7. Hospicjum jest wyposażone w materiały niezbędne do dokumentowania pracy pielęgniarek, który powinien być dołączany do historii choroby.

6. Postępowanie w sytuacji śmierci pacjenta

UZASADNIENIE

Zapewnienie właściwego zachowania personelu hospicjum w obliczu śmierci pacjenta.

Odpowiednia organizacja zapobiega ewentualnej pomyłce przy zabieraniu zwłok przez zakład pogrzebowy.

□ **kryterium procesu**

1. Pielęgniarka podczas wykonywania swoich zadań obserwuje objawy wskazujące na:
 - brak oddechu,
 - brak tętna,
 - błądność powłok skórnych,
 - sinica powłok skórnych.

2. Pielęgniarka nie podejmuje działań mających na celu przywrócenie czynności życiowych pacjenta.
3. W przypadku stwierdzenia przez lekarza zgonu pielęgniarka wykonuje następujące czynności:
 - a. rozbiera pacjenta;
 - b. wykonuje toaletę pośmiertną;
 - c. usuwa z ciała wenflony, cewnik do pęcherza, wkłucia centralne, wąsy do tlenu itp.;
 - d. identyfikuje zwłoki za pomocą opaski identyfikacyjnej wokół nadgarstka i na kończynie dolnej w okolicy kostki zamieszczając następujące informacje:
 - imię, nazwisko i wiek osoby zmarłej,
 - data i godzina zgonu.
4. Pielęgniarka w hospicjum sporządza protokolarnie spis rzeczy i przedmiotów wartościowych zmarłego, a następnie przedmioty wartościowe i pieniądze przekazuje do depozytu.
5. Pielęgniarka opisuje zgon w raporcie pielęgniarskim i w karcie pielęgnowania pacjenta.
6. Lekarz powiadamia telefonicznie rodzinę o zgonie i odnotowuje zgon w dokumentacji medycznej, tj.
 - a. w karcie gorączkowej:
 - data i godzina zgonu,
 - podpis i pieczęć,
 - b. w historii choroby:
 - data i godzina zgonu,
 - okoliczności zgonu,
 - fakt powiadomienia rodziny,
 - c. w raporcie lekarskim:
 - data i godzina zgonu,
 - okoliczności zgonu.
7. Lekarz prowadzący wypełnia kartę zgonu, a następnie przekazuje ją rodzinie osoby zmarłej.

kryterium wyniku

Każdy człowiek za życia i po śmierci ma prawo do poszanowania i godności.

Personel postępuje tak, aby wypełniać to prawo.

VII. STANDARDY OPIEKI W HOSPICJUM DOMOWYM

Poniższe standardy zostaną opracowane o kryterium jakości opieki, obejmujące trzy obszary:

□ kryteria struktury

Standardy opieki medycznej są zgodne z aktualną wiedzą medyczną i z obowiązującymi przepisami, do których należą:

1. Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej [w:] Uchwała nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dn. 9 grudnia 2003 r. w sprawie uchwalenia „Kodeksu etyki zawodowej dla pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej”.
2. Kodeks Etyki Lekarskiej [w:] Uchwała Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z 14 grudnia 1991 r. z późniejszymi zmianami.
3. Rozporządzenie MZiOS z dn. 29 października 2003 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne, oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych. *Ostatnia zmiana: Dz. U. Nr 102, poz. 708 z 2007 r.*
4. Rozporządzenie MZ z dn. 02 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów.
5. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dn. 15 lipca 2011 (Dz. U. Nr 174, poz. 1039).
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 23 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (z późniejszymi poprawkami).
7. Zarządzenie nr 74/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dn. 31 lipca 2018 r. w sprawie określania warunków zawierania umów z rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna.

Uwzględniono w nich ogólne normy i wytyczne wykonywania zawodu pielęgniarki z uwzględnieniem dobranej koncepcji i celu pielęgnowania, praw pacjenta, metod pielęgnowania, obowiązujących przepisów prawnych oraz warunków techniczno–organizacyjnych wykonywania zawodu.

❖ kompetencje

W hospicjum domowym FHO zatrudnieni lekarze, jak i pielęgniarki reprezentują najwyższy poziom przygotowania zawodowego. Zalecaną praktyką jest, iż przed rozpoczęciem pracy lekarze hospicjum domowego mają możliwość

odbycia kilkutygodniowego stażu w oddziale medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarnych NZOZ FHO.

Wymagania dotyczące zatrudnienia odpowiadają wymogom zawartym w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 23 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (z późniejszymi poprawkami).

Przekłada się to na poniższe dane statystyczne:

- W 100% lekarze posiadają ukończone kursy kwalifikacyjne w zakresie medycyny paliatywnej; Obecnie w FHO pracuje 13 lekarzy.
- 3 lekarzy posiada specjalizację w odpowiedniej dziedzinie medycyny.
- Wśród pielęgniarek 4 posiadają specjalizację z Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej, 1 jest w trakcie specjalizacji oraz 1 legitymuje się tytułem doktora nauk o zdrowiu ze specjalnością opieka paliatywna (w Hospicjum Domowym pełni funkcję Kierownika ds. Jakości Opieki Pielęgniarskiej).
- Koordynator Hospicjum Domowego posiada specjalizację z zakresu Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej.
- Kierownik Lekarzy Hospicjum Domowego posiada specjalizację z zakresu Medycyny Paliatywnej.

Personel medyczny uczestniczy w szeregu kursów podnoszących kwalifikacje przydatne w doskonaleniu opieki paliatywnej i hospicyjnej, np. w zakresie profilaktyki przeciwoleżynowej, leczenia bólu itp.

❖ organizacja pracy

W odniesieniu do standardów organizacyjnych w NZOZ FHO celem zapewnienia najwyższej jakości realizowanych świadczeń oraz maksymalnego bezpieczeństwa pacjenta przyjęto, iż:

- lekarz hospicjum domowego nie posiada pod swoją opieką więcej niż 20 pacjentów;
- pielęgniarka hospicjum domowego opiekuje się maksymalnie 15 chorymi;
- w sytuacjach niezależnych powyższe założenia mogą ulec zmianie za zgodą Koordynatora Hospicjum Domowego.

Powyższe ograniczenia organizacyjne mają zagwarantować odpowiednią ilość czasu poświęcanego terapii poszczególnych pacjentów oraz eliminować przesłanki wypalenia zawodowego, które często dotyka personel medyczny realizujący świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej.

❖ wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną

W zakresie posiadanego sprzętu i aparatury medycznej, jak koncentratory tlenu, ssaki, pompy infuzyjne, materace przeciwodleżynowe, łóżka rehabilitacyjne i inne, hospicjum domowe NZOZ FHO posiada go w ilościach znacznie przekraczających wymogi stawiane w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 23 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (z późniejszymi poprawkami).

