

## **FORUM HOSPICJÓW POLSKICH      Nr 09      31.05.2017**

KRS 0000289910, Regon 120599343, NIP 6783047971

Konto: Bank Pekao S.A. Nr 97 1240 1431 1111 0010 1863 8924

Adres do przekazania informacji, którą chcemy się podzielić z innymi Hospicjami:

Zarząd FHP ul. Fatimska 17, 31-831 Kraków, tel/fax 12 641 46 59,

e-mail: [zarzad@hospicjum.org](mailto:zarzad@hospicjum.org)

### **I. Przypomnienie – Zaproszenie Walne Zebranie FHP**

Zarząd Forum Hospicjów Polskich przypomina, że w sobotę 3 czerwca 2017 roku odbywa się w Krakowie Walne Zebranie Forum Hospicjów Polskich. Zarząd zaprasza bardzo gorąco Członków i Przyjaciół Forum na wspólne spotkanie pozarządowych Hospicjów do Hospicjum św. Łazarza w Krakowie na ul. Fatimską 17. Poniżej porządek zebrania i spotkania:

godz. 10.30 – Walne Zebranie

godz. 12.15 – Msza Św.

godz. 13.00 – Posiłek i spotkanie dyskusyjne na temat stanu i przyszłości opieki hospicyjnej a także kondycji wolontariatu.

W przypadku braku quorum w pierwszym terminie, wyznaczony zostanie drugi termin rozpoczęcia Walnego Zebrania w tym samym dniu, 15 min po pierwszym terminie czyli o godz. 10.45.

W środę 31 maja 2017 r. obradował w Krakowie Zarząd Forum Hospicjów Polskich, który określił tematy do dyskusji w sobotę po Walnym Zebraniu na temat stanu i przyszłości opieki hospicyjnej oraz jej sprawowania a także kondycji wolontariatu. Bardzo przepraszamy, że dopiero dzisiaj docierają one do Hospicjów. Dyskusja będzie dotyczyła:

1. Zapisów dokumentu Dezyderat nr 5 Komisji Polityki Senioralnej do Ministra Zdrowia w sprawie opieki paliatywnej i hospicyjnej uchwalony na posiedzeniu w dniu 23 marca 2017 r. między innymi mówiących o tym że: opieka paliatywna ma za zadanie zaspokojenie potrzeb chorego w każdym miejscu, w którym się znajduje, a więc: w domu, szpitalu czy innym ośrodku zapewniającym całodobowy pobyt. W każdym z tych miejsc powinny być wdrożone podstawowe elementy opieki paliatywnej zanim pacjent trafi do opieki specjalistycznej, postuluje się o wprowadzenie skoordynowanego modelu opieki paliatywnej definiującego zasady współpracy jednostek świadczących tę opiekę ze świadczeniodawcami podstawowej opieki zdrowotnej, opieki długoterminowej i jednostkami pomocy społecznej.

2. Zapisów raportu dotyczącego standardów i norm dla opieki hospicyjnej i paliatywnej w Europie (Medycyna Paliatywna w Praktyce 2010, tom 4, nr 2) mówiących o systemie opieki paliatywnej, w której wyszczególnia się opiekę doraźną, opiekę paliatywną podstawową specjalistyczne wsparcie dla podstawowej opieki paliatywnej i specjalistyczną opiekę paliatywną oraz istnienie wysoko wyspecjalizowanych ośrodków tj. placówek edukacyjnych, ośrodków badań naukowych oraz rozpowszechniania i ustanawiania standardów i nowych metod. W raporcie znajdują się też zapisy dotyczące wolontariatu mówzące o zespole, który powinien przypadać na 40 tys. mieszkańców, składać się z wyszkolonych 10 – 12 osób, jednego profesjonalnego koordynatora z wykształceniem z zakresu opieki socjalnej lub sektora zdrowia i ukończyć specjalistyczne szkolenie z opieki paliatywnej.

