



# Prezydent Miasta Lublin



Załącznik nr 4 do zarządzenia nr 15/2/2021 Prezydenta Miasta Lublin z dnia 4 lutego 2021 r. w sprawie powołania komisji konkursowej w celu przeprowadzenia konkursu ofert na wybór realizatorów w latach 2021-2023 „Programu polityki zdrowotnej w przedmiocie opieki paliatywnej i hospicyjnej dla dzieci i młodzieży oraz dla osób dorosłych w stanach terminalnych choroby” oraz ustalenia regulaminu jej pracy i szczegółowych warunków konkursu ofert

## **Wyciąg z „Programu polityki zdrowotnej w przedmiocie opieki paliatywnej i hospicyjnej dla dzieci i młodzieży oraz dla osób dorosłych w stanach terminalnych choroby”**

### **Wstęp**

Poniższy dokument zawiera jedynie wybór podstawowych elementów „Programu w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej w przedmiocie opieki paliatywnej i hospicyjnej dla dzieci i młodzieży oraz dla osób dorosłych w stanach terminalnych choroby”

Pełna treść programu którego dotyczy przedmiotowe postępowanie konkursowe zawarta jest w uchwale nr 774/XXIV/2020 Rady Miasta Lublin z dnia 17 grudnia 2020 r. w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej w przedmiocie opieki paliatywnej i hospicyjnej dla dzieci i młodzieży oraz dla osób dorosłych w stanach terminalnych choroby i dostępna jest na stronie Biuletynu Informacji Publicznej Urzędu Miasta Lublin.

### **Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności**

#### **Cel główny**

Poprawa jakości życia chorych cierpiących na choroby przewlekłe lub znajdujących się w stanie terminalnym.

#### **Cele szczegółowe**

- zmniejszenie o co najmniej 1 punkt odczuwalnego dyskomfortu bólowego w skali bólu NRS lub w skali Doloplus-2;
- zwiększenie dostępu do opieki paliatywnej nad dziećmi, młodzieżą i osobami starszymi chorującymi na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące choroby;
- wspieranie rodzin osób objętych opieką paliatywną, zarówno w okresie choroby jak i osierocenia;
- poszerzenie wiedzy personelu medycznego w zakresie opieki długoterminowej oraz paliatywno-hospicyjnej.

#### **Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej**

- liczba osób uczestniczących w programie (interwencje terapeutyczne);
- czas oczekiwania na udział w programie;
- liczba osób uczestniczących w edukacji wśród rodziny uczestników programu, rodziców/opiekunów dzieci;



- liczba pracowników medycznych uczestniczących w szkoleniach w zakresie opieki długoterminowej oraz paliatywno-hospicyjnej, u których nastąpiło poszerzenie wiedzy;
- liczba osób z rodziny korzystająca ze wsparcia psychologicznego zarówno w okresie choroby jak i osierocenia;
- liczba pozyskanych wolontariuszy.

### **Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej**

Kryteriami włączenia do programu będzie:

- wyrażenie chęci uczestnictwa w programie (w przypadku osoby niepełnoletniej przez rodzica/opiekuna) - podpisanie przez uczestnika programu druku świadomej zgody na udział w programie;
- przedstawienie dokumentacji medycznej stwierdzającej nieuleczalną, postępującą, ograniczającą życie chorobę nowotworową i nienowotworową zgodnie z wykazem do Rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2018, poz. 742 t.j.);
- zamieszkanie na terenie miasta Lublin.

W przypadku osób niepełnoletnich wymóg ten dotyczy rodziców/opiekunów dziecka. O włączeniu osób do programu decyduje kolejność zgłoszeń.

Kryteria wyłączenia z programu:

- brak pisemnej zgody na udział w programie lub pisemna rezygnacja rodzica/opiekuna z udziału dziecka w programie;
- brak poświadczenia zamieszkania na terenie miasta Lublin;
- brak przedstawienia dokumentacji medycznej z odpowiednim rozpoznaniem lub skierowania wystawionego przez lekarza specjalistę;

### **Planowane interwencje**

Program będzie realizowany przez podmioty wybrane w ramach konkursu.

Planowane interwencje będą się wpisywały w zakres wszechstronnej, całościowej opieki i leczenia objawowego u osób chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby. Będą one nakierowane na poprawę jakości życia, zapobieganie bólowi oraz innym objawom somatycznym, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych oraz socjalnych.