Naszą ambicją jest, aby pacjent wymagający wspomagania sprzętem czy aparaturą medyczną nie oczekiwał na nie dłużej niż 7 dni. W sytuacji, kiedy ten czas jest przekroczony (bądź przewiduje się jego przekroczenie) Koordynator Hospicjum Domowego lub pracownik biura Hospicjum Domowego jest w stałym kontakcie z rodziną pacjenta, informuje o zaistniałej sytuacji i pomaga rodzinie rozwiązać problem wypożyczenia sprzętu.

Nadzór nad wypożyczaniem sprzętu należącego do FHO ma Koordynator Hospicjum Domowego FHO.

Sprzęt i aparatura medyczna są udostępniane chorym całkowicie bezpłatnie zaś wypożyczenie dokonywane jest za kaucją, która jest zwracana po oddaniu wypożyczonego sprzętu lub aparatury do hospicjum domowego.

Umowa wypożyczania sprzętu bądź aparatury medycznej jest podpisywana w biurze hospicjum domowego FHO.

Za transport sprzętu do domu pacjenta i zwrot sprzętu odpowiedzialna jest rodzina pacjenta (zgodnie z warunkami zawartymi w umowie).

Każdorazowo sprzęt wypożyczany dla pacjenta jest umyty i zdezynfekowany po jego zwrocie, tak aby w magazynie stał czysty. W ten sposób sprzęt jest przygotowany do kolejnego wypożyczenia. Za dezynfekcję i czystość wypożyczanego sprzętu odpowiedzialni są portierzy FHO. Każda wykonana czynność w tym zakresie jest dokumentowana w przeznaczonym do tego zeszycie. Nadzór nad cyklicznym szkoleniem Portierów (1 raz na pół roku),

zamówieniem odpowiedniego sprzętu do mycia dezynfekcji oraz monitorowaniem wykonywanych czynności ma Koordynator Hospicjum Domowego.

Dodatkowo Portierzy dokonują analizy technicznej sprzętu. Informację o konieczności naprawy sprzętu otrzymuje Koordynator Hospicjum Domowego, który w ciągu 48 godzin przekazuje ją do firmy serwisującej, z którą FHO ma podpisaną umowę w tym zakresie.

kryteria procesu

□ proces kwalifikowania do objęcia opieką w hospicjum domowym

Podstawą prawną regulującą działalność w tym zakresie są:

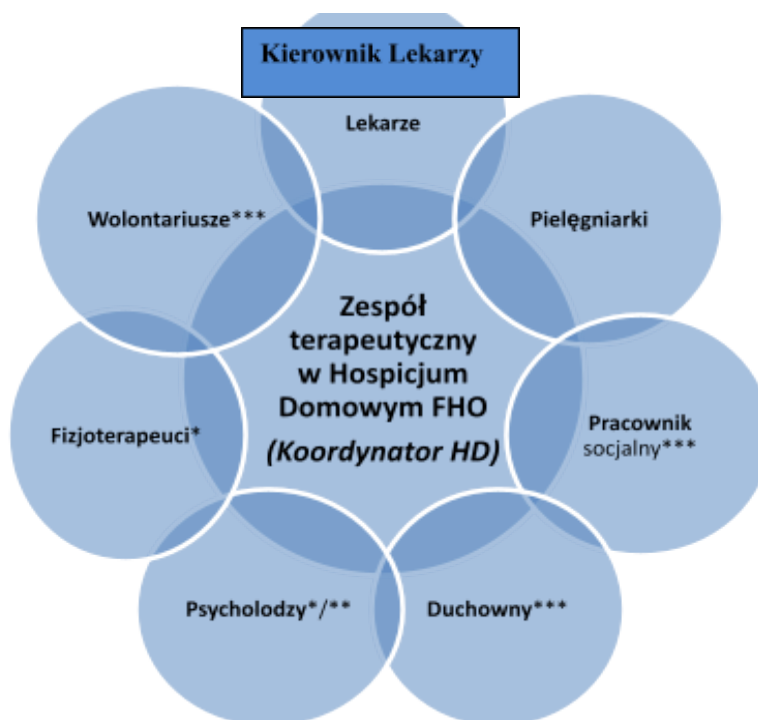
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 12.06.2018 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.
- Ustawa z dn. 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Świadczenia gwarantowane przysługują świadczeniobiorcom chorującym na nieuleczalne, postępujące, ograniczające życie choroby nowotworowe i nienowotworowe, których wykaz określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 23 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (z późniejszymi poprawkami).
 - a) Do hospicjum domowego FHO przyjmowane są osoby po ukończeniu 18 roku życia.
 - b) Świadczenia realizowane w warunkach hospicjum domowego FHO udzielane są przez lekarzy, pielęgniarki, psychologów, fizjoterapeutów.
 - c) Dokumenty składa się w biurze hospicjum domowego w dni: pon. – pt. w godz.: 8:00 – 14:00. minimum trzy razy w tygodniu biuro hospicjum domowego jest czynne od godz. 8:00 do 18:00.
 - d) Wykaz niezbędnych dokumentów znajduje się na stronie internetowej: fho.org.pl.
 - e) Dokumenty przyjmowane są przez pracowników biura FHO. Część medyczna dokumentacji jest konsultowana z Koordynatorem Hospicjum Domowego FHO.
 - f) Pacjent jest wpisywany na listę osób oczekujących.

- g) Koordynator hospicjum domowego FHO przekazuje informacje o nowoprzyjętych dokumentach pacjentów dla Kierownika Lekarzy hospicjum domowego FHO.
- h) Kierownik lekarzy/inny lekarz umawia się na wizytę kwalifikacyjną w domu pacjenta.

Organizacja procesu terapeutycznego

Po pozytywnej kwalifikacji informacje zostają przesłane do Koordynatora Hospicjum Domowego FHO, który przydziela zespół terapeutyczny, składający się obligatoryjnie z lekarza prowadzącego oraz pielęgniarki. Natomiast świadczenia fizjoterapii oraz wsparcie psychologa realizowane jest w oparciu o zlecenie lekarza w oparciu o wskazania medyczne.

skład zespołu terapeutycznego w hospicjum domowym



* na zlecenie lekarza

** Rodzina chorego objętego opieką w hospicjum domowym może otrzymać wsparcie psychologa bez konieczności zlecenia lekarskiego.

*** we współpracy z Koordynatorem Hospicjum Domowego

Liczba wizyt w domu chorego jest zgodna z wymogami zawartymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 23 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (z późniejszymi poprawkami).

Standard opieki psychologicznej został przedstawiony w rozdziale VIII.

Standard opieki Fizjoterapeutycznej został przedstawiony w rozdziale IX.

Pacjenci / rodziny mogą uzyskać informacje dotyczące organizacji opieki realizowanej przez hospicjum domowe FHO telefonicznie (22 643 57 09).

Wizyty zaplanowane realizowane są przez Zespół hospicjum domowego w godzinach 8:00 – 20:00.

Wizyty dyżurowe odbywają się w soboty, niedziele i święta (8:00-20:00). Rodzina zgłasza telefonicznie do Recepcji pogorszenie stanu ogólnego bądź zgonu pacjenta. Informacja jest przekazywana lekarzowi dyżurnemu, który decyduje o dalszym postępowaniu.