3. Dokumentu „Podsumowanie pracy Zespołu do spraw opieki paliatywnej i hospicyjnej (sierpień 2011 r. – czerwiec 2012 r.)” w *Medycyna Paliatywna* 2014;6(4);177-189 który postuluje opracowanie Narodowego Programu Rozwoju Opieki Paliatywnej a nim opracowanie sposobu rozwiązania problemu zapewnienia opieki dla pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową z dobrze kontrolowanymi objawami, którzy nie wymagają hospitalizacji, a ich problemy mają głównie charakter socjalny. Są to chorzy, którzy wymagają opieki paliatywnej ze względu na występujące objawy, lecz objawy te można skutecznie kontrolować. Ta grupa powinna być przesunięta do świadczeń socjalnych z możliwością specjalnego trybu przyjęcia (bez długiej kolejki oczekujących). Opieka paliatywna powinna być zapewniona w ramach opieki domowej. W tym celu należałoby powołać grupę roboczą wspólną z opieką długoterminową, geriatrią oraz pomocą społeczną. Rozpatrzenie zapisu w świetle realizacji „Programu rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce” opracowanego przez Krajową Radę Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej przy Ministrze Zdrowia” w latach 1995 – 1998 i wydanego przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej w 1998 roku.

4. Zapisów, które można było przeczytać w dokumencie AOTMiT „Opieka paliatywna i hospicyjna”. Opracowanie na potrzeby wydania taryfy 7.10.2015 r. omawiających leczenie w świetle standardów klinicznych i wyróżniających opiekę opartą na zasadach opieki paliatywnej (powinni je znać wszyscy lekarze i pielęgniarki), interwencję z zakresu opieki paliatywnej, specjalistyczną opiekę paliatywną (zorganizowane zespoły wyszkolonych lekarzy, pielęgniarek, pracowników socjalnych, osób duchownych i innych), opiekę u schyłku życia (chorzy bliscy śmierci. Ostatnie tygodnie/dni życia wymagających profesjonalnej opieki i leczenia paliatywnego).

5. Zapisów Rekomendacji Rec (2003) 24 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczące organizacji opieki paliatywnej, które rekomendują sprawowanie świadczeń z opieki paliatywnej i hospicyjnej w domu chorego, w oddziałach specjalistycznych, oddziale dziennego pobytu, w poradni, pomoc w wypadkach nagłych oraz opiekę wyręczającą, przy wsparciu nieformalnych opiekunów i dostępie specjalisty opieki paliatywnej dla wszystkich chorych, którzy tego potrzebują, o każdej porze, przez siedem dni w tygodniu i w każdej sytuacji. Chorzy powinni mieć dostęp do opieki bez barier finansowych. Należy zapewnić możliwość hospitalizacji w celu okresowej opieki nad chorym wtedy, gdy opiekunowie są przemęczeni sprawowaniem opieki domowej. Bazując na badaniach określających potrzeby w zakresie opieki paliatywnej, krajowe i lokalne władze powinny zaprojektować i wprowadzić w życie wszechstronną i racjonalną strategię rozwoju opieki paliatywnej, w ścisłej współpracy z pracownikami ośrodków opieki paliatywnej, chorymi, ich rodzinami i ich przedstawicielami. Krajowy raport dotyczący organizacji i funkcjonowania opieki paliatywnej powinien być publikowany corocznie. Opieka w okresie osierocenia powinna być dostępna dla tych, którzy potrzebują wsparcia. Wszyscy pracownicy opieki paliatywnej powinni reagować na oznaki niepokojąco powikłanej żałoby.

6. Karty Praskiej (5 grudnia 2012) petycji opracowanej przez Europejskie Stowarzyszenie Opieki Paliatywnej (EAPC), Międzynarodowe Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej i Paliatywnej (IAHPC), Światowy Sojusz Opieki Paliatywnej (WPCA), Obserwatorium Praw Człowieka (HRW) – w skrócie organizacje Karty Praskiej. Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej współpracuje z powyższymi organizacjami dla zapewnienia dostępu do opieki paliatywnej jako Prawa Człowieka. Sygnatariusze i reprezentanci regionalnych i międzynarodowych organizacji zapraszają regionalne i narodowe stowarzyszenia opieki