Świadczenia będą realizowane w warunkach stacjonarnych oraz domowych. W tych dwóch zakresach działań będą odbywały się następujące interwencje:

### **Świadczenia w warunkach stacjonarnych:**

1. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy
2. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki
3. Porady psychologa
4. Leczenie farmakologiczne



5. Leczenie bólu zgodnie z wytycznymi WHO (drabina analgetyczna)
6. Leczenie innych objawów somatycznych, w tym tlenoterapia
7. Opieka psychologiczna nad świadczeniobiorcą i jego rodziną
8. Rehabilitacja
9. Zapobieganie powikłaniom
10. Inne badania zlecone przez lekarzy
11. Zaopatrzenie w wyroby medyczne niezbędne do realizacji opieki
12. Opieka wyręczająca
13. Przejazd środkami transportu sanitarnego

#### **Świadczenia w warunkach domowych:**

1. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy
2. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki
3. Porady psychologa
4. Leczenie bólu zgodnie z wytycznymi WHO (drabina analgetyczna)
5. Leczenie innych objawów somatycznych, w tym tlenoterapia
6. Opieka psychologiczna nad świadczeniobiorcą i jego rodziną
7. Rehabilitacja
8. Zapobieganie powikłaniom
9. Ordynacja leków
10. Bezpłatne wypożyczenie wyrobów medycznych i środków pomocniczych
11. Przejazd środkami transportu sanitarnego

Dla obu rodzajów świadczeń przewidziano także dla grup dodatkowo korzystających ze wsparcia, czyli rodzin a także rodziców/opiekunów dzieci edukację w zakresie opieki nad pacjentem, a także wsparcie psychologiczne i terapię grupową – wsparcie psychologiczne i przygotowanie do odejścia członka rodziny oraz opiekę na etapie osierocenia.

#### **Organizacja programu polityki zdrowotnej**

Program został podzielony na 2 moduły:

1. dotyczący opieki paliatywnej nad dziećmi i młodzieżą (opieka stacjonarna i domowa);
2. dotyczący opieki paliatywnej nad osobami dorosłymi (opieka stacjonarna i domowa).

W ramach każdego modułu realizator obligatoryjnie musi przeprowadzić:

1. akcję informacyjną, w tym nabór wolontariuszy do opieki nad uczestnikami Programu;
2. rekrutację uczestników programu;
3. interwencje terapeutyczne w ramach modułu/modułów, na które złożył ofertę;
4. działania edukacyjne dla rodziny w zakresie opieki nad pacjentem, a także wsparcie psychologiczne i terapię grupową – wsparcie psychologiczne i przygotowanie do odejścia członka rodziny;
5. monitoring działań w ramach programu.



W hospicjum domowym dla dorosłych i dzieci do ukończenia 18 roku życia pacjentom objętym opieką przysługuje:

1. całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza, porady lekarskie w zależności od potrzeb, nie rzadziej niż 2 w miesiącu;
2. całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez pielęgniarkę, wizyty pielęgniarskie w zależności od potrzeb, nie rzadziej niż 2 w tygodniu;
3. pozostały personel (fizjoterapeuta, psycholog) – porady lub wizyty ustalane indywidualnie przez lekarza.

Wizyta personelu hospicjum domowego jest każdorazowo potwierdzana przez chorego, członka jego rodziny lub opiekuna.

Świadczenia realizowane w hospicjum domowym obejmują również bezpłatne wypożyczanie przez hospicja domowe wyrobów medycznych.

W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca zapewnia pacjentowi nieodpłatnie:

- badania diagnostyczne;
- w warunkach stacjonarnych – leki i wyroby medyczne.

Pierwszy element programu będzie stanowiła **akcja informacyjna**, skierowana do mieszkańców miasta Lublina.

Do rozpropagowania informacji o programie może zostać wykorzystane wsparcie takich podmiotów jak: lokalne media, jednostki samorządu terytorialnego, lokalne podmioty lecznicze oraz inne instytucje wsparcia społecznego.

Drugi element programu to **rekrutacja** do programu, która będzie przeprowadzana na podstawie:

1. weryfikacji przedstawionej dokumentacji medycznej stwierdzającej nieuleczalną, postępującą, ograniczającą życie chorobę nowotworową i nienowotworową zgodnie z wykazem do Rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej (Dz.U.2018.742 t.j. z dnia 2018.04.17) lub
2. skierowania od lekarza specjalisty stwierdzającego w/w przesłanki.

Trzeci element programu to **interwencja terapeutyczna** w ramach modułu/modułów.

W ramach Programu realizowane będą **działania edukacyjne** dla rodziny w zakresie opieki nad pacjentem, a także wsparcie psychologiczne i terapia grupowa dla rodzin, rodziców/opiekunów dzieci objętych Programem.

Działania edukacyjne będą także skierowane np. do rodzin podopiecznych hospicjów, studentów i uczniów szkół średnich celem pozyskania wolontariuszy. Ponadto informacje przekazywane będą do pracowników POZ i mieszkańców miasta. Dodatkowo mają zwiększyć świadomość o konieczności wsparcia osób udzielających



świadczeń hospicyjnych i paliatywnych, zwiększyć umiejętności osób już zaangażowanych w opiekę nad pacjentem terminalnym.

Kolejny element działań edukacyjnych wsparcie psychologiczne i terapia grupowa rodzin, rodziców/opiekunów dzieci objętych Programem – wsparcie psychologiczne i przygotowanie do odejścia członka rodziny.

Ostatnim elementem w ramach Programu będzie **monitoring działań** w ramach programu, obejmujący weryfikację zgłaszalności uczestników do programu, oszacowanie jakości świadczeń realizowanych w programie oraz osiągnięcie mierników programu. Monitoring prowadzony będzie w oparciu o sprawozdania i ankiety.