W godzinach nocnych w 20:00-6:00 pacjenci mogą korzystać z pomocy medycznej firmy specjalizującej się w świadczeniach ratowniczo-medycznych **Falck**, która jest certyfikowanym podwykonawcą NZOZ FHO.

Udział wolontariuszy w opiece paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych

NZOZ FHO wprowadza i rozwija praktykę wpierania działalności personelu medycznego działalnością o charakterze wolontarialnym. Niezwykle ważną funkcję w wypełnianiu powinności wobec osób objętych opieką paliatywną w warunkach domowych pełnią wolontariusze. Realizują świadczenia o charakterze pozamedycznym: pomagają chorym w gospodarstwie domowym, realizują wszelkie zadania wsparcia socjalnego osobom znajdującym się pod opieką hospicjum domowego: mogą pomóc w przygotowaniu posiłków, sprzątaniu, sporządzeniu zakupów czy też po prostu towarzyszą osobom chorych w zajęciach dnia powszedniego.

O możliwości korzystania z pomocy i wsparcia wolontariuszy chorzy oraz ich bliscy są informowani podczas składania dokumentów w biurze Hospicjum Domowego FHO. Organizacją wsparcia wolontarialnego zajmuje się

Koordynator Wolontariatu FHO w ścisłej współpracy w Koordynatorem Hospicjum Domowego FHO.

□ **Dokumentowanie świadczeń zdrowotnych**

Dokumentacja medyczna jest przechowywana zgodnie z zaleceniami RODO. Dokumentacja medyczna jest prowadzona w formie papierowej i elektronicznej. Prowadzenie dokumentacji w systemie e-opieki umożliwia lekarzom, np. wystawianie recept lub zleceń na wyroby medyczne w postaci elektronicznej, co ułatwia pacjentom i ich bliskim zaopatrzenie się w niezbędne leki czy wyroby medyczne (brak konieczności potwierdzania zleceń w siedzibie NFZ). Po zakończonej opiece papierowa dokumentacja medyczna jest przechowywana w Archiwum FHO. Archiwizacją dokumentacji zajmuje się pracownik biura FHO, a nadzór nad procesem ma Koordynator Hospicjum Domowego FHO.

□ **Monitorowanie jakości świadczeń oraz sytuacje trudne i konfliktowe**

W hospicjum domowym NZOZ FHO wprowadzona została unikalna w obszarze wszelkich świadczeń realizowanych w warunkach domowych praktyka wizyt koordynacyjnych. Koordynatorzy opieki pielęgniarskiej w hospicjum domowym w sposób systematyczny przeprowadzają wizyty w domach pacjentów. Celem tych wizyt jest pozyskanie informacji zwrotnej w sprawie jakości realizowanych świadczeń, spełnienia oczekiwań i potrzeb pacjentów oraz ich bliskich w procesie terapeutycznym. Dodatkowo w przypadku zgłoszeń o konfliktowych sytuacjach Koordynator hospicjum domowego FHO podejmuje decyzję o wizycie kontrolnej w domu pacjenta.

□ **kryteria wyniku (ocena monitorowania jakości)**

Podstawą oceny jakości udzielanych świadczeń w hospicjum domowym jest monitorowanie i analizowanie:

- dostępności porad lekarskich oraz ich zawartość terapeutyczna; istotną rolę spełnia w tym obszarze spełnia Koordynator Lekarzy Hospicjum Domowego, który m.in. w oparciu o analizę indywidualną dokumentację medyczną wszystkich pacjentów hospicjum domowego FHO ocenia, czy

wizyty lekarskie wnoszą wartość dodaną w procesie terapeutyczną, a nie sprowadzają się jedynie do ordynowania niezbędnych leków.

- dostępność wizyt pielęgniarki hospicjum domowego; w tym celu między innymi realizowane są wizyty pielęgniarek koordynujących (patrz: punkt Monitorowanie jakości świadczeń w segmencie „kryteria procesu”).

Oprócz wizyt planowych lekarzy i pielęgniarek hospicjum domowe FHO zabezpiecza dyżury telefoniczne lekarzy oraz pielęgniarek z możliwością wizyt interwencyjnych w uzasadnionych medycznie przypadkach. Wizyty dyżurowe odbywają się w soboty, niedziele i święta. Rodzina zgłasza telefonicznie na Recepcję pogorszenie stanu ogólnego bądź zgonu pacjenta. Informacja jest przekazywana dla lekarza dyżurnego, który decyduje o dalszym postępowaniu.

Ponadto hospicjum domowe FHO zapewnia w godzinach nocnych dostęp do świadczeń medycznych zabezpieczanych przez certyfikowanego podwykonawcę FHO, tj. firmę ratownictwa medycznego **Falck**.

Osobną i niezwykle ważną rzeczą jest zapewnienie dostępności dla chorych hospicjum domowego do świadczeń lekarza POZ i pielęgniarki środowiskowej. Ponieważ opieka paliatywna i hospicyjna w warunkach domowych nie pozbawia pacjenta świadczeń w zakresie POZ czy AOS hospicjum domowe stale monitoruje fakt wywiązywania się przez lekarzy POZ oraz pielęgniarki środowiskowe z ich obowiązków w tym zakresie; w przypadkach jakichkolwiek uchybień podejmowane są niezwłoczne działania o charakterze interwencyjnym.

VIII. STANDARDY OPIEKI PSYCHOLOGICZNEJ

W strukturze NZOZ FHO istnieje wydzielona komórka organizacyjna - Zespół Psychologów. Realizowane przez tę komórkę organizacyjną zakres świadczeń jest w pełni zgodny z dyspozycjami zawartymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Obszar świadczeń gwarantowanych, realizowanych przez Zespół Psychologów NZOZ FHO:



- ✓ Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach stacjonarnych obejmują opiekę psychologiczną nad:
 - a) świadczeniobiorcą,
 - b) rodziną świadczeniobiorcy w czasie trwania choroby.
- ✓ Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach domowych obejmują opiekę psychologiczną nad:
 - a) Świadczeniobiorcą,
 - b) rodziną świadczeniobiorcy w czasie trwania choroby.
- ✓ Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach ambulatoryjnych – w Poradni Medycyny Paliatywnej. Obejmują one porady psychologa w poradni lub w domu świadczeniobiorcy.

□ kryteria struktury

Wymagania dotyczące personelu

Zatrudnieni w NZOZ FHO psycholodzy spełniają pod względem kompetencyjnym wymagania zawarte w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Obecnie Zespół zatrudnia 4 psychologów z czego:

- 1 osoba posiada tytuł doktor nauk humanistycznych w dziedzinie psychologii,
- 2 osoby są w trakcie specjalizacji z psychoonkologii.

Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach stacjonarnych

Psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej, lub psychoonkolog, którym jest osoba z wykształceniem psychologicznym lub medycznym, która ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra lub równorzędny oraz ukończyła studia podyplomowe z psychoonkologii – równoważnik ½ etatu przeliczeniowego na 20 łóżek.