paliatywnej do wspierania filozofii opieki paliatywnej, która obejmuje nie tylko rozwój specjalistycznych jednostek, ale także koncentruje się na zdrowiu publicznym. Organizacje Karty Praskiej wzywają rządy wszystkich krajów do opracowania programów zdrowotnych, które uwzględniają potrzeby chorych ze schorzeniami ograniczającymi czas przeżycia bądź w fazie daleko zaawansowanej, w tym opracowania programów opieki zdrowotnej, które uwzględniają integrację opieki paliatywnej z innymi formami świadczeń zdrowotnych oraz zapewnienia regulacji prawnych zawierające programu wsparcia dla krewnych pacjentów w okresie sprawowania opieki i po śmierci.

7. Priorytety dla Hospicjów wg Raportu Komisji CSI (Cicely Saunders International) /Priorities for hospices according to CSI report skrócone tłumaczenie wolontariusza/ z 2013 roku mówią o uwzględnieniu następujących priorytetów w realizacji opieki hospicyjnej: koordynowaniu różnych usług medycznych, by wesprzeć pacjenta i rodzinę w organizowaniu odpowiedniej pomocy, większym zintegrowaniu się z systemem medycznym, ustaleniu jaki jest dokładny zakres odpowiedzialności(kompetencja) hospicjów, wspieraniu rozwoju opieki długoterminowej (niezależnie od tego, kto ma ją świadczyć), poszerzeniu współpracy z domami opieki społecznej, organizacjami charytatywnymi i pracownikami opieki długoterminowej, wypracowaniu nowego modelu opieki hospicyjnej dla osób z demencją, dla osób starszych i pozbawionych opieki rodziny (mieszkających w pojedynkę), dla pacjentów nienowotworowych cierpiących na więcej chorób, wypracowaniu modelu rehabilitacji pacjentów, zagwarantowaniu dostępności opieki hospicyjnej „na cito” (acute admission) w sytuacjach nagłych, myśleniu nie tylko o jakości opieki paliatywnej, ale również jej dostępności, wypracowaniu modelu standardowego klinicznego personelu, wypracowaniu wspólnych standardów opieki paliatywnej niezależnie od rodzaju hospicjum czy domu opieki, poszerzeniu zakresu indywidualnej opieki socjalnej, tworzeniu grup samopomocowych i wspierania aktywności wolontariuszy, współpracy z hospicjami w innych miastach i krajach, otwieraniu się i przygotowywaniu na wyzwania związane ze zmianami kulturowymi i społecznymi (np. brać pod uwagę, że coraz więcej osób mieszka samotnie), myśleniu przede wszystkim o ludziach, a nie o chorobach.

#### 8. Nowej Karty Pracowników Służby Zdrowia

*Źródła: Strona Konferencji Episkopatu Polski 11.02.2017 i Portal Deon 6.02.2017 r.*

Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia jest wydaniem krytycznym, uzupełnionym i poprawionym pierwszej Karty Pracowników Służby Zdrowia z roku 1994. Została ona oficjalnie zaprezentowana 6 lutego 2017 r. w Watykanie w związku ze Światowym Dniem Chorego obchodzonym we wspomnienie Matki Bożej z Lourdes, czyli 11 lutego. W tym roku ten dzień jest obchodzony już po raz 25.

Kartę zaprezentowano dziennikarzom w Biurze Prasowym Stolicy Apostolskiej. O jej wypracowanie bardzo zabiegał zmarły w ubiegłym roku abp Zygmunt Zimowski, przewodniczący Papieskiej Rady ds. Służby Zdrowia i Duszpasterstwa Chorych - mówi ks. Krzysztof Giers, wieloletni pracownik tej Rady, od 1 stycznia włączony wraz z nią do nowej Dykasterii ds. Integralnego Rozwoju Człowieka.