### **Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych**

Zaplanowane interwencje będą prowadzone na terenie miasta Lublina przez realizatora lub realizatorów wybranych w konkursie.

Wszystkie procedury diagnostyczne i terapeutyczne będą przeprowadzone zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz z zachowaniem warunków sanitarnych wynikających z przepisów prawa. Pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia interwencji (warunki stacjonarne) będą zlokalizowane tak, by zapewnić dostęp osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich. Realizator zapewni pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone w natrysk, w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób niepełnosprawnych. Realizator zapewni kadrę oraz sprzęt niezbędny do wykonywania zaplanowanych świadczeń.

W programie zastosowane zostaną urządzenia i sprzęt diagnostyczny zarejestrowane i dopuszczone do obrotu na terenie Polski, rekomendowane w wytycznych ogólnopolskich oraz zatwierdzone przez właściwe gremia naukowe (m.in. Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej). Dokumentacja medyczna powstająca w związku z prowadzeniem programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie realizatora zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

Podmioty realizujące program będą dysponowały kadrą oraz sprzętem niezbędnym do wykonywania zaplanowanych interwencji.

Realizator musi dysponować wymaganą kadrą lub dobrać niezbędne osoby do realizacji zadań przewidzianych w programie.

### **Wymagania kadrowe:**

- lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej lub lekarz legitymujący się dokumentem ukończenia kursu zgodnego z programem specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej, dotyczącego problematyki bólu, objawów somatycznych i psychicznych,
- pielęgniarki, które ukończyły specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej lub właściwe kursy zgodnie z obowiązującymi wytycznymi,
- psycholog, psycholog kliniczny, psychoonkolog,
- fizjoterapeuta,
- duszpasterze.



Realizator jest także zobowiązany do posiadania zasobów technicznych niezbędnych do realizacji powierzonego mu zadania – sprzętu medycznego i pomocniczego zgodnie z obowiązującymi wytycznymi.

## 5. Monitorowanie i ewaluacja

Monitoring i ewaluacja programu w praktyce będą polegały na analizie trzech podstawowych zagadnień. Pierwsze z nich to zgłaszalność uczestników do programu stanowiąca podstawowe kryterium stałej oceny programu. Kolejny element to fachowe oszacowanie jakości świadczeń realizowanych w programie na podstawie ankiet. Ostatnim elementem procesu będzie analiza efektywności realizacji programu oparta na miernikach programu.

### Monitorowanie

Ocena zgłaszalności do programu to kluczowy element bieżącego monitoringu przebiegu programu. Bieżąca ocena realizacji będzie polegała na analizie raportów okresowych tworzonych w miesięcznych oraz rocznych interwałach czasowych. Monitoringowi poddana zostanie liczba zgód na udział w programie. Jej zmiana w trakcie poszczególnych lat trwania programu, porównana z liczebnością populacji docelowej, stanie się użytecznym wskaźnikiem skuteczności działań informacyjnych i promocyjnych.

Ocenić będzie całość programu polityki zdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem przyjętej metodologii oraz zastosowanych rozwiązań w odniesieniu do możliwości realizacji założonych celów. Utrzymanie wysokiej jakości świadczeń będzie na bieżąco nadzorowana przez realizatora programu. Jakość świadczeń będzie na bieżąco monitorowana za pomocą ankiet. Kwestionariusz zostanie udostępniony uczestnikom programu lub ich opiekunom/rodzinie, którzy będą mogli go wypełnić. Ankieta ma charakter anonimowy. Kwestionariusze zostaną zebrane i przeanalizowane pod kątem zgłaszanych uwag i poziomu zadowolenia. Wyciągnięte wnioski posłużą do podniesienia jakości prowadzonego programu i zwiększenia poziomu zadowolenia uczestników.

### Ewaluacja

Pomiar efektywności realizacji programu oparty będzie na miernikach epidemiologicznych rutynowo stosowanych w analogicznych interwencjach. Te ostatnie działania mają charakter długofalowy.

Zweryfikowana zostanie poprawa jakości życia pacjentów w ostatniej fazie choroby polegająca na pomiarach mierników:

- liczba osób uczestniczących w programie (interwencje terapeutyczne);
- czas oczekiwania na udział w programie;
- liczba osób uczestniczących w edukacji spośród rodziny, uczestników programu, rodziców/opiekunów dzieci;
- liczba pracowników medycznych uczestniczących w szkoleniach w zakresie opieki długoterminowej oraz paliatywno-hospicyjnej, u których nastąpiło poszerzenie wiedzy;
- liczba osób z rodziny korzystająca ze wsparcia psychologicznego zarówno w okresie choroby jak i osierocenia;
- liczba pozyskanych wolontariuszy.



Powyższe analizowane będzie przez narzędzia – odpowiednie kwestionariusze lub ankiety dedykowane do w/w pomiarów. Działania podjęte w ramach programu zostaną poddane ewaluacji mającej na celu ocenę wykonania zadań określonych w programie. Realizator programu zapewni opracowanie statystyczne dotyczące wskazanych w programie mierników efektywności. Skuteczność programu będzie oceniana w oparciu o realizację celu głównego oraz celów szczegółowych.