W NZOZ FHO udostępnione są świadczenia psychologa w wymiarze całego etatu przeliczeniowego na 38 łóżek rejestrowych – średnie obłożenie na Oddziale medycyny paliatywnej wynosi 34 chorych jednocześnie. Powyższa sytuacja organizacyjna zapewnia stały dostęp bez ograniczeń do porad psychologa.

Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach domowych

Psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej, lub psychoonkolog, którym jest osoba z wykształceniem psychologicznym lub medycznym, która ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra lub równorzędny oraz ukończyła studia podyplomowe z psychoonkologii – równoważnik ½ etatu przeliczeniowego na 30 świadczeniobiorców. NZOZ FHO zapewnia dostępność do świadczeń psychologa w ilości 3 etatów przeliczeniowych, co przy jednoczesnej opiece na ca. 140 pacjentami przekracza o blisko 30% wymaganej przez regulatora dostępności w tym zakresie.

Świadczenia gwarantowane realizowane w poradni medycyny paliatywnej

Psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej, lub psychoonkolog, którym jest osoba z wykształceniem psychologicznym lub medycznym, która ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra lub równorzędny oraz ukończyła studia podyplomowe z psychoonkologii.

kryteria procesu

Procedury realizowane przez psychologów obejmują:

1. Zapewnienie pacjentowi wsparcia psychologicznego.
2. Czynności psychologa w stosunku do świadczeniobiorcy realizowane są na zlecenie lekarza (dotyczy: HS, HD, PMP).
3. Czynności psychologa w stosunku do otoczenia pacjenta, które jako takie nie wymagają zlecenia lekarskiego.
4. Kontakt telefoniczny psychologa z pacjentem objętym opieką HD lub jego rodziną w ciągu 48h roboczych od uzyskania zlecenia w celu umówienia wizyty.
5. Objęcie pomocą psychologiczną pacjenta w HS lub jego bliskich w ciągu 7 dni od uzyskania zlecenia lub informacji o potrzebie objęcia opieką psychologiczną otoczenia świadczeniobiorcy.
6. Planowane wizyty psychologa u pacjenta lub jego otoczenia zgodnie z potrzebami świadczeniobiorcy i bliskich.
7. Interwencyjne wizyty psychologa u pacjenta lub jego otoczenia zgodnie z potrzebami świadczeniobiorcy i bliskich.
8. Psychologiczną diagnozę stanu psychicznego.
9. Dokumentowanie prowadzonej opieki psychologicznej zgodnie z wytycznymi Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
10. Gromadzenie danych o pacjencie i jego bliskich.
11. Bieżące monitorowanie stanu psychicznego pacjenta i jego otoczenia.
12. Aktywizowanie pacjenta do współpracy w procesie leczenia.
13. Pomoc psychologiczna w adaptacji do sytuacji pacjenta oraz jego otoczenia.
14. Interwencje kryzysowe dla pacjenta i jego otoczenia.
15. Wsparcie psychologiczne.

16. Psychoedukację pacjenta i jego bliskich.
17. Planowanie pomocy psychologicznej dostosowanej do stanu zdrowia, potrzeb i możliwości pacjenta.
18. Współpracę psychologa z zespołem interdyscyplinarnym oraz rodziną pacjenta.
19. Opiekę psychologiczną nad otoczeniem pacjenta w okresie żałoby.
20. Przekierowanie osób z otoczenia świadczeniobiorcy do innych specjalistów lub placówek zgodnie z wymogiem bieżącej sytuacji klienta.
21. Wsparcie psychologa dla personelu Hospicjum.
22. Pracę z pacjentem oraz jego otoczeniem z zachowaniem etyki zawodowej psychologa (zgodnie z Kodeksem zawodowym psychologa zatwierdzonym przez PTP: ptp.org.pl/modules.php?name=News&file=article&sid=29) oraz prawami pacjenta (zgodnie z wytycznymi Ustawy z dn. 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).
23. Przetwarzanie danych osobowych pacjenta i jego otoczenia zgodnie z obowiązującym Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie ich swobodnego przepływu (tzw. RODO).

Procedury uzupełniające mające wpływ na jakość struktury FHO

Personel Zespołu Psychologów uczestniczy nie tylko realizacji świadczeń opieki zdrowotnej; jego wiedza, kompetencje i doświadczenie wykorzystywane są w innych obszarach aktywności FHO, które w ten lub inny sposób wspierają działalność medyczna FHO. Są to:

1. Prowadzenie kwalifikacji przyszłych wolontariuszy pod względem predyspozycji psychologicznych do pracy z pacjentem.
2. Prowadzenie szkoleń wg. autorskiego programu szkoleniowego dla wolontariuszy.
3. Wsparcie psychologa dla wolontariuszy hospicjum.
4. Konsultacje psychologiczne osób z otoczenia pacjenta zainteresowanych objęciem świadczeniobiorcy opieką HS, HD lub PMP.
5. Prowadzenie grupowych oraz indywidualnych praktyk / staży dla studentów lub absolwentów, we współpracy z Centrum Naukowo-Dydaktycznym FHO.

6. Prowadzenie kursów oraz szkoleń specjalistycznych z dziedziny medycyny paliatywnej.
7. Stałe doskonalenie w celu utrzymania oferowanej opieki psychologicznej nad pacjentem i jego otoczeniem na jak najlepszym poziomie, zgodnie ze standardami.
8. Przestrzeganie przez psychologa Dekalogu FHO.

□ **kryteria wyniku**

Podstawą oceny jakości pracy zatrudnionych w NZOZ FHO psychologów jest to, czy efekt terapeutyczny, zarówno w odniesieniu do pacjenta, jak i jego rodziny, jest osiągany. Kluczowymi źródłami informacji na ten temat są:

- informacja zwrotna uzyskana na podstawie ankiety wypełnianej przez pacjentów;
- informacja zwrotna od otoczenia pacjenta;
- informacja zwrotna uzyskana od personelu FHO.

IX. STANDARDY ŚWIADCZEŃ FIZJOTERAPII

W strukturze NZOZ FHO istnieje wydzielona komórka organizacyjna – Zespół Fizjoterapeutów. Zadaniem zespołu jest prowadzenie procesu fizjoterapii u pacjentów objętych opieką paliatywną w ramach hospicjum stacjonarnego i hospicjum domowego.