Od ukazania się pierwszej Karty minęło już ponad 20 lat. Dzięki zaangażowaniu abp. Zygmunta Zimowskiego rozpoczęto prace nad tym dokumentem. Podkreślił on, że nowe kwestie włączone do aktualnej wersji dokumentu nie naruszają jego zasadniczej, pierwotnej konstrukcji. Nienaruszonym pozostaje solidny fundament, którym jest prawda o nienaruszalności i świętości ludzkiego życia od poczęcia do naturalnej śmierci. *Nowa Karta* jeszcze szerzej ukazuje tę prawdę, przywołując nauczanie św. Jana Pawła II (po roku 1994), Benedykta XVI i Franciszka. Nowym dokumentem doktrynalnym najczęściej cytowanym jest

Instrukcja *Dignitas personae* dotycząca niektórych problemów bioetycznych, wydana przez Kongregację Nauki Wiary 8 września 2008 r.

Nowa Karta została opatrzona wstępem, którego tytuł „Słudzy życia” podkreśla, że „sługami życia” są nie tylko lekarze, pielęgniarki, farmaceuci, diagności, kapelani, siostry i bracia zakonni, ale także ci, którzy tworzą personel placówek medycznych – począwszy od osób wykonujących najprostsze prace do ludzi z administracji i dyrekcji. Wszyscy oni są szczególnie wezwani, aby kierować się w swoim postępowaniu etyką opartą na poszanowaniu życia i zdrowia oraz godności i praw pacjenta w myśl słów z *Evangelium vitae*: „Ich zawód każe im strzec ludzkiego życia i służyć mu”.

Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia zachowuje strukturę pierwszego dokumentu i dzieli się na trzy części: narodziny, życie i umieranie.

Ostatnia, trzecia część dokumentu, podejmuje problematykę zawiązaną ze śmiercią osoby ludzkiej. Wśród wielu kwestii przedstawionych już w poprzedniej Karcie, obecne wydanie poświęca więcej miejsca dylematom moralnym dotyczącym: eutanazji, sztucznego odżywiania i nawadniania, używania środków znieczulających, testamentu biologicznego, prawdomówności wobec umierającego, czy zasady proporcjonalności wobec uporczywej terapii.

Karta stanowi dokument skierowany do wszystkich osób pracujących w służbie zdrowia, także do tych, którzy zarządzają placówkami medycznymi, aby kierowali się w życiu etyką opartą na Ewangelii

9. Dokumentu Komisji Episkopatów Wspólnoty Europejskiej (COMECE) "Leczenie paliatywne w Unii Europejskiej".

W najnowszym dokumencie Komisji Episkopatów Wspólnoty Europejskiej (COMECE) "Leczenie paliatywne w Unii Europejskiej" zostały zawarte zdania, że medycyna paliatywna jest owocem ogromnego humanitaryzmu, wyrazem solidarności społeczeństwa z jego najbardziej doświadczanymi osobami oraz przejawem troski o najsłabszych, a także uznaniem ich niezbywalnej godności. Biskupi krajów Unii Europejskiej zachęcają w nim państwa kraje członkowskie do zapewnienia wszystkim potrzebującym dostępu do takiego typu leczenia. Wskazują, że jest to szczególnie pilne w starzejącym się społeczeństwie, gdzie coraz większa liczba ludzi wymaga opieki paliatywnej.

Dokument przypomina, że pierwsze hospicjum dla chorych terminalnie na raka otwarto w 1967 roku. W 36 lat później, w 2003 r. ten rodzaj opieki został uznany za podstawowy dla społeczeństwa, a od 2008 r. hospicja i struktury medycyny paliatywnej obecne są we wszystkich krajach Unii. Niestety nie wszędzie jest ich wystarczająca liczba tak, by rzeczywiście mogły one odpowiadać na potrzeby społeczne. COMECE wzywa do rozwoju tych struktur, przypominając jednocześnie, że medycyna paliatywna nie jest uporczywą terapią.

10. Materiałów ze spotkań ruchu hospicyjnego dotyczących problemów w sprawowaniu opieki paliatywno – hospicyjnej w Polsce: zmniejszenia w ostatnich latach liczby powstających nowych pozarządowych non – profitowych placówek OPH, pomimo prowadzonych przez Hospicja programów, mających na celu zwiększenie dostępności oraz zapelnienie „białych plam”. Istniejące od wielu lat hospicja borykają się obecnie z wieloma trudnościami: brakiem lekarzy, brakiem odpowiedniej znajomości opieki paliatywno – hospicyjnej u lekarzy rodzinnych, brakiem pielęgniarek, faktem że opieka paliatywna i hospicyjna jest droga, brakiem wpisania opiekunek medycznych w skład personelu realizującego opiekę paliatywną i hospicyjną, zagrożenia, że bezpłatna opieka paliatywna i hospicyjna w najbliższej przyszłości nie będzie nadzieją dla ludzi niezamożnych i biednych.

## II Komunikat Departamentu Pożytku Publicznego

From: opp [mailto:opp@mrpips.gov.pl]

Sent: Wednesday, May 31, 2017 4:40 PM

Szanowni Państwo,

Pragniemy Państwa poinformować, że w dniu 12 maja br. została uruchomiona możliwość zamieszczania, na stronie Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, sprawozdań finansowych i merytorycznych z działalności organizacji pożytku publicznego za rok 2016. Organizacje pożytku publicznego, których rok obrotowy jest zgodny z rokiem kalendarzowym, są zobowiązane do zamieszczenia sprawozdań do 15 lipca roku następującego po roku, za który składane jest sprawozdanie finansowe i merytoryczne tj. do 15 lipca 2017 r.

Jednocześnie informujemy, że w związku z nowelizacją ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, do katalogu określonego w art. 4 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie wprowadzono 3 nowe sfery działalności pożytku publicznego:

- działalność na rzecz weteranów i weteranów poszkodowanych w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. poz. 1203);
- rewitalizacja;
- udzielania nieodpłatnego poradnictwa obywatelskiego.

Mając na uwadze powyższe organizacje pożytku publicznego mają możliwość wskazania w pkt II. 3.3.3 lub/i w pkt II.4.4.1. sprawozdania merytorycznego z działalności organizacji pożytku publicznego ww. sfery wśród trzech głównych rodzajów działalności w ramach sfer działalności pożytku publicznego, w których prowadziły działalność w roku 2016.

Podręcznik użytkownika Bazy sprawozdań organizacji pożytku publicznego dostępny jest pod adresem:

<http://www.pozytek.gov.pl/Podrecznik,uzytkownika,Bazy,OPP,3408.html>

Z wyrazami szacunku

Departament Ekonomii Społecznej i Pożytku Publicznego  
Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

## III. Jubileusze Hospicyjne

**Plurimos Annos Plurimos  
Plurimos Annos Plurimos  
Annos, Annos, Plurimos**

Rok 2017 jest szczególnym rokiem, gdyż wiele z Hospicjów obchodzi w tym roku swoje trzydziestolecie, dwudziestopięćciolecie, dwudziestolecie, piętnastolecie, dziesięciolecie i pięćciolecie. Wszystkie Hospicja, które powstały do 1992 roku były oparte na wolontariacie. Wiele później powstających też rozpoczynało swoje działanie od bezinteresownej służby.

Czas jubileuszy jest czasem radości, że nadal trwamy i służymy chorym, którzy tak bardzo potrzebują naszej pomocy. **W roku Wolontariatu Hospicyjnego podzielmy się wspomnieniami z początków powstania naszego Hospicjum. Zarząd Forum Hospicjów Polskich zaprasza do przesyłania relacji jak tworzył się zespół hospicyjny. Przesłane informacje będziemy zamieszczali na stronie internetowej Forum Hospicjów Polskich.**

Zapraszamy do zapisania historii ruchu hospicyjnego składającą się z historii tworzenia poszczególnych hospicjów.