□ kryteria struktury

Wymagania dotyczące personelu wynikające z przepisów prawa

NZOZ FHO w całej rozciągłości gwarantuje spełnienie wszelkich dyspozycji wynikających z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej osoba, która:

a) rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia wyższe z zakresu fizjoterapii obejmujące co najmniej 2435 godzin kształcenia w zakresie fizjoterapii i uzyskała tytuł licencjata lub dodatkowo co najmniej 1440 godzin kształcenia w zakresie fizjoterapii i uzyskała tytuł magistra

lub

b) rozpoczęła po dniu 31 grudnia 1997 r. studia wyższe na kierunku fizjoterapia (zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w odrębnych przepisach) i uzyskała tytuł licencjata lub magistra na tym kierunku,

lub

c) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1998 r. studia wyższe na kierunku rehabilitacja ruchowa lub rehabilitacja i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku,

lub

d) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1998 r. studia wyższe w Akademii Wychowania Fizycznego i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie rehabilitacji ruchowej,

lub

e) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1980 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończyła w ramach studiów dwuletnią specjalizację z zakresu gimnastyki leczniczej lub rehabilitacji ruchowej potwierdzoną legitymacją instruktora rehabilitacji ruchowej lub gimnastyki leczniczej,

lub

f) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1980 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończyła 3-miesięczny kurs specjalizacyjny z rehabilitacji,

lub

g) ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy technik fizjoterapii

NZOZ FHO w całości zabezpiecza dostępność fizjoterapeuty dla pacjentów na oddziale w ciągu całej zmiany daytimej, tj. w godzinach 7:00 - 14:35.

Personel Zespołu Fizjoterapii NZOZ FHO

Zespół Fizjoterapeutów FHO składa się z 7 magistrów fizjoterapii, w tym:

- 1 osoba obroniła tytuł doktora nauk o zdrowiu
- 5 osób ukończyło Warszawski Uniwersytet Medyczny,
- 2 osoby Akademię Wychowania Fizycznego w Warszawie,
- 1 osoba jest dodatkowo ratownikiem medycznym.

W chwili obecnej:

- 3 osoby z zespołu są w trakcie specjalizacji w dziedzinie fizjoterapii,
- 1 osoba oprócz tego, że jest fizjoterapeutą jest również certyfikowanym psychoonkologiem.

Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że 6 z fizjoterapeutów są samodzielnymi fizjoterapeutami (w myśl ustawy o zawodzie fizjoterapeuty z 2016 r.) co więcej średnia długość stażu pracy w zespole fizjoterapeutów FHO wynosi 7,5 roku (od 2 do 12 lat), co jest znaczące przy średniej wieku 32,8 (25 do 36 lat.) Dla wszystkich pracowników jest to pierwsze i podstawowe miejsce pracy. 6 fizjoterapeutów jest zatrudnionych na umowę o pracę, 1 osoba na umowę zlecenie.

Posiadane zasoby w zakresie personelu – szczególnie liczba fizjoterapeutów, jak również jego wysokie kwalifikacje – gwarantują najwyższą jakość i dostępność do świadczeń fizjoterapii w NZOZ FHO. Stwarza to realne możliwości zdecydowanie większej, niż to co jest wymagane przepisami prawa, dostępności do świadczeń fizjoterapii

Obecnie NZOZ FHO zapewnia świadczenia fizjoterapeuty:

- na oddziale/hospicjum stacjonarnym w wymiarze ponad 1 etatu przy wymaganych 0.9 etatu;
- w hospicjum domowym zaś dysponujemy 6 etatami wobec wymaganych 21/4 etatu; stwarza to unikalną sytuację, w której świadczeniami w zakresie fizjoterapii obejmujemy ponad 50% osób objętych opieką hospicjum domowego.

Powyższe sytuacja w zakresie zasobów personelu fizjoterapeutów stwarza unikalną możliwość dostępu wszystkim pacjentom, posiadającym wskazania do fizjoterapii, a zatem zapewnienia najwyższej możliwej jakości świadczeń w tym zakresie.

Infrastruktura / wyposażenie / sprzęt i aparatura medyczna

Główne formy fizjoterapii w HS to fizjoterapia prowadzona przy łóżku pacjenta. Wykorzystujemy wałki, poduszki, koce w celu zmiany pozycji ułożeniowej u pacjentów, aby poprawić ich komfort. Natomiast w HD fizjoterapia prowadzona jest w domu pacjenta w zależności od jego możliwości. Ważnym elementem w ustalaniu celu fizjoterapii jest samodzielność pacjenta, edukacja w zakresie samoobsługi korzystanie ze sprzętu zaopatrzenia ortopedycznego (wózki, balkoniki, kule, które dostępne są bez ograniczeń na naszym oddziale). Fizjoterapia w HS stacjonarnym prowadzona jest również na korytarzach przy barierkach, torowanie i nauka chodu na świetlicy a w okresie letnim również na patio.

Gdy zaistnieje potrzeba terapii indywidualnej w odosobnieniu, mamy gabinet fizjoterapii który wyposażony jest w łóżko terapeutyczne.

Dysponujemy sprzętem do terapii obrzęku limfatycznego 5 aparatów typu BOA (wykorzystanie w HD i HS). Do terapii obrzęku limfatycznego wykorzystujemy także zestawy do kompresjoterapii oraz taśmy do kinesiotapingu. Dla urozmaicenia ćwiczeń wykorzystujemy piłki, taśmy thera-band, poduszki sensomotoryczne i drobny sprzęt do fizjoterapii.

Edukacja

Pracownicy zespołu fizjoterapeutów przez lata kształcili się i rozwijali swoją wiedzę i umiejętności na kursach doskonalących (łącznie przez te lata pracy odbyli ponad 5000 godzin szkoleń). Wśród szkoleń są m.in.:

- ✓ Zastosowanie laserów biostymulacyjnych w rehabilitacji,
- ✓ Kinesiology taping podstawowy, prowadzący mgr T. Senderek,
- ✓ Komunikacja z pacjentem i jego rodzina w chwili zakończenia leczenia przyczynowego, prowadzący mgr B. Winch,
- ✓ International Academy of Orthopedic Medicine – 10-modułowy kurs z zakresu terapii manualnej, ilość godzin edukacyjnych: 350, prowadzący: Didi van Paridon Edauw,
- ✓ szkolenie IAOM – Cyriax: część I „Kompleks barkowy”,
- ✓ szkolenie IAOM – Cyriax: część II „Kompleks barkowy/Łokieć”,
- ✓ szkolenie IAOM – Cyriax: część III „Nadgarstek i ręka”,
- ✓ szkolenie IAOM – Cyriax: część IV „Stopa”,
- ✓ szkolenie IAOM – Cyriax: część V „Kolano”,
- ✓ szkolenie IAOM – Cyriax: część VI „Staw biodrowy i miednica”,
- ✓ szkolenie IAOM – Cyriax: część VII „Kręgosłup lędźwiowy I”,
- ✓ szkolenie IAOM – Cyriax: część VIII „Kręgosłup lędźwiowy II – przewlekłe bóle krzyża”,
- ✓ szkolenie IAOM- Cyriax część IX „ Kręgosłup piersiowy i klatka piersiowa”,
- ✓ szkolenie IAOM – Cyriax część X „ Kręgosłup szyjny”,
- ✓ PNF podstawowy, ilość godzin edukacyjnych: 100, prowadzący: dr A. Stepień,
- ✓ PNF rozwijający, ilość godzin edukacyjnych: 50, prowadzący: dr A. Stepień,
- ✓ Kompleksowa terapia przeciwobrzękowa, podstawowy ilość godzin edukacyjnych: 60, prowadzący: dr J. Doś,
- ✓ PNF kliniczny w neurologii, ilość godzin edukacyjnych: 50, prowadzący: B. Bomer,
- ✓ Urazy czaszkowo-mózgowe, ilość godzin edukacyjnych: 34, prowadzący: B. Bomer,
- ✓ Spastyczność, ilość godzin edukacyjnych: 34, prowadzący: B. Bomer,
- ✓ Fizjoterapia funkcjonalna chorych po udarze mózgu, ilość godzin edukacyjnych: 120, prowadzący: dr M. Krawczyk,

- ✓ Kurs podstawowy z zakresu opieki paliatywnej, ilość godzin edukacyjnych: 40,
- ✓ Techniki pozycyjnego uwalniania, ilość godzin edukacyjnych: 22, prowadzący: L. Chaitow,
- ✓ Kompleksowa terapia przeciwobrzękowa – rozwijający, ilość godzin edukacyjnych: 90, prowadzący: dr J. Doś,
- ✓ Zaburzenia wzorca oddychania, ilość godzin edukacyjnych: 22, prowadzący: L. Chaitow,
- ✓ Stymulacja bazalna – podstawowy, ilość godzin edukacyjnych: 22, prowadzący: F. Luckhoff,
- ✓ IBITA Bobath dla dorosłych podstawowy, ilość godzin edukacyjnych: 110, prowadzący: B. Bomer,
- ✓ Układ powięziowy – diagnostyka, leczenie bólu i dysfunkcji, ilość godzin edukacyjnych: 22, prowadzący: L. Chaitow,
- ✓ Haczykowanie i techniki tkankowe, ilość godzin edukacyjnych: 16, prowadzący: Alessandra Rezende,
- ✓ Osteopatyczne techniki drenażu żylny-limfatycznego, ilość godzin edukacyjnych: 10, prowadzący: dr P. Godek,
- ✓ Współczesne metody rehabilitacji pulmonologicznej, ilość godzin edukacyjnych: 20, prowadzący: dr A. Śliwka,
- ✓ Zniekształcenia statyczne ciała u dzieci i młodzieży – kurs do specjalizacji, 35 godzin,
- ✓ Podstawy farmakoterapii dla potrzeb fizjoterapii – kurs do specjalizacji, 35 godzin,
- ✓ Podstawy terapii manualnej – kurs do specjalizacji, 35 godzin,
- ✓ Diagnostyka funkcjonalna w chorobach układu krążenia i oddechowego – kurs do specjalizacji, 35 godzin,
- ✓ Podstawy metod neurofizjologicznych (np. PNF, Bobath, neuromobilizacje) – kurs do specjalizacji, 35 godzin,
- ✓ Zakażenia HIV i Choroba AIDS – kurs do specjalizacji, 14 godzin,
- ✓ Współczesne kierunki w zakresie protezowania i aparatowania kończyn górnych, dolnych i tułowia – kurs do specjalizacji, 21 godzin,
- ✓ Fizjoterapia u dzieci ryzyka – kurs do specjalizacji, 35 godzin,
- ✓ Szkolenie personelu medycznego z zakresu psychoonkologii,
- ✓ Współczesne metody diagnozy i leczenia tkanek miękkich. Techniki energizacji mięśni I, ilość godzin edukacyjnych: 20, prowadzący: J. Ciechomski

- ✓ Współczesne metody diagnozy i leczenia tkanek miękkich. Techniki energizacji mięśni II, ilość godzin edukacyjnych: 20, prowadzący: J. Ciechomski,
- ✓ Współczesne metody diagnozy i leczenia tkanek miękkich. Mięśniowo-powięziowe rozluźnianie ilość godzin edukacyjnych: 20 prowadzący: J. Ciechomski,
- ✓ Współczesne metody diagnozy i leczenia tkanek miękkich, Technika Aktywnego Rozluźniania (Active Release Technique), ilość godzin edukacyjnych: 20, prowadzący: J. Ciechomski,
- ✓ Neuromobilizacje w terapii manualnej,
- ✓ Anatomia palpacyjna,
- ✓ Terapia manualna MTF (medyczny trening funkcjonalny),
- ✓ Kompresjoterapia, czyli leczenie uciskiem. Pomiary i dobór wyrobów płasko-dzianych,
- ✓ Opieka geriatryczna. Kurs doszkalający dla fizjoterapeutów, Poznań CMKP,
- ✓ Diagnostyka różnicowa,
- ✓ Thera – band. Równowaga mięśniowa, stabilizacja kręgosłupa i poszczególnych stawów

Komunikacja

Cały zespół fizjoterapeutów wziął udział w Szkoleniu personelu medycznego z zakresu psychoonkologii, co ułatwia komunikację z pacjentem i jego rodziną. Komunikacja występuje również między pozostałymi komórkami FHO oraz wewnątrz zespołowa.

Organizacja wewnętrzna

Struktura organizacyjna zespołu: koordynator – Iwona Maciejewska. Pozostali członkowie zespołu mają jednakowy zakres obowiązków.

kryteria procesu

Wejście

- a) zlecenie od lekarza na wizycie kwalifikacyjnej
- b) zlecenie na fizjoterapię od lekarza prowadzącego pacjenta

Planowanie

W Hospicjum Stacjonarnym / Oddziale medycyny paliatywnej:

- a) odbiór zlecenia przez fizjoterapeutę;
- b) wpisanie na listę pacjentów objętych opieką fizjoterapeuty.

W Hospicjum Domowym:

- a) odbiór zlecenia przez koordynatora zespołu fizjoterapeutów;
- b) wpisanie na listę pacjentów objętych opieką fizjoterapeuty;
- c) koordynator przydziela pacjenta do danego fizjoterapeuty;
- d) w ciągu 24 godzin od przyjęcia zlecenia do realizacji fizjoterapeuta dzwoni do pacjenta z informacją, że obejmuje go swoją opieką i jeśli to możliwe w trakcie tego kontaktu umawia się na wizytę w domu pacjenta;
- e) wizyta fizjoterapeuty odbywa się najdalej w ciągu 7 dni od zlecenia fizjoterapii przez lekarza.

Realizacja

W Hospicjum Stacjonarnym:

- a) badanie funkcjonalne;
- b) ustalenie wraz z pacjentem celu terapii;
- c) urealnienie celu terapii;
- d) wybór odpowiednich metod.

Fizjoterapia na oddziale stacjonarnym prowadzona jest codziennie od poniedziałku do piątku czas trwania uzależniony jest od możliwości pacjenta oraz od ilości pacjentów zleconych do fizjoterapii.

W Hospicjum Domowym:

- a) badanie funkcjonalne;
- b) ustalenie wraz z pacjentem celu terapii;
- c) urealnienie celu terapii;
- d) wybór odpowiednich metod terapii w zależności od potrzeb i możliwości pacjenta;

Fizjoterapia w prowadzona jest do odwołania (zachowana ciągłość fizjoterapii) wizyty odbywają się raz w tygodniu od poniedziałku do piątku czas trwania

uzależniony jest od możliwości pacjenta, jednakże jest ona nie krótsza niż 30 – 40 min.