Adres do przesłania e-mail: [zarzad@hospicjum.org](mailto:zarzad@hospicjum.org)

Opieka hospicyjna powstała w Polsce w latach osiemdziesiątych i była dziełem ludzi skupionych przy parafiach. Znając los tych, którzy cierpieli na bardzo trudny wtedy do uśmierzenia ból nowotworowy, lekarze, pielęgniarki, kapłani i osoby nie związane zawodowo ze służbą zdrowia tworzyli w poszczególnych miastach Hospicja Domowe, czyli zespoły ludzi, zjednoczonych ideą służenia cierpiącemu człowiekowi. Pierwsze Hospicja Domowe powstały w Krakowie (1982), Gdańsku (1983), Poznaniu (1986). Następne, które zostały powołane trzydzieści lat temu, w 1987 roku, to Hospicja:

- Hospicjum Płockie pw. Św. Urszuli Ledóchowskiej styczeń 1987. Wśród założycieli dr Grażyna Przybylska-Wendt
- Towarzystwo Przyjaciół Chorych Hospicjum w Białymstoku – 21 maja 1987 r. zebranie założycielskie. Uczestniczą w nim między innymi: dr Tadeusz Borowski – Beszta, dr Helena Kopystecka, dr Krystyna Ermusz, Zuzanna Paślawska – prawnik,
- Warszawskie Hospicjum Społeczne – kwiecień 1987, wśród założycieli Katarzyna Dembińska
- Hospicjum w Katowicach – Październik 1987 Spotkanie z Ks. E. Dutkiewiczem SAC, założyciele Maria Gross, ks. Stanisław Puchała
- Hospicjum w Elblągu - 18.10.1987 r. spotkanie inauguracyjne odbywa się w kościele pw. Miłosierdzia Bożego w Elblągu. Uczestnikami spotkania byli: ks. Eugeniusz Dutkiewicz - Pallotyn z Hospicjum Gdańskiego, prof. dr med. Joanna Penson z Akademii Medycznej w Gdańsku, lekarze, pielęgniarki, farmaceuci z Elbląga w tym lekarze: Aleksandra Gabrysiak, Wiesława Pokropska
- Hospicjum św. Urszuli Ledóchowskiej w Toruniu - założyciel Jadwiga Wejner,
- Hospicjum w Szczecinie – założyciel Ks. Marek Kujawski SAC
- Hospicjum św. Weroniki w Wrocławiu powstało w listopadzie 1987 roku. Wśród założycieli dr Anna Orońska i dr Jerzy Szkarłat.

#### **Hospicja, które powstały 25 lat temu w 1992 roku:**

- Hospicjum św. Kamila w Bielsku Białej: dr Anna Byrczek
- Łomżyńskie Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum” pw. Świątego Ducha: mgr Teresa Steckiewicz
- Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej: mgr Anna Kartacz

#### **Hospicja, które powstały 20 lat temu w 1997 roku:**

- Hospicjum Homo - Homini im. św. Brata Alberta w Jaworznie: Helena Pulchny
- Hospicjum Domowe im. św. Wojciecha w Mrągowie
- Stowarzyszenie Hospicjum Królowej Pokoju w Tarnowskich górach: śp. Eleonora Grajczyk

#### **Hospicja, które powstały 5 lat temu w 2012 roku:**

Hospicjum pw. Proroka Eliasza w Nowej Woli fundacja Podlaskie Hospicjum Onkologiczne: dr Paweł Grabowski

W latach osiemdziesiątych jedna z założycieli krakowskiego hospicjum dr hab. Krystyna Smolak pisała „Wydaje się, że tak pojęty ruch hospicyjny jest jednym z znaków czasu. Bowiemy głoszone przez nas wartości stanowią przeciwwagę dla zagrożeń

współczesnego świata, którym są między innymi: egoizm, brak szacunku dla życia, pogarda dla słabości, przesadny kult zdrowia i sukcesu. Jest też ruch hospicyjny sprzeciwem wobec eutanazji. ...W dziełach opieki nad chorym liczy się nie tylko inicjatywa założycieli, nie tylko ofiarność społeczeństwa, które często skłonne wspierać je materialnie – choć to wszystko jest bardzo ważne – ale przede wszystkim liczy się człowiek. Liczą się ludzie, którzy zechcą poświęcić to co jest obecnie może najcenniejsze: swój czas, trochę swojego czasu. Oto jest najtrudniej.

---

*Wyrażamy zgodę na przetwarzanie naszych danych przez Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum im. św. Łazarza” w Krakowie, w tym z wprowadzaniem do systemów informatycznych, w zakresie związanym z prowadzoną działalnością statutową (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; Dz. U. Nr 133, poz. 883 z póź. zm.).*