W trakcie wizyty fizjoterapeuty prowadzona jest szeroko pojęta edukacja pacjenta lub / i jego rodziny w zakresie wykonywania czynności codziennych ergonomicznie i z zachowaniem bezpieczeństwa dla pacjenta i jego rodziny.

sprawdzenie/weryfikacja

Koordynator sprawdza dokumentację zarówno papierową jak również raporty w systemie elektronicznej dokumentacji medycznej e-Opieka.

kryteria wyniku

dostępność

Dostępność fizjoterapii jest duża poprzez zwiększoną etatyzację pracowników. Krótki czas oczekiwania na fizjoterapię wpływa na poprawę jakości życia pacjenta oraz na większe możliwości włączenia terapii.

Pomiarów dostępność można dokonać na podstawie programu e-opieka. Można zmierzyć czas od wystawienia zlecenia przez lekarza do momentu objęcia pacjenta opieką fizjoterapeuty.

efektywność i skuteczność

Efektywność i skuteczność fizjoterapii w opiece paliatywnej opisać mogą dwa parametry: jakościowy i ilościowy. Do oceny jakości można wykorzystać kwestionariusze satysfakcji pacjenta oraz kwestionariusze oceniające jakość życia pacjenta. Do oceny ilościowej użyć można programu e-opieka, aby porównać np. parametr długości objęcia opieką paliatywną pacjentów, którzy włączoną mieli fizjoterapię oraz tych którzy jej nie mieli.

Zespół Fizjoterapeutów, podobnie jak pozostali pracownicy NZOZ FHO, stale podnosi nie tylko swoje kwalifikacje formalne, ale również aktywnie uczestniczy w konferencjach naukowych oraz publikuje własne osiągnięcia na pola aktywności zawodowej.

W tym miejscu można przytoczyć tylko niektóre z przedsięwzięć:

Udział w konferencjach naukowych:

- ✓ 2009, 2010, 2011: Jasnogórskie konferencje zespołów hospicyjnych i opieki paliatywnej, Częstochowa
- ✓ 2009: Nowości i problemy medycyny paliatywnej, Łódź
- ✓ 2009: Psychologia w medycynie – medycyna w psychologii, Lublin
- ✓ 2011: Współczesna fizjoterapia w nowotworach głowy i szyi, Poznań
- ✓ 2012: IV Międzynarodowe sympozjum rehabilitacji onkologicznej i limfologii, Ustroń
- ✓ 2013: Współczesne wyzwania Psychoonkologii Rola wsparcia w przystosowaniu do choroby nowotworowej, *uczestnictwo czynne*
- ✓ 2013: Aktywny udział w kampanii społecznej „Zdrowi Wiekowi”
- ✓ 2014: I Kongres PNF w Polsce
- ✓ 2014: Sympozjum Wyższej Szkoły Rehabilitacji, *prowadzenie sesji*
- ✓ 2015: II Dzień osteopaty ogólnopolskie Sympozjum naukowe
- ✓ 2015: II Kongres PNF w Polsce „Leczenie usprawniające pacjentów z guzem mózgu z wykorzystaniem koncepcji PNF”, *uczestnictwo czynne*
- ✓ 2015: Warszawski Uniwersytet Medyczny Seminarium Szkoleniowe „Ból I Cierpienie W Praktyce Klinicznej” - Rodzaje technik fizjoterapeutycznych w opiece paliatywnej, *uczestnictwo czynne*
- ✓ 2015: kurs kwalifikacyjny dla lekarzy „Medycyna paliatywna”, Warszawa, *wykład*
- ✓ 2015: IV Ogólnopolska Konferencja Kinesiotapingu, Warszawa
- ✓ 2016: II Sympozjum Wyższej Szkoły Rehabilitacji, *prowadzenie sesji*
- ✓ 2016: kurs kwalifikacyjny dla lekarzy „Medycyna paliatywna”, Warszawa, *wykład*
- ✓ 2016: II Kongres „Rehabilitacja Polska”, *Warszawa*
- ✓ 2016: I Krajowy Zjazd Fizjoterapeutów – Delegat z województwa mazowieckiego
- ✓ 2017: III Konferencja Onkologiczno-Paliatywna Hospicjum Dutkiewicza *uczestnictwo czynne*
- ✓ 2018: IV Konferencja Onkologiczno-Paliatywna, Hospicjum Dutkiewicza, *uczestnictwo czynne*
- ✓ 2018: Podstawy Opieki Paliatywnej w onkologii – kurs dla lekarzy specjalizujących się w onkologii klinicznej „Fizjoterapia jako element leczenia paliatywnego”, *wykład na kursie dla lekarzy*
- ✓ 2018: II Krajowy Zjazd Fizjoterapeutów – Delegat z województwa mazowieckiego

- ✓ 2019: Jasnogórska konferencja zespołów hospicyjnych i opieki paliatywnej, Częstochowa
- ✓ Rola fizjoterapeuty w opiece paliatywnej, *uczestnictwo czynne*
- ✓ 2019: Program w telewizji TVP3 Warszawski Dzień
- ✓ 2019: Program w telewizji TVN
- ✓ 2019: Warsztaty edukacyjno-szkoleniowe dla chorych ze szpiczakiem mnogim
- ✓ Fizjoterapia chorych na nowotwory z naciskiem na szpiczaka, *uczestnictwo czynne*

Publikacje naukowe:

- ✓ Wójcik A., Pyszora A., Drewnik I.: *Fizjoterapia chorych w opiece paliatywnej* [w:] *Fizjoterapia w opiece paliatywnej*, red. A. Wójcik, A. Pyszora, PZWL 2013, s. 53-67.
- ✓ Pyszora A., Wójcik A., Drewnik I.: *Fizjoterapia pacjentów w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej - zmęczenie* [w:] *Fizjoterapia w opiece paliatywnej*, red. A. Wójcik, A. Pyszora PZWL 2013, s. 93-100.
- ✓ Marciński J., Wójcik A., Drewnik I.: *Fizjoterapia pacjentów w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej – objawy neurologiczne* [w:] *Fizjoterapia w opiece paliatywnej*, red. A. Wójcik, A. Pyszora, PZWL 2013, s. 143-149.
- ✓ Drewnik I., Sałyga E., Pyszora A.: *Pacjent z uszkodzeniem w obrębie narządu ruchu* [w:] *Fizjoterapia w opiece paliatywnej*, red. A. Wójcik, A. Pyszora, PZWL 2013, s. 151-156.
- ✓ Pyszora A., Drewnik I.: *Pacjent z obrzękiem limfatycznym kończyn dolnych i limfotokiem* [w:] *Fizjoterapia w opiece paliatywnej*, red. A. Wójcik, A. Pyszora, PZWL 2013, s. 156-158.
- ✓ Wójcik A., Pyszora A., Drewnik I.: *Pacjent z bólem mięśniowo-powięziowym i zmęčeniami* [w:] *Fizjoterapia w opiece paliatywnej*, red. A. Wójcik, A. Pyszora, PZWL 2013, s. 159-163.
- ✓ Drewnik I., Wójcik A.: *Pacjent z objawami neurologicznymi* [w:] *Fizjoterapia w opiece paliatywnej*, red. A. Wójcik, A. Pyszora, PZWL 2013, s. 163-167.
- ✓ Wójcik A., Pyszora A., Drewnik I.: *Edukacja fizjoterapeutyczna* [w:] *Edukacja terapeutyczna w hospicjum*, M. Fopka-Kowalczyk, T. Łącka.
- ✓ Wójcik A., Sałyga E., Drewnik I., Węgrzynek M.: *Informator dla pacjenta w ramach kampanii Zdrowi wiekowi*, 2013.

- ✓ Drewnik I., Sałyga E., Węgrzynek M., Wójcik A.: *Życie w hospicjum, Almanach Usług medycznych – Poradnik dla pacjenta*, 2015.
- ✓ Wójcik A., Drewnik I., Pyszora A.: *Wybrane elementy fizjoterapii opieki paliatywnej*, [w:] *Ból i cierpienie w praktyce klinicznej*, red. K. Włostowska, 2015, s. 68-83.
- ✓ Wójcik A., Pyszora A., Drewnik I.: *Rehabilitacja i fizjoterapia w opiece paliatywnej*, [w:] *Pielęgniarstwo opieki paliatywnej*, red. K. De Walden-Gałaszko, A. Kaptacz, PZWL 2017.
- ✓ Wójcik A., Pyszora A., Maciejewska I.: *Fizjoterapia w opiece paliatywnej*, [w:] *Medycyna paliatywna*, red. A. Ciałkowska-Rysz, T. Dzierżanowski, Termedia 2019.
- ✓ Wełnicki M., Łapiak-Pasiorowska E., Mamcarz A., *Współistnienie cukrzycy i przewlekłej choroby niedokrwiennej serca – implikacje terapeutyczne*, *Kardiologia po Dyplomie* 2013; 12 (12): 7-10.
- ✓ Łapiak E., Mamcarz A., Skorupska S., Gałaszek M., *Wpływ rehabilitacji kardiologicznej na zmianę stylu życia pacjentów po przebytych zawałach serca*, *Kardioprofil* vol. 6/nr 5(26) /2008.
- ✓ Chomiuk T., Skorupska S., Łapiak E., Mamcarz A., *Aktywność fizyczna kluczem do zachowania sprawności seksualnej*, *Kardioprofil* vol. 7/nr 3(30) /2009.
- ✓ Łapiak-Pasiorowska E., Chomiuk T., Mamcarz A., *Wpływ wysiłku fizycznego na zmianę składu ciała*, *Kardioprofil* vol. 14/nr 3-4 (55-56) /2016.
- ✓ Wójcik A., Kurjanowicz B., *Jakość życia w wymiarze niesprawności funkcjonalnej pacjenta objętego procesem rehabilitacji - XII jasnogórska konferencja zespołów hospicyjnych i opieki paliatywnej pt.: „Medycyna paliatywna a idea hospicyjna”*.
- ✓ Wójcik A., Kurjanowicz B., Bidacha M., *Ocena jakości życia w perspektywie medycznej* [w:] *Postępy Rehabilitacji*, 2007, T. 21, [nr] 4, s. 31-38.
- ✓ Wójcik A., Kurjanowicz B., Bidacha M.: *Wybrane problemy w badaniach nad jakością życia w chorobie nowotworowej* [w:] *Postępy Rehabilitacji*, 2007, T. 21, [nr] 4, s. 27-30.

X. STANDARDY ŚWIADCZEŃ W PORADNI MEDYCYNY PALIATYWNEJ

kryteria struktury

Personel spełnia wymogi zgodne z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Poradnia Medycyny Paliatywnej zatrudnia

- lekarza ze specjalizacją w zakresie anestezjologii oraz specjalizacją w dziedzinie medycyny paliatywnej, eksperta Światowej Organizacji Zdrowia w dziedzinie medycyny paliatywnej.

Personel lekarski Poradni wspomagany jest lekarzami z Hospicjum Stacjonarnego, którzy udzielają porad w Przychodni w miarę pojawiających się potrzeb.

Ponadto w Poradni Medycyny Paliatywnej zatrudnione są:

- 2 pielęgniarki ze specjalizacjami w dziedzinie pielęgniarstwa paliatywnego oraz pielęgniarstwa anestezjologicznego;
- 1 psycholog/psychoonkolog.

Poradnia pracuje przez pięć dni w tygodniu w dni powszednie w następujących godzinach pracy:

- | | |
|---------------------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> poniedziałek | 14:00-18:00 |
| <input type="checkbox"/> wtorek | 10:00-13:00 |
| <input type="checkbox"/> środa | 10:30-13:00 |
| <input type="checkbox"/> czwartek | 09:00-12:00 |
| <input type="checkbox"/> piątek | 14:00-18:00 |

kryteria procesu

Objęcie opieką medyczną

Objęcie opieką ambulatoryjną możliwe jest w oparciu o skierowanie do Poradni Medycyny Paliatywnej wystawione przez lekarza ubezpieczenie zdrowotnego i zapisanie się na wizytę w poradni lub wizytę domową w następujących formach:

- ✓ osobiście w rejestracji Poradni;

- ✓ drogą telefoniczną pod numerem **22/544 06 77** lub **660 504 758**.

Zgłoszenie do Poradni może być dokonane osobiście lub za pośrednictwem osób trzecich. W trakcie rozmowy pracownik rejestracji Poradni ustala termin wizyty w placówce lub w domu pacjenta.

Posiadane zasoby w zakresie personelu medycznego gwarantują możliwość realizacji świadczenia bez konieczności zapisywania w kolejkę oczekujących.

Świadczenia medyczne realizowane w Poradni

Świadczenie medyczne realizowane w Poradni Medycyny Paliatywnej gwarantują porady lekarskie odbywające się w siedzibie Poradni, jak również wizyty lekarza w domu pacjenta. Obejmują one:

- ✓ badanie podmiotowe;
- ✓ badanie przedmiotowe;
- ✓ ordynację leków, w tym leków przeciwbólowych;
- ✓ zapewnienie niezbędnych badań diagnostycznych;
- ✓ zlecenie zabiegów pielęgnacyjnych;
- ✓ kierowanie do podmiotów leczniczych, w tym udzielających świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej, w warunkach stacjonarnych lub domowych;
- ✓ wydawanie niezbędnych w procesie leczenia orzeczeń i opinii o stanie zdrowia pacjenta;
- ✓ poradę lekarską w domu pacjenta.

Ponadto Poradnia Medycyny Paliatywnej gwarantuje pacjentom objętych opieką medyczną:

- ✓ poradę psychologiczną lub wizytę psychologa w domu pacjenta;
- ✓ zabieg pielęgniarstwa lub wizytę pielęgniarki w domu pacjenta.

Standardy organizacji procesu terapeutycznego w Poradni gwarantują, iż czas trwania porady jest nie krótszy niż 30 